

COVID-19 : géopolitique de l'immunité collective

Par **Patrick Allard**

Patrick Allard est consultant permanent auprès du Centre d'analyse, de prévision et de stratégie (CAPS), du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères¹.

La vaccination de masse contre le COVID-19 fait apparaître plusieurs groupes de pays : les pays riches à vaccination rapide ; les pays concepteurs et producteurs de vaccins mais ne privilégiant pas la vaccination de leur population ; les pays plus pauvres qui n'atteindront l'immunité collective qu'en 2022 ou 2023. Le choix des vaccins constitue également un marqueur différenciant. La recherche de l'immunité collective par le vaccin dessine ainsi une véritable hiérarchisation géopolitique du monde.

politique étrangère

« Vacciné : ne fréquenter que des personnes vaccinées. »

Gustave Flaubert, *Dictionnaire des idées reçues*.

La perspective d'une guerre courte contre la pandémie de COVID-19 s'est vite dissipée. L'horizon du « jour d'après » a toujours été celui de l'immunité collective contre le virus : par la contamination quasi générale ou par la vaccination de la majeure partie de la population. Le développement inattendu de vaccins efficaces a rendu réaliste le scénario d'immunisation collective de l'humanité par la vaccination.

L'apparition et la diffusion de variants plus contagieux, ou menaçant l'immunité acquise naturellement ou par la vaccination, rehaussent le seuil de l'immunité collective et en perturbent la progression. Mais pas plus que les aléas de la production et de la distribution des vaccins, ou les hésitations des autorités sanitaires et les réticences des populations (focalisées jusqu'ici sur le vaccin AstraZeneca), elles n'invalident l'hypothèse d'une sortie de crise par la vaccination.

1. Les propos qui suivent n'engagent que leur auteur.

Dès les débuts de la pandémie, l'Assemblée mondiale de la santé a reconnu l'immunisation comme un « bien public mondial ». Pour autant, la sortie de la pandémie promet d'être très westphalienne, contrastée d'un continent et d'un pays à l'autre, en fonction de la précocité de la vaccination et du choix des vaccins, divisant le système international en une double tripartition et créant des défis diplomatiques durables.

Dès la fin de l'année 2021 et pour les deux à trois prochaines années, l'inégale précocité de la vaccination de masse partagera le monde en trois catégories de pays

Les pays de la première catégorie auront vacciné la majeure partie de leur population. La deuxième catégorie sera composée des quelques pays disposant de capacités de développement et de production de vaccins mais qui n'auront pas voulu ou pas pu donner la priorité à la vaccination de leur population, faute de capacités de production et/ou du fait de contraintes logistiques, parfois aggravées par une priorité donnée à l'exportation. La troisième catégorie comprendra les pays qui n'ont pas endigué la pandémie et qui n'auront pas non plus, faute de capacités de production ou de moyens financiers et logistiques, faute parfois aussi de motivation des élites ou de la population, lancé de campagnes de vaccination de masse, ou en seront encore à un stade initial.

La première catégorie comprend les États-Unis, le Royaume-Uni, les membres de l'Union européenne et des pays à haut revenu qui, souvent durement frappés par la pandémie, ont privilégié la vaccination rapide de leur population

Mi-avril 2021, 161 pays sur 195 ont engagé une campagne de vaccination, ayant administré 880 millions de doses. C'est le cas de pratiquement tous les pays d'Amérique du Nord et du Sud, et des pays d'Europe occidentale, de presque tous les pays du Moyen-Orient mais de seulement la moitié des pays d'Afrique subsaharienne ou d'Océanie². Près de 90 % des doses administrées l'ont été dans des pays à haut revenu ou dans des pays à revenu intermédiaire de tranche supérieure, moins de 15 % dans les pays à revenu

2. Les données relatives aux vaccins contre le COVID-Sars-2, citées ou calculées par l'auteur, proviennent des sources suivantes, consultées le 18 avril 2021 : « Tracking Covid-19 Around the World », sur le site de *The Economist* ; « Tracking Coronavirus Vaccinations Around the World », sur le site du *New York Times* ; Economist Intelligence Unit, « More than 85 Poor Countries Will Not Have Widespread Access to Coronavirus Vaccines before 2023 », 17 mars 2021 ; McKinsey & cie, « On Pins and Needles: How Accessible and Effective Will COVID-19 Vaccines Be? », février 2021 ; European Centre for Disease Prevention and Control et Centers for Disease Control and Prevention ; UK Medecine and Health Products Regulatory Agency, « Coronavirus Vaccine – Weekly Summary of Yellow Card Reporting », mise à jour au 15 avril 2021 ; Unicef, « COVID-19 Vaccine Market Dashboard » ; ThinkGlobalHealth, « Vaccine Spheres of Influence Tracker, 9 mars 2021 ; Covax Vaccine Roll-Out, sur le site de GAVI, disponible sur : www.gavi.org.

intermédiaire de tranche inférieure, 0,2 % dans les pays à faible revenu³. D'ici fin 2021, d'après l'Economist Intelligence Unit, seuls les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Union européenne (UE) et quelques petits pays à haut revenu dont Israël, les Émirats arabes unis, les Seychelles, Hong Kong et Singapour devraient avoir réussi à vacciner la majeure partie de leur population adulte et pourraient avoir touché le seuil de l'immunité collective.

