



Chronique Internationale de l'IRES

**Les mobilisations sanitaires
des États et de l'Union européenne
face à la première vague de Covid-19**

numéro spécial

n° 171 ■ septembre 2020

Chronique internationale de l'IRES

Publication trimestrielle

Directeur de la publication : Eric PERES, *Président de l'IRES*

Rédactrice en chef de la *Chronique internationale de l'IRES* : Catherine SAUVIAT

Secrétariat de rédaction : Julie BAUDRILLARD

Maquette et réalisation : Lyubica CURICH

Comité de lecture

Équipe de recherche

Lucy apROBERTS • Odile CHAGNY • Pierre CONCIALDI • Noélie DELAHAIE
Jeanne FAGNANI • Anne FRETTEL • Jacques FREYSSINET • Renaud GAY
Solveig GRIMAUULT • Kevin GUILLAS-CAVAN • Adelheid HEGE • Michel HUSSON
Odile JOIN-LAMBERT • Annie JOLIVET • Marcus KAHMANN • Yves LOCHARD
Axel MAGNAN • Antoine MATH • Christèle MEILLAND • Ilias NAJI
Cristina NIZZOLI • Jean-Marie PERNOT • Udo REHFELDT • Catherine SAUVIAT
Claude SERFATI • Estelle SOMMEILLER • Michèle TALLARD • Arnaud TRENTA
Catherine VINCENT

Conseillers techniques

Louis DELBOS (*CFE-CGC*) • Sophie GAUDEUL (*CFDT*) • Élise GUILLAUME (*CFTC*)
Philippe GUIMARD (*CGT-FO*) • Benoît KERMOAL (*UNSA-Éducation*) • Fabrice PRUVOST (*CGT*)

Directeur général de l'IRES : Frédéric LERAIS

Directeur adjoint, documentation et communication : Benoît ROBIN

Directeur adjoint, administration et finances : Bruno ROUQUET

Administration : Caroline AUJOLET, Nadège MOUSSET

Documentation : Guillaume HEINTZ

Les numéros de la *Chronique internationale de l'IRES* sont en accès libre sur le site de l'IRES (www.ires.fr).
Les numéros depuis 2016 sont en accès libre sur le portail www.cairn.info.

© IRES, Noisy-le-Grand, 2020 • Tactic Impressions - Gonesse • Dépôt légal : décembre 2020 -
n° ISSN 1285-087X • Prix du numéro : 13 €

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article 40).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

Chronique internationale de l'IRES

n° 171 • septembre 2020

Les mobilisations sanitaires des États et de l'Union européenne face à la première vague de Covid-19

Coordonné par Renaud GAY et Kevin GUILLAS-CAVAN

La gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États : recettes communes et logiques nationales	3
<i>Renaud GAY et Kevin GUILLAS-CAVAN</i>	
L'évolution de la surmortalité durant la pandémie de Covid-19 : éléments de comparaison internationale	26
<i>Pierre CONCIALDI</i>	
Chine	
La mobilisation sanitaire des pouvoirs publics locaux : le cas de la ville de Wuhan	36
<i>Jingyue XING-BONGIOANNI, Jun CHU et Xuemin QI</i>	
Argentine	
Une mobilisation forte, précoce... mais insuffisante de l'État fédéral	54
<i>Virginia MELLADO et Arnaud TRENTA</i>	
États-Unis	
Système hospitalier, assurance santé et fédéralisme étasunien à l'épreuve	73
<i>Catherine SAUVIAT</i>	
Union européenne	
L'Europe de la santé au prisme du Covid-19 : quelles avancées ?	90
<i>Gaël CORON et Catherine SAUVIAT</i>	
Allemagne	
Une réponse coordonnée du système de santé sous l'impulsion de l'État fédéral	106
<i>Marcus KAHMANN</i>	
France	
Une gestion étatique centralisée et désordonnée	122
<i>Renaud GAY et Monika STEFFEN</i>	
Irlande	
Des fragilités du système de santé exacerbées par la crise sanitaire	139
<i>Noélie DELAHAIE</i>	
Italie	
Après le choc initial, des ressources renouvelées pour le système sanitaire, en attendant une réforme plus ambitieuse ?	154
<i>Mara TOGNETTI-BORDOGNA, Battista Roberto POLILLO et Jean-Olivier MALLET</i>	
Royaume-Uni	
Une sous-estimation initiale du risque, puis une gestion chaotique	172
<i>Jacques FREYSSINET</i>	
Suède	
Une gestion singulière de la crise sanitaire, un système de santé décentralisé sous forte tension	188
<i>Annie JOLIVET</i>	
Résumés des articles - English Abstracts	209

La gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États : recettes communes et logiques nationales

Renaud GAY et Kevin GUILLAS-CAVAN¹

La pandémie de Covid-19 et les réactions étatiques qu'elle entraîne placent la majeure partie des pays du monde dans une situation de crise aux dimensions multiples. La plus évidente est sanitaire. Le virus SARS-CoV-2 met à l'épreuve des systèmes de santé dont les observateurs ont interrogé à la fois la préparation, l'efficacité et les défaillances. En France et ailleurs, on a pu commenter quotidiennement dans les médias, à partir du mois de mars, l'évolution du nombre de lits disponibles de soins intensifs, s'inquiéter de la saturation des services hospitaliers ou encore se questionner sur les pénuries d'équipements médicaux, de médicaments et de matériels de protection. Ainsi, l'épidémie a donné une visibilité nouvelle aux interventions étatiques sur les services de santé que des logiques professionnelles et des transformations gestionnaires de l'action publique ont tendance à occulter.

C'est à l'étude de la mobilisation sanitaire des États durant l'épidémie de Covid-19 qu'est consacré ce numéro spécial de la *Chronique internationale de l'IREs*. Il est composé de dix contributions, auxquelles s'ajoute une note

d'analyse sur l'évaluation statistique de la surmortalité durant la crise sanitaire. Sept articles traitent de pays de l'OCDE possédant un système de santé développé, à savoir : l'Allemagne, la France, l'Irlande, l'Italie, le Royaume-Uni, la Suède, ainsi que les États-Unis. Deux articles s'intéressent à des pays des Suds dont le système de santé est moins consolidé : l'Argentine et la Chine. Un autre article examine l'action de l'Union européenne (UE) face à l'épidémie. Le choix de ces cas d'étude obéit à deux critères. Le premier est celui d'une représentation de la diversité des systèmes de santé telle qu'elle a été mise en évidence par des travaux comparatifs antérieurs (encadré 1). Le deuxième critère de sélection renvoie aux spécificités de la pandémie dont le numéro cherche à rendre compte (son point de départ en Chine, son caractère transnational et intercontinental). Nous nous intéressons plus précisément à l'action des États durant la première phase de l'épidémie qui débute en décembre 2019 dans la province du Hubei, avant de se propager rapidement à partir de la fin du mois de janvier en Europe et en Amérique. S'étendant jusqu'à l'été 2020,

1. Chercheur post-doctoral à l'Ires ; chercheur à l'Ires.

cette première phase correspond à la période au cours de laquelle on observe un pic de surmortalité, situé dans les trois premières semaines d'avril en Europe et aux États-Unis, avec une décade plus ou moins rapide en fonction des pays (Concialdi, dans ce numéro) ².

L'objectif du numéro est de documenter et de comparer la mobilisation sanitaire des États face à l'épidémie de Covid-19, c'est-à-dire de décrire et d'analyser les interventions étatiques sur les systèmes de santé. La focalisation sur l'État, dans ses différentes déclinaisons institutionnelles (unitaire, régionalisé, fédéral), se justifie tout d'abord par le rôle que ses représentants revendiquent, et que leur reconnaissent plusieurs groupes d'acteurs, dans la gestion des risques en tant que celle-ci relèverait d'une prérogative historique de l'État, celle de la préservation de la sécurité et de la protection de la population contre diverses menaces (Borraz, Gilbert, 2008). En outre, la place de l'État dans la gestion de l'épidémie paraît d'autant plus centrale que ce dernier tend à se réclamer de plus en plus d'une « bio-légitimité » qui s'est manifestée avec éclat au début de l'épidémie. Il s'est alors agi de protéger ce « bien suprême » qu'est la vie humaine, quoi qu'il en coûte sur le plan économique et des libertés publiques (Fassin, 2018 ; Pierru, 2020). Précisons la démarche problématique du numéro. Notre travail d'observation ne vise pas à évaluer et à classer la performance des uns et des autres dans la gestion de la crise sanitaire. Fondé le plus souvent sur le nombre de décès voire de cas confirmés, ce type de lecture

