

# L'Inde face à la crise du Covid-19 Une tragédie humanitaire à venir

[laviedesidees.fr/L-Inde-face-a-la-crise-du-Covid-19.html](http://laviedesidees.fr/L-Inde-face-a-la-crise-du-Covid-19.html)

Mathieu Ferry, Govindan Venkatasubramanian, Isabelle Guérin, Marine Al Dahda, *La vie des idées*, 4 mai 2020



En décembre, alors que la province du Wuhan assistait au début de la pandémie actuelle de Covid-19, l'Inde faisait face à des soulèvements massifs et violents. Des centaines de milliers d'Indiens ont manifesté dans tout le pays contre la loi sur la citoyenneté jugée antimusulmane qui venait d'être adoptée par son parlement : le Citizenship Amendment Act (CAA). En réaction, des attaques violentes de milices hindous ont été perpétrées contre des universités et des quartiers populaires musulmans. Pendant ce temps, les autorités n'avaient toute possibilité de transmission locale du virus, malgré les premiers cas identifiés dès janvier sur le territoire, pour finalement annoncer, quatre heures avant son entrée en vigueur, le confinement total du pays pour une durée d'au moins 21 jours à compter du 24 mars à minuit. Comme en France, cette annonce a entraîné des migrations importantes des villes vers les campagnes. Mais en Inde elles ont été d'une toute autre nature, les travailleurs migrants, les journaliers et les plus pauvres privés de ressources ont décidé de retourner dans leurs villages d'origine. Cet exode tragique et parfois mortel de migrants indiens fuyant les villes constitue le symptôme le plus visible d'une profonde crise sanitaire, économique et sociale que ce texte propose d'analyser en trois temps.

Accéder aux soins par temps de confinement

Cette pandémie a brutalement exposé les vulnérabilités de certains des meilleurs systèmes de santé au monde. Pour le système de santé indien, l'un des plus saturés et des moins financés au monde, le moment pourrait être critique, car les structures sanitaires sont déjà surchargées dans un système de santé très fracturé, sous-financé et géographiquement inégal (Das 2015; Drèze & Sen 2013; Hodges & Rao 2016). La crise actuelle risque d'accroître des inégalités sanitaires durables et les infrastructures sanitaires déjà dysfonctionnelles pourraient s'effondrer sous la pression de la hausse spectaculaire des cas de Covid-19 en Inde.

Les tests sont essentiels pour évaluer l'étendue de la transmission de Covid-19 dans un pays. L'Inde a jusqu'à présent l'un des taux de dépistage les plus faibles au monde, ce qui a pu masquer des cas de coronavirus. Le 23 mars, le nombre total de personnes testées pour le Covid-19 dans le pays était de 17 493. La même semaine, la Corée du Sud effectuait plus de 5 500 tests par million de personnes, l'Italie 2 500, le Royaume-Uni près de 1 500 et la France environ 900. Même si l'épidémie était en avance dans ces pays, l'Inde à la veille de son confinement est à la traîne avec seulement 10 tests par million. Jusqu'alors, la stratégie de dépistage du gouvernement reposait sur l'hypothèse qu'aucune transmission communautaire n'avait lieu en Inde, mais seulement des cas importés de l'étranger. Baser la stratégie de dépistage sur cette hypothèse et ne tester que les personnes provenant de zones infectées à l'étranger a pu avoir des conséquences imprévues sur la propagation de l'épidémie. En effet, avec le confinement, un volume important de migration interne de travailleurs s'est produit à partir de points chauds de l'épidémie comme Mumbai et Delhi vers leurs États d'origine comme l'Uttar Pradesh et le Bihar. Le fait de ne pas reconnaître la présence locale d'infections par Covid-19 et de ne pas tester les personnes symptomatiques à Mumbai ou à Delhi a pu exposer ces États à la diffusion du virus et à une explosion potentielle de cas, dans des endroits où les infrastructures sanitaires sont bien plus pauvres.