En dépit des aspirations initiales à « une collaboration mondiale visant [...] l'accès équitable aux nouveaux diagnostics, traitements et vaccins COVID-19 » affichées par certains de leurs dirigeants⁴, les États solvables ont préféré conclure, individuellement ou collectivement s'agissant de l'UE, des accords avec les industriels. Ils ont ainsi préempté plus de quatre milliards de doses des cinq vaccins autorisés ou en passe de l'être, dont 97 % de celles du vaccin à ARN messager de Moderna, 77 % de celles du vaccin de Pfizer-BioNTech (P-BNT) également à ARN messager, et 30 % à 40 % de celles d'Oxford-AstraZeneca (O-AZ) et de Johnson & Johnson (J&J), l'un et l'autre à vecteur viral non répliquant⁵.

Selon McKinsey, le nombre de vaccinations *per capita* commandées et préachetées par 100 habitants (à raison de 2 injections, sauf pour le vaccin de J&J), tous vaccins confondus, atteint parfois des niveaux très élevés : plus de 5 au Canada, entre 1,7 et 4,1 aux États Unis, entre 2,1 et 3 dans l'UE ; contre 0,8 en Inde, 0,6 en Chine, 0,7-0,8 en Amérique latine, 0,5 au Moyen-Orient/Afrique du Nord, 0,5-0,6 dans l'Afrique subsaharienne.

Priorité à la vaccination des populations nationales

La priorité donnée à la vaccination des populations nationales renvoie à l'impact de la pandémie sur les conditions sanitaires et l'économie de pays qui n'ont pas réussi à l'endiguer à ses débuts et ont dû affronter des vagues successives, ainsi qu'aux souhaits de la majeure partie de ces populations. Londres, qui dépend en partie des productions du vaccin d'O-AZ dans l'UE et en Inde, semble par exemple avoir signé un accord préférentiel avec AstraZeneca. Les États-Unis disposent d'un dispositif juridique datant des années 1950 pour imposer aux entreprises produisant sur territoire américain de donner la priorité aux contrats passés

3. « The U.S. Is Fighting Its Way Out of the Pandemic, but a Virus Wildfire Is Spreading Abroad », *The Washington Post*, 14 avril 2021, disponible sur : www.washingtonpost.com.

4. Organisation mondiale de la santé, « Engagement et appel à l'action : Une collaboration mondiale pour accélérer la mise au point, la production et l'accès équitable à de nouveaux produits de diagnostic, traitements et vaccins contre la COVID-19 », 24 avril 2020, disponible sur : www.who.int.

5. À ces contrats s'ajoutent pour certains États (Canada, Nouvelle-Zélande, Arabie Saoudite, Afrique du Sud, Argentine, Brésil, Chili, Corée du Sud, etc.) des doses acquises par le truchement de la composante « participants autofinancés » du mécanisme Covax.

avec Washington⁶. Le dispositif, évoqué à la fin de l'administration Trump, et activé par l'administration Biden, n'interdit pas directement les exportations. Mais, de fait, les États-Unis n'ont exporté de vaccins, en petite quantité, qu'à destination du Canada et du Mexique, tout en accumulant des stocks de vaccins excédentaires (jusqu'à 300 millions de doses ou plus, d'ici l'été 2021, au cas où les vaccins d'AstraZeneca et de Johnson&Johnson resteraient utilisés pour tout ou partie de la population). Enfin, l'UE, hôte de sites de fabrication de plusieurs des vaccins autorisés ou en passe de l'être, s'est dotée d'un instrument juridique permettant à ses États membres d'empêcher les exportations : l'Italie en a fait usage, bloquant des exportations, destinées à l'Australie, de vaccins AstraZeneca mis en flacons sur son territoire.

Le rythme des débuts de la campagne vaccinale a grandement différé au sein même du groupe des pays riches. Mi-avril, les plus avancés sont de petits pays : Seychelles, Israël, Émirats arabes unis, Chili, Bahreïn, Bhoutan, tous dépassant le seuil de 60 doses administrées pour 100 habitants. Le Royaume-Uni et les États-Unis affichent des performances voisines. Dans le groupe des pays à haut revenu, les plus lents sont ceux qui ont enduré la pandémie : Australie (5,7 doses pour 100 habitants), Corée du Sud (3), Nouvelle-Zélande (2,8), Japon (1,5). Comme souvent, les pays de l'UE (20) se situent entre les deux extrêmes. Par rapport aux États-Unis et au Royaume-Uni, le retard de l'UE ne s'explique pas par des commandes moins massives (8 doses par adulte, contre 9 pour Londres et 6 pour Washington), ni par la part des vaccins non délivrables (non autorisés ou non aboutis) dans les commandes (25 % contre 15 % pour les États-Unis, 35 % pour le Royaume-Uni), mais plutôt par une faiblesse générale des livraisons par rapport aux commandes délivrables : seulement 5 % à la mi-avril, contre environ 25 % aux États-Unis et au Royaume-Uni, faiblesse légèrement plus marquée pour les vaccins Moderna et P-BNT que pour le vaccin d'AstraZeneca.