comparative présente d'importantes difficultés méthodologiques (Concialdi, dans ce numéro ; Rosental, 2020) ³. Nous cherchons davantage à évaluer le degré de ressemblance des réponses étatiques à l'épidémie de Covid-19 dans leur préparation, leur contenu et leurs modalités. Ce questionnement nous conduit ainsi à interroger l'influence sur les interventions étatiques de l'agencement des institutions sanitaires qui diffère entre les pays et dont de nombreux travaux en sociologie et en science politique ont montré la forte stabilité, la dimension plus ou moins contraignante et la difficulté à être réformé.

Dans une première partie, nous montrons que les États ont presque tous recours à des mesures, largement improvisées, de confinement qui visent à contrôler indirectement le recours aux soins techniques en freinant la propagation du virus. Ces mesures paraissent aux autorités publiques d'autant plus nécessaires que les capacités hospitalières ont été sensiblement réduites ces dernières années. Dans l'urgence de la crise sanitaire, celles-ci font l'objet de nombreuses interventions visant à les renforcer, comme le montre la deuxième partie, non sans toutefois poser des problèmes d'encadrement professionnel. Dans un dernier temps, nous montrons que ce renforcement des capacités sanitaires se heurte aussi à des pénuries de matériels qui, pour générales qu'elles aient été, n'en ont pas moins été d'ampleurs diverses en fonction des capacités productives des différents pays avant la pandémie.

2. L'idée d'une première phase épidémique ne doit toutefois pas conduire à sous-estimer la diversité des trajectoires épidémiques nationales qui peuvent prendre des formes différentes. C'est le cas des États-Unis où, après celui d'avril, un nouveau surcroît de mortalité est observé dès l'été, lié à un déplacement de l'épidémie de la région du Nord-Est vers l'Ouest et le Sud.

3. H. Leridon, « Lutte contre le covid-19 : les limites des comparaisons internationales », *The Conversation*, 7 juin 2020, <https://bit.ly/2H7T1Vh>.

Encadré 1

Les différents types d'États sanitaires

Pour penser la diversité des configurations institutionnelles dans le domaine de la santé, nous nous référons principalement à la typologie des États sanitaires proposée par Moran (1999, 2000). Dans la foisonnante littérature comparative sur les systèmes de santé (Marmor, Wendt, 2012), elle présente l'intérêt d'être centrée sur le rôle joué par les acteurs étatiques dans trois domaines, qui font d'ailleurs l'objet d'une forte attention politique durant l'épidémie de Covid-19 et à partir desquels ont été organisées nos investigations sur les mobilisations sanitaires des États : la consommation des soins (les conditions d'accès aux soins, les modes de financement des dépenses), l'offre de soins (la régulation des hôpitaux et des professionnels de santé), les technologies médicales (le financement et la régulation de l'innovation et des équipements).

À partir de ces différentes dimensions, trois grands types d'États sanitaires peuvent être distingués. Les « États hiérarchiques » (*command-and-control states*), qui rappellent les systèmes nationaux de santé, se caractérisent par la place prépondérante des acteurs étatiques dans les trois domaines du fait d'un financement par l'impôt, d'une offre de soins très majoritairement publique et d'un contrôle étatique de la diffusion des équipements médicaux. Ce type d'État sanitaire peut soit reposer sur des institutions établies de longue date et bénéficiant d'un fort soutien public (*entrenched command-and-control states*) (Royaume-Uni, Suède), soit présenter une certaine fragilité qui se manifeste dans le maintien d'un financement et d'une offre de soins privés (*insecure command-and-control states*) (Italie)¹. Proches des systèmes d'assurance maladie, les « États corporatistes » (*corporatist states*) comme l'Allemagne et, pour partie, l'Argentine se caractérisent par la prédominance des caisses d'assurance et des organisations professionnelles (principalement de médecins) auxquelles l'État fournit un cadre de régulation. Illustrés par les États-Unis, les « États gouvernés par l'offre » (*supply states*) se distinguent par un fort soutien étatique à l'innovation médicale et au développement d'une offre hospitalière fondée sur les technologies de pointe.

