

Éditorial.

Approche géopolitique de la pandémie de Covid-19

Béatrice Giblin

Août 2021, et l'actualité est encore et toujours marquée par la pandémie du Covid-19, véritable course contre la montre qui se poursuit entre la vaccination massive et les mutations du virus dont chaque variant se révèle plus contagieux que le précédent. La crainte des épidémiologistes est que le prochain soit plus coriace que les précédents et qu'il puisse se montrer plus résistant aux vaccins.

Au moment où nous écrivons cet éditorial, la pandémie n'est donc pas encore maîtrisée : des foyers réapparaissent en Chine ; l'Inde, dont le gouvernement Modi avait clamé sa maîtrise du virus au printemps 2020, a affronté une deuxième vague qui a mis à mal la fierté nationale de ces bons résultats ; la contestation monte au Brésil où le nombre de morts quotidiens (5 000) alimente la colère des Brésiliens contre le gouvernement de Jair Bolsonaro qui continue contre toute raison à sous-estimer la gravité du virus ; l'Afrique est jusqu'ici moins fortement touchée par ce virus, en raison de la jeunesse de sa population et aussi des échanges nettement moins nombreux avec le reste du monde – mis à part l'Afrique du Sud, où les chiffres sont plus importants, sans doute du fait de sa connexion accrue avec le monde (voir l'article de Doignon et Guilmoto) ; Israël, qui fut le premier pays à avoir vacciné plus de 60 % de sa population dès le printemps 2021 et qui était présenté comme le modèle à suivre, a décidé d'administrer une troisième dose aux personnes âgées de plus de soixante ans ; quant à l'Europe, le pourcentage de personnes vaccinées permet de limiter la quatrième vague en espérant qu'un nouveau variant ne vienne pas contrecarrer tous les plans de sortie de pandémie.

Après le choc du premier confinement au printemps 2020, on imaginait que l'organisation du monde et de la société changerait au moins dans quelques domaines et surtout dans les pays développés : le télétravail qui restera un des grands changements dus au Covid-19 dans les grandes agglomérations, la relocalisation de la fabrication de produits indispensables en cas d'épidémie (masques, respirateurs, vêtements de protection), le désir de vivre dans un environnement moins dangereux en cas de nouvelle épidémie et donc de quitter les grandes agglomérations pour des villes petites et moyennes, et sur un plan plus global une attention plus grande portée au respect de la nature et aux relations entre les hommes et le monde animal sauvage.

Cette pandémie est qualifiée parfois de syndémie du fait de l'importance des interactions biologiques et sociales, si bien que la mise au point d'un vaccin ou d'un traitement ne peut suffire à son contrôle. C'est en cela qu'elle diffère du sida, elle aussi d'origine virale mais très différemment transmissible. Cependant, pour l'une et l'autre la propagation fut planétaire et l'alerte mondiale déclenchée, et l'une comme l'autre touchent plus fortement les populations les plus vulnérables mais, différence très notable, le vaccin n'a pas encore été trouvé pour le sida (voir l'article d'Amat-Roze).

La soudaineté de l'extension de la pandémie du Covid-19 a bien sûr surpris, voire un temps déstabilisé les responsables politiques et sanitaires dont les pays n'étaient pas, ou plus, armés pour y faire face. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et surtout son directeur général d'origine éthiopienne, le docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus, ont été notamment accusés d'avoir tardé à déclarer la pandémie et d'avoir fait preuve de complaisance envers le gouvernement chinois. Mais les faiblesses de l'OMS sont bien antérieures et connues (voir l'article de Dabis).

À la suite de la stupeur provoquée par le premier confinement et la transformation du mode de vie des habitants des pays développés pour une durée de six semaines, l'idée que l'on ne retrouverait pas le monde d'avant, ou plutôt qu'il vaudrait mieux ne pas le retrouver, a couru sur les réseaux sociaux. Alors qu'on espère sortir prochainement de cette pandémie, cette idée ne semble plus autant séduire, même si des changements géopolitiques sont pourtant bien là. La puissance chinoise à l'échelle mondiale s'est notamment renforcée pendant que la construction européenne a connu un approfondissement sans précédent.

La pandémie : une opportunité pour la géopolitique chinoise

Xi Jinping a indéniablement su profiter de la pandémie pour affirmer au reste du monde l'efficacité, voire la supériorité, du système politique chinois dans la gestion d'une épidémie : campagne de tests massive, contrôle strict de la

population, confinement sévère, QR code généralisé, vaccination obligatoire y compris pour les enfants dans certaines villes, districts ou provinces, notamment le Guangxi (sud), le Jiangxi (sud-est) et le Henan (centre-est). Le résultat est probant : le nombre de décès officiel est de seulement 4 636, localisés principalement dans le Hubei, province de Wuhan, où le virus est apparu, ce qui est, convenons-en, remarquablement peu, même si ce nombre est probablement sous-estimé. Le Vietnam a suivi exactement la même politique, mais la deuxième vague y a été moins contrôlée que la première (voir l'article de Fanchette). Dans la stratégie de Xi Jinping de montrer au monde la supériorité du système politique chinois sur celui des démocraties occidentales, l'occasion donnée par la pandémie était à saisir et elle le fut. Il ne fallait surtout pas laisser accuser la Chine de négligence en ayant tardé à informer rapidement l'OMS de l'épidémie, aussi la contre-attaque fut-elle rapide en laissant entendre que le virus avait été importé en Chine par les militaires américains venus participer à des épreuves sportives dans la région de Hubei quelque temps auparavant. En outre, elle s'est montrée très mobilisée pour apporter son aide à tous les pays en grave situation sanitaire : des ponts aériens convoyant des centaines de millions de masques, des respirateurs et des tests de dépistage envoyés vers les pays d'Europe les plus exposés au Covid-19, des médecins, virologues et autres spécialistes dépêchés en renfort d'équipes locales parfois dépassées... Le gouvernement chinois a su mettre en scène ses actions présentées comme très conséquentes alors qu'elles ne l'étaient sans doute pas autant qu'il le proclamait, mais, qu'importe, la Chine était le seul pays à pouvoir proposer son aide.