Une deuxième catégorie se compose des pays dotés d'une capacité de développement et de production nationale mais qui n'auront pas voulu ou pas pu vacciner dans l'immédiat leur population à hauteur du seuil de l'immunité collective

Ce groupe de pays comprend la Chine, l'Inde et la Russie. Ils disposent de capacités de développement et de production. Ils ont approuvé des vaccins produits nationalement qui, en Chine et en Inde, moins innovants (à base de virus désactivé), semblent moins efficaces⁷.

6. Le *Defense Production Act* de 1950. Congressional Research Service, « The Defense Production Act of 1950: History, Authorities, and Considerations for Congress », mis à jour le 2 mars 2020.

7. Le directeur du Centre chinois de contrôle et de prévention des maladies a indiqué que le croisement des vaccins était envisagé en Chine afin de stimuler l'efficacité de vaccins qui « n'ont pas un taux de protection très élevé ». Voir « China Considers Mixing COVID-19 Vaccines to Boost Protection Rate », Reuters, 13 avril 2021, disponible sur : www.reuters.com.

Les trois pays ont des capacités de production limitées : 0,7 milliard de doses pour le vaccin indien, entre 1 et 1,5 milliard pour les vaccins russes (en Russie et, sous licence, dans plusieurs autres pays), et près de 2 milliards pour les vaccins chinois. Encore s'agit-il de prévisions pour fin 2021. Du fait de la nature des vaccins, les capacités indiennes et chinoises demandent un certain délai (estimé à 8 mois, temps nécessaire à la réaction biologique) pour être étendues. La production du vaccin russe Spoutnik V (à adénovirus, comme les vaccins AstraZeneca et Johnson&Johnson) repose sur une technologie qualifiée de « capricieuse » par un directeur d'usine de production russe⁸. Son expansion, freinée par l'absence de production locale d'équipements biotechnologiques, dépend de la création de sites de production en Inde, en Corée du Sud et en Chine, dont le démarrage bute également sur des difficultés et des retards⁹.

La Chine, comme l'Inde, semble n'avoir pré-commandé pour sa propre population qu'une quantité de vaccins représentant moins d'une dose par tête. Ses capacités de production ne permettraient pas à la Chine de vacciner dès cette année une proportion suffisante de sa population pour parvenir à l'immunité collective, à supposer que la totalité de la production soit réservée à la population chinoise. Or Pékin a initialement donné la priorité aux exportations de vaccins (46 millions de doses à la mi-février 2021 contre 40 millions de doses administrées à la population¹⁰). Sur l'ensemble de l'année, les commandes à l'exportation des firmes chinoises dépassent 800 millions de doses, soit près de 50 % des capacités estimées du pays. Les autorités ont d'ailleurs affiché l'objectif de ne vacciner que 40 % de la population en juin 2021. Au-delà, compte tenu des capacités de production du pays, il devrait être impossible de vacciner 70 % à 80 % de la population d'ici fin 2021, sauf à faire défaut sur les accords de livraison à l'exportation. La lenteur de la campagne de vaccination en Chine pourrait traduire la complaisance des autorités face à une épidémie contenue par des mesures de quarantaine drastiques¹¹. Elle pourrait également résulter de l'indifférence de la population à la pandémie, ou encore de sa méfiance à l'encontre des vaccins chinois, comme le suggère le recours médiatisé à des mesures d'incitation, tels les coupons d'achat.

8. A. S. Kramer, « Russia Is Offering to Export Hundreds of Millions of Doses, But Can It Deliver? », *The New York Times*, 19 février 2021, disponible sur : www.nytimes.com.

9. H. Foy et M. Seddon, « Russia Covid Vaccine Faces Global Hurdles », *The Financial Times*, 17 février 2021, disponible sur : www.ft.com.

10. L. Lew, M. Zuo et S. McCarthy, « China Tilts to Covid-19 Vaccine Diplomacy as Domestic Jab Program Lags », *South China Morning Post*, 15 février 2021, disponible sur : www.scmp.com.

11. Selon les indices élaborés par l'université d'Oxford, la Chine a imposé au long de la pandémie, et impose aujourd'hui encore, des mesures locales sensiblement plus strictes que la France. Voir Blavatnik School of Government, *COVID-19 Government Response Tracker*.

Le pouvoir russe fait également prévaloir les livraisons à l'étranger sur la vaccination de sa population. Mi-avril, la Russie n'a administré que 15,5 millions de doses, soit 11 doses pour cent habitants. Moins de 7 % de la population a reçu une dose et seulement 4 % deux doses. Jusqu'ici, Moscou a sans doute livré près de quatre fois plus de doses à l'exportation qu'à son marché intérieur¹². La lenteur de la campagne de vaccination pourrait résulter de la désinvolture ou de l'incompétence des autorités, comme de la méfiance de la population¹³. La Russie pourrait avoir vacciné sa population seulement à l'été 2022.

