Un virus de la mondialisation contemporaine. Ce que nous dit la COVID-19 des mobilités transnationales

*A Virus of Contemporary Globalization. What COVID-19 Tells Us About
Transnational Mobilities*

Romain Lecler, Hedi Attia, Donia Mansour et Tony Tanchaleune

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/interventionseconomiques/14755>

DOI : [10.4000/interventionseconomiques.14755](https://doi.org/10.4000/interventionseconomiques.14755)

ISSN : 1710-7377

Éditeur

Association d'Économie Politique

Référence électronique

Romain Lecler, Hedi Attia, Donia Mansour et Tony Tanchaleune, « Un virus de la mondialisation contemporaine. Ce que nous dit la COVID-19 des mobilités transnationales », *Revue Interventions économiques* [En ligne], Hors-série. Transformations | 2021, mis en ligne le 01 novembre 2021, consulté le 21 mars 2023. URL : <http://journals.openedition.org/interventionseconomiques/14755> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/interventionseconomiques.14755>

Creative Commons - Attribution 4.0 International - CC BY 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

UN MONDE EN TRANSFORMATION

La mondialisation face à la crise;
l'impact de la COVID-19 sur la gouvernance globale

21 experts se prononcent

Hors-série | Novembre 2021

Couverture et montage

Mise en page et graphisme

Catherine Saint-Onge
saintonge.catherine91@gmail.com

UN VIRUS DE LA MONDIALISATION CONTEMPORAINE. CE QUE NOUS DIT LA COVID-19 DES MOBILITÉS TRANSNATIONALES

Romain Lecler

Professeur, département de science politique, UQAM

Hedi Attia

Assistant de recherche, département de science politique, UQAM

Donia Mansour

Assistante de recherche, département de science politique, UQAM

Tony Tanchaleune

Assistant de recherche, département de science politique, UQAM

« La COVID-19 est d'autant plus un virus de la mondialisation contemporaine qu'elle s'est diffusée presque instantanément au monde entier sans épargner le moindre territoire »

La COVID-19 est un virus de la mondialisation contemporaine. On l'a certes rapproché d'autres pandémies du passé, d'ailleurs toutes associées à des processus de mondialisation antérieurs à celui que nous connaissons depuis les années 1980 : le développement de l'Empire romain en ce qui a trait à la peste justinienne du V^e siècle ; l'essor des routes commerciales entre l'Orient et l'Occident à partir du XIV^e siècle pour la peste noire ; le déplacements de troupes lors de la Première Guerre mondiale pour la grippe espagnole ; enfin, les empires coloniaux européens au milieu du XX^e siècle à l'origine de la diffusion du SIDA en Afrique de l'Ouest puis dans le reste du monde.

Cependant, à la différence de ces pandémies dont la diffusion s'est étalée sur plusieurs années, voire sur plusieurs décennies, celle de la COVID-19 a connu une diffusion très rapide, de l'ordre de quelques semaines à peine, à l'ensemble de la planète. Cette rapidité de diffusion la rapproche des pandémies plus récentes du SRAS et d'Ebola, respectivement, en 2002 et 2014, à la différence importante que ces deux dernières ont été rapidement contenues (Fidler 2003 ; Pieri 2019). Dans le cas de la COVID-19 en effet, la première alerte épidémique est envoyée à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le 31 décembre 2019 par le directeur chinois de la santé. Fin janvier 2020, un mois plus tard, 25 pays

supplémentaires ont déclaré un premier cas, puis 62 vers la fin de février et 195 vers la fin du mois de mars. Au début du mois d'avril, trois mois après le début de la pandémie, la quasi-totalité des pays du monde sont touchés. La rapidité de cette diffusion internationale n'est pas tout à fait surprenante. En 1992, l'Institut américain de médecine prédisait une multiplication des infections au XXI^e siècle, du fait de la démographie humaine, du développement industriel et économique, des voyages et du commerce international.

Or, la spécificité de la mondialisation contemporaine, depuis les années 1980, tient à cette expérience nouvelle de « compression du monde », d'« instantanéité » des communications et de « synchronisation » des échanges mondiaux (Leclerc 2013). La COVID-19 est d'autant plus un virus de la mondialisation contemporaine qu'elle s'est diffusée presque instantanément au monde entier sans épargner le moindre territoire, qu'elle a révélé en même temps qu'interrompu ou enrayé des chaînes de production globalisée, que les épidémies et vagues de contamination dans tous les pays du monde ont été suivies en direct par l'ensemble de la planète et que la gestion sanitaire a été simultanée à l'échelle internationale. Bref, la COVID-19 est à la fois un virus de la mondialisation contemporaine (par la « compression du monde » qu'il a révélé) et un problème global (parce qu'il concerne tous les pays du monde en même temps).