Au début de son confinement national, l'Inde n'avait tout simplement pas assez de kits de test et même si le gouvernement a accordé des licences à des entreprises privées pour les vendre en Inde, la contrainte sur les tests réside dans le nombre de laboratoires accrédités. Le 23 mars, l'Inde comptait 118 laboratoires accrédités pour une population de 1,3 milliard d'habitants, avec d'énormes inégalités géographiques; l'Arunachal Pradesh (1,5 million) et le Nagaland (3,3 millions) n'avaient aucun laboratoire, le Bihar un seul pour une population de 110 millions d'habitants, contre 8 au Rajasthan pour une population de 80 millions. Même si les États étaient fournis avec un nombre infini de kits de test, les laboratoires gouvernementaux ne pourraient les utiliser, car leur capacité de test d'environ 90 échantillons par jour est insuffisante. Le gouvernement a ainsi décidé d'autoriser des tests Covid-19 dans des laboratoires privés afin que les Indiens, même ceux qui ne sont pas hospitalisés, puissent se faire tester, mais à leurs frais.

Le plafond de 4500 INR (environ 55 euros) par test fixé par le gouvernement est cependant trop élevé pour la plupart des Indiens. De plus, avec la stigmatisation associée au virus et le confinement, certains laboratoires privés accrédités ont déjà déclaré que la tâche était tout simplement impossible. Compte tenu du prix élevé des tests privés et de

tous les problèmes logistiques liés au confinement, la plupart des Indiens dépendent probablement du système public pour se faire tester. Dans un système public de santé déjà surchargé et sous-financé, l'argent dépensé pour les tests de dépistage du coronavirus laisse moins de place aux autres dépenses sanitaires essentielles, car l'Inde ne consacre que 3,7% de son budget total à la santé. Un budget bien trop limité pour répondre au besoin massif de soins intensifs constaté dans les pays déjà touchés par le Covid-19.

Si l'Inde compte une proportion de personnes âgées plus faible que dans d'autres pays, ses hôpitaux surchargés accueillent de nombreux patients présentant des comorbidités - telles que la dénutrition, la tuberculose, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et cardiovasculaires - qui pourraient aggraver la mortalité due au Covid-19. Parmi les personnes infectées, le taux de mortalité oscille entre 1 et 3%, mais chez les personnes gravement malades, il atteint 62%. La plupart de ces décès sont dus à l'hypoxie, à un apport insuffisant d'oxygène aux tissus du corps ou à l'effondrement de plusieurs organes. Environ 5% des patients infectés en Inde auront besoin de soins intensifs et la moitié de ceux qui seront admis en soins intensifs auront besoin d'une ventilation mécanique; jusqu'à un million de respirateurs pourraient être nécessaires au plus fort de l'épidémie. Selon les estimations du ministère de la santé, au 24 mars, il y avait 8432 respirateurs dans les hôpitaux publics, un nombre qui pourrait atteindre 50 000 si l'on tient compte des hôpitaux privés. En comparaison, les États-Unis, qui sont actuellement submergés par l'épidémie, disposent de 160 000 respirateurs pour une population qui représente un tiers de l'Inde. Jusqu'à présent, l'Inde importe près de 75% de ses respirateurs, sa capacité de production nationale est de 5000 pièces par mois et dépend également de fournisseurs internationaux, qui sont tous débordés en ce moment.

De plus, les chiffres cités ci-dessus cachent des disparités extrêmes en matière d'accès. Les unités de soins intensifs et les respirateurs sont concentrés dans les grandes zones urbaines et les provinces les plus riches; à elle seule, Mumbai dispose de 1000 ventilateurs et le Kerala de 5000, ce qui signifie qu'il y a un nombre nettement inférieur de machines disponibles dans certaines des provinces les plus pauvres et les plus rurales du pays. Les mêmes disparités s'appliqueront aux lits de soins intensifs, car leur nombre est bien moindre dans les États les plus pauvres, par rapport à la moyenne nationale déjà catastrophique de 0,7 lit pour 1000 habitants (contre 11,5 en Corée du Sud, 6,5 en France et 3,5 en Italie). Même selon les estimations les plus prudentes, 75% des provinces indiennes manqueront de lits pour les patients atteints de coronavirus d'ici le mois de juin. Sachant que le coût moyen d'une hospitalisation privée en 2017 est de 31845 roupies ( 384 euros), que le revenu mensuel par habitant en Inde s'élève à 11254 roupies ( 135 euros) et qu'une majorité d'Indiens n'ont pas d'assurance maladie : combien de patients malades pourront se payer des soins privés, une fois que les modestes établissements publics seront débordés?

