

## LE COVID-19 EN ESPAGNE. LES DÉFIS GÉOPOLITIQUES DE LA GOUVERNANCE D'UN PROBLÈME DE SANTÉ

[Josefina Cruz Villalón](#), [Rubén C. Lois González](#), [Ángel Miramontes Carballada](#), [Jorge Olcina Cantos](#)

La Découverte | « [Hérodote](#) »

2021/4 N° 183 | pages 197 à 225

ISSN 0338-487X

ISBN 9782348069154

DOI 10.3917/her.183.0197

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-herodote-2021-4-page-197.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour La Découverte.

© La Découverte. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Le Covid-19 en Espagne. Les défis géopolitiques de la gouvernance d'un problème de santé<sup>1</sup>

*Josefina Cruz Villalón<sup>2</sup>, Rubén C. Lois González<sup>3</sup>,  
Ángel Miramontes Carballada<sup>4</sup> et Jorge Olcina Cantos<sup>5</sup>*

À l'instar d'autres pays d'Europe occidentale, la pandémie de Covid-19 s'est répandue en Espagne au cours du mois de mars 2020, après que les autorités publiques ont sous-estimé la menace sanitaire apparue en Chine à la fin de l'année précédente. La propagation du virus a pris le système de santé espagnol au dépourvu et l'épidémie a rapidement atteint des niveaux très élevés, sans doute en raison de l'importance de la sociabilité en plein air dans le mode de vie des citoyens et de l'existence de nombreux quartiers à forte densité, comme dans d'autres régions du bassin méditerranéen. Ces secteurs urbains compacts sont fréquents dans les villes principales et ont enregistré les taux d'infection les plus élevés dans les différentes vagues qui se sont succédé.

Le comportement spatial de la pandémie a répondu à différents modèles prédictifs connus [Wolfe, Panosian et Diamond, 2007 ; Jones *et al.*, 2008 ; Olivera-Ranero, 2020], même si certaines précisions doivent être apportées. D'une part, la réponse énergique du gouvernement central face à la propagation rapide de la pandémie à la fin du mois de mars, avec l'instauration d'un confinement total de la population pendant plus de deux mois, suivie d'une lente ouverture ultérieure, a permis

- 
1. Article traduit de l'espagnol par Barbara Loyer, Institut français de géopolitique.
  2. Géographe, université de Séville.
  3. Géographe, université de Santiago de Compostelle.
  4. Géographe, université de Santiago de Compostelle.
  5. Géographe, université d'Alicante.

de relativement contrôler la situation sanitaire durant l'été 2020. Cependant, un assouplissement progressif des règles a entraîné une deuxième vague de contagions à partir de septembre, qui semblait à nouveau maîtrisée en décembre. Puis, la mobilité massive et les contacts sociaux à Noël ont entraîné un troisième pic d'infections et de décès, d'une gravité extraordinaire, en janvier et février 2021. Enfin, un nouveau pic d'infections est enregistré en avril 2021, mais d'une intensité beaucoup plus faible<sup>6</sup>. Par conséquent, le schéma géographique classique de la progression de la maladie s'est traduit par des périodes successives de forte augmentation des infections, en fonction de la gestion de la crise du Covid-19 par les autorités publiques (gouvernement central et Communautés autonomes)<sup>7</sup>.

Cet article vise à refléter les interrelations complexes entre géopolitique, gouvernance et problèmes de santé dans le cas espagnol. Il convient de noter d'emblée que, malgré les particularités du cas espagnol, les données relatives aux infections, aux décès et à la qualité de la réponse du système de santé publique en Espagne ont été similaires à celles des pays voisins comme la France, l'Italie, le Royaume-Uni et même le Portugal [OMS, 2020-21 ; Eurostat, 2020-21 ; IGN, 2021].

### **Matériaux et méthodes : les difficultés à traiter des statistiques non homogènes**

L'analyse présentée ici est basée sur trois paramètres principaux.

Le premier est la chronologie de la pandémie en Espagne, avec une épidémie très rapide et grave, suivie d'une première vague virulente de contagion au printemps 2020, puis de périodes d'amélioration et de reprises, la troisième avec un nombre tragique de personnes infectées et de décès. Pour comprendre ces cycles du Covid-19 à travers le pays et ses régions, on utilise des sources statistiques officielles, avec leurs particularités. Les statistiques de santé relèvent en effet de la responsabilité des dix-sept régions autonomes. Dans la première phase de la pandémie, ces données ont été publiées et diffusées par le gouvernement central, mais souvent avec une série de dysfonctionnements.

Le second paramètre est l'analyse des dysfonctionnements découlant du manque d'homogénéité des statistiques d'origine régionale et de divers conflits

---

6. La collecte d'informations pour la préparation de cet article a été clôturée, pour des raisons éditoriales, le 14 juin 2021, bien que la pandémie ne puisse être considérée comme maîtrisée à cette date et que les épisodes ultérieurs aient été écartés de notre analyse. Plus précisément, depuis la fin du mois de juin 2021, une cinquième vague d'infections s'est développée, avec pour principal protagoniste la tranche d'âge des jeunes (19-29 ans), ce qui coïncide avec le faible niveau de vaccination dans cette tranche d'âge.

7. Nom donné aux régions d'Espagne, depuis la Constitution de 1978, dotées d'importantes compétences politiques et administratives.

survenus entre le gouvernement central et celui de certaines régions autonomes. Depuis fin mai 2020, les statistiques sont entièrement régionales, éditées de manière coordonnée par le Centre national d'épidémiologie (CNE).

Le troisième paramètre est celui de la gouvernance de la crise.

Avec le début de la pandémie, le gouvernement espagnol informe que le ministère de la Santé sera en contact permanent avec les régions autonomes, le Centre national d'épidémiologie (CNE), le Centre national de microbiologie (CNM), le Centre de coordination des alertes et des urgences sanitaires (CCAES) et les organisations internationales (OMS, Centre européen de contrôle des maladies et Commission européenne), pour évaluer les risques de la situation et coordonner les mesures en réaction. Ce protocole comprenait un formulaire de notification d'un cas en cours d'investigation ou d'une infection confirmée par le nouveau coronavirus, les informations envoyées par les régions autonomes au CNE et au CCAES, ainsi que les indications pour l'envoi d'échantillons au CNM. Le ministère de la Santé a commencé par fournir des données par âge et par sexe pour l'ensemble du pays, avec des mises à jour quotidiennes de la situation du Covid-19. Il a également fourni des informations quotidiennes pour les dix-sept Communautés autonomes. Tout ceci était en format texte, ce qui rendait difficile et néanmoins nécessaire la transformation de ces données dans d'autres formats pour un traitement statistique et/ou cartographique.

Cependant, à partir du 19 mai 2020, une date importante pour la recherche sur le Covid-19 en Espagne, les données désagrégées ont cessé d'être mises à jour quotidiennement. Depuis ce jour, c'est le CNE qui fournit des données accessibles sur le nombre de personnes infectées par âge pour chacune des régions. Au cours du même mois de mai, le CNE a commencé à publier des données hebdomadaires pour l'ensemble de l'Espagne. Pour cette raison, la possibilité d'analyser le comportement quotidien de la pandémie Covid-19 en Espagne pendant la première vague (mars-juin 2020) est devenue impossible.

Lorsque cela s'est produit au niveau national, certaines Communautés autonomes ont commencé à diffuser des informations sur leurs infections (Andalousie, Aragon, Madrid, Murcie et Pays basque), mais d'autres ne l'ont pas fait et ont toujours eu recours à des protocoles intermittents et hétérogènes. Cette situation a rendu difficile la réalisation d'études comparatives régionales.

Sans aucun doute, et sur la base de ce qui précède, la gestion des données Covid-19 en Espagne a été insuffisante pour comprendre la dynamique de la pandémie et, dans une plus large mesure, pour aider à prendre de meilleures décisions en temps réel. Aujourd'hui, nombre de ces problèmes ont été résolus et, au niveau de chaque Communauté autonome et province, il est possible d'accéder à des données ouvertes sur des variables telles que le nombre de personnes infectées, d'hospitalisations et de décès.

La pandémie de Covid-19 a également mis à l'épreuve l'efficacité du système de santé espagnol. Malgré la création d'un Centre de coordination des alertes et des urgences sanitaires (CCAES) en 2004, la crise a mis en évidence un grand nombre de lacunes telles que la faiblesse des systèmes de surveillance, la mauvaise coordination entre les autorités centrales et régionales, la faible capacité des tests PCR, la lenteur des processus décisionnels, le manque de préparation et l'absence d'une véritable offre de santé publique dans les maisons de retraite, entre autres.

On peut dire que le système de santé espagnol a été submergé par le Covid-19 durant les premiers mois de la pandémie. Dans une large mesure, cela peut par exemple s'expliquer par des indicateurs tels que le nombre d'infirmières pour 1 000 habitants – où l'Espagne affiche l'un des ratios les plus faibles de l'Union européenne (UE), avec 5,6 alors que la moyenne est de 9,3 – ou encore le manque de coordination et de consensus qui existait en Espagne lorsque la fermeture générale a été levée en juin 2020. De fait, certaines autorités régionales (par exemple Madrid) ont rouvert trop rapidement et ne disposaient pas d'une infrastructure de surveillance suffisante pour détecter de nouveaux foyers. Il existe un assez large consensus sur le fait que les effets de la polarisation politique et de la gouvernance à différentes échelles en Espagne ont également entravé les réponses coordonnées en matière de santé publique. Au-delà du rôle très personnel de sa présidente, la Communauté de Madrid a été la plus critique à l'égard des mesures proposées par le gouvernement central et n'a pas hésité à aller en justice pour défendre ses positions. En septembre 2020, le niveau de confrontation entre la Communauté de Madrid et le gouvernement central a atteint son apogée, ce qui a conduit à l'élaboration d'une réunion entre les deux dirigeants, où il a été convenu de créer une commission de travail, qui n'a toutefois jamais eu de résultats concrets.

Alors que la première vague était peut-être imprévisible, les vagues suivantes étaient un risque réel. Il ne fait aucun doute que les erreurs commises dans leur prévention ont suscité des réactions telles que celle de l'Institut basque de la santé et de la stratégie, qui a exhorté le gouvernement central et les gouvernements régionaux espagnols à procéder à une évaluation efficace de leurs réponses au Covid-19, et à établir les exigences et les principes de cette évaluation.

Malgré ces faiblesses et ces décalages, il y a des raisons d'espérer en Espagne. Dans l'analyse de la morbidité mondiale (*global burden of disease analysis*), publiée en octobre 2020 par *The Lancet*, différents indicateurs de santé suggèrent que l'Espagne est plus performante, avec de meilleurs ratios que ce que l'on pouvait attendre en fonction de la réalité sociodémographique du pays [Trías Llimos *et al.*, 2020]. Ainsi, bien que les dirigeants politiques espagnols ont pu améliorer leurs mécanismes de réponse au Covid-19, cela n'empêche pas le pays d'être bien placé pour offrir à l'ensemble de sa population un avenir prometteur et sain. En effet, l'espérance de vie en Espagne est de 83,6 ans, la plus élevée de l'UE, et, par exemple,

le nombre de greffes est de 117,4 par million d'habitants, également le plus élevé d'Europe. Rappelons que, dans le domaine de la santé, tout investissement est insuffisant et que les améliorations du système de santé espagnol doivent être constantes et régulières et ne pas dépendre de crises temporaires (pandémies).