D'un point de vue expérimental, elle fournit un observatoire inédit des mobilités transnationales dans la mondialisation contemporaine. À ce titre, le SRAS est clairement précurseur de la pandémie actuelle, même s'il a été contenu après avoir fait 800 morts en Asie et au Canada. Pour Abraham (2007), le SRAS est en effet « une nouvelle maladie qui s'est propagée grâce à la grande mobilité des individus à travers le monde entier ». On sait notamment que la diffusion internationale du SRAS s'est jouée au neuvième étage de l'hôtel Metropol à Hong Kong, fin février 2003. C'est là que le Dr. Liu, un médecin contaminé par ses patients dans la province du Guangdong – venu assister à Hong Kong au mariage de son neveu – a transmis le virus, au cours d'une seule nuit passée à l'hôtel, à 16 autres clients. Parmi eux se trouvaient un collègue de Hong Kong, un homme d'affaires américain qui s'est rendu ensuite à Hanoï, trois Singapouriens et deux Canadiens. Tous sont devenus les « patients zéros » de Hong Kong, du Vietnam, de Singapour et du Canada (Fidler 2004).

L'itinéraire mondial de la COVID-19 a lui aussi obéi au hasard des contaminations virales, tout en révélant, à l'échelle du monde entier, des régularités structurant les mobilités transnationales contemporaines. Certains parallèles avec la diffusion du SRAS renvoient à de telles régularités : parti comme lui de Chine, le virus de la COVID-19 est aussi parvenu à Hong Kong, à Singapour, au Vietnam et au Canada parmi ses toutes premières destinations, dès les 23, 24 et 25 janvier 2021.

En nous appuyant sur environ 80 « rapports de situation » publiés quotidiennement par l'OMS entre début du mois de janvier et la mi-avril, nous avons pu reconstituer la chronologie de la

diffusion internationale du virus dans 206 pays et territoires, depuis la Thaïlande et le Japon les 13 et 15 janvier 2020 jusqu'aux derniers territoires atteints qu'ont été les Comores et le Tadjikistan le 30 avril 2020, le Lesotho le 13 mai 2020 et Vanuatu le 11 novembre 2020, sans oublier le retour du virus en Chine le 20 février depuis l'Iran. Pour chaque pays, on a pu documenter, à partir de sources journalistiques, un certain nombre d'informations sur le ou les premiers patients dits « zéro » (« index patients ») : de quel pays étranger sont-ils venus ? Pour quelle raison ? Quel est leur âge et leur sexe ? Parce que l'information sur la pandémie monopolisait l'attention du monde entier et écrasait l'agenda médiatique aux débuts de la pandémie, les tous premiers cas de COVID-19 ont été généralement très bien détaillés. On connaît, par exemple, le pays d'origine de presque tous les patients index dans les 206 pays et territoires de notre base. Certains éléments font seulement défaut dans certains pays, en particulier dans ceux désireux de contrôler au maximum l'information sur ces premiers patients et la manière dont ils sont arrivés (i.e. la Turquie, l'Iran) ou dans des petits pays moins couverts par les médias (i.e. Maurice, Sao Tomé, Guam, le Timor oriental, les îles Vierges britanniques, etc.).

Les données ainsi collectées nous renseignent de manière inédite sur la multiplicité des formes de mobilité transnationale dans la mondialisation contemporaine. Elles informent en particulier toute une série de « petites mobilités » qui restent largement invisibles dans les discussions sur la mondialisation, soit parce que la focale est mise sur les échanges entre les grands pays, soit parce qu'on se concentre sur les échanges entre dirigeants

politiques et économiques, entre diplomates et cadres de multinationales, plutôt que sur les « petits professionnels de l'international » (Lecler, Morival et Bouagga 2018) et les petits « entrepreneurs transnationaux » (Portes, Guarnizo et Landolt 1999). On néglige aussi certains motifs de voyages : la critique des voyages « non essentiels », assimilés à du tourisme dès qu'ils ne sont pas liés à la circulation de marchandises, a occulté d'autres types de déplacements, par exemple pour rejoindre les siens dans le cas des « familles transnationales » (Levitt et Jaworsky 2007), ou pour des raisons religieuses à l'occasion de pèlerinages.