La troisième catégorie se compose principalement de pays à revenu intermédiaire et de pays pauvres, qui ne devraient atteindre le seuil d'immunité collective qu'en 2022, voire 2023

Selon les données du Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef), une vingtaine des États éligibles au système Covax, dont une majorité à revenu intermédiaire inférieur, ainsi que l'Union africaine, ont passé directement des contrats d'approvisionnement avec les producteurs de vaccins autorisés ou en passe de l'être, parfois pour des montants importants, avoisinant 1 million de doses au total. L'accès au vaccin des pays les plus pauvres devrait pourtant se faire principalement au travers de la facilité Covax, pilier « vaccination » de l'accélérateur d'accès aux outils COVID-19 (ACT-A) lancé fin avril 2020 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Codirigée par l'OMS et deux organisations « multi-acteurs¹⁴ » (GAVI, créée à l'initiative de la Fondation Gates au début des années 2000 pour réduire le coût de l'accès aux vaccins pour les pays pauvres, et la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations – CEPI –, née en réponse à l'épidémie de fièvre Ebola), Covax regroupe 191 pays. Visant le développement, l'achat groupé et la distribution équitable des vaccins, elle juxtapose deux composantes. L'une (20 % des fournitures prévues pour 2021) est destinée à 69 pays solvables dits « autofinancés », pour leur permettre de bénéficier de prix négociés par GAVI. L'autre (80 % des fournitures prévues), l'Advance Market Commitment (AMC), finance des livraisons gratuites à l'intention de 92 économies à revenu faible et à revenu intermédiaire-tranche inférieure, grâce aux contributions des pays industrialisés, d'organisations internationales,

12. Selon Airfinity, la Russie aurait livré jusqu'ici 8 millions de doses de Spoutnik V. Cité par H. Foy et M. Seddon, « Russia's Covid Vaccine Faces Global Production Hurdles », *op. cit.*

13. Un sondage récent de l'Institut Levada relève que 30 % seulement de la population se déclare disposé à recevoir le vaccin Spoutnik V. Voir S. Rainsford, « Why Many in Russia Are Reluctant to Have Spoutnik Vaccine », BBC News, 3 mars 2021.

14. Associant des États, des organisations internationales et des organisations non gouvernementales.

et du secteur privé. Au 12 mars 2021, les engagements des États participants à ACT-A ont atteint 11 milliards de dollars américains (USD), en regard de besoins évalués à 38,1 milliards d'USD, creusant une impasse financière de 22 milliards d'USD, dont 3 milliards pour le pilier « vaccin¹⁵ ».

La facilité Covax a signé des accords avec AstraZeneca, avec P-BNT, avec le Serum Institute of India (pour la fourniture de vaccins AstraZeneca et Novavax), ainsi qu'un protocole d'accord avec Johnson&Johnson, et une déclaration d'intention avec Sanofi-GSK. Les premières livraisons de vaccins par l'intermédiaire de Covax ont eu lieu fin février-début mars 2021, au Ghana, en Côte d'Ivoire et au Nigeria. À la mi-avril, la facilité Covax a distribué 38 millions de doses dans 107 pays ou juridictions. Elle estime être en mesure de fournir environ 1,8 milliard de doses aux 92 pays à revenus bas et intermédiaires d'ici la fin de 2021 (dont 500 millions d'ici l'été).

En tout état de cause, les livraisons prévues par le Covax ne permettront de vacciner qu'environ 20 % de la population des États concernés en 2021. Les fournitures de vaccins à partir de 2022 sont conditionnées par la collecte de fonds additionnels. Les fournitures programmées de vaccins russe et chinois ne sont pas d'un volume suffisant (400 millions de doses s'agissant des vaccins chinois ; entre 1 et 1,4 milliard s'agissant du vaccin russe) pour renforcer significativement la couverture vaccinale des pays les plus pauvres, à supposer même que les capacités de production soient conformes aux prévisions des industriels, et que leurs exportations soient réservées à ces pays, ce qui n'est pas le cas. Il reviendra aux pays à haut revenu de compléter les livraisons financées par l'Advance Market Commitment, sous la forme de contributions en nature, telles que proposées par la France aux pays du G7 : consacrer 5 % des doses pré-achetées par ces pays aux pays pauvres. À ce stade, seuls 5 pays, la Chine (à 26 pays), l'Inde (à 14 pays), Israël (10 pays), la Russie (à 5 pays), les Émirats arabes unis (2 pays) et la Serbie (2 pays) ont effectué ou annoncé des dons de vaccins.