TABLEAU 1. – LA PANDÉMIE DE COVID-19 EN ESPAGNE DIVISÉE EN QUATRE GRANDES PHASES EN FONCTION DE LA GESTION DES INFORMATIONS ET DES STATISTIQUES SUR LA MALADIE

Phases	Dates	Motifs	Situation des données
1 <sup>re</sup> période	De mars 2019 au 21 juin 2020	Fin de l'état d'urgence et de la première vague de Covid-19	1.1. Les Communautés autonomes (CA) doivent suivre un protocole (mis à jour le 6 février 2020), notifier les contagions au CNE et au CCAES, et envoyer des échantillons au CNM. 1.2. Hétérogénéité de la réponse et de la participation des CA. Faible participation. 1.3. Impossibilité d'analyser en temps réel la pandémie en Espagne.
2 <sup>e</sup> période	Du 22 juin 2020 au 6 décembre 2020	Point d'inflexion de l'incidence cumulée <sup>8</sup> à 14 jours des cas de Covid-19, entre la 2 <sup>e</sup> et la 3 <sup>e</sup> vague épidémique.	2.1. Le premier protocole est toujours en vigueur (formulaire, CNE, CCAES, CNM). 2.2. Le gouvernement central commence à recevoir les informations relativement régulièrement. Cependant, les retards sont habituels et les données sont corrigées <i>a posteriori</i> . Les mises à jour sont réalisées par l'Institut de santé Carlos III. Les données sont triées par province et par âge.
3 <sup>e</sup> période	Du 7 décembre 2020 au 14 mars 2021	Point d'inflexion de l'incidence cumulée à 14 jours des cas de Covid-19, entre la 3 <sup>e</sup> et la 4 <sup>e</sup> vague épidémique	3.1. Le premier protocole est toujours en vigueur (formulaire, CNE, CCAES, CNM). 3.2. Quasiment toutes les Communautés autonomes disposent de leur propre serveur ou site où se trouvent les données. Hétérogénéité temporelle et spatiale.
4 <sup>e</sup> période	Du 15 mars 2021 à aujourd'hui	Variera en fonction de la situation épidémiologique de la pandémie	4.1. Le premier protocole est toujours en vigueur (formulaire, CNE, CCAES, CNM). 4.2. Accès à une forme simplifiée d'information de base sur les contagions de Covid-19 à l'échelle des Communautés autonomes et des provinces. Données depuis le début de la pandémie à l'actualité.

Tableau élaboré par les auteurs.

8. Incidence cumulée : nombre de nouveaux cas apparus durant la période d'observation / nombre de personnes observées au début de l'étude.

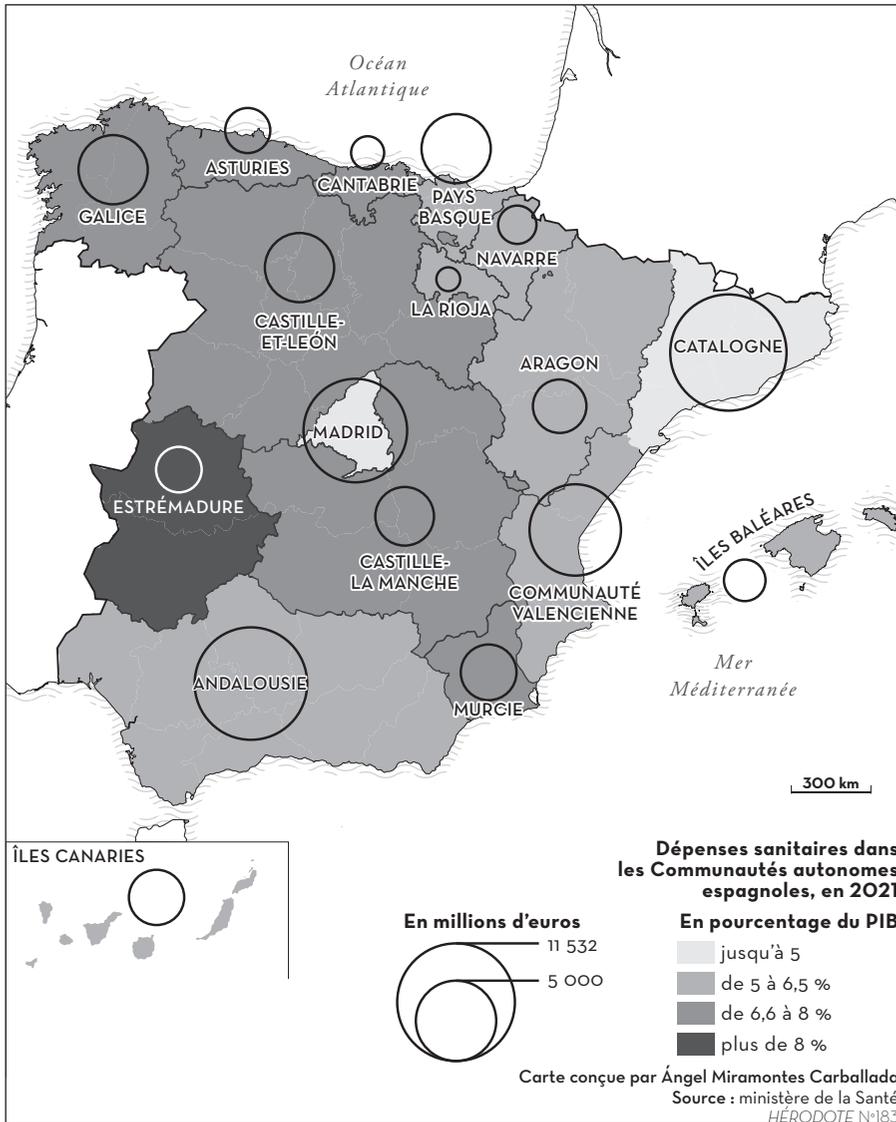
## Une gestion en clair-obscur de la pandémie en Espagne : tester différentes formules de gouvernance partagée

### Les soins de santé, une compétence régionale en Espagne

L'analyse de la gestion de la pandémie de Covid-19 en Espagne doit partir de la réorganisation de l'État espagnol dans la Constitution de 1978, qui propose un haut degré de décentralisation. D'un État fortement centralisé sous la dictature franquiste, la Constitution a conçu un État décentralisé basé sur les Communautés dites autonomes. Entre 1979 et 1983, la carte des dix-sept Communautés autonomes est élaborée, les villes autonomes de Ceuta et Melilla les rejoignant en 1995. Chaque Communauté autonome s'est dotée de son propre statut d'autonomie, qui définit ses compétences et son organisation institutionnelle. Dans son titre VIII, la Constitution détaille les compétences qui peuvent être assumées par les Communautés autonomes (article 148) et celles pour lesquelles l'État a une compétence exclusive (article 149). Dans l'article 148.1, alinéa 21, les compétences « Santé et hygiène » sont incluses dans celles des régions décentralisées. Dans le même temps, l'article 149.1, 16<sup>e</sup> alinéa, stipule que l'État a des compétences exclusives en matière de « Santé extérieure. Bases et coordination générale de la santé. Législation sur les produits pharmaceutiques », mais aussi dans « la réglementation des conditions de base qui garantissent l'égalité de tous les Espagnols dans l'exercice de leurs droits et dans l'accomplissement de leurs devoirs constitutionnels ». Dans cette interaction entre les compétences assumées par les régions décentralisées et celles réservées au gouvernement central, les compétences de l'administration générale de l'État (AGE) et des régions décentralisées ont été délimitées, souvent après l'intervention du Conseil constitutionnel. Ainsi, au début de l'expansion de la pandémie, la gestion des soins de santé était pleinement du ressort des régions autonomes. Celles-ci géraient l'ensemble du réseau d'hôpitaux et autres centres de santé, ainsi que le personnel qui y était affecté. En conséquence, les compétences et les fonctions du ministère de la Santé ont été réduites à la coordination avec les régions autonomes, l'UE et d'autres organismes internationaux.

De fait, dans cet exercice des compétences sanitaires par les régions autonomes, il y a un effort commun pour promouvoir un service de santé de qualité, si bien que dans leurs budgets annuels la santé occupe la première place en termes de volume de ressources qui lui sont allouées : ainsi, par exemple, en Andalousie, 10824 millions d'euros (28,7 % du total) ont été budgétés pour la santé en 2020, et en Galice 4107 millions d'euros (34,7 %). Au total, en 2019, les régions autonomes ont pris en charge 93 % des dépenses de santé publique en Espagne (année

CARTE 1. – LES DÉPENSES SANITAIRES  
DANS LES COMMUNAUTÉS AUTONOMES ESPAGNOLES : POURCENTAGE SUR LE PIB



Herodote, n° 183, La Découverte, 4<sup>e</sup> trimestre 2021.

de référence avant le Covid-19). La carte 1 montre que les régions les plus pauvres (Estrémadure, Asturies, Galice, les deux régions castillanes) font un effort économique plus important en matière de santé que les régions les plus riches (Madrid et Catalogne), où les dépenses en pourcentage du PIB sont inférieures.

En euros par habitant, les dépenses de santé publique dans des régions telles que le Pays basque (1 873 €/hab), ou la Navarre (1 694 €/hab), contrastent avec celles de l'Andalousie (1 262 €/hab) et de Madrid (1 340 €/hab), où l'on a vu que le pourcentage alloué à la santé par rapport au PIB est aussi le plus faible d'Espagne (3,7 %). Cela expliquerait l'aggravation des conditions de travail des salariés précaires dans le secteur de la santé dénoncée dans cette Communauté autonome ces dernières années.