Soulignons que les États sanitaires sont des idéal-types (Burau, Blank, 2006). Ils ont été forgés à partir de cas nationaux qui ont pu évoluer, quoique de manière marginale, par rapport à la typification de Moran. Par ailleurs, certains cas étudiés dans le numéro combinent des traits de plusieurs types d'États : ainsi, la France présente des caractéristiques « hiérarchiques » en matière hospitalière et « corporatistes » pour la médecine de ville et, dans une moindre mesure, la consommation de soins. L'Irlande apparaît aussi comme un cas atypique qui se caractérise par un retrait de l'État au profit d'acteurs privés (assurances, professionnels) dans le secteur ambulatoire mais revêt une dimension hiérarchique dans le secteur hospitalier. En Chine enfin, les acteurs étatiques jouent un rôle central dans les trois domaines d'action mais les conditions d'accès aux soins se rapprochent de la logique corporatiste fondée sur les assurances sociales.

1. Les seconds se développent par imitation des premiers à partir de la fin des années 1970, sans parvenir à écarter les acteurs privés du secteur de la santé du fait notamment de la pression fiscale qui s'exerce sur ces systèmes au moment de leur développement.

**Restrictions et confinement
pour contenir les recours
aux soins hospitaliers**

Les pays étudiés dans ce numéro se rapprochent par l'adoption de mesures de restriction des déplacements et des regroupements qui peuvent être vues comme un moyen de réguler l'accès aux soins en ralentissant la propagation du SARS-CoV-2. Portées le plus souvent par les exécutifs politiques nationaux, ces mesures contribuent à la centralisation de la gestion de l'épidémie. Forme la plus stricte de ces restrictions, le confinement de la population est une solution largement improvisée et pourtant partagée par de nombreux États, dont l'adoption révèle une faible attention politique aux inégalités sociales face à l'épidémie.

**Des mesures portées
le plus souvent
par les exécutifs nationaux**

Composante la plus originale et la plus spectaculaire de la gestion de l'épidémie, le confinement de la population peut être analysé comme un outil de contrôle indirect de la consommation des soins. En effet, l'un de ses principaux objectifs est d'étaler dans le temps le recours aux services de santé afin d'éviter leur saturation. Cette mesure est observée à un niveau national ou régional dans l'ensemble des pays étudiés dans ce numéro, à l'exception de la Suède qui choisit de ne pas recourir à un confinement généralisé et obligatoire (Jolivet, dans ce numéro). Là où il est mis en place, le confinement est en général porté et revendiqué par

les exécutifs politiques nationaux qui inscrivent la décision dans un important travail symbolique de mobilisation. Celui-ci se manifeste par une communication publique (allocutions officielles, conférences de presse, etc.) plus intense qu'en temps ordinaire qui contribue à la personnalisation de la gestion de l'épidémie et qui obéit à deux objectifs. Il s'agit de rassurer la population concernant la capacité de l'État à maîtriser la situation sanitaire d'une part, et de produire du consentement politique à une mesure aux coûts très élevés en termes économiques et de libertés publiques d'autre part⁴. Ce travail symbolique revêt une importante dimension émotionnelle qui se retrouve dans la dramatisation historique de l'événement et dans l'expression affectée de sentiments et de mots d'ordre collectifs censés réunir et renforcer la communauté nationale autour de la lutte contre le Covid-19.

Cet engagement des exécutifs politiques nationaux soutient une centralisation de la gestion de l'épidémie qui se manifeste dans les mesures de restriction des déplacements mais dont la forme varie en fonction de l'architecture des États et de leur administration sanitaire (Costa-Font, Greer, 2013 ; Giraud *et al.*, 2020). Dans les États organisés de manière hiérarchique en matière de santé comme le Royaume-Uni, la France et l'Irlande, les capacités de pilotage des institutions centrales sont renforcées par des législations d'urgence qui les autorisent à limiter les regroupements et déplacements d'individus⁵. De fait, c'est un confinement strict et uniforme sur le

4. L. Boussaguet, F. Faucher, « Comment Emmanuel Macron a raté son rendez-vous symbolique avec les Français », *The Conversation*, 27 mai 2020 ; voir aussi Faure (2020).