Un second partage, déterminé par le choix du vaccin, sépare les pays en trois groupes

Les choix des pays concernant les vaccins homologués (ou autorisés pour un usage d'urgence) et la composition des portefeuilles de commandes dessinent une géopolitique qui n'est pas sans rappeler celle de la guerre

15. Organisation mondiale de la santé, « ACT-Accelerator Prioritized Strategy & Budget for 2021 », 12 mars 2021, tableau annexe c1, p. 45.

froide¹⁶. Les vaccins développés par des firmes américaines et européennes ont été choisis par les États-Unis et les pays alliés. Le choix d'un vaccin russe ou chinois, qui n'est pas nécessairement le moins onéreux, est aussi un marqueur de positionnement anti-occidental, d'opposition ou de prise de distance par rapport aux États-Unis et à l'UE. Le Sputnik V est privilégié par des pays qui ont eu des relations historiques avec l'URSS. Le choix des vaccins chinois renvoie plutôt à l'intensité des relations commerciales avec Pékin. La géopolitique des vaccins dessine également un « tiers-monde », formé des pays soucieux de diversifier leurs approvisionnements et leurs allégeances affichées.

Une majorité de pays a choisi des vaccins produits par des firmes américaines ou européennes

À la mi-avril 2021, les vaccins des firmes occidentales sont administrés dans une majorité de pays : 123 s'agissant du vaccin d'O-AZ, 86 s'agissant du vaccin P-BNT, 36 s'agissant du vaccin de Moderna. Les pays occidentaux producteurs de vaccins ont autorisé les productions de firmes nationales mais aussi celles de firmes étrangères. Tous les pays du G7, les pays de l'UE (hors la Hongrie, la Slovaquie et la République tchèque, qui ont également acquis ou reçu des vaccins russe ou chinois), de même que le Japon, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et Taïwan, ont constitué un portefeuille exclusivement composé de vaccins mentionnés ci-dessus ou d'autres, également originaires de pays à haut revenu, tels que celui de Sanofi/GSK et celui de la franco-autrichienne Valneva.

Il en va de même des autres économies à haut revenu, à l'exception des Émirats arabes unis, du Koweït et de l'Arabie Saoudite, qui ont acheté également un vaccin chinois, russe ou indien, ou encore de Hong Kong et de Macao, qui ont acheté en plus un vaccin chinois. Certains pays membres de l'OCDE à revenu intermédiaire (Argentine, Brésil, Chili, Mexique) ont constitué un portefeuille composé des mêmes vaccins, complété par des vaccins chinois, russe ou indien.

Le fait que plusieurs vaccins aient été rapidement disponibles, la rigueur et la transparence des autorités de régulation sanitaire des pays d'origine (inscrites sur la liste des agences de confiance de l'OMS), les interdépendances établies par les chaînes de valeurs des transnationales pharmaceutiques qui les produisent (ce qui permet, si nécessaire, de saisir la production réalisée sur le territoire national), et plus généralement, l'intensité de la coopération au sein d'instances diverses, ont facilité

16. Le nom choisi pour le principal vaccin russe indique assez l'état d'esprit du pouvoir à Moscou.

l'adoption générale, et jusqu'ici exclusive, de ces vaccins, par les pays occidentaux et leurs alliés, sans complètement apaiser les craintes sur la sécurité d'approvisionnement ni les doutes des autorités ou des populations quant aux effets indésirables et à l'efficacité des différents vaccins. À l'inverse, les modalités de vaccination des vaccins russe et chinois, approuvées par les autorités locales et non reconnues par l'OMS, bien avant l'achèvement de la phase d'essai voire sans publication des résultats des essais cliniques, suscitent la méfiance dans les populations de pays attachés au respect des protocoles sanitaires.

La Russie et la Chine, et les pays proches de ces dernières, ont privilégié les vaccins de firmes russes ou chinoises

La Chine a homologué un vaccin et validé d'urgence trois vaccins fabriqués par des firmes chinoises (deux par Sinopharm, un par Sinovac, un par Cansino). Elle a en outre octroyé une licence à Fosun, un des fondateurs de Sinopharm, pour distribuer le vaccin de P-BNT, dont l'autorisation sur le marché chinois est envisagée d'ici l'été¹⁷. La Russie a homologué seulement deux vaccins : le Spoutnik V produit par le Gamaleya Research Institute, et l'Epivac Corona produit par le Vector State Institute.

Dans le reste du monde, à la mi-avril, 72 pays administrent des vaccins russe ou chinois. Les réseaux traditionnels de voisinage, d'influence, ou d'allégeance, se manifestent dans les choix d'homologation ou de validation d'urgence. Les pays les plus proches de Moscou ont autorisé ou acheté seulement le Spoutnik V : l'Algérie, le Belarus, la Bosnie, la Guinée, l'Iran, le Kazakhstan, la Mongolie, le Monténégro, le Nicaragua, l'Autorité palestinienne, le Turkménistan, le Venezuela. La Bolivie n'a autorisé que le Spoutnik V mais a commandé en outre un vaccin chinois et un ou plusieurs vaccins occidentaux. La Serbie et la Turquie ont constitué un portefeuille composé principalement de vaccins russe ou chinois. Cuba ne fournit pas d'information sur son portefeuille de vaccins, mais les autorités ambitionnent de vacciner la population de l'île avec un vaccin indigène et de fournir, en outre, des vaccins aux pays plus pauvres.