### Déclaration du premier état d'urgence et recentralisation des pouvoirs sanitaires

Lorsqu'il est apparu que le Covid-19 n'était plus un virus importé de pays tiers, et quelques jours après que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré l'état de pandémie, le gouvernement a décidé de déclarer l'état d'urgence « pour la gestion de la situation de crise sanitaire causée par le Covid-19<sup>9</sup> ». Fondamentalement, le gouvernement national est déclaré autorité compétente et différents ministères, en particulier le ministère de la Santé, sont délégués comme autorités compétentes. L'ensemble du système de santé est placé sous les ordres du ministre de la Santé, les forces de sécurité sont placées sous le commandement du ministre de l'Intérieur, les activités éducatives, commerciales, de restauration, culturelles et autres sont suspendues, sauf exceptions appropriées, et la libre circulation des personnes est restreinte. En résumé, cet instrument constitue une recentralisation des pouvoirs en matière de santé afin de faire face à la pandémie, bien que les régions autonomes continuent d'exercer leurs compétences en matière de gestion sanitaire. Conformément à la loi organique régissant l'état d'urgence, le gouvernement peut l'établir pour une période maximale de 15 jours et il ne peut être prolongé qu'avec l'autorisation expresse de l'Assemblée nationale. Cela a été fait, avec six prorogations successives de 15 jours chacune, jusqu'au 21 juin 2020. Lors de la première extension, le gouvernement a obtenu le soutien d'une large majorité de députés (321 sur un total de 350). Mais, dans les prorogations successives, il a progressivement perdu des soutiens, de sorte que lors de la cinquième prorogation il a obtenu 177 voix pour, 162 contre et 11 abstentions ; et pour la sixième, 177 voix pour, 155 contre et

9. Real Decreto 463/2020 du 14 mars 2020, « Por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19 », *Bulletin officiel* n° 67, p. 25390-25400, 11 p., BOE-A-2020-3692.

18 abstentions. Le gouvernement et les partis politiques qui le soutiennent ont non seulement cherché à obtenir des voix, mais ont également dû négocier l'abstention de certains groupes catalans et basques. Dès la quatrième extension, le parti majoritaire de droite (PP) s'est abstenu, et lors des deux dernières extensions, il a voté contre (tableau 2). Afin de connaître les raisons avancées par les différents groupes politiques pour justifier leur vote, il serait nécessaire d'analyser leurs interventions lors des sessions parlementaires, ce qui dépasserait largement le cadre de cette contribution. En tout cas, ce qui s'est produit est une remise en question politique de l'action du gouvernement, composé d'une coalition de gauche entre le groupe socialiste et Unidas Podemos, dans la gestion de la pandémie et le positionnement contre elle des deux principaux partis de droite et d'extrême droite (PP et Vox) ; le parti du centre (Ciudadanos) s'est toujours positionné en faveur, avec ses réserves et ses critiques, tout comme le Parti nationaliste basque (PNV) ; d'autres groupes nationalistes et indépendantistes ont évolué entre l'abstention et le non-vote.

TABLEAU 2. – RÉSULTATS DES VOTES SUR LES PROLONGATIONS DE L'ÉTAT D'URGENCE À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Groupe parlementaire*	Députés	1 <sup>e</sup> prolongation	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>	5 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>
<b>Socialista</b>	120	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Popular</b>	88	Oui	Oui	Oui	Abst.	Non	Non
<b>Vox</b>	52	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
<b>U.P.</b>	35	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>ERC</b>	13	Abst.	Abst.	Abst.	Non	Non	Abst.
<b>Ciudadanos</b>	9	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>PNV</b>	6	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>EH-Bildu</b>	5	Abst.	Abst.	Abst.	Abst.	Abst.	Abst.
<b>Junts per Cat</b>	4	Abst.	Abst.	Non	Non	Non	Non
<b>PdCat</b>	4	Abst.	Abst.	Non	Non	Non	Non

\*On a inclus les partis ayant 4 députés et plus (les partis qui ont au moins 5 députés peuvent avoir un groupe parlementaire)

Source : site d'information Newtral (2021), « Quién voto qué y cuando en cada prorroga de los estados de alarma por el coronavirus », 17 mai.

Élaboration du tableau : auteurs.

Vox, après son soutien initial, vote systématiquement « non ». Le PP est le parti qui a montré le comportement le plus erratique, passant du « oui », à l'abstention, puis au « non » ; d'autres représentants de la droite (Foro de Asturias ou Union du

peuple navarrais, 1 et 2 députés respectivement) ont suivi les positions des précédents. Nous pensons que ces partis politiques ont privilégié une opposition sans nuance, utilisant la situation de la crise sanitaire et ses effets sur l'emploi, les fermetures d'entreprises, etc. pour éroder la coalition gouvernementale. Les partis indépendantistes catalans (ERC, Junts per Cat, PdCat) ont maintenu une position initiale d'abstention, puis ont opté pour le « non », avec la CUP<sup>10</sup> (2 députés) qui, sauf pour le vote de la première prolongation, où elle s'est abstenue, a toujours été contre; mais sa position a des motivations radicalement différentes: elle doit être lue dans la logique de ses revendications politiques et de son opposition à toute mesure qui limite les compétences des régions autonomes. Pour sa part, dans la sphère basque, le PNV, qui gouverne le Pays basque, a toujours exprimé son soutien aux mesures, tandis que EH-Bildu<sup>11</sup> a opté pour l'abstention dans tous les cas. Il est possible que, dans le cas du PNV, la responsabilité de gérer la crise sur son territoire ait pesé plus lourd, même s'il a également exprimé des réserves sur ce qu'il considère comme une ingérence du gouvernement central dans ses compétences.

Parallèlement au débat politique au Parlement, la gestion technique de la pandémie s'est développée entre le ministère de la Santé et les régions autonomes. Le point de départ est l'imprévisibilité de la pandémie, le manque de ressources matérielles et la méconnaissance du traitement de la maladie. Les premières mesures visent à la fois à acquérir des moyens matériels de protection pour les personnels de santé et la population sur les marchés internationaux, à générer une procédure permettant de produire des informations standardisées sur l'évolution de la pandémie, ainsi qu'à établir une série d'indicateurs pour la prise de décision. La pandémie a révélé la fragilité du système de santé espagnol en matière de prévision et de réponse pour y faire face, fragilité aggravée par l'impact de la crise économique de la décennie précédente sur les services publics [Mendez, 2020]. Elle a aussi montré la dépendance à l'égard de pays tiers pour l'approvisionnement en produits de protection sanitaire désormais considérés comme stratégiques,<sup>12</sup> et les difficultés à construire une base de données indispensable pour comprendre le comportement de la pandémie.

10. Candidature d'unité populaire: indépendantistes catalans d'extrême gauche.

11. Indépendantiste basque d'extrême gauche.

12. Fin avril 2020, un document officiel indique encore que « lorsque la distribution des masques sera garantie, leur utilisation sera fortement conseillée dans les transports publics » (ministère de la Santé, Plan de transition vers une nouvelle normalité, 28 avril 2020, p. 23). L'utilisation de masques de protection a été rendue obligatoire en Espagne à partir du 21 mai 2020 (ordonnance SND/2020 du 19 mai, BOE 20 mai), c'est-à-dire lorsque l'approvisionnement a pu être garanti. Conférence du ministre de la Santé pour mettre à jour les informations sur la situation et les mesures adoptées en ce qui concerne le Covid-19. 24 juin 2020.

*Retour progressif à la gestion de la pandémie par les régions autonomes*

La fin de la dernière prorogation, le 21 juin 2020, a coïncidé avec un moment d'endiguement de la pandémie. À cette époque, le taux d'incidence était alors de 8,10 cas/100 000 habitants sur 14 jours glissants et pratiquement aucun nouveau cas ou décès n'était enregistré. Les mesures de protection personnelle de base ont été maintenues au niveau de l'État : les activités commerciales et de loisirs ont été ouvertes mais de façon limitée, la mobilité interne et externe a été autorisée avec certaines restrictions en fonction du pays d'origine, le gouvernement central a mis à la disposition des régions autonomes des équipes d'agents traceurs formés par l'armée, entre autres mesures de soutien. Mis à part ces mesures, les régions autonomes ont pris leurs propres décisions concernant la gestion de la pandémie.

Depuis la fin du mois de juillet 2020, on observe une augmentation lente des infections, qui s'est accélérée en septembre-octobre, et une pression subséquente sur les hôpitaux, avec des différences territoriales importantes. Cela a conduit à la déclaration du deuxième état d'urgence le 25 octobre 2020. Le mécanisme fut le même que celui adopté en mars : d'abord le gouvernement le déclare et, une fois le délai de 15 jours écoulé, l'Assemblée nationale le prolonge, dans ce cas pour une période de 6 mois, jusqu'au 9 mai 2021. Ce nouvel état d'urgence a été approuvé par 194 députés, avec 99 abstentions (dont 88 du PP et divers partis indépendantistes ou régionalistes) et 53 « non » (Vox et le député du Forum des Asturies). Une fois encore, le vote reflète un positionnement politique de soutien (ou non) au gouvernement, plutôt que de soutien (ou non) à la mesure.

La déclaration de ce deuxième état d'urgence a été précédée de la demande d'intervention de plusieurs présidents régionaux (Communauté autonome du Pays basque, Asturies, Estrémadure, La Rioja, Catalogne, Navarre, Cantabrie, Valence, Castille-La Manche, Baléares et la ville autonome de Melilla). Ce deuxième état d'urgence modifie sensiblement la gestion de la pandémie et les mesures mises en place. L'autorité compétente reste le gouvernement central, cependant les autorités déléguées ne sont plus les ministres de la Santé, de la Défense, de l'Intérieur et des Transports, mais les présidents de chaque Communauté autonome. Les mesures établies sont essentiellement la limitation de la libre circulation pendant la nuit et la restriction de la mobilité entre les Communautés autonomes, sauf exceptions dûment justifiées, pour des raisons de travail, de santé ou autres, et le nombre de personnes lors de rassemblements dans les espaces publics et privés est limité. Ces mesures peuvent être modulées, assouplies et même suspendues dans chaque Communauté autonome ; et il est établi que le Conseil interterritorial du système national de santé (CISNS) fait office d'organe de coordination pour la fixation des indicateurs et des critères d'évaluation des risques. Il n'y a aucune régularité dans la tenue des réunions de cet organe, qui rend compte au ministère de la Santé.

La moyenne est de quatre réunions par an, mais il y a eu des années avec une seule réunion (2016) ou seulement deux (par exemple 1996, 2011, 2017), alors qu'à l'inverse, en 2009, en relation avec l'épidémie de grippe aviaire, le Conseil s'est réuni huit fois. En 2020, cet organe s'est réuni 82 fois<sup>13</sup>, ce qui représente en une année les deux tiers du nombre total de réunions tenues depuis sa création en 1987 (124 réunions entre 1987 et 2019). Entre janvier et juin 2021, le CISNS s'est réuni 17 fois. Les réunions de 2020 visaient essentiellement à traiter de l'évolution de la pandémie et de l'établissement des mesures à prendre. En 2021, l'objectif principal des réunions était d'organiser la stratégie de vaccination, sans oublier le suivi des nouvelles vagues de la pandémie (troisième, quatrième et cinquième).

De cette façon un changement significatif s'opère dans la gestion de la pandémie. L'état d'urgence est un instrument juridique destiné à couvrir les décisions des présidents de chaque Communauté autonome. La règle qui le régit établit les critères de base pour les restrictions de mobilité et du droit de réunion (ou de contacts sociaux) et chaque Communauté autonome module les mesures qu'elle adopte « dans son champ d'application territorial, compte tenu de l'évolution des indicateurs sanitaires, épidémiologiques, sociaux, économiques et de mobilité<sup>14</sup> », et dispose ainsi d'une grande marge d'action. À quelques exceptions près, les mesures adoptées dans chaque Communauté autonome sont identiques à peu de chose près<sup>15</sup>.