Compte tenu des graves difficultés auxquelles est confronté le système public de santé et de la prédominance de soins de santé privés inabornables dans de nombreux États indiens, la réponse sanitaire à la crise du Covid-19 doit donner la priorité au

renforcement d'un système de santé accessible à tous, riches ou pauvres, hindous ou musulmans, du Bihar ou du Kerala. Mais cette pandémie révèle aussi l'extrême vulnérabilité de la plupart des Indiens à une catastrophe qui dépasse la seule question des soins de santé. Bien au-delà du risque d'infection, les mesures prises pour contenir la contagion - le confinement total - auront des conséquences désastreuses pour une grande partie de la population.

## Survivre au confinement

---

Quel sens peut avoir le confinement dans un contexte où les personnes, et pas seulement les plus pauvres, dépendent de la mobilité et de la sociabilité pour accéder à leurs ressources et se protéger? Reprenant des clichés culturalistes, nombre de médias ont mis l'accent sur la difficulté «culturelle» à accepter le principe de distanciation sociale. Bien avant d'être une question «culturelle», et si tant est que cet argument soit valable, dans des économies où l'emploi informel est la règle plutôt que l'exception, et où la protection sociale reste le privilège d'une minorité, le lien social ainsi que le mouvement sont tout simplement nécessaires à la survie et à la protection.

L'Inde se caractérise par l'ampleur de l'emploi informel – d'après les statistiques de l'Organisation Internationale du Travail, 92% des emplois relèvent de l'informalité, au sens où ils excluent toute forme de protection, de contrat et de garantie de continuité (ILO 2016) - et le rôle déterminant des migrations et circulations internes (Breman 2007 ; Picherit 2018). Largement sous-estimées par les statistiques officielles, ces déplacements donnent lieu à diverses estimations, qui vont jusqu'à 100 millions de travailleurs (Deshingkar and Akter 2009). Si ces mouvements de travailleurs ont toujours existé, il est probable qu'ils aient augmenté pour répondre aux besoins d'une économie capitaliste toujours à la recherche d'une main-d'œuvre bon marché et disciplinée. Ceci inclut des migrations de longue distance, inter-étatiques, avec notamment des flux massifs en provenance des États les plus pauvres, situés au Nord- Est de l'Inde, à destination des États les plus pourvoyeurs d'emploi, à l'Ouest et au Sud. À cela se rajoutent des pratiques quotidiennes de circulation entre villages et villes secondaires. Avec le déclin massif de l'agriculture au cours des dernières décennies, et alors même que l'Inde résiste à l'exode rural, de nombreux villageois survivent en se déplaçant quotidiennement dans des centres urbains situés à proximité. Certains de ces migrants se fixent en ville, venant gonfler la masse misérable des bidonvilles, mais la plupart restent attachés à leur village d'origine. La main d'œuvre indienne, notamment masculine, est donc prise dans un flux continu, qui se déplace au fil des saisons et des années au gré des opportunités, des réseaux, et surtout des besoins du système capitaliste, tout en revenant régulièrement à la maison. Celle-ci reste le pivot des racines et de l'identité familiale et villageoise.

Le mouvement ne sert pas uniquement à trouver des emplois. Ceux-ci génèrent des revenus qui sont à la fois faibles et imprévisibles. Dans le même temps, les familles font face à des dépenses incompressibles et qui ne cessent d'augmenter : manger; entretenir l'habitat, souvent précaire et donc supposant des rénovations et améliorations constantes; envoyer les enfants à l'école; charges d'électricité, parfois d'eau et de gaz ;

rituels sociaux et religieux; s'équiper de biens de consommation durable désormais incontournables, y compris pour travailler (téléphone portable, véhicule motorisé à deux roues). À ces dépenses régulières et incompressibles s'ajoutent des dépenses imprévues : chocs de santé, perte soudaine d'un emploi, frais de justice, vol, saisie de terre suite à un conflit où une dette impayée.

Pour pallier cette inadéquation entre flux de revenus et dépenses, les personnes, hommes et femmes, mobilisent des portefeuilles complexes de pratiques financières où la dette occupe une place centrale. L'épargne n'est pas complètement absente, mais chez les plus pauvres et pour une large partie des populations rurales, elle prend rarement la forme d'une épargne monétaire. Bijoux, bétail, ainsi qu'investissements sociaux (dons réciproques ou prêts) sont beaucoup plus fréquents. Le moindre surplus de liquidité est souvent réinjecté dans le réseau social sous forme de don ou de prêt, susceptible d'être récupéré ensuite en cas de besoin.