À l'opposé de la stratégie chinoise de lutte contre la pandémie, il y eut celle de Donald Trump qui niait quant à lui sa gravité et même sa réalité avant d'incriminer le « virus chinois ». On sait pourtant les ravages que la pandémie causa dans les milieux défavorisés américains. Selon les données de plusieurs États, les Africains-Américains auraient eu deux fois plus de risques d'être contaminés, et surtout trois fois plus de risques de mourir du Covid-19. Avec plus de 600 000 morts, le rapport du nombre de morts par Covid-19 rapporté à la population fait des États-Unis l'un des pays du monde le plus touché par le virus. Cette attitude de déni et ses conséquences économiques et sociales ont coûté à Donald Trump sa réélection qui était probable au vu des excellents résultats économiques obtenus pendant les trois premières années de son mandat (un chômage au plus bas depuis cinquante ans : 3,5 % en 2019, remonté à 7,9 % en septembre 2020), même si ceux-ci étaient dus à la politique économique de son prédécesseur beaucoup plus qu'à la sienne. La situation s'est améliorée depuis l'élection de Joe Biden avec une campagne de vaccination efficace qui semble néanmoins faiblir (le nombre de personnes vaccinées stagne) tandis que les conséquences du déni républicain de la gravité de la pandémie ne s'effacent pas.

De plus, la pandémie a surgi au moment où les États-Unis choisissaient une politique étrangère de repli, opportunité que la Chine a su saisir pour étendre son influence, particulièrement en Afrique (voir l'article d'Aurégan). Avec la croissance de la pauvreté liée à l'épidémie de Covid-19, cette présence chinoise en Afrique représente une opportunité importante¹.

Le premier changement géopolitique post-Covid majeur est donc bien le renforcement de la puissance chinoise à l'échelle mondiale, même si l'image de la Chine s'est fortement dégradée dans les pays occidentaux démocratiques. Dans sa rivalité avec la Chine, l'Inde a perdu la bataille de l'efficacité de la lutte contre le Covid, après avoir crié un peu vite victoire et revendiqué le titre de « pharmacie du monde » (voir l'article de Racine).

Le Covid-19 : une chance pour l'Union européenne (UE)

Une stratégie plus efficace qu'on ne l'a dit

De façon totalement inattendue, et alors qu'elle était plutôt inquiète des difficultés dues au Brexit, l'UE a été confortée par la pandémie. Dès le 28 janvier 2021, à l'initiative de la Croatie alors à la présidence de l'UE, le dispositif intégré de l'UE – qui permet une réaction au niveau politique dans les situations de crise, avec partage de l'information – est activé avec notamment un premier conseil extraordinaire de Santé le 13 février qui sera suivi de beaucoup d'autres. Une réponse coordonnée au Covid-19 est ensuite décidée le 6 mars et la santé est alors affirmée comme la priorité absolue. Le 16 mars, l'Eurogroupe décide d'assurer la protection des citoyens et de l'euro « quoi qu'il arrive », autre formule du « quoi qu'il en coûte » du président français lors de son intervention solennelle du 12 mars. Le 18 mars, sont décidées les premières mesures d'aides provenant du budget de l'UE, puis le 23 mars l'assouplissement des règles budgétaires de l'UE. Le Covid-19 a ainsi permis ce qui était interdit lors de la crise financière de 2008. Toutes les règles budgétaires – les fameux critères de Maastricht gravés prétendument dans le marbre – sont suspendues. Tous les pays de l'UE étant touchés, il n'est plus question de sanctionner l'un ou l'autre pour son comportement dispendieux, comme ce fut le cas en 2008 pour la Grèce clairement punie par la volonté de l'intraitable ministre allemand de l'Économie Wolfgang Schäuble, pour avoir trompé la Commission européenne en falsifiant ses résultats économiques et l'ampleur de son endettement. En outre, la solidarité

1. Georges Courade, « L'Afrique des pauvretés à l'heure du Covid-19 », *Politique étrangère*, vol. 86, n° 1, 2021.

européenne a bien fonctionné comme l'a montré la prise en charge de patients venus d'autres pays, ce dont la France a bénéficié avec la prise en charge de malades de la région Grand Est par l'Allemagne. Quant aux vaccins, la Commission européenne et les États membres ont pris une position commune en juin 2020 pour garantir l'approvisionnement et faciliter leur déploiement : 2,3 milliards de doses de vaccins ont été commandées à six fournisseurs différents (Pfizer-BioNtech, Moderna, AstraZeneca, CureVac, Janssen, Sanofi). Les retards dans l'arrivée des vaccins au début de la campagne de vaccination en janvier 2021 et quelques problèmes de logistique ont fait douter du bien-fondé de cette stratégie si bien que certains chefs d'État se sont impatientés en se tournant vers d'autres vaccins (le russe notamment) comme Viktor Orbán, Premier ministre hongrois, et même la chancelière allemande a laissé entendre qu'«en ce qui concerne le vaccin russe, je suis d'avis que tout vaccin autorisé par l'Agence européenne du médicament devrait être utilisé dans l'UE». Mais «si celle-ci n'intervenait pas, alors l'Allemagne devrait agir pour elle-même et c'est ce que nous ferions», des propos semblables à ceux tenus par le Premier ministre italien Mario Draghi, affirmant que l'Italie pouvait produire le vaccin russe dès juillet 2021.