L'adoption exclusive de vaccins chinois n'a pas été observée. Mais les vaccins chinois (1 le plus souvent, 2 parfois) figurent, avec des commandes prédominantes, dans le portefeuille de pays ayant développé des liens économiques étroits avec la Chine, en Asie (Indonésie, Pakistan), au

17. K. Zhai, L. Lin et S. Hua, « China Plans to Approve First Foreign Covid-19 Vaccine by July », *The Wall Street Journal*, 16 avril 2021, disponible sur : www.wsj.com.

Moyen-Orient (Bahreïn, Égypte, Émirats, Irak, Jordanie), en Afrique (Maroc, Zimbabwe), en Amérique latine (Argentine, Brésil, Chili, Mexique, Pérou) et en Europe (Hongrie, Turquie). Toutefois, en dépit de sa proximité avec la Chine, le Myanmar a choisi le vaccin AstraZeneca.

La Russie et la Chine n'ont ni homologué ni acheté leurs vaccins respectifs

Les liens tissés dans le cadre des BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) n'ont guère débouché sur des achats croisés. La Russie et la Chine n'ont ni réciproquement homologué, ni autorisé en urgence, ni acheté, leurs vaccins respectifs. L'Inde a initialement préféré les vaccins occidentaux, du fait sans doute de l'accord de licence conclu entre AstraZeneca et le Serum Institute of India, un des principaux centres de production du vaccin de la firme anglo-suédoise. Confrontée à une nouvelle poussée de l'épidémie au printemps 2021, elle a finalement accordé une autorisation d'urgence au Sputnik V, tout en annonçant son intention de faire de même pour tout vaccin COVID-19 approuvé aux États-Unis, au Royaume-Uni, dans l'UE ou au Japon. Le Brésil a autorisé l'usage d'urgence, acquis la licence et passé commande d'un vaccin chinois, mais les 3/4 de son portefeuille sont composés de vaccins occidentaux, dont AstraZeneca, produit sous licence. L'Afrique du Sud n'a autorisé l'usage et acquis la licence que d'un vaccin national et d'un vaccin occidental.

Le recours à un vaccin russe ou chinois, en complément de vaccins occidentaux, a été pour certains pays (Argentine, Brésil, Maroc, Mexique, Hongrie, Sénégal, Turquie), le moyen d'accélérer l'accès aux vaccins. De ce point de vue, les vaccins russe et chinois ont rempli un vide dans beaucoup de pays, mais en profitant du vide que Moscou et Pékin ont entretenu sur leur propre territoire. Il est probable que les commodités d'usage (conservation, notamment) ont également incité certains pays à préférer les vaccins russe et chinois. Les considérations de prix ont également pu jouer. Certaines livraisons chinoises et indiennes ont été faites gratuitement.

Outre la facilité Covax, la Chine est la source principale des dons de vaccins – 50 % du volume total (hors Covax), suivie par l'Inde – près de 40 %. Les deux ont opéré des livraisons gratuites à 42 pays chacun, dont des voisins mais aussi des pays plus lointains, en Afrique et en Amérique centrale et du Sud. Toutefois, les dons de la Chine, portant exclusivement sur des vaccins chinois, pèsent peu (1,5 % en volume) comparés aux carnets de commandes commerciales des industriels chinois. Les dons indiens concernent principalement le vaccin AstraZeneca, manufacturé sous licence par le Serum Institute of India. Ils pèsent également d'un faible poids

(moins de 4 %), comparés aux livraisons commerciales. La Russie n'a effectué de dons de vaccins qu'au profit de trois pays ou entités (Bosnie, Moldavie et Palestine). En dehors de la Chine et de l'Inde, les principaux donateurs sont les Émirats arabes unis et l'Union africaine (UA).

Les considérations de prix ont pu peser en faveur du vaccin russe – 3 USD la dose pour le vaccin Spoutnik livré aux pays d'Amérique latine. C'est moins net s'agissant du vaccin russe vendu à l'UA, à 9,75 USD la dose¹⁸, soit plus que les vaccins AstraZeneca commandés par l'UA au Serum Institute of India (3 USD par dose) et plus également que le vaccin commandé par l'UA à P-BNT (6,75 USD). Mais les considérations de prix ne seront pas déterminantes pour l'acquisition du Spoutnik V par l'Inde, vendu près de 10 USD la dose, bien plus cher que le vaccin AstraZeneca produit et vendu en Inde (2 USD)¹⁹. De même, les vaccins chinois, y compris ceux vendus aux pays pauvres, sont plus onéreux que les vaccins AstraZeneca et P-BNT. Le vaccin Sinopharm est vendu à 18,6 USD la dose au Sénégal. Le vaccin Sinovac est vendu 10 USD la dose au Brésil, 14 USD à l'Indonésie, 18 USD à l'Ukraine.