La dette est donc un élément central de la survie quotidienne. Or l'endettement implique sociabilité et donc mouvement, soit de la part d'un membre de la famille qui doit se déplacer pour rencontrer le prêteur, soit de la part du prêteur puisque certains fournissent des services au seuil de la porte. Les méthodes de *financial diaries*, qui visent à retracer l'ensemble des flux financiers d'un ménage sur une période donnée, confirment l'intensité des mouvements liés aux transactions financières. Cela est d'autant plus vrai pour les femmes, car ce sont souvent elles qui sont chargées de gérer le budget familial. Une enquête de ce type menée en 2017-2018 dans les états de Pondichery et du Tamil Nadu montre que le nombre de transactions (emprunter, rembourser, prêter, se faire rembourser, donner, recevoir) peut atteindre des pics de 30 transactions par semaine pour les femmes, 20 pour les hommes.

Compte tenu de l'importance cruciale du mouvement et de la sociabilité, on peut donc imaginer que le confinement va avoir des conséquences absolument dévastatrices, et il en a déjà eu. L'invisibilité des travailleurs migrants, pourtant maillon essentiel de l'économie indienne, est apparue de manière flagrante. Ils ont tout simplement été ignorés par les mesures du confinement. L'annonce du premier Ministre Narendra Modi : «*stay home*», a provoqué un flux massif de travailleurs cherchant désespérément à rentrer chez eux, alors que les infrastructures de transport avaient été déjà considérablement réduites.

De premiers témoignages recueillis au Tamil Nadu attestent d'une panique généralisée. Les populations ont l'habitude des chocs – le Tsunami en 2004, la démonétisation en 2016 – mais l'annonce du confinement leur semble bien plus effrayante. Les migrants sont revenus. Non seulement ils n'ont aucune perspective d'emploi, mais certains sont déjà très lourdement endettés. Dans certains secteurs comme le moulage de briques ou la coupe de canne à sucre, le recrutement et le contrôle de la main d'œuvre sont basés sur une avance sur salaire. Cette avance est habituellement remboursée au fil de la saison, en fonction de la productivité des travailleurs. Alors que la saison avait à peine commencé (janvier), la plupart de ces migrants se retrouvent avec une dette de 60 à

85,000 INR (6 à 8 mois de salaire pour deux travailleurs). Il restera à voir si employeurs et recruteurs de main d'œuvre accepteront d'effacer une partie de cette dette. Concernant les travailleurs locaux, les sources d'endettement, condition de leur survie quotidienne, se sont taries. Alors qu'habituellement le moindre surplus est prêté ou donné, on assiste au contraire à un repli sur soi. Du propriétaire terrien à la mère au foyer, tous les témoignages concordent : compte tenu de l'incertitude ambiante, chacun a tendance à conserver ses stocks, qu'il s'agisse d'argent liquide ou de céréales. Inversement, les prêteurs réclament leurs dus, et refusent de prêter. La Banque Centrale Indienne a annoncé un moratoire concernant la suspension des remboursements de prêts. Mais un certain nombre de sociétés financières refusent de s'y conformer et continuent d'envoyer des messages et des instructions orales aux emprunteurs afin de faire respecter les remboursements. Les banques nationalisées et certaines sociétés financières autorisent la suspension, mais les emprunteurs doivent remplir des formulaires en ligne spécifiques qui ne sont pas accessibles pour beaucoup d'entre eux, surtout lorsque les emprunteurs sont des femmes rurales pauvres. Comment font les familles? Pour l'instant, elles «ajustent». Elles piochent dans les quelques réserves disponibles. Si l'épargne monétaire est limitée, nombre de familles, par le biais souvent des femmes, ont quelques centaines, voire quelques milliers de roupies secrètement dissimulées et visant à faire face en cas de coup dur. Elles économisent sur l'alimentation. Mais ceci n'est guère durable. Que se passera-t-il dans quelques semaines?