À la fin du deuxième état d'urgence (9 mai 2021), un troisième état d'urgence a été envisagé mais n'a finalement pas été déclaré, le gouvernement central arguant que les régions autonomes disposaient d'instruments juridiques suffisants pour prendre les mesures jugées nécessaires, et comptant surtout sur l'immunisation de la population au fur et à mesure de la vaccination. Le décret-loi (décret ratifié par l'Assemblée nationale)<sup>16</sup> qui remplace celui d'octobre 2020 régleme les questions relatives au contrôle des voyageurs internationaux, maintient les mesures adoptées pendant la pandémie en termes d'expulsions, d'aides sociales et de violence de genre, et établit une procédure urgente et flexible pour l'autorisation

13. Les procès-verbaux des accords conclus lors de ces réunions l'année de la pandémie n'ont pas encore été rendus publics sur le site web du ministère de la Santé. Toutefois, ceux détenus jusqu'en 2019 peuvent être consultés <[www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInter-terri/ordenes.htm](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInter-terri/ordenes.htm)>.

14. Article 10 du R.D. 926/2020, modifié par le R.D. 965/2020.

15. Voir « Estrategia estatal contra la segunda ola », document officiel du gouvernement espagnol, 17 novembre 2020.

16. Décret-loi royal 8/2021, du 4 mai, « portant adoption de mesures sanitaires, sociales et juridictionnelles urgentes à appliquer après la fin de l'état d'alerte déclaré par le décret royal 926/2020, du 25 octobre, déclarant l'état d'alerte pour contenir la propagation des infections causées par le SARS-CoV-2 », *Bulletin officiel de l'État*, n° 107, p. 53407-53431.

ou la ratification judiciaire des mesures anti-Covid qui pourraient être prises par les gouvernements régionaux.

En résumé, la gestion politico-administrative de la pandémie en Espagne a connu trois moments clés (figure 1) :

- mars à juin 2020 : déclaration du premier état d'urgence (six prorogations par l'Assemblée nationale) et plan de transition ultérieur vers la « Nouvelle normalité ». Rôle prépondérant du gouvernement central dans la prise de décision. Tenue de dix-sept réunions de la Conférence des présidents (gouvernement et régions autonomes) ;

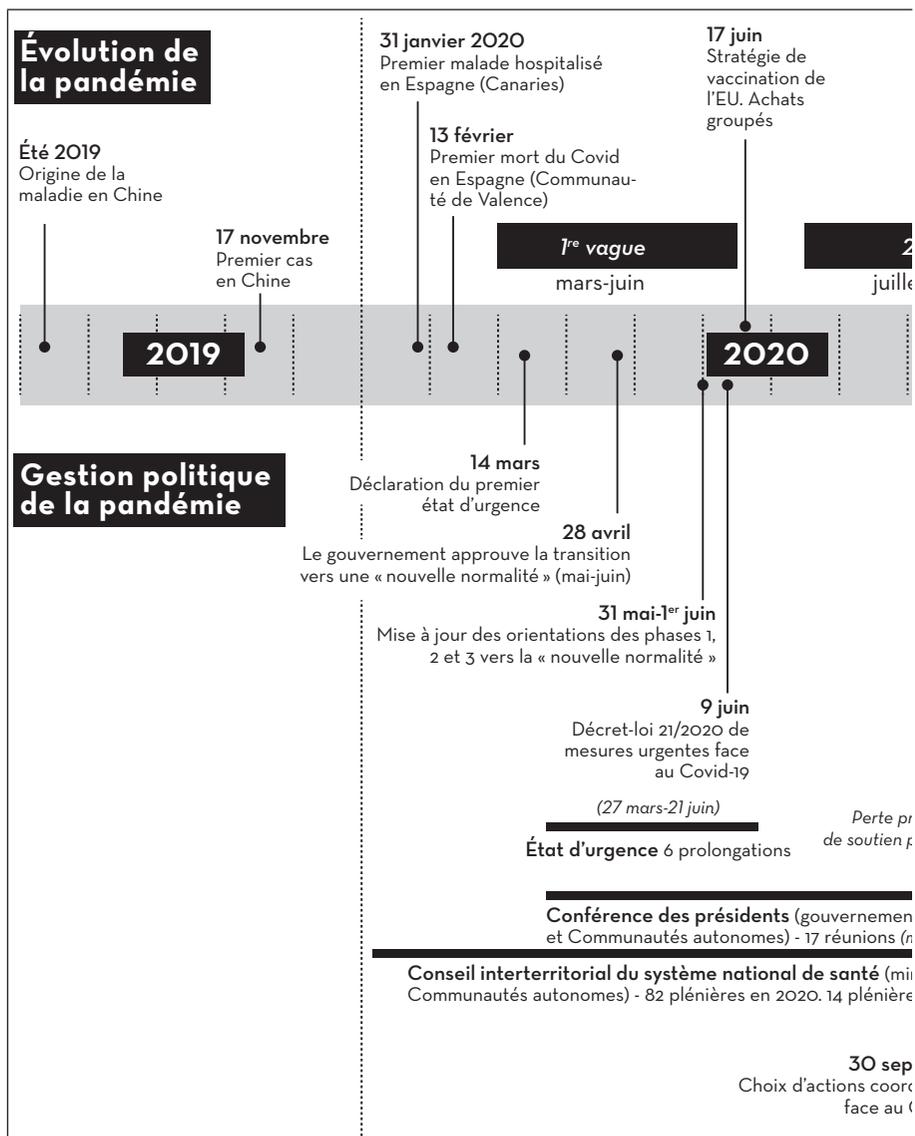
- d'octobre 2020 à mai 2021 : déclaration du deuxième état d'urgence (six mois). Rôle prépondérant dans la prise de décision des autorités sanitaires (CISNS) et des régions autonomes. À partir de janvier 2021, le programme de vaccination se développe, pour atteindre sa vitesse de croisière à partir d'avril, avec l'arrivée de doses suffisantes en provenance du programme d'achat centralisé de l'UE ;

- à partir de mai 2021 : achèvement du deuxième état d'urgence. Rôle principal des régions autonomes. Surveillance et suivi de la situation sanitaire par le CISNS.

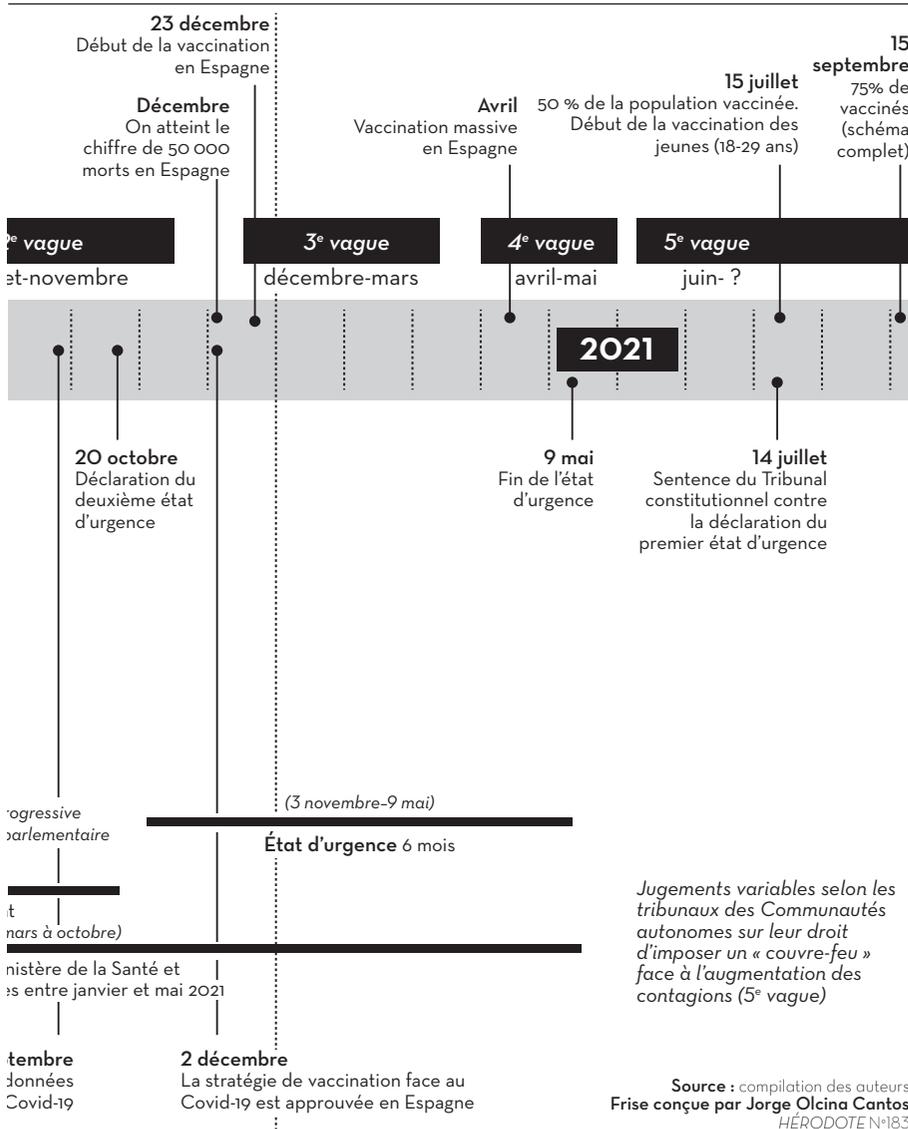
La gestion de la pandémie a donc requis la mise en œuvre d'instruments de coordination tant au niveau politique que technique : la Conférence des présidents et le CISNS. La Conférence des présidents est définie comme l'« organe suprême de coopération politique », puisqu'elle est composée de tous les présidents des régions autonomes et du président de la nation ; mais elle n'a été créée qu'en 2004, vingt-six ans après l'approbation de la Constitution et plus de vingt ans après la création de toutes les régions autonomes. Même alors, elle n'a pas reçu une impulsion décisive, puisqu'en quinze ans (2004-2019) elle ne s'est réunie qu'à six reprises. Une fois l'état d'urgence établi, le président du gouvernement l'a convoquée en ligne à quatorze reprises, à un rythme hebdomadaire entre mars et juin 2020, pour traiter de l'évolution de la pandémie sur la base des situations locales. Par la suite, trois autres conférences ont été organisées. D'après les informations disponibles, on peut en déduire une volonté de dialogue lors de ces réunions, repérer des déclarations de bonne volonté et la référence répétée à la gouvernance mais aussi certains désaccords, que les médias ont mis en évidence. Il est trop tôt pour savoir si ce sera le germe d'une plus grande coopération et d'un débat ouvert sur les questions clés entre le gouvernement central et les régions autonomes, et si ces réunions ont fourni aux régions autonomes un forum pour présenter leurs demandes au plus haut niveau, ou ont donné au contraire une plateforme politique au gouvernement central pour faire valoir ses positions.