Dans le reste du monde, la vaccination reposera principalement sur les vaccins des firmes occidentales

Selon l'Unicef, les vaccins P-BNT, Moderna et AstraZeneca constituent les 3/4 des capacités de production des vaccins autorisés à ce stade. Ils ont enregistré plus des 2/3 des commandes, fermes et optionnelles. Les commandes enregistrées par les laboratoires russes et chinois n'en représentent que moins de 10 %. Il est peu probable que la validation de nouveaux vaccins, cette année et les suivantes, altère significativement cette prédominance, car il s'agit principalement de vaccins développés par d'autres firmes occidentales.

À quelques exceptions près, les pays du reste du monde ont constitué des portefeuilles centrés sur les mêmes vaccins, AstraZeneca en premier lieu. Les commandes de la facilité Covax comprennent exclusivement des doses de vaccin AstraZeneca et Novavax, P-BNT et Johnson&Johnson (outre Sanofi/GSK, non disponible en 2021). Les commandes de l'UA sont centrées sur les mêmes vaccins, complétés par une offre russe de Spoutnik V.

18. D. Pilling et H. Foy, « Africa Will Pay More for Russian Covid Vaccine Than Western Jabs », *The Financial Times*, 25 février 2021, disponible sur : www.ft.com.

19. V. Kazmin, J. Singh et S. Findlay, « India Seeks Vaccine Boost with Russian Jab Deal as Covid Cases Soar », *The Financial Times*, 14 avril 2021, disponible sur : www.ft.com.

Les réticences des populations en Afrique subsaharienne

Les capacités de fabrication des vaccins des firmes occidentales sont concentrées dans une poignée de pays, principalement aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Europe continentale (Belgique, France, Suisse, etc.) et en Inde²⁰, ce qui peut impliquer des défis logistiques mais aussi des risques pour la sécurité d'approvisionnement, du fait d'aléas de production ou de manifestations de préférence nationale. Cela peut également alimenter les réticences de la population, notamment en Afrique subsaharienne. Ces réticences sont jusqu'ici focalisées sur le vaccin AstraZeneca, comme dans d'autres régions du monde. Mais elles reflètent une méfiance plus générale à l'égard de la vaccination et des préconisations vaccinales des gouvernements. Dans un sondage récent réalisé dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest, 60 % des personnes interrogées considèrent peu probable leur vaccination, et près de 70 % ne font pas confiance au gouvernement pour garantir l'innocuité des vaccins²¹.

Certains pays comme l'Argentine, le Brésil, le Mexique, ou la Corée du Sud et l'Indonésie, ont conclu, principalement avec des firmes américaines et européennes, des accords de sous-traitance ou de transferts technologiques témoignant de l'ambition de créer une plateforme régionale de production de vaccins. Toutefois, à cet égard, l'Inde est un pays pivot. Vantée par son Premier ministre comme « la pharmacie du monde », elle s'est positionnée en fournisseur bon marché de vaccins AstraZeneca, Novavax et Sputnik V. Elle a été choisie comme base industrielle de l'initiative quadripartite lancée par les États-Unis, le Japon, l'Inde et l'Australie, visant à augmenter la production de vaccins et à soutenir les campagnes de vaccination des pays de la région indopacifique²². L'embargo de fait que l'Inde a imposé sur ses exportations de vaccins²³ affecte donc négativement et lourdement la vaccination dans le reste du monde, pénalisant principalement les pays du Sud, directement et au travers du mécanisme Covax, mais aussi le Royaume-Uni.

* * *

La précocité de la vaccination dans un pays ou un groupe de pays assure un avantage en réduisant les risques de contagion et de mutation du virus. Elle permet de relâcher les mesures de confinement, y compris

20. E. Callaway, « The Unequal Scramble for Coronavirus Vaccines – by the numbers », *Nature*, 24 août 2020, disponible sur : www.nature.com.

21. A. Seydou, « Qui veut du vaccin anti-COVID-19 ? Forte réticence dans 5 pays d'Afrique de l'Ouest », *Afrobarometer*, AD n° 432, 9 mars 2021, disponible sur : <https://afrobarometer.org>.

22. Voir « Fact Sheet: Quad Summit », Maison-Blanche, 12 mars 2021, disponible sur : www.whitehouse.gov.

23. S. Findlay, M. Peel et D. Paolo Mancini, « India Blocks Vaccine Exports in Blow to Dozens of Nations », *The Financial Times*, 25 mars 2021, disponible sur : www.ft.com.

vis-à-vis des pays moins avancés dans la vaccination. Elle permet de laisser jouer les facteurs de rebond de la demande intérieure et de la demande étrangère liée au tourisme. De ce fait, la portée géopolitique de la mise au point de vaccins efficaces et leur déploiement plus rapide que prévu par et dans les pays occidentaux ne doivent pas être sous-estimée. Elle conduit à réévaluer les bilans et les leçons géopolitiques tirées prématurément de l'expérience contrastée des pays face à la pandémie.