Les données permettent de corriger quelques idées reçues sur la pandémie. La pandémie ayant commencé en Chine et ayant rapidement gagné ses voisins asiatiques, de très nombreux pays à travers le monde ont connu des vagues de racisme anti-asiatique (Human Rights Watch 2020). Or, ce qui frappe au contraire dans nos données, c'est le poids du continent européen. À eux seuls, sept pays sont à l'origine de trois quarts des patients zéros. Parmi eux, l'Italie a envoyé un quart des patients index au reste du monde. Suivent la Chine (un sur sept), la France et le Royaume-Uni (un sur dix), puis l'Iran, l'Espagne et les États-Unis. Mais au niveau régional, l'Europe est la région d'origine de plus de la moitié des patients zéro dans le monde, loin devant l'Asie (un sur cinq), l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient (un sur huit) ou le continent américain (un sur douze). Des pays comme la France, le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne ont été parmi les premiers touchés puisque tous ont signalé un patient zéro avant la fin janvier. Ils ont ensuite été à leur tour les pays d'origine de nombreux patients zéro dans le reste du

monde. Première réceptrice autant que principale émettrice de patients zéro, l'Europe est bien au cœur des mobilités transnationales dans la mondialisation contemporaine.

Une analyse plus précise des régions d'émission le confirme. La plupart des patients zéro viennent de pays limitrophes ou de la même région d'origine. Environ la moitié des patients zéro qui sont venus de Chine, d'Iran et d'Italie sont ainsi respectivement localisés en Asie, en Afrique du Nord/Moyen-Orient, et en Europe. Mais plus de trois patients zéro sur cinq venus de France sont repérés en Afrique. De même, plus de trois patients zéro sur cinq venus du Royaume-Uni et presque la moitié de ceux venus d'Espagne sont situés sur le continent américain. Comme les trajets des patients zéro le suggèrent, c'est donc par l'Europe que les continents africains et américains ont été initialement touchés.

Autre idée reçue : le préjugé selon lequel le virus viendrait des étrangers, qui a suscité des réactions et des mesures xénophobes dans de nombreux pays. Or, dans nos données, un autre fait ressort : plus de deux patients zéro sur trois, identifiés à travers le monde, ne sont pas des étrangers mais des ressortissants de leur propre pays. Trois sur cinq de ces ressortissants sont d'ailleurs repérés dans leur propre capitale politique ou économique (contre un étranger sur deux dans les capitales). Bref, ce sont bien plus souvent des ressortissants rattachés à la principale ville de leur pays qui y ont introduit pour la première fois la COVID-19.

Dernière idée reçue : les voyages touristiques ont focalisé l'attention aux débuts de la pandémie – croisières, stations de ski, séjours au soleil, rencontres sportives, etc. En fait, dans nos données, ce sont un peu moins de deux patients zéro sur cinq qui ont voyagé pour des motifs touristiques. D'autres types de mobilité ont été occultées : un tiers des patients zéro se sont ainsi déplacés pour le travail, un sur sept pour retrouver leur famille, un sur douze pour effectuer un pèlerinage religieux et un sur vingt pour leurs études. Le trajet international de la COVID-19 révèle ainsi l'importance de ces types de mobilités

transnationales moins mise de l'avant. Les mobilités pour le travail expliquent ainsi en partie que près d'un patient zéro sur deux a entre trente et cinquante ans – une période décisive pour les déplacements professionnels. À l'inverse, un patient zéro sur cinq seulement a plus de soixante ans, et un sur vingt moins de vingt ans. Enfin, plus de deux patients zéro sur trois sont des hommes : alors que les données internationales montrent que les migrations multinationales se rapprochent désormais d'une parité hommes-femmes, la mobilité transnationale – en particulier professionnelle – reste, elle, un fait largement masculin.

Bibliographie

Abraham, Thomas (2007), *Twenty-First Century Plague : The Story of SARS*, Baltimore, John Hopkins University Press.

Fidler, David P. (2004), *SARS, Governance and the Globalization of Disease*, Houndmills, Palgrave Macmillan.

Human Rights Watch, « Covid-19 Fueling Anti-Asian Racism and Xenophobia Worldwide. National Action Plans Needed to Counter Intolerance », 12 mai 2020.
En ligne <https://www.hrw.org/news/2020/05/12/covid-19-fueling-anti-asian-racism-and-xenophobia-worldwide>

Lecler, Romain (2013), *Sociologie de la mondialisation*, Paris, La Découverte.

Lecler, Romain, Yohann Morival et Yasmine Bouagga (2018), « Les petits professionnels de l'international », *Critique internationale*, n° 81, p. 9-20.

Levitt, Peggy et Nadya Jaworsky (2007), « Transnational Migration Studies: Past Developments and Future Trends », *Annual Review of Sociology*, vol. 33, p. 129-156.

Pieri, Elisa (2019), « Media Framing and the Threat of Global Pandemics: The Ebola Crisis in UK Media and Policy Response », *Sociological Research Online*, vol. 24 n° 1.

Portes, Alejandro, Luis Guarnizo et Patricia Landolt (1999), « The Study of Transnationalism : Pitfalls and Promise of an Emergent Research Field », *Ethnic and Racial Studies*, vol. 22, n° 2, p. 217-237.