Toutes les critiques sont désormais oubliées puisque la stratégie de l'UE mise en œuvre par Thierry Breton, commissaire européen chargé de la politique industrielle, du marché intérieur, du numérique, de la défense et de l'espace, s'est avérée très efficace. Il faut aussi rappeler que l'exploit scientifique que représente la création si rapide d'un vaccin est largement européen : les quatre vaccins, Pfizer-BioNtech, Janssen, CureVac, ou Oxford, ont été développés en Europe et avec des fonds européens par la recherche européenne, accélérée par la Barda américaine (Biomedical Advanced Research and Development Authority, un bureau du département de la Santé consacré à la lutte contre les menaces d'ordre biologique). C'est cette coopération entre l'UE et les États-Unis qui a permis d'avoir ces vaccins.

Quant au défi industriel, il était immense. Il a fallu augmenter très rapidement la capacité de production, notamment en Europe. D'ordinaire, il faut environ 4 à 5 ans pour créer une entreprise de vaccins *ex nihilo*. Pour réorienter des chaînes de production déjà existantes (la stratégie adoptée par l'UE), il faut normalement entre 18 et 24 mois, or ce fut fait en moins de 10 mois, voire 6 pour certaines entreprises. 14 millions de doses ont été produites en janvier 2021, 28 millions en février, 64 millions en mars, 120 millions en avril et 150 millions en mai. Les États-Unis, à la suite d'un *executive order*, ont choisi de ne pas exporter de doses tant que l'immunité collective ne sera pas atteinte sur leur territoire².

2. Les États-Unis ont promis en avril 2021 d'envoyer à l'Inde 60 millions de doses du vaccin AstraZeneca qui d'ailleurs n'est pas autorisé par les autorités sanitaires américaines ; seuls trois vaccins le sont : Pfizer, Moderna et Johnson & Johnson.

L'Union européenne a choisi de garder 60 % des doses fabriquées en Europe et distribuera les autres 40 % aux pays avec lesquels les relations sont les plus étroites. Il s'agit principalement du Royaume-Uni, mais aussi des pays de l'Otan, du Mexique, de l'Arabie Saoudite, du Japon, etc.

Le plan de relance : un tournant politique

L'accord entre les vingt-sept États de l'UE « pour la mise en place d'un fonds européen pour la relance pour atténuer les effets de la crise » est en vérité un bouleversement des fameuses règles budgétaires imposées aux États membres instituées depuis le traité de Maastricht et le pacte de stabilité et de croissance (limiter le déficit public à 3 % du PIB et la dette publique à 60 % du PIB ; sachant qu'elle dépasse les 100 % du PIB dans la zone euro au premier trimestre 2021) qui avaient si fortement ralenti la reprise économique après la crise financière de 2008. Les conséquences politiques de cette rigueur excessive et mal adaptée à la situation selon de nombreux économistes furent importantes puisqu'elles ont pesé dans le vote du Brexit, dans le rejet de l'Europe par nombre de ses citoyens et le succès électoral des partis eurosceptiques. Ce plan de relance lève aussi un interdit : l'impossibilité d'emprunter au nom de l'UE et de répartir les fonds en privilégiant les États les plus en difficulté. Les discussions furent longues et ardues entre les États dits frugaux ou radins (Pays-Bas, Finlande, Autriche, Danemark, Suède) et les États dépensiers (Grèce, France, Italie, Espagne, Portugal) pour enfin arriver à un montant de 750 milliards d'euros empruntés par l'UE à un taux très bas, ce que n'auraient pu obtenir les États déjà très endettés, avec une date de remboursement fixée à 2058 et un remboursement qui se fera avec de nouvelles ressources. L'entente entre le président Macron et la chancelière Merkel a été déterminante pour emporter la décision. Chaque État a dû présenter son plan de relance en se conformant aux axes d'investissement définis par l'UE, à savoir les transitions verte (37 % des 750 milliards sont exclusivement consacrés à la décarbonation) et numérique. Fin juillet 2021, seize pays avaient obtenu le feu vert pour les fonds de relance de l'UE (voir l'article de Khan).

Nombreux sont ceux qui comparent ce montant de 750 milliards du plan de relance européen aux 1 900 milliards annoncés³ par le gouvernement démocrate américain et critiquent la faiblesse du montant européen. Toutefois, les Américains ne bénéficient pas des mêmes aides sociales (assurance chômage, assurance maladie, etc.) que les Européens. Il est donc nécessaire aux États-Unis de mettre en place des mesures ponctuelles en cas de crise et une partie de ce plan de relance

3. En août 2021 le Congrès a voté un montant de 1 000 milliards.

sera consacrée aux infrastructures qui en ont grand besoin. Le plan de relance américain reste plus élevé que le plan européen. Selon l'économiste Olivier Passet, ce dernier consiste en « 750 milliards d'euros sur trois ans, dont 390 milliards de subventions, le reste étant des prêts, soit moins de 1 % de dépenses nouvelles par an, quand les États-Unis ou la Chine organisent leur relance à des échelles cinq à dix fois plus élevées et bien plus concentrées dans le temps⁴ ».