## Mourir de faim par temps de confinement

---

Dès l'annonce du confinement, les Indiens de classe moyenne se sont précipités dans les épiceries et les marchés pour acheter des provisions alimentaires. Cette ruée a été d'autant plus importante que l'annonce officielle du confinement n'indiquait pas si les magasins alimentaires resteraient ouverts. Et en même temps, beaucoup d'Indiens n'ont simplement pas de fonds suffisants pour faire des réserves de nourritures et la phrase "Je serai sûrement mort de faim avant d'avoir le coronavirus" résume abruptement les conditions de vie précaires de nombreux pauvres.

Dans n'importe quelle crise économique, une absence d'épargne et un coefficient budgétaire consacré à l'alimentation élevé constituent deux ingrédients pouvant conduire à une tragédie humanitaire. En se penchant sur la sécurité alimentaire, on entrevoit à quel point les ménages indiens sont vulnérables. La part consacrée à la nourriture dans les dépenses totales s'élève à 43% pour les ménages urbains et monte à 53% pour les ménages ruraux. À titre de comparaison, les ménages français ont dépensé environ 20% de leur budget total en nourriture et en boissons en 2014. Par ailleurs, suivant la loi d'Engel, plus un ménage est pauvre, plus la part des dépenses totales consacrées à l'alimentation est importante. En Inde, les 5% de ménages les plus pauvres des zones rurales consacrent environ 61% de leurs dépenses totales à l'alimentation, alors qu'en zone urbaine, cette part n'est que de 28% pour les 5% les plus riches. Un choc

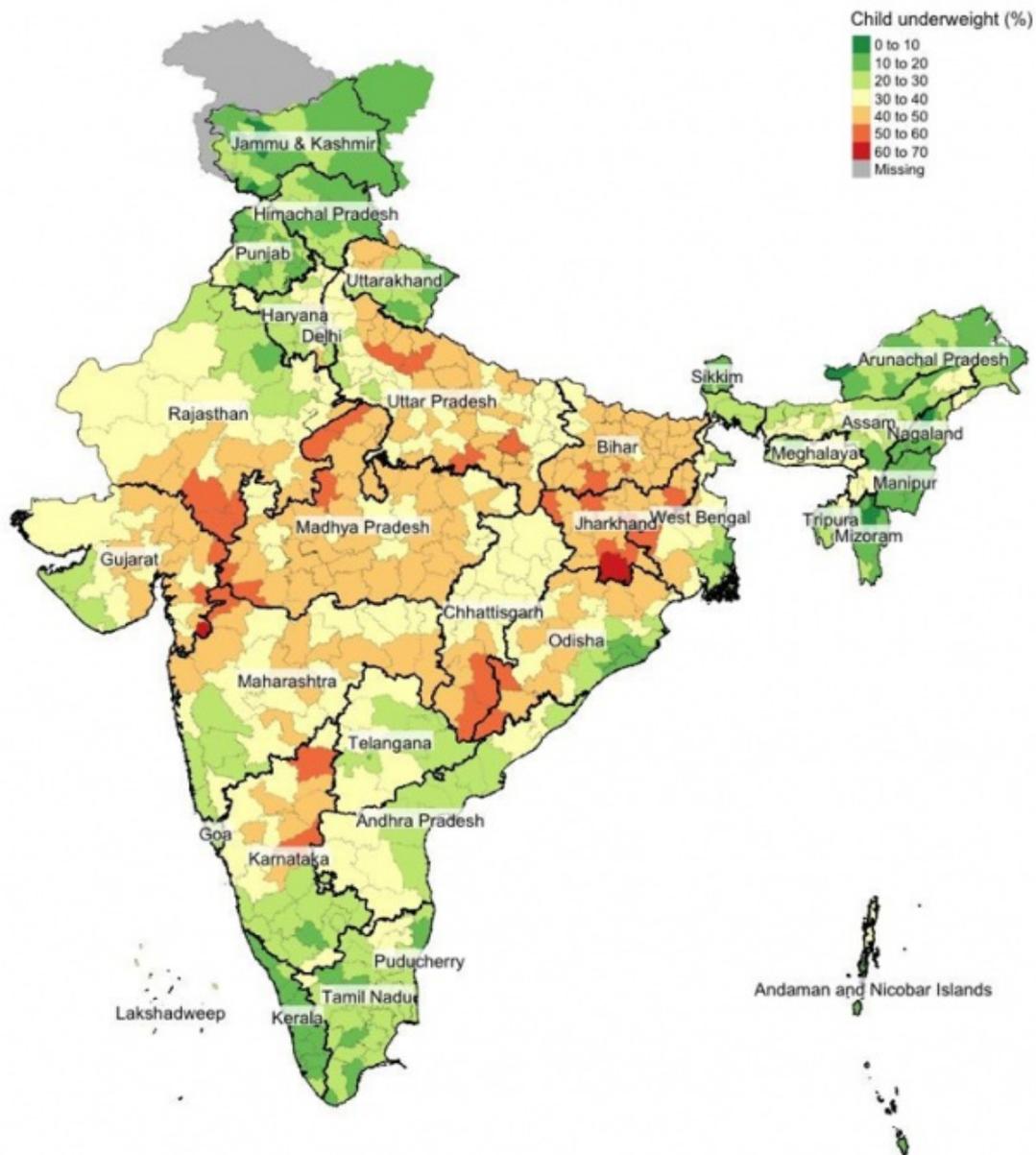
économique a donc de grandes chances d'affecter l'alimentation, et ce, particulièrement pour les plus démunis.