Mais la divergence entre pays riches et pauvres face aux vaccins suscite des défis diplomatiques nouveaux pour les pays occidentaux. La légitime pression des pays pauvres se focalisera dans un premier temps sur l'accès aux vaccins. La pression des pays en développement, notamment de l'Inde, pour remettre en cause la propriété intellectuelle sous forme de licence obligatoire ou de suspension des droits dans le cadre de l'OMS, persistera et se renforcera. Un appel allant dans le même sens a été adressé au président américain par 175 prix Nobel et anciens chefs de gouvernement.

La pression des pays pauvres se focalisera ensuite sur la demande de financements additionnels, destinés à prolonger les dispositions d'allègement de la dette décidées en 2020 et à faire face aux difficultés créées par l'épidémie et sa persistance. Il reviendra aux pays riches, en premier lieu aux membres du G7, d'aider, financièrement et matériellement, directement ou par le truchement d'ONG, les pays manquant des moyens financiers, infrastructures et ressources humaines pour administrer au plus vite les vaccins livrés par la facilité Covax²⁴. La mission de cette dernière ne s'étend pas au-delà de la livraison « sur le tarmac » des pays destinataires. Or, selon l'ONG Care International, pour chaque dollar consacré à l'achat de doses de vaccin, cinq dollars supplémentaires doivent être affectés à leur administration, dont la moitié doit aller à la rémunération, à la formation et à l'équipement des agents de santé, souvent des femmes, « qui administrent des vaccins, mettent en œuvre les campagnes d'éducation, font le lien avec les communautés et contribuent à la nécessaire confiance des patients²⁵ ».



Mots clés

COVID-19
Vaccination
Immunité collective
Géopolitique

24. M. Berger, « Coronavirus Vaccines Are Finally Reaching Poor Countries, But Some Can't Cover the Cost of Administering Them », *The Washington Post*, 1^{er} avril 2021, disponible sur : www.washingtonpost.com.

25. E. Janoch, M. Rodriguez et B. Turner, « Our Best Shot: Women Frontline Health Workers around the World Are Keeping You Safe from COVID-19 », CARE, 25 mars 2021, disponible sur : www.care-international.org.

politique étrangère



Découvrez nos nouvelles offres d'abonnement sur le site www.revues.armand-colin.com

- ✓ Bénéficiez de services exclusifs sur le portail de notre diffuseur
- ✓ Accédez gratuitement à l'ensemble des articles parus depuis 2007
- ✓ Choisissez la formule papier+numérique ou e-only



TARIFS 2021

► S'abonner à la revue

		France TTC	Étranger HT*
Particuliers	papier + numérique	80,00 €	100,00 €
	e-only	65,00 €	80,00 €
Institutions	papier + numérique	175,00 €	195,00 €
	e-only	130,00 €	150,00 €
Étudiants**	papier + numérique	70,00 €	75,00 €
	e-only	50,00 €	55,00 €

* Pour bénéficier du tarif Étranger HT et être exonéré de la TVA à 2,1 %, merci de nous fournir un numéro intra-communautaire

** Tarif exclusivement réservé aux étudiants sur présentation d'un justificatif

► Acheter un numéro de la revue

	Tarif	Numéro (format X-20XX)	Quantité
Numéro récent (à partir de 2014)	23,00 €
Numéro antérieur à 2014	20,00 €
TOTAL DE MA COMMANDE		 €

Bon de commande à retourner à :

DUNOD ÉDITEUR - Service Clients - 11, rue Paul Bert - CS 30024 - 92247 Malakoff cedex, France
Tél. 0 820 800 500 - Fax. 01 41 23 67 35 - Étranger +33 (0)1 41 23 66 00 - revues@armand-colin.com

Adresse de livraison

Raison sociale :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : [] [] [] [] Ville : Pays :

Courriel :@.....

Règlement à l'ordre de Dunod Éditeur

- Par chèque à la commande
- À réception de facture (institutions uniquement)
- Par mandat administratif (institutions uniquement)

Date : __/__/____

Signature (obligatoire)

Je souhaite effectuer mes démarches en ligne ou par courriel/téléphone

- ✓ Je me connecte au site www.revues.armand-colin.com, onglet « ÉCO & SC. POLITIQUE »
- ✓ Je contacte le service clients à l'adresse revues@armand-colin.com ou au 0 820 800 500

En vous abonnant, vous consentez à ce que Dunod Editeur traite vos données à caractère personnel pour la bonne gestion de votre abonnement et afin de vous permettre de bénéficier de ses nouveautés et actualités liées à votre activité. Vos données sont conservées en fonction de leur nature pour une durée conforme aux exigences légales. Vous pouvez retirer votre consentement, exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, ou encore définir le sort de vos données après votre décès en adressant votre demande à infos@dunod.com, sous réserve de justifier de votre identité à l'autorité de contrôle. Pour en savoir plus, consultez notre Charte Données Personnelles <https://www.revues.armand-colin.com/donnees-personnelles>. Toute commande implique que vous ayez préalablement pris connaissance des conditions générales d'abonnement sur notre site : <https://www.revues.armand-colin.com/cga>



ARMAND COLIN