Faut-il rappeler une fois de plus que l'UE n'est pas un État mais une association volontaire d'États qui acceptent de céder, d'ailleurs difficilement, une part de leur souveraineté pour construire pas à pas une politique commune. Car même s'ils disent vouloir un pouvoir exécutif européen, il ne faut pas qu'il soit trop puissant afin d'empiéter aussi peu que possible sur le leur.

Cependant, la pandémie a incontestablement donné un coup d'accélérateur à cette construction politique inédite dans l'histoire du monde, dans un contexte géopolitique marqué par la relation conflictuelle entre les États-Unis et la Chine. L'UE est coincée entre ces deux puissances : ses relations sont plus étroites avec l'allié américain qu'avec la Chine, mais elle doit gagner en autonomie afin de conclure des partenariats qui lui soient favorables, car un partenariat est toujours le résultat d'un rapport de forces.

Tous les pays européens ont été touchés par la pandémie. Cependant, ils ne le furent pas tous avec la même intensité et les politiques mises en œuvre pour y faire face, bien que proches, ont aussi été déterminées par les systèmes politiques de chaque pays : système fédéral comme en Allemagne et en Espagne, système décentralisé comme en Italie ou système centralisé comme en France. Si en France les élus régionaux ont dénoncé un centralisme excessif et prôné une décentralisation du système de santé pour des réactions plus rapides et efficaces pour lutter contre la pandémie, en Allemagne, des voix se sont élevées pour dénoncer le fédéralisme qui a contraint le pouvoir fédéral à passer de longues heures à négocier avec les *Länder*, ce qui a pu retarder quelques prises de décision (voir les articles de Bettoni ainsi que de Cruz Villalón, Lois González, Miramontes Carballada et Olcina Cantos).

La deuxième vague à l'automne 2020 a de nouveau mis les systèmes de santé à l'épreuve et les services de réanimation proches de la saturation, et cette fois dans l'ensemble des pays européens y compris ceux qui avaient été épargnés par la première vague comme les pays d'Europe centrale. Cela résulte de la contagiosité plus élevée des nouveaux variants du virus : d'abord le variant britannique (désormais dénommé variant Alpha mais on ne donnait pas encore aux variants des lettres grecques, ce qui fut décidé afin de ne pas stigmatiser les pays où ils sont apparus),

4. Olivier Passet, « Plan de relance américain : comme en 2008, l'Europe prend du retard », *Alternatives économiques*, 30 mars 2021.

puis le variant Delta (apparu en Inde en octobre 2020 et sévissant en Europe depuis l'été 2021) qui présente une charge virale 1 260 fois supérieure à celle de la souche originelle, une plus haute transmissibilité, environ deux fois plus que celle de la souche originelle, et avec une période d'incubation plus courte⁵.

Ces caractéristiques ont contraint tous les gouvernements à prendre des mesures pour endiguer au plus vite et au mieux sa diffusion extrêmement rapide. Face à ces variants très contagieux les politiques mises en œuvre pour y faire face se ressemblent toutes et il est difficile d'en repérer de plus performantes que d'autres.

Au niveau européen, depuis le 1^{er} juillet 2021, le passe sanitaire⁶ est obligatoire pour voyager.

La France et le Covid-19 : une situation singulière

Première vague : la stupeur du confinement

Les premières réactions du ministère de la Santé dont la ministre est alors Agnès Buzin, hépatologue reconnue, marquent une réelle compréhension des risques que présente une pandémie : repérage du premier malade du Covid-19 en Savoie, isolement pour quinze jours des Français de retour de Wuhan, interrogation à Creil sur le décès d'un professeur pendant les vacances d'hiver. Puis ce fut le gros cafouillage avec le départ de la ministre de la Santé pour se lancer dans la campagne électorale des municipales parisiennes, et l'arrivée impromptue d'un député médecin, Olivier Véran. La situation dans le nord de l'Italie s'aggrave fortement et rapidement mais elle n'est pas prise avec le sérieux qu'il aurait fallu – certains y ont vu une sorte d'arrogance française, assurée d'avoir un meilleur système de santé que l'Italie.

Puis, dans la première quinzaine de mars, la dégradation est rapide. De l'insouciance suscitée par cette « grippe » on est passé à la peur de l'épidémie, aggravée par l'absence de matériel de protection. Les images du personnel soignant parfois protégé par des sacs-poubelle font prendre conscience de la gravité des pénuries de matériel dans les hôpitaux. La peur est aussi alimentée par les déclarations contradictoires des scientifiques à propos du port du masque jugé indispensable par les uns et totalement inutile par les autres. L'annonce le 12 mars par le président Macron du confinement pour plusieurs semaines crée la stupeur (et la joie des

5. « Covid-19 : une étude chinoise souligne l'ampleur de la charge virale à la phase précoce de l'infection par le variant Delta », *Le Monde*, 17 juillet 2021.

6. Pour l'obtenir il faut soit un certificat de vaccination, soit un test négatif récent, soit un certificat de rétablissement.