Dans le contexte actuel, on peut craindre que les conséquences économiques du confinement affectent la consommation alimentaire des ménages de deux manières. D'abord, le confinement provoque une perte de source de revenu immédiate pour beaucoup de ménages. Les ménages qui appartiennent aux strates les plus pauvres de la société sont les premiers touchés par la situation, parmi lesquels les journaliers, et plus particulièrement les migrants internes, qui se retrouvent souvent sans ressource ni même sans abri. Un deuxième effet attendu concerne cette fois tous les segments de la société : la chaîne alimentaire risque d'être interrompue. Certains commerçants craignent en effet d'ouvrir leurs magasins et, dans le cas des vendeurs de rue, ne sont pas autorisés à vendre leur stock. Dans la mesure où la mobilité est entravée, l'approvisionnement en nourriture est perturbé. Du côté de la production, le manque de mobilité des travailleurs agricoles met en danger les récoltes. Ces difficultés d'approvisionnement peuvent donc entraîner des pénuries et augmentent déjà les prix des denrées alimentaires. Face à cela, le gouvernement est intervenu pour fixer des prix plafonds sur les articles considérés comme nécessaires.

Les premiers articles de journaux exposant des situations de famine ne peuvent laisser personne indifférent : au Bihar, un enfant de 8 ans est mort de faim six jours seulement après le début du confinement. D'autres cas sont malheureusement attendus étant donné la situation nutritionnelle de l'Inde, caractérisée par une malnutrition chronique (manque d'équilibre alimentaire) et même, dans une certaine mesure, une malnutrition aiguë (forme visible de sous-alimentation). Selon les dernières estimations, en 2019, l'Inde s'est classé au 102<sup>e</sup> rang sur 117 pays sur l'indice de la faim dans le monde, le plus bas parmi les pays d'Asie du Sud (malgré un PIB par habitant plus élevé) .

L'édition 2019 de La situation des enfants dans le monde de l'UNICEF souligne le problème persistant de la faim en Inde : environ la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans sont imputables à une sous-alimentation. La proportion d'enfants en insuffisance pondérale, mesurée en fonction de l'âge, et qui peut révéler aussi bien une malnutrition chronique qu'aiguë, était de 36% en 2015-2016 (l'Organisation mondiale de la santé considère qu'un niveau d'insuffisance pondérale supérieur à 30% reflète une «prévalence très élevée» ). Ces chiffres dissimulent d'importantes disparités régionales et socio-économiques (Swaminathan et al., 2019). L'insuffisance pondérale des enfants est nettement plus élevée dans les États du centre-nord et surtout de l'est de l'Inde (voir la carte) : le Jharkhand (48%) et le Bihar (44%), alors qu'elle est beaucoup plus faible au Kerala (16%). Le contexte actuel de confinement va ainsi avoir une incidence plus ou moins lourde suivant les régions.

### **Variations régionales de l'insuffisance pondérale chez les enfants**



**Regional disparities in child underweight in India.**

Note : the figures are computed from the National Family Health Survey 4 (2015-2016) and are plotted by district. Child underweight is computed following the definition : weight for age < -2 standard deviations (SD) of the WHO Child Growth Standards median. Population of interest : all children below five years old. Authors provided.