Par ailleurs, il y a eu de multiples réunions importantes du Conseil interterritorial du système national de santé (CISNS), présidées par le ministre de la Santé et avec la participation des ministres régionaux en charge de la santé. Depuis le début de la pandémie, le CISNS a été le principal organe de coordination entre le

FIGURE 1. – FRISE CHRONOLOGIQUE DE LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE



ET DE L'ÉVOLUTION DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 EN ESPAGNE (2020-21)



ministère de la Santé et les régions autonomes, où l'on a progressé sur les mesures de lutte contre la pandémie et la fixation d'indicateurs pour établir des seuils ou des phases; le débat a été ouvert, des différences de critères techniques et de positions politiques ont été exprimées et, à l'occasion, des minorités ont mis en doute le caractère contraignant des accords adoptés à une large majorité. Ainsi, des mesures successives ont été approuvées au sein du CISNS, telles que le plan de réponse précoce (16 juillet 2020) ou le paquet d'actions coordonnées de santé publique (août et octobre 2020) ou encore la stratégie de vaccination (décembre 2020). Le CISNS remplit une mission de gouvernance sanitaire face à la pandémie.

Au-delà des positions politiques exprimées à l'Assemblée nationale, la gestion entre le gouvernement central et les gouvernements régionaux a montré un plus grand degré de coopération et une meilleure gouvernance, car, pour les gouvernements, la nécessité impérative de résoudre la crise sanitaire a pesé plus lourd que toute autre considération. Il est également vrai que les gouvernements régionaux d'obédience politique différente du gouvernement central ont montré plus de réserves, de réticences ou d'oppositions à la mise en place de certaines mesures de restriction de la mobilité ou à l'ouverture de certaines activités économiques; mais le fait de devoir faire face à une crise de cette ampleur a rendu nécessaire l'expérimentation de formules de cogouvernance peu testées jusqu'alors. Il convient peut-être de mentionner le cas du gouvernement de la Communauté autonome de Madrid (CAM), dont l'opposition généralisée aux mesures adoptées dans le cadre du CISNS, bien que déguisée en décisions de nature technique, a finalement répondu à un positionnement politique vis-à-vis du gouvernement central d'une coalition de gauche. Cela a apporté à sa présidente (PP) un profit politique aux élections du Parlement autonome de mai 2021.

### **Le comportement territorial de la pandémie en Espagne : urbanisation, concentration de l'activité économique et axes de communication comme facteurs aggravants de la crise sanitaire**

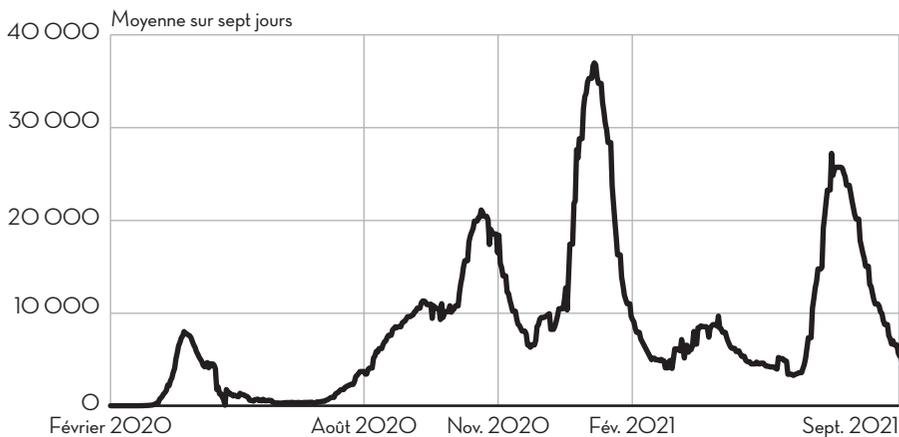
Cette section montre l'absence d'un modèle clair dans le comportement de la pandémie de Covid-19 en Espagne, au-delà des caractéristiques territoriales classiques. On observe un changement constant dans les régions autonomes où la pandémie a eu le plus grand impact, ce qui peut être dû à l'existence d'une grande hétérogénéité dans la prise de décision et la gestion de la crise.

Une représentation simple a été faite des quatre moments où le plus grand nombre de personnes ont été infectées en Espagne au niveau des Communautés autonomes afin d'observer si un modèle se répète et s'il existe une relation

avec des variables standards telles que le nombre d'habitants. Sur la base de ces données, l'impression d'une forte hétérogénéité se confirme. Les pics, en nombre de personnes infectées, de chacune des quatre vagues de la pandémie (mars 2020-juin 2021) en Espagne ont été les suivants :

- a) première vague, pendant la semaine du 16 au 22 mars, le 20 mars 2020 étant le jour où le nombre de personnes infectées est le plus élevé ;
- b) deuxième vague, pendant la semaine du 23 au 29 septembre, le 27 novembre 2020 étant le jour où le nombre d'infections est le plus élevé ;
- c) troisième vague, pendant la semaine du 13 au 19 janvier, le 15 janvier 2021 étant le jour où le nombre d'infections est le plus élevé ;
- d) quatrième vague, pendant la semaine du 20 au 26 avril, le 20 avril 2021 étant le jour où le nombre d'infections est le plus élevé.

FIGURE 2. – CAS QUOTIDIENS CONFIRMÉS DE COVID-19 EN ESPAGNE  
(FÉVRIER-2020 À JUIN-2021)



Source : ministère de la santé  
Graphique conçu par Ángel Miramontes Carballada  
HERODOTE N°183

Selon les données disponibles, il n'y a pas eu de foyer permanent tout au long de la pandémie. Ainsi, la Communauté de Madrid, indiquée comme le principal foyer d'infection en Espagne, a occupé cette position lors des première et quatrième vagues et dans une moindre mesure lors de la troisième, suivie de très

près par d'autres Communautés autonomes, comme la Catalogne. Dans les vagues intermédiaires, la Catalogne et la Communauté autonome de Valence ont été plus touchées. Pour sa part, l'Andalousie, la communauté autonome la plus peuplée d'Espagne, n'a été la région avec le plus grand nombre de personnes infectées qu'à la fin de la quatrième vague.

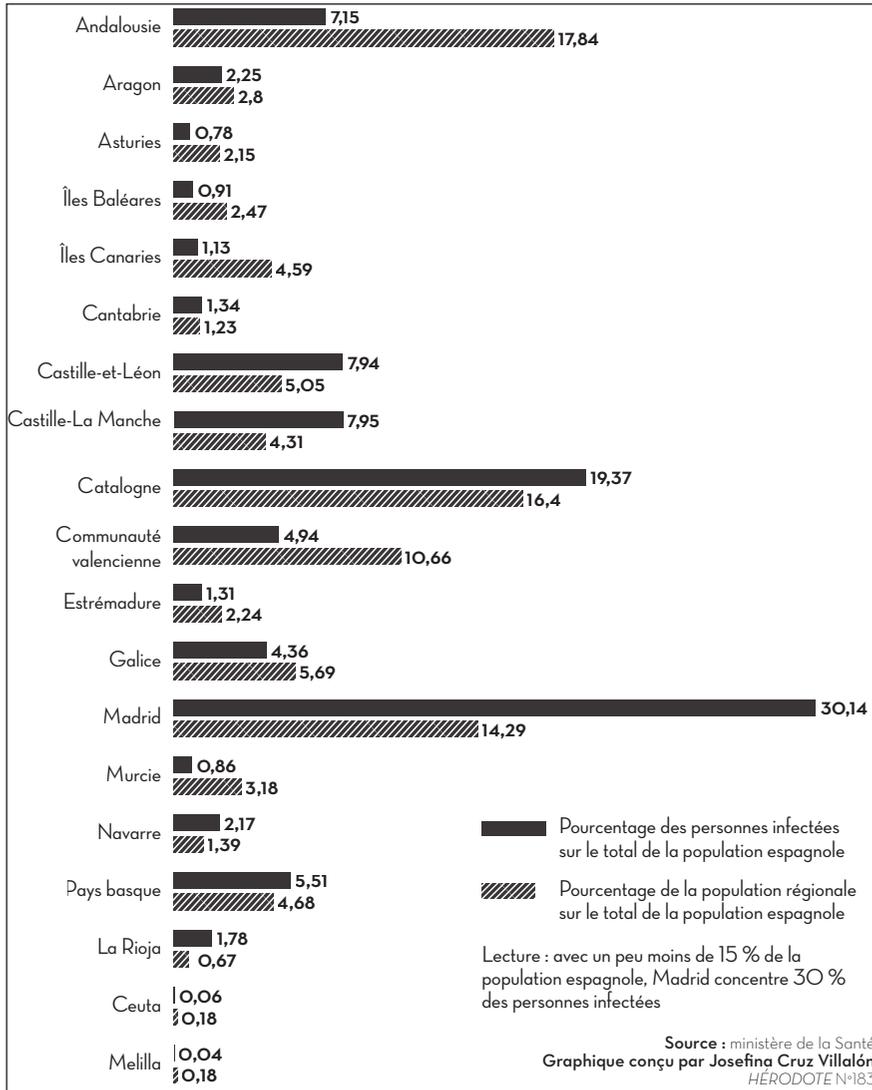
Il est intéressant d'analyser la proportion des personnes infectées par rapport au nombre d'habitants dans chacune des régions autonomes. Cet indicateur révèle trois situations : les régions autonomes où le nombre de personnes infectées a toujours été inférieur compte tenu du poids de leur population par rapport à l'ensemble de l'Espagne (comme la Galice et les Asturies), celles où le pourcentage de personnes infectées a toujours été supérieur (la Catalogne et Madrid, sauf lors de la deuxième vague) ; enfin, la troisième correspond à des comportements différents selon la vague pandémique (graphiques 1, 2, 3 et 4).

Cette analyse nous permet de confirmer plusieurs schémas territoriaux de la pandémie. Lors de la première vague, Madrid, Castille-et-León, Castille-La Manche et la Catalogne ont été les régions les plus touchées par la pandémie. Il s'agit de territoires où se concentre une grande partie de l'activité économique de l'Espagne et où se trouvent les voies de communication les plus fréquentées. En revanche, les régions périphériques ont enregistré des valeurs plus faibles (Estrémadure et toute la côte atlantique-cantabrique). À la fin de 2020, lors de la phase finale de la deuxième vague, certains changements ont eu lieu : l'Andalousie est très touchée, tandis que le nord et le nord-ouest de l'Espagne le sont moins. Lors de la troisième vague, ce sont les provinces du littoral méditerranéen qui sont les plus touchées. Lors de la dernière vague infectieuse, les territoires les plus développés sur le plan socioéconomique ont enregistré le plus grand nombre d'infections : le Pays basque, la Catalogne, Madrid et l'Andalousie.