5. La « loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 » du 23 mars en France, le « Coronavirus Act » du 25 mars au Royaume-Uni, le « Health (Preservation and Protection and other Emergency Measures in the Public Interest) Act » du 20 mars en Irlande.

territoire, sans ajustement à la géographie de l'épidémie, qui est observé dans ces pays. Dans les États fédéraux où les compétences sanitaires sont partagées entre plusieurs niveaux institutionnels, les mesures de restriction sont l'objet de transactions plus ou moins équilibrées : coordination fédérale de l'action des gouvernants régionaux en Allemagne, mise en œuvre négociée avec les exécutifs provinciaux de mesures arrêtées au niveau fédéral en Argentine. Ces activités transactionnelles ne sont pas sans susciter des tensions entre autorités fédérales et fédérées que le desserrement progressif des contraintes ravive, jusqu'à altérer la cohérence de l'action fédérale comme en Argentine (Mellado, Trenta, dans ce numéro). La crise sanitaire renforce encore davantage l'emprise des autorités centrales dans les États qui ne sont pas fédéraux mais où les responsabilités sanitaires sont en grande partie transférées aux échelons régionaux comme en Chine et en Italie. Les gouvernements centraux y imposent sur tout ou partie du territoire des mesures de restriction que les autorités locales sont uniquement autorisées à durcir. Dans ce panorama des formes de centralisation, les États-Unis font exception. En effet, les autorités fédérales n'imposent pas de mesures de restriction sur le territoire, ni ne cherchent à coordonner l'action des États fédérés qui sont compétents en matière de santé publique et sont ainsi tenus d'aller seuls « au front ».

À cette exception près, l'organisation étatique et centralisée des mesures de restriction autant que le travail symbolique

de mobilisation des exécutifs politiques montrent que le cadre politique de la gestion de la pandémie, transnationale par définition, reste fondamentalement national. Cet aspect révèle la difficulté des institutions supranationales ou multilatérales à disposer de moyens (financiers, matériels, humains) et à être reconnues par les États pour répondre aux risques sanitaires. Ce constat vaut en particulier pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dont la déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale » le 30 janvier 2020 n'a pas accéléré la mobilisation sanitaire des États et qui n'a pas été systématiquement avertie des mesures nationales limitant les échanges internationaux, comme l'exige pourtant le Règlement sanitaire international ⁶ (Guilbaud, 2020). Il s'applique aussi à l'UE dont les compétences en matière de santé restent limitées et sont portées par des administrations sans ressource ni prestige qui peuvent de surcroît dépendre de l'expertise et des moyens nationaux comme le European Centre for Disease Prevention and Control chargé de la surveillance et de l'alerte des risques infectieux sur le sol européen (Coron, Sauviat, dans ce numéro). L'impuissance de ces institutions internationales se manifeste en particulier dans les fermetures des frontières qui se multiplient au mois de mars à l'initiative des gouvernements nationaux, le plus souvent sans concertation, et qui vont à l'encontre des principes de liberté de circulation et de commerce portés par la Commission européenne et l'OMS, y compris pendant la crise sanitaire.

6. Adopté en 1951 et révisé en profondeur en 2005 après l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (Sras), le Règlement sanitaire international lie l'ensemble des États membres de l'OMS. Il définit notamment la procédure d'urgence de santé publique de portée internationale et précise les obligations des États à l'égard de l'OMS (notification des événements de santé publique sur le territoire national, etc.) et réciproquement en confiant à cette dernière une mission de surveillance, d'alerte et de recommandation face aux risques sanitaires, notamment infectieux.

**Improvisation et circulation
du confinement**

Au centre de la gestion épidémique de presque tous les États étudiés dans ce numéro, le confinement s'apparente à la méthode traditionnelle de santé publique de la quarantaine. Celle-ci consiste à réduire les activités d'un groupe d'individus exposés à un agent pathogène sans être pour autant malades et son objectif est non pas de stopper la propagation du virus mais de réduire son incidence, c'est-à-dire d'étaler le nombre de nouveaux malades dans le temps. Avec le couvre-feu et l'isolement, le confinement appartient à la vieille panoplie des mesures de contrainte sanitaire qui ont été réinvesties par les autorités publiques au début des années 2000 en Asie pour faire face à l'épidémie d'un autre coronavirus, le SARS-CoV-1 (Zylberman, 2013:395-432). Mais à y regarder de plus