Note : les chiffres sont calculés par district à partir de la quatrième vague du National Family Health Survey (2015-2016). L'insuffisance pondérale infantile est calculée selon la définition suivante : poids suivant l'âge < -2\*écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant donnée par l'OMS. Population étudiée : tous les enfants de moins de cinq ans. Carte réalisée par les auteurs.

Pour lutter contre la faim et la malnutrition, l'Inde a une longue histoire de programmes sociaux caractérisés par des bénéfices en nature, et qui ont été placés sous l'égide du *National Food Security Act* (aussi connu comme le *Right to Food Act*) en 2013. Compte tenu de l'urgence actuelle, la ministre du Budget du gouvernement fédéral, Nirmala

Sitharaman, a annoncé des mesures renforçant notamment ces programmes existants, quelques heures après la mise en place du confinement. Ce plan, appelé Pradhan Mantri Garib Kalyan Yojana (littéralement le Programme du Premier Ministre de Protection Sociale des Pauvres), couvre environ 21 milliards d'euros. Il a été accueilli de manière critique par les économistes. Parmi eux, Jayati Ghosh a jugé ce programme «embarrassant» étant donné le faible montant mis sur la table, ainsi qu'«inadéquat». La Indian Society of Labour Economics, composée d'éminents économistes, a écrit une lettre au Premier ministre ainsi qu'aux ministres en chef des États indiens et a déclaré que l'aide nécessaire devrait s'élever à 434 milliards d'euros, soit plus de 20 fois le montant du projet prévu.

Dans le cadre du programme annoncé, une aide en espèces est mise en place en utilisant les programmes de transfert direct existants, en particulier le Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act (MNREGA), qui garantit 100 jours de travail rémunéré aux habitants des zones rurales, pour lutter contre le sous-emploi. Mais en fait, l'augmentation des salaires annoncée par le MNREGA n'est qu'un ajustement déjà prévu. Cette aide pourrait bénéficier aux travailleurs migrants internes laissés sans ressources économiques, mais seulement à la condition qu'ils parviennent à rentrer chez eux, où ils sont enregistrés administrativement. Quant aux aides liées à des bénéfices en nature, le gouvernement veut étendre le Public Distribution System (PDS), en se concentrant sur les principaux apports caloriques en Inde : les céréales (plus de 50% des apports caloriques totaux) et les légumineuses (environ 12%, une source importante de protéines dans un pays consommant peu de produits animaux). Mais les promesses pourraient ne pas suffire à couvrir les besoins. Certains hauts fonctionnaires ont également souligné que ce stock sera difficile à livrer car les industriels sont confrontés à une pénurie de main-d'œuvre. Enfin, le Mid Day Meal Scheme (MDMS), qui fournit un repas gratuit à chaque enfant scolarisé, est actuellement arrêté malgré son rôle essentiel dans la nutrition des enfants (Khera, 2013).

Plus inquiétant encore, la mise en œuvre des annonces va être confrontée aux problèmes endémiques de ces programmes sociaux : la corruption et l'omission d'une partie des ménages qui devraient en bénéficier (*exclusion error*), alors que le PDS a en théorie un champ d'inclusion très large. La capacité à cibler toutes les personnes dans le besoin est pourtant essentielle dans la situation actuelle (l'utilisation d'un système d'authentification biométrique, nommé Aadhaar, ne semble pas résoudre ces problèmes, Drèze et al., 2017). L'économiste Jean Drèze a donc préconisé de fournir des denrées alimentaires dans des "installations d'urgence" à toute personne sans demander un numéro Aadhar ou une carte de rationnement.

Face à la crise émergente, les initiatives privées ont fleuri, que ce soit des ONG qui organisent des points de ravitaillement dans les zones urbaines, ou des temples sikhs qui accueillent les sans-abris (Parulkar et Naik, 2020). Mais non seulement le secteur du bénévolat s'est considérablement tari au cours des deux dernières décennies, mais sans un soutien public massif, les initiatives locales ne suffiront pas. Dans le Tamil Nadu, les ONG encore en place se sont jusqu'à présent surtout concentrées sur les mesures de

sensibilisation et les précautions à prendre pour limiter la propagation du virus, ce qui suscite plus de suspicion que de confiance de la part de la population dans la mesure où la préoccupation première actuelle est de savoir comment joindre les deux bouts. Comme le prévient Jean Drèze : «les pauvres ont l'habitude d'encaisser beaucoup de choses en faisant profil bas - quand les gens ont faim et qu'ils sont faibles, ils ne sont pas nécessairement bien placés pour se révolter. Mais des émeutes de la faim pourraient se produire, qui sait».