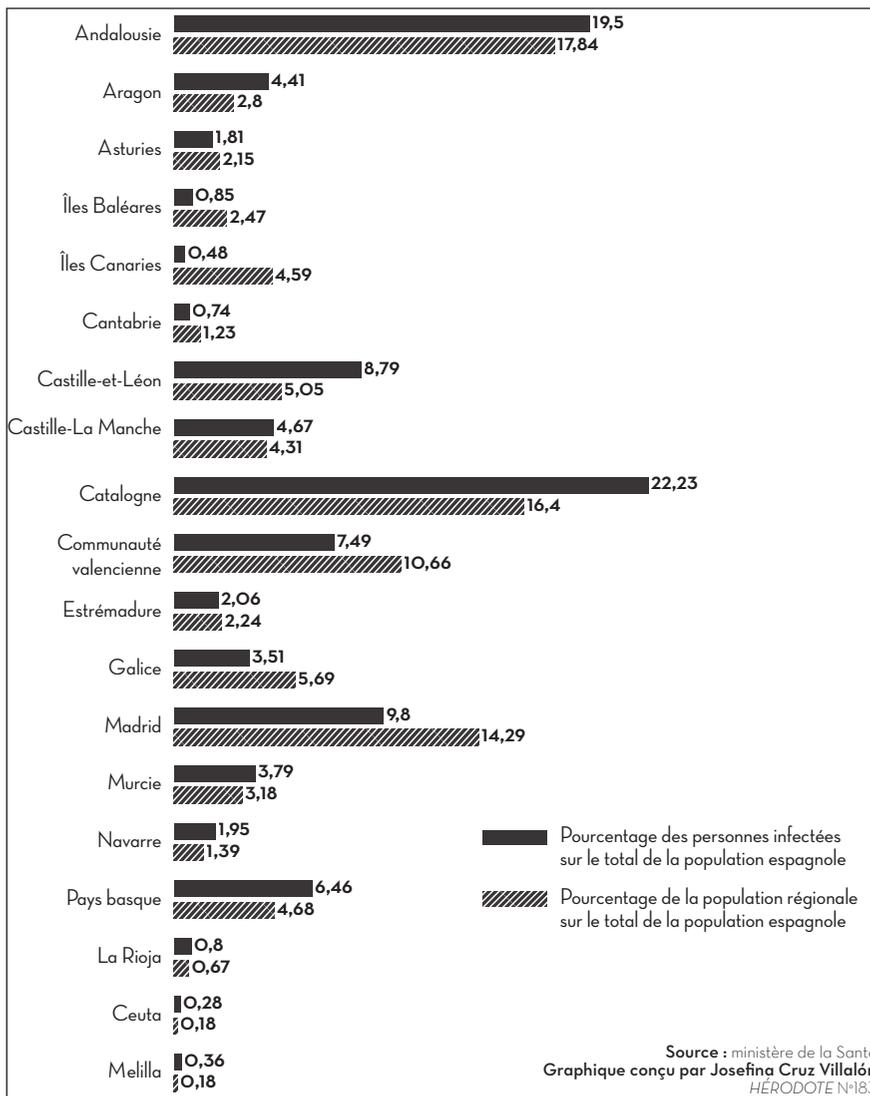
Une analyse détaillée, comparant le nombre total de cas avec la population résidant dans chaque communauté autonome lors des quatre vagues, montre que les territoires de Madrid, de la Catalogne, des deux régions castillanes, du Pays basque, de la Navarre et de La Rioja ont enregistré un pourcentage de cas de Covid supérieur à la moyenne nationale dans trois vagues sur quatre. Ainsi, l'urbanisation, la concentration de l'activité économique et l'existence de grands axes de communication routiers ont joué un rôle dans la propagation de la pandémie. À l'autre extrême, la Galice, les Asturies, la Cantabrie, l'Estrémadure, les Baléares et les Canaries présentent des taux d'incidence inférieurs à la moyenne espagnole pendant les quatre semaines critiques de la pandémie. Une fois encore, la périphéricité, l'éloignement relatif et l'absence de grands centres urbains ou de terminaux de transport, sont des facteurs modérateurs de la pandémie.

Pour comprendre le modèle de gestion appliqué dans chaque territoire, il faut représenter le nombre d'infections et de décès dus au Covid-19, du début de la

GRAPHIQUE 1. – POURCENTAGE DU NOMBRE TOTAL DE PERSONNES INFECTÉES EN ESPAGNE PENDANT LA SEMAINE LA PLUS CRITIQUE DE LA PREMIÈRE VAGUE ET NOMBRE D'HABITANTS DANS CHACUNE DES COMMUNAUTÉS AUTONOMES

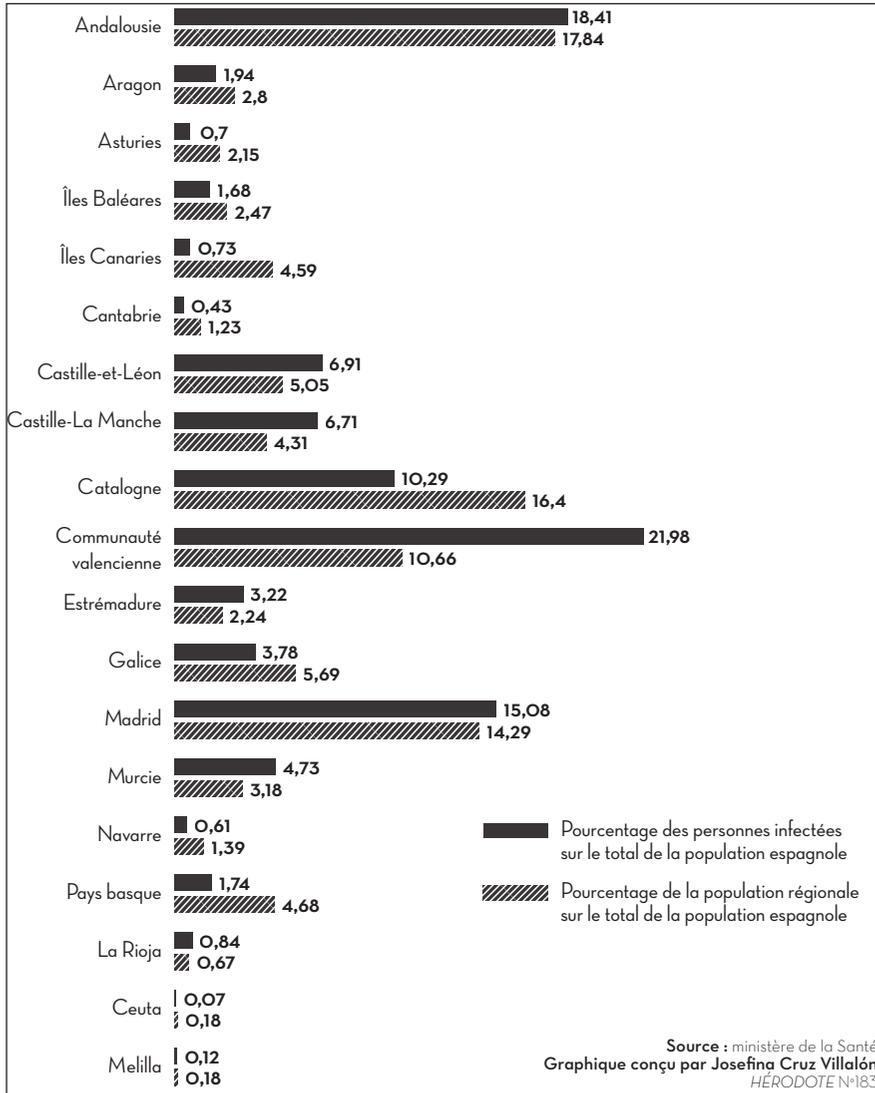


GRAPHIQUE 2. – POURCENTAGE DU NOMBRE TOTAL DE PERSONNES INFECTÉES EN ESPAGNE PENDANT LA SEMAINE LA PLUS CRITIQUE DE LA DEUXIÈME VAGUE ET NOMBRE D'HABITANTS DANS CHACUNE DES COMMUNAUTÉS AUTONOMES

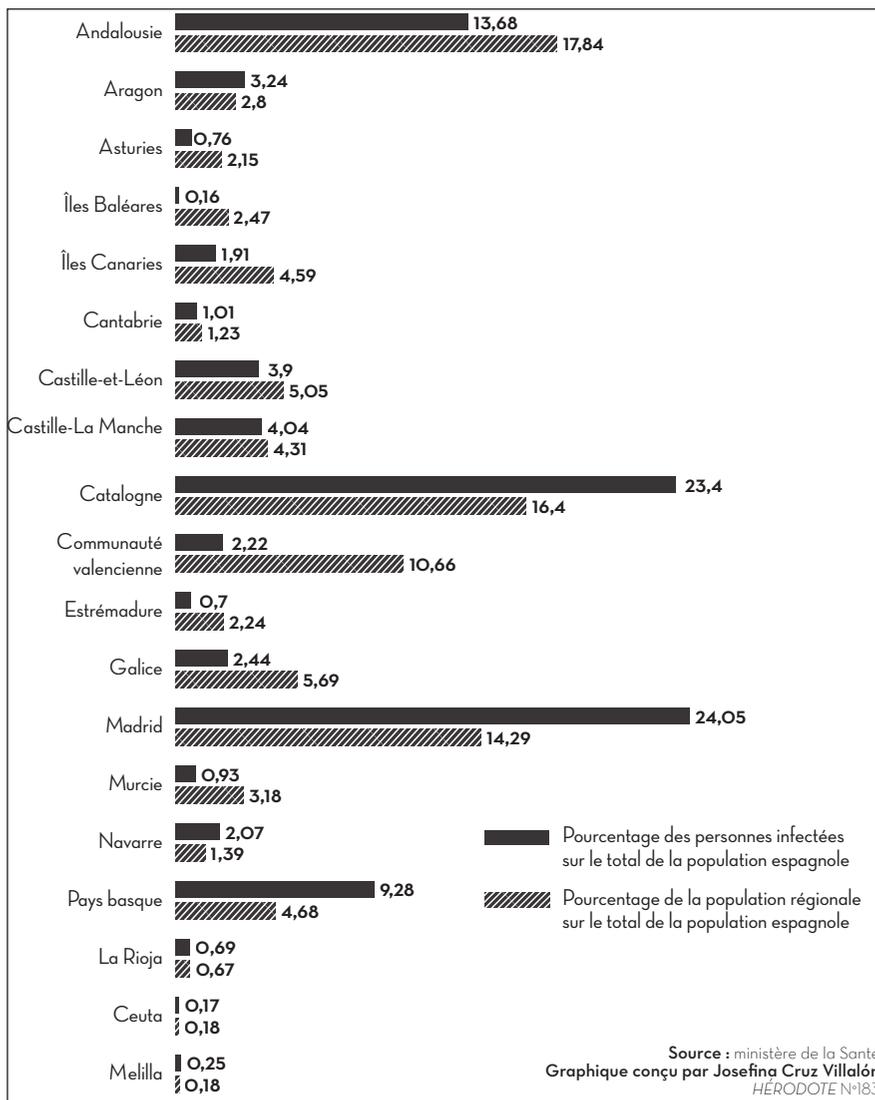


Hérodote, n° 183, La Découverte, 4<sup>e</sup> trimestre 2021.

GRAPHIQUE 3. – POURCENTAGE DU NOMBRE TOTAL DE PERSONNES INFECTÉES EN ESPAGNE PENDANT LA SEMAINE LA PLUS CRITIQUE DE LA TROISIÈME VAGUE ET DES HABITANTS DE CHACUNE DES COMMUNAUTÉS AUTONOMES



GRAPHIQUE 4. – POURCENTAGE DU NOMBRE DE PERSONNES INFECTÉES PENDANT LA SEMAINE LA PLUS CRITIQUE DE LA QUATRIÈME VAGUE ET LE NOMBRE D’HABITANTS DANS CHACUNE DES COMMUNAUTÉS AUTONOMES D’ESPAGNE



Hérodote, n° 183, La Découverte, 4<sup>e</sup> trimestre 2021.

pandémie jusqu'au 14 juin 2021 dans chaque Communauté autonome en valeurs absolues et en pourcentage pour 100 000 habitants.

La représentation du nombre de personnes infectées pour 100 000 habitants (carte 2) nous permet d'identifier des territoires tels que Madrid, Castille-et-Léon, Castille-La Manche, La Rioja, Navarre, le Pays basque et l'Aragon (ainsi que la ville africaine de Melilla), où la propagation relative de la maladie a été plus importante. En revanche, la pandémie a touché un pourcentage plus faible de la population dans les îles Canaries, en Galice et dans les Asturies. L'Andalousie, qui affiche des chiffres très élevés en termes absolus, fait partie des pays où l'incidence est la plus faible en termes relatifs. La carte montre la même répartition territoriale et les mêmes causes explicatives que celles déjà mentionnées.

La représentation cartographique du nombre total de décès dus à la pandémie de Covid-19 (carte 3) met en évidence les points suivants : hormis les villes de Ceuta et Melilla, les valeurs les plus faibles ont été enregistrées en Cantabrie avec 567 pour 100 000 ; en revanche, Madrid présente la valeur la plus élevée avec près de 15 500 décès pour 100 000 (la sous-estimation des décès dans les maisons de retraite dans cette Communauté autonome est encore officiellement non évaluée). Les valeurs les plus faibles se trouvent dans les archipels (îles Canaries et Baléares) et, en Espagne continentale, en Galice (89). En revanche, les chiffres les plus élevés sont ceux de Castille-La Manche et de Castille-et-Léon, qui atteignent presque 300 pour 100 000.

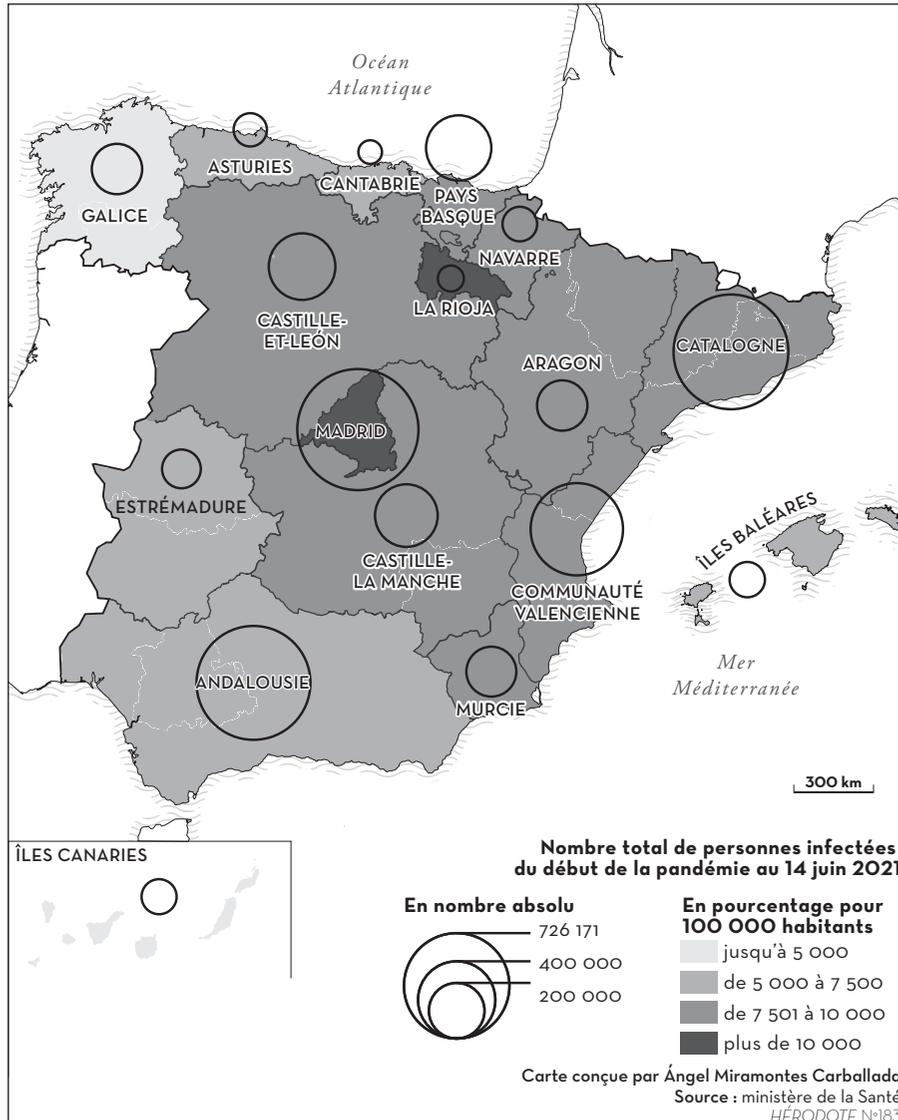
Dans l'incidence du virus en Espagne, on observe donc des schémas spatiaux classiques et assez prévisibles [García-García *et al.*, 2021]. Les aires urbaines denses sont les plus touchées, surtout si elles contiennent de grands terminaux de transport de passagers, tandis que les régions périphériques et les territoires ruraux ont été mieux protégés des effets de la maladie. Ainsi, les chiffres pour Madrid, la Catalogne et le Pays basque ont toujours été plus mauvais que ceux des Canaries et de la Galice.

## Conclusion

À la clôture de cet article (juin 2021), l'endiguement de l'épidémie de Covid-19 en Espagne ne peut être considéré comme complet, il n'est donc pas possible de faire une évaluation définitive de son évolution, de son contrôle et de sa gestion, ni de sa territorialisation. Depuis la fin du mois de juin, on observe une augmentation de l'incidence de la pandémie, qui touche la population jeune (moins de trente ans). Cela coïncide également avec le fait que cette tranche d'âge n'a pas encore été vaccinée.

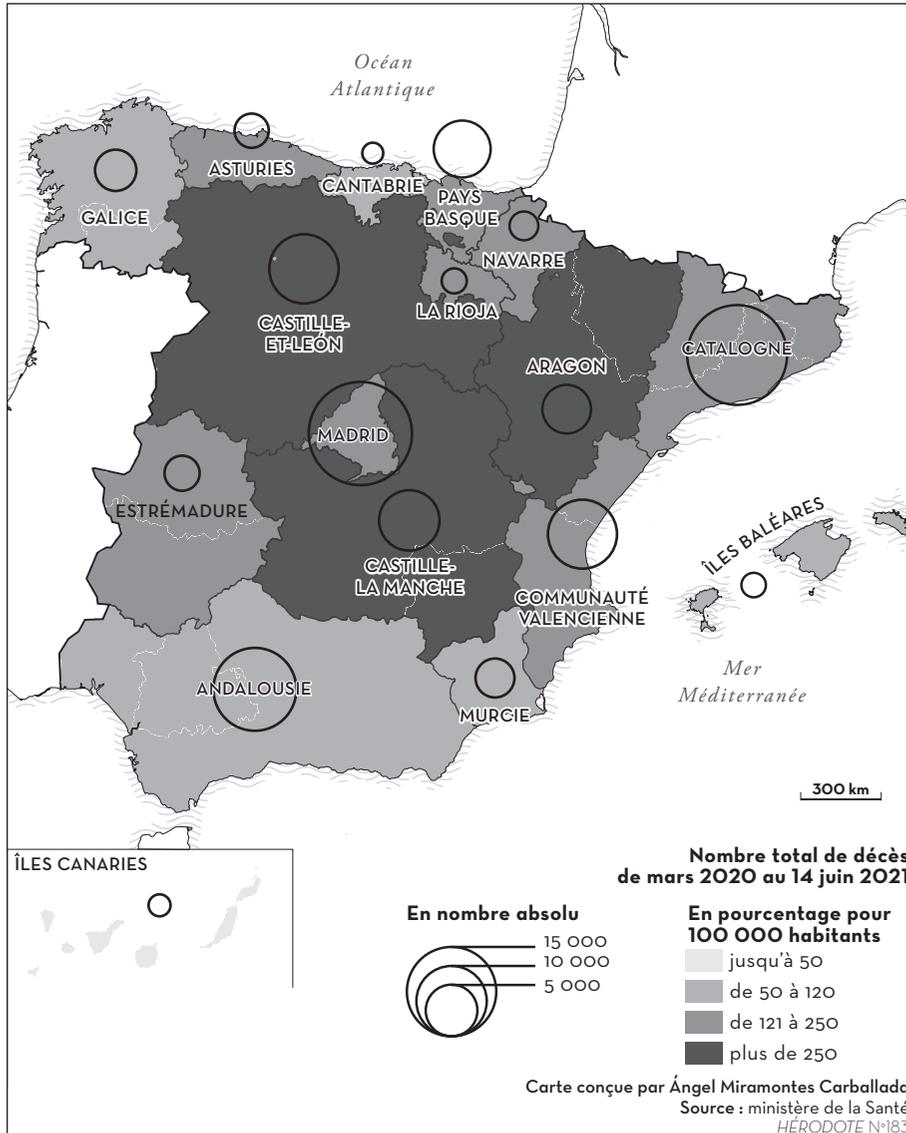
Mais il est possible de procéder à une évaluation de ces éléments pour la période comprise entre son déclenchement (début 2020) et le milieu de

CARTE 2. – NOMBRE TOTAL DE PERSONNES INFECTÉES  
DU DÉBUT DE LA PANDÉMIE AU 14 JUIN 2021



*Hérodote*, n° 183, La Découverte, 4<sup>e</sup> trimestre 2021.

CARTE 3. – NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS DE MARS 2020 AU 14 JUIN 2021



Hérodote, n° 183, La Découverte, 4<sup>e</sup> trimestre 2021.

l'année 2021, puisqu'il ne fait pas de doute que son impact le plus dur a été surmonté. La réduction de la pression hospitalière et les progrès de la vaccination (à la mi-octobre 2021, 88 % de la population âgée de 11 ans et plus était vaccinée) indiquent qu'il y a des raisons d'espérer; mais en aucun cas cela ne doit être considéré comme acquis et le risque de nouvelles épidémies est prévisible si les mesures de contrôle se relâchent.

Deux questions ont été au centre de l'analyse menée dans cet article, compte tenu de la complexité des questions qui peuvent être traitées en relation avec la pandémie : le développement de sa gestion politique et les différences territoriales qui se sont produites.

En ce qui concerne la gestion, il y a eu en Espagne une forte décentralisation politique et administrative du gouvernement central vers les régions, à la suite de l'approbation de la Constitution de 1978, de sorte que les compétences en matière de santé étaient déjà assumées pratiquement dans leur totalité par les régions autonomes. Lorsque la propagation de la pandémie a été détectée, le gouvernement central a choisi de prendre en charge sa gestion en déclarant l'état d'urgence, et il y a eu une certaine recentralisation des compétences face à la nécessité de prendre des mesures limitant l'exercice des droits fondamentaux (liberté de mouvement et de réunion) afin de contrôler la propagation du virus. Cela s'est accompagné de la réactivation des organes de gouvernance politique existant dans notre système juridique, mais faiblement mis en œuvre jusqu'alors. En premier lieu la Conférence des présidents, définie comme l'organe suprême de coopération politique, composée du président du gouvernement espagnol et de ceux des régions autonomes, convoquée et présidée par le premier à de nombreuses reprises au cours de cette période. Cependant, nous avons exprimé nos doutes sur le fait que cette initiative contribue à l'établissement d'un cadre plus stable de collaboration et de gouvernance en matière politique entre le gouvernement central et les gouvernements régionaux. De son côté, le Conseil interterritorial du système national de santé, composé du ministre de la Santé et de ses homologues au niveau régional, a connu plus de succès en termes de gouvernance. Avec des difficultés et des tensions, de nature plus politique que technique, cet organe a progressé dans la fixation des seuils d'incidence et des protocoles d'action sur différents aspects de l'épidémie, y compris les stratégies de vaccination.

Dans un second temps, après la mise en place d'un nouvel état d'urgence en octobre 2020, un exercice de gouvernance plus poussé a été réalisé en laissant les décisions entre les mains des gouvernements régionaux selon les particularités de chaque territoire, sur une base commune. En revanche, lorsqu'il a pris fin en mai 2021, cette base commune perdit du poids, au profit de l'action de chaque Communauté autonome.

En ce qui concerne le comportement territorialisé de la propagation et de l'incidence de la pandémie de Covid-19, il n'est pas possible de parler d'un modèle

clairement défini. Suivant les paramètres classiques de dissémination, le Covid a eu initialement une plus grande incidence dans les zones urbaines les plus denses, avec des niveaux plus élevés de globalisation économique et dotées de grands terminaux de transport, en particulier les grands aéroports, en lien avec la nature importée de la pandémie. La mobilité de la population et les principales voies de communication agissent comme des vecteurs de dissémination, et, en ce sens, il est clair que Barcelone agit comme un centre de dissémination vers toute la Catalogne, et que Madrid agit comme un disséminateur de la pandémie vers ses environs plus larges, affectant Castille-La Manche et Castille-et-Léon, des régions moins peuplées et plus rurales, même si en termes généraux les territoires ruraux ont été mieux protégés de cette dissémination. Pour leur part, les régions périphériques (les îles Canaries, la Galice, les Asturies et aussi l'Andalousie, malgré sa taille et le fait qu'il s'agisse de la région la plus peuplée) ont mieux résisté aux assauts et n'ont été touchées que tardivement. Lors des vagues suivantes, d'autres territoires ont pris de l'importance, comme ce fut le cas de la Communauté de Valence lors de la troisième vague, qui a été contenue grâce à une gestion appropriée, ou de la zone formée par le Pays basque, la Navarre et La Rioja lors de la quatrième vague.

On ne peut donc pas parler d'un modèle clairement défini. La périphéricité et l'insularité ont atténué l'incidence dans certains territoires : les îles Canaries, les Baléares, la Galice, les Asturies, la Cantabrie et l'Estrémadure. Cependant, Castille-et-Léon et Castille-La Manche, malgré leur ruralité et leur faible densité de population, ont été affectées par leur proximité de Madrid et l'intensité des échanges avec la capitale. Au sein de ces deux grandes régions il existe aussi des différences qui sont liées à la distance avec Madrid et aux mobilités vers Madrid. À l'autre extrême, les régions les plus développées économiquement, les plus mondialisées et les plus densément peuplées (Madrid, Catalogne et Pays basque) ont été plus touchées. Dans l'ensemble, Madrid et la Catalogne, où résident 30,6 % de la population, ont enregistré 36,2 % des cas confirmés et 37,3 % des décès dus au Covid-19. L'Andalousie, la région la plus peuplée (17,9 %) a enregistré 16,1 % des cas et 12,4 % des décès : sa plus grande taille, sa plus faible densité et sa population comparativement plus dispersée que dans les cas précédents, ainsi que sa périphéricité contribuent à expliquer ce comportement. Il est intéressant de commenter le cas de la Communauté de Valence qui, après les vacances de Noël, a subi une très forte augmentation des cas lors de la troisième vague, en janvier et février 2021, la plaçant en tête de liste de toutes les régions espagnoles. L'application d'une série de mesures visant à restreindre la mobilité inter- et intrarégionale ainsi que les heures d'ouverture et la capacité d'accueil des restaurants et des activités nocturnes, a permis de renverser cette situation en quelques semaines pour devenir la Communauté autonome affichant les meilleurs chiffres d'Espagne depuis fin mars. Tout cela n'a pas été sans l'opposition opportuniste des partis de droite et les revendications

déraisonnables des groupes et associations des métiers de la restauration et de la vie nocturne, avec dépôts de plaintes, contre les mesures adoptées.

Enfin, la gestion de la pandémie s'est déroulée dans un climat d'hostilité politique marqué, les partis de droite et d'extrême droite maintenant, lors des sessions parlementaires et dans les médias, une position radicale de critique permanente des mesures adoptées par le gouvernement de coalition de gauche, ainsi qu'entre les niveaux territoriaux de gouvernement en fonction de leur couleur politique (opposition marquée de la Communauté autonome de Madrid au gouvernement central, quelques tensions avec la Catalogne, etc.) Par conséquent, la crise sanitaire a révélé à la fois les défauts de l'organisation politico-administrative de l'Espagne démocratique, avec un fédéralisme imparfait [Romero-González, 2012; Farinós et Olcina, 2017], et les frictions anciennes des différentes visions de l'Espagne impliquées dans un système complexe de gouvernance [Aja, 1999; García Álvarez, 2002]. Des visions différentes existent à la fois entre les partis politiques conservateurs et progressistes, et entre les différentes régions et nationalités qui composent l'État dans son ensemble. La pandémie de Covid-19 se révèle un moment difficile et dramatique dans un siècle complexe, marqué par une urgence climatique dont la solution nécessitera de profonds changements et renoncements socioéconomiques. Les pandémies et le changement climatique nous accompagneront au cours des prochaines décennies. Dans ce contexte, la politique doit montrer son utilité pour promouvoir des actions qui garantissent la vie et le bien-être des personnes, sur la base de la coopération des partis et des territoires. La gestion politique de la pandémie de Covid-19 en Espagne est faite d'ombres et de lumières. Ces succès et ces erreurs devraient constituer une bonne feuille de route pour mieux faire face aux futures pandémies qui nous toucheront.

### Bibliographie

- AJA E. (1999), *El Estado Autonómico. Federalismo y hechos diferenciales*, Madrid, Alianza.
- CISNCS (2021), «Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID 19», Consejo interterritorial del sistema nacional de salud, Comisión de salud pública, 26 mars.
- EUROSTAT (2020-2021), «European statistical recovery dashboard», Bruxelles, Eurostat.
- FARINÓS J. et OLCINA J. (dir.) (2017), *Geografía Regional de España. Espacio y Comunidades*, Valence, Tirant lo Blanc.
- GARCÍA ÁLVAREZ J. (2002), *Provincias, regiones y Comunidades Autónomas. La formación del mapa político de España*, Madrid, Temas del Senado.
- GARCÍA-GARCÍA D., VIGO M. I., FONFRÍA E. S., HERRADOR Z., NAVARRO M. et BORDEHORE C. (2021), «Retrospective methodology to estimate daily infections from

- deaths (REMEDID) in Covid-19: the Spain case study », *Scientific Reports*, vol. 11, n° 11274.
- IGN (2021), *Atlas de la Pandemia 2020*, dirigé par J. SANCHO COMINS et J. OLCINA CANTOS, (à paraître), Madrid.
- JONES K. E., PATEL N., STOREYGARD A., BALK D., GITTLEMAN J. L. et DASZAK P. (2008), « Global trends in emerging infectious diseases », *Nature*, vol. 451, n° 21.
- MÉNDEZ R. (2020), *Sitiados por la pandemia. Del colapso a la reconstrucción: apuntes geográficos*, Madrid, Ed. Revives, 2<sup>e</sup> édition.
- MINISTERIO DE SANIDAD (2020a), « Estrategia estatal contra la segunda ola », 17 novembre.
- MINISTERIO DE SANIDAD (2020b), « Plan para la transición hacia una nueva normalidad, 28 de abril de 2020 ».
- MINISTERIO DE SANIDAD (2021a), « Estadística del gasto sanitario público en 2019: primeros resultados ».
- MINISTERIO DE SANIDAD (2021b), « Actualización n° 396. Enfermedad por el coronavirus (Covid-19) », 14 juin.
- OLIVERA-RANERO A. (2020), « Globalización, urbanización y salud: impactos de la Covid-19. Globalization, urbanization and health: impacts from Covid-19 », *Arquitectura y Urbanismo*, septembre-décembre, p. 6-17.
- OMS (2020-21), *Global Health Estimates*, Genève.
- ROMERO GONZÁLEZ J. (2012), « España inacabada: organización territorial de estado, autonomía política y reconocimiento de la diversidad nacional », *Documents d'Análisi Geogràfica*, vol. 58, n° 1, p. 13-49.
- TRIAS-LLIMÓS S., ALUSTIZA A., PRATS C., TOBIAS A. et RIFFE T. (2020), « The need for detailed Covid-19 data in Spain », *The Lancet Public Health*, vol. 5, n° 11.
- WOLFE N.D., PANOSIAN C. et DIAMOND J. (2007), « Origins of major human infectious diseases », *Nature*, vol. 447, n° 17.