élèves à cause de la fermeture des établissements scolaires). Les images du confinement à Wuhan avaient été regardées avec effarement sans imaginer un instant que la France pourrait connaître un scénario identique. Avec le fameux « quoi qu'il en coûte » on découvre l'« argent magique » puisque tout ce qui était impossible d'obtenir, faute de crédits, le devenait. Face à l'incapacité de l'État de fournir des masques et du matériel de protection, les présidents de conseils régionaux et départementaux ainsi que les maires des grandes villes s'activent, parfois en grand désordre, pour les acheter au prix fort, pour le plus grand bénéfice des entreprises chinoises. Rappelons que les élections régionales, repoussées pour cause de Covid-19, doivent avoir lieu quelques mois plus tard... La France découvre sa dépendance extrême à certains produits indispensables (y compris pour le paracétamol qu'il a fallu quelque temps contourner) et principalement à ceux importés de Chine. On commence alors à évoquer des relocalisations industrielles...

Le scandale de la pénurie de masques a nécessité un retour en arrière pour comprendre comment on en était arrivé là. Ce fut la conséquence négative d'une chance lors de l'épidémie de grippe H1N1 en 2009-2010 : alors qu'on redoutait une grave épidémie et que toutes les mesures avaient été prises pour y faire face (achat de vaccins, installation de vaccinodromes, matériel de protection en abondance), celle-ci n'a pas eu lieu. Or, plutôt que de se féliciter du recul imprévu de cette épidémie, les élus, surtout d'opposition, ont violemment attaqué la ministre de la Santé de l'époque, Roselyne Bachelot, en dénonçant la gabegie de l'État qui avait dû brader des millions de vaccins. Cet épisode, on le sait désormais, a eu des conséquences fâcheuses. Le recul de l'épidémie a donné, à tort, à penser que nous étions à l'abri de ce type d'épidémie, et que de toute façon notre système de santé était suffisamment performant pour y faire face. En outre, depuis le début des années 2000 la grande préoccupation du ministère de la Santé et des responsables politiques était d'endiguer la croissance exponentielle des dépenses de santé, aussi tout ce qui ne paraissait pas indispensable était-il supprimé. On a ainsi oublié les millions de masques répartis dans les hôpitaux sans plus se préoccuper de leurs conditions de stockage et de leur date de péremption. Négligence dont le coût s'est avéré incomparablement plus élevé qu'un suivi des stocks.

Une géographie contrastée lors de la première vague

La région Grand Est fut très touchée dès la fin février 2020, suivie rapidement par l'Île-de-France alors que les régions de l'Ouest le furent beaucoup moins. Il existe des explications géographiques à ce contraste.

Le Grand Est est une région frontalière avec l'Allemagne, la Suisse, le Luxembourg et la Belgique, pays touchés par la pandémie et avec lesquels la

fréquence des échanges quotidiens est très élevée. Le climat, continental, y est froid et humide l'hiver; des conditions météorologiques favorables à la propagation du virus puisqu'on vit à l'intérieur. Il faut aussi y ajouter la malchance d'un rassemblement évangélique d'une semaine (17 au 24 février 2020) à Mulhouse. Bien involontairement, puisqu'on était aux prémices de la pandémie, cette réunion de 2 500 fidèles venus de la France entière et de quelques pays limitrophes comme la Belgique, l'Allemagne et la Suisse, fut l'occasion d'un gigantesque *cluster* et, avec le retour des participants à leur domicile, d'une diffusion de la contamination en métropole (Corse, Morbihan) comme dans les Outre-mer (notamment en Guyane).

Le nombre de décès dans le Grand Est pour cause de Covid-19 y fut important: 3 408 entre le 1^{er} mars et le 29 mai 2020. Toutefois, tous les départements ne furent pas touchés avec la même intensité: par ordre décroissant, la Moselle avec 796 décès, puis le Haut-Rhin (776), le Bas-Rhin (631), la Meurthe-et-Moselle (341), les Vosges (253), la Marne (254), l'Aube (133), la Meuse (93), la Haute-Marne (78), les Ardennes étant le moins touché avec 53 décès. Ce sont donc bien les départements les plus peuplés et où les échanges sont les plus denses qui furent les plus contaminés.

À l'inverse, les régions de l'Ouest ont été relativement épargnées, n'ayant aucune frontière terrestre avec d'autres pays (l'éloignement de la presqu'île bretonne fut un atout), bénéficiant d'un climat océanique, plus doux mais humide et avec beaucoup de vent favorable à la dispersion des aérosols et présentant des densités urbaines plus faibles qui impliquent des échanges quotidiens plus réduits.

La population de l'Île-de-France fut, elle aussi, très touchée par le Covid-19, en raison de sa forte densité de population (plus de 1 000 habitants au km², soit dix fois supérieure à la moyenne française) et de sa forte connexion avec le reste du pays et du monde (trois aéroports, de très grandes gares internationales, la gare du Nord étant par exemple la première gare d'Europe par son trafic). Par ailleurs, 93 % des 12 millions d'habitants de l'Île-de-France se déplacent au moins une fois par jour et 20 % d'entre eux en transports en commun.

Cependant, il est nécessaire de changer de niveau d'analyse pour mieux repérer les territoires les plus touchés par le virus, afin de pouvoir y apporter les moyens nécessaires. En effet, les données varient fortement selon les territoires. Ainsi, le taux d'incidence et le nombre d'hospitalisations, de malades en réanimation et de décès furent rapidement très élevés en Seine-Saint-Denis et nettement plus faibles dans les Yvelines. À une échelle encore plus fine, on a constaté que ces mêmes données étaient très élevées dans les arrondissements du nord-est de Paris (19^e, 20^e) et nettement plus faibles dans les 7^e et 16^e.

C'est pourquoi avoir des données à échelle fine est indispensable pour une action médicale efficace tant au niveau des soins que de la prévention (voir l'article de Cépré). Mais en France la prévention est le parent pauvre de la santé car le

soin a toujours été privilégié, et pour s'en convaincre il suffit de voir le désintéret, voire le mépris, pour la médecine du travail ou scolaire.

Actuellement, l'organisme Santé publique dispose de ces données et rend certaines d'entre elles publiques. Il s'agit d'une amélioration récente mais ces données ne sont toujours pas accessibles à une échelle fine (à l'échelle de l'Iris par exemple, ces « îlots regroupés pour l'information statistique » mis en place par l'Insee), au nom du respect du secret médical. Or la connaissance de l'état de santé⁷ de la population à échelle fine est un outil très efficace pour repérer les situations préoccupantes qui révèlent les graves inégalités économiques et sociales (voir l'article de Lacoste et Raynaud).

Le Covid-19 a ainsi été un puissant révélateur de ces inégalités. Les populations les plus vulnérables à ces inégalités ont été exposées à un risque beaucoup plus élevé non seulement de contracter la maladie, mais aussi d'en mourir car elles présentent par ailleurs plus souvent des facteurs de comorbidités : obésité, diabète, insuffisance respiratoire, hypertension artérielle, autant de maladies liées à des conditions matérielles difficiles, souvent précaires.

Une résistance singulière à la vaccination

Alors que la course aux vaccins est lancée partout dans le monde et que la vaccination est le seul remède pour sortir de cette pandémie, la France se distingue avec un mouvement d'opposants à la vaccination – certes minoritaire, mais qui concerne près de 20 % de la population (17,5 %). Une étude américaine réalisée par Ipsos, publiée en octobre 2020, place la France parmi les pays les plus réticents au vaccin contre le Covid-19 : seulement 54 % de la population déclarent vouloir se faire vacciner – loin derrière l'Italie (65 %), le Canada (76 %), le Royaume-Uni (79 %) ou l'Inde (87 %) – dans la première année d'existence du vaccin. Lucie Guimier (voir son article) revient sur les racines de cette singularité française en décrivant ses fondements historiques, ses réseaux d'influence et ses causes systémiques. Dans tous les pays existent des « antivax », et ce malgré les succès incontestables de la vaccination : éradication de la variole, presque éradication de la poliomyélite, du moins dans les pays occidentaux... Ils partagent des convictions ou croyances telles que ne pas contrarier la nature ni la volonté de Dieu (toutefois, l'Iran a une excellente couverture vaccinale), ou encore l'idée selon laquelle les vaccins sont une affaire de « gros sous » pour le plus grand profit de « Big Pharma ». À ces constantes s'ajoutent, dans le cas des vaccins contre

7. L'état de santé prend en compte non seulement ce qui relève de la maladie mais aussi des conditions de vie économiques sociales et culturelles.

le Covid-19, la rapidité de leur mise au point et la technologie novatrice ARN messager de certains d'entre eux, qui suscitent dans certains milieux une inquiétude sur de supposés effets indésirables à moyen terme. Aucun argument rationnel ne peut les convaincre de l'extrême faiblesse des risques liés à la vaccination si on les compare à ceux de mourir du Covid-19 ou d'en supporter des séquelles en n'étant pas vaccinés. Sociologues et anthropologues étudient les profils des antivax marqués par l'individualisme (refus de l'intérêt commun) et la méfiance envers les « élites » scientifiques et surtout politiques. Dans le cas du vaccin du Covid-19, cette méfiance et cette hostilité ont été démultipliées par les réseaux sociaux qui diffusent des informations aussi fausses que farfelues.

Plus étonnante est l'opposition des personnels soignants (médecins mis à part) aux vaccins. Santé Publique France a évalué le taux de vaccination des personnels soignants ayant reçu au moins une injection au 31 mai 2021 : 72,2 % pour les médecins en établissement de santé, 58,7 % pour les infirmiers et 50 % chez les aides-soignants. Deux mois plus tard ces chiffres ont certainement dû s'améliorer mais les opposants aux vaccins parmi les personnels de santé ont depuis trouvé une nouvelle raison de montrer leur hostilité en dénonçant l'obligation vaccinale qui leur est désormais imposée par le gouvernement, au nom de la défense de leur liberté. Ils sont rejoints dans cette défense de leur liberté par des Français opposés au passe sanitaire qui a été imposé à partir du 9 août 2021 dans les lieux publics (restaurants, lieux culturels, transports publics...), et ce pour une durée de trois mois, du moins dans un premier temps. Ils ont ainsi été suffisamment déterminés pour manifester plusieurs samedis de suite de juillet et d'août dans cent cinquante villes, plutôt au sud de la Loire, excepté Paris. Ils viennent d'horizons politiques opposés – extrême droite et extrême gauche, parfois anciens « gilets jaunes » –, partageant toutefois des idéologies démagogiques et populistes et ayant en commun une hostilité, voire parfois de la haine, envers le président de la République.

La répartition des manifestations coïncide d'ailleurs avec les régions où le taux de vaccination est inférieur à la moyenne nationale, comme le montre la carte réalisée par le géographe Emmanuel Vigneron pour le quotidien *Le Monde* le 25 juillet ⁸. Cette géographie interroge : comment expliquer que la réticence vaccinale soit très présente dans le sud de la France et aussi dans quelques territoires plus localisés où le Covid-19 a pourtant provoqué de nombreux décès comme en Seine-Saint-Denis ou dans le Haut-Rhin ? Plusieurs explications sont possibles. Pour la Seine-Saint-Denis on peut corréliser le moindre taux de vaccination à celui

8. Camille Stromboni, « Covid-19 : en France, une triple fracture vaccinale », lemonde.fr, 25 juillet 2021.

du taux de pauvreté plus élevé que la moyenne française, on peut aussi y adjoindre la jeunesse de la population – c’est le plus jeune département de France (35 % de la population a moins de 25 ans) et on sait que les jeunes, ne redoutant pas d’attraper le Covid-19, sont peu pressés de se faire vacciner. Mais cette remarque ne tient pas car la carte publiée par *Le Monde* à l’échelle des intercommunalités a annulé les effets de l’âge pour permettre la comparaison. Il reste donc le taux de pauvreté. Cependant, celui-ci est à peu près comparable à celui du bassin minier du Nord-Pas-de-Calais⁹ et pourtant le taux de vaccination est représentatif de la moyenne nationale dans l’arrondissement de Lens et à moins de 15 à 30 % en Seine-Saint-Denis. Cette différence est-elle due au taux de population étrangère plus élevé en Seine-Saint-Denis et moins facile à contacter ? Au début du mois d’août, grâce à l’installation de lieux de vaccination au plus près des populations sans réservation, comme le vacci’drive de Villepinte, la situation vaccinale s’est améliorée : 50,1 % des habitants majeurs sont complètement vaccinés (moyenne française 54,6 %) et le nombre de personnes ayant au moins reçu leur première dose dépasse désormais la moyenne nationale (71 %). Dans le Sud-Est, le retard n’est pas encore comblé, début août la région Provence-Alpes-Côte d’Azur était au dernier rang des régions françaises avec 57 % de primo-vaccinés. Mais la situation varie selon les départements : dans les Alpes-Maritimes, le taux de vaccination approche les 69,2 % alors que dans les Alpes-de-Haute-Provence il est de 53,6 % – un département plus rural, faiblement peuplé (la densité y est de 23,7 habitants au km², tandis que dans les Alpes-Maritimes elle est de 252,7), où la population est plus isolée et pense être de ce fait moins exposée au virus. De plus, l’éloignement des centres de vaccination ne les encourage pas à se faire vacciner. En revanche, dans les Bouches-du-Rhône, toujours début août, le taux de vaccination est de 54 %, ce qui est peu pour un département très urbanisé (400 habitants au km²), où les centres de vaccination sont nombreux et accessibles – y compris au célèbre stade Vélodrome de Marseille. Comment expliquer la faiblesse de ce taux qui n’épargne, d’après la carte publiée par *Le Monde*, qu’Aix-en-Provence et ses environs ? Un contexte favorable à la contestation des décisions venues de Paris ? Rappelons l’engouement de la population marseillaise pour le professeur Raoult, directeur de l’Institut hospitalo-universitaire Méditerranée Infection, qui contestait toutes les décisions prises, y compris le confinement, et prônait l’hydroxychloroquine, sans jamais apporter la moindre preuve de son efficacité. Sachant qu’en tant que médecin chercheur il ne peut être opposé à la vaccination sans nuire encore un peu plus à sa réputation scientifique, il prône la vaccination avec le vaccin chinois

9. Le taux de pauvreté en Seine-Saint-Denis étant de 27 %, tandis qu’il est de 24 % à Lens (source : Insee 2018).

qu'il estime « plus raisonnable » car utilisant la même technologie que ceux utilisés contre la grippe saisonnière, c'est-à-dire des virus inactivés. Il recommande ce type de vaccin « dont on connaît les effets à long terme » et ajoute que les vaccins ARN messenger peuvent entraîner des effets imprévisibles à long terme parce qu'ils sont nouveaux. Recommandation qui encourage de fait la défiance envers les vaccins autorisés dans l'UE et donc celle de la vaccination puisque les vaccins chinois (et russes) n'ont pas encore été autorisés par les autorités européennes.

Au-delà du cas particulier de Marseille, il y a incontestablement une résistance à la vaccination contre le Covid-19 dans le sud de la France – et une résistance aux vaccins en général, ce que Lucie Guimier avait bien étudié dans sa thèse¹⁰. Plusieurs facteurs l'expliquent : la représentation régulièrement réactivée d'appartenir à une région historiquement rebelle des cathares à la révolte des vigneron du Languedoc en 1907, en passant par les protestants cévenols, on se dit volontiers rebelle à l'autoritarisme parisien ; l'installation dans ces territoires peu densément peuplés de néoruraux désireux de vivre au plus proche de la nature, toujours vue comme bienfaitante (même si les virus sont aussi naturels...), adeptes des médecines douces, de l'homéopathie et des huiles essentielles ; enfin la présence d'un électorat protestataire que ce soit en faveur de l'extrême gauche et plus fréquemment de l'extrême droite, qui voit dans sa résistance à la vaccination contre le Covid-19 une bonne occasion de montrer son hostilité au président de la République en usurpant les thèmes de la défense de la liberté (sans se préoccuper de celui de la fraternité) et de la résistance et dénonçant, sans crainte du ridicule de l'outrance, la « dictature sanitaire » quand il s'agit d'accepter des mesures contraignantes prises pourtant pratiquement dans l'ensemble des pays du monde. Notons que l'électorat frontiste du nord et de l'est de la France se montre apparemment moins hostile à la vaccination, mais il faudrait des enquêtes précises pour l'affirmer.

Au début du mois d'août 2021, la gravité de la situation sanitaire dans les DROM-COM suscite l'extrême inquiétude des autorités gouvernementales et sanitaires. Les chefs de service des hôpitaux de la Martinique et de la Guadeloupe qualifient la situation de « catastrophe sanitaire » et des renforts de personnel soignant volontaires (médecins, infirmiers) sont envoyés sur place. La contagiosité du variant Delta fait des ravages y compris chez des trentenaires sans comorbidité. Ainsi, parmi les malades en réanimation, aucun n'est vacciné, et 95 % de ceux qui sont hospitalisés non plus. Seuls 20 % de la population antillaise sont

10. Lucie Guimier, « Approche géopolitique de la résistance aux vaccinations en France. Le cas de l'épidémie de rougeole 2008-2011 », sous la direction de Béatrice Giblin et Jeanne-Marie Amat-Roze, 2016.

totallement vaccinés et 30 % ont reçu la première injection ; la situation étant moins catastrophique à la Réunion (40 % de première injection). La résistance à la vaccination dans les territoires ultramarins y est donc particulièrement forte. Comment s'explique-t-elle ?

Dans un premier temps, par le sentiment que ces territoires étaient loin de l'épidémie qui frappait la métropole et qu'elle ne les concernerait pas. Par ailleurs, en Guadeloupe et en Martinique, la défiance envers le gouvernement est alimentée par le scandale sanitaire récent du chlordécone¹¹. En outre, selon la sociologue Stéphanie Mulot, le fait de « refuser le vaccin revient à assumer une posture politique d'opposition et à revendiquer une volonté de s'autogouverner ». Enfin, comme en métropole, les fausses informations au sujet du vaccin circulent abondamment et leurs démentis dans les médias locaux par des scientifiques ne suffisent pas à les corriger. Ainsi, malgré une situation sanitaire catastrophique, des associations, et même des syndicats, appellent à manifester contre le passe sanitaire et l'obligation vaccinale des soignants au nom de la liberté.

Sans sous-estimer l'influence de ces récalcitrants à la vaccination auprès de certains de nos concitoyens à un peu plus de six mois de l'élection présidentielle, il ne faut pas non plus en exagérer l'importance : le samedi 7 août 2021, le ministère de l'Intérieur comptabilisait 237 000 manifestants, majoritairement dans des villes du sud de la Loire, et celui de la Santé 37 240 000 Français vaccinés.

Fin de rédaction le 12 août 2021.

Par ailleurs, nous avons le plaisir de féliciter Delphine Papin, secrétaire de rédaction d'*Hérodote* et responsable du service infographie du journal *Le Monde* qui a obtenu avec son équipe deux récompenses lors de la 29^e édition du Malofiej, le prix mondial le plus réputé pour les infographies-cartographies, parmi les 172 médias participants de 32 pays (dont le *New York Times*, le *Washington Post*, *National Geographic*, Reuters, *The Guardian*...) :

11. Insecticide utilisé dans les Antilles françaises entre 1972 et 1993 pour lutter contre le charançon du bananier. Interdit dès 1976 aux États-Unis, son autorisation de vente en France n'est retirée qu'en 1990. Mais son utilisation se poursuit en Guadeloupe et en Martinique grâce à deux délais d'un an obtenus par les producteurs de bananes, puis grâce à un flou dans la législation, jusqu'en 1993. Des ventes illégales sont de plus dénoncées après 1993. Les sols contaminés des cultures bananières sont à l'origine de pollutions graves des nappes d'eau souterraine, d'aliments pour animaux et de végétaux ; pollutions qui continuent d'empoisonner les populations locales avec des risques avérés de prématurité et de cancer de la prostate.

HÉRODOTE

- médaille d’or dans la catégorie «Planned Coverage» (Méditerranée orientale), pour la carte «Une mer de gaz dans l’est de la Méditerranée», réalisée par Francesca Fattori, Xemartin Laborde, Audrey Lagadec et Delphine Papin ;
 - médaille d’argent dans la catégorie «Breaking News» (plan Trump)
- discipline considérée comme le 100 mètres de ces Jeux olympiques de l’infographie – pour la carte «L’“État” palestinien selon Trump», réalisée par Xemartin Laborde, Audrey Lagadec et Delphine Papin.

Je cite le directeur du *Monde* Jérôme Fenoglio : « Cette performance est d’autant plus remarquable qu’aucun autre média français ne fait partie du palmarès cette année. Et aussi parce qu’il s’agit sans doute de la première médaille d’or obtenue par un média français en vingt-neuf ans. »

Je précise aussi que plusieurs des cartographes de l’équipe de l’infographie du *Monde* sont d’anciens étudiants de l’Institut français de géopolitique, dont Xemartin Laborde qui réalise les cartes des couvertures de *Hérodote*.