## Conclusion

---

Dans un tel moment historique, on s'attendrait à ce que l'unité nationale soit placée au-dessus de tout et à ce que stigmatisations et polarisations fondées sur la religion, l'ethnie, la caste ou la classe sociale, soient reléguées en arrière-plan. Mais rien n'est moins sûr. En rentrant chez eux, les migrants sont victimes d'attaques et sont ostracisés par peur de l'infection. Et il n'a pas fallu longtemps pour que des discours de haine fassent surface dans cette crise, les Indiens musulmans, du nord-est, Tribaux ou Dalits, étant tous accusés de propager le virus. Il reste à voir si et comment le gouvernement saisira l'occasion de cette crise pour diviser encore plus ou bien rassembler la population. La préoccupation immédiate est pour les pauvres et les minorités qui, comme nous l'avons vu, seront les premiers à souffrir de cette crise. Pour eux, les conséquences de la fermeture seront dramatiques. Ils mourront chez eux, en silence, peut-être à cause d'une chose bien plus mortelle que le virus lui-même : les profondes inégalités socio-économiques qui divisent la société indienne.

Compte tenu de la grande diversité des situations sur le sous-continent indien, les réponses publiques régionales semblent plus adéquates pour contrer la tragédie économique et humanitaire. Plusieurs États ont été en première ligne pour mettre en œuvre des solutions d'urgence ambitieuses pour les plus démunis, comme le Kerala, Delhi, l'Odisha ou le Bengale occidental, même si leur action est en partie freinée par les transferts de fonds du gouvernement central. Le secteur informel, bien que durement touché par le confinement, s'est également montré incroyablement résistant lors de précédentes crises, ce qui donne de l'espoir dans ces circonstances sans précédent. À plus long terme, un investissement massif dans le secteur agricole contribuerait à régénérer l'économie, en assurant la sécurité alimentaire et en réduisant le fossé entre les villes et les campagnes, révélé de façon flagrante par l'énorme exode auquel nous assistons.

Cover picture by Kailash Mohankar.

## Aller plus loin

---

- Jan Breman, *Labour Bondage in West India : From Past to Present*, New-Delhi, Oxford University Press, 2007.
- Veena Das, *Affliction : Health, Disease, Poverty*, Fordham University Press, 2015.
- Priya Deshingkar and Shaheen Akter. "Migration and Human Development in India",

United Nations Development Programme." *Human Development Reports, Research Paper* 13, 2009.

- Jean Drèze, Nazar Khalid, Reetika Khera, Anmol Somanchi, "Pain without gain? Aadhar and food security in Jharkhand", *Economic and Political Weekly*, vol. 52, n°50, 2017.
- Jean Drèze and Amartya Kumar Sen, *An Uncertain Glory : India and Its Contradictions*, Princeton, Princeton Univ. Press, 2013.
- Sarah Hodges, and Mohan Rao (eds), *Public Health and Private Wealth : Stem Cells, Surrogates, and Other Strategic Bodies*, Oxford University Press, 2016.
- "India Labour Market Update." Geneva, ILO, 2016
- Reetika Khera, "Mid-Day Meals : Looking Ahead", *Economic and Political Weekly*, vol. 48, n° 32, 2013.
- Ashwin Parulkar, Mukta Naik, "A Crisis of Hunger : a ground report on the repercussions of COVID-19 related lockdown on Delhi's vulnerable populations", *Economic and Political Weekly*, vol. 54, n°12, 2019.

## Pour citer cet article :

---

Mathieu Ferry & Govindan Venkatasubramanian & Isabelle Guérin & Marine Al Dahdah, « L'Inde face à la crise du Covid-19. Une tragédie humanitaire à venir », *La Vie des idées* , 4 mai 2020. ISSN : 2105-3030. URL : <http://www.laviedesidees.fr/L-Inde-face-a-la-crise-du-Covid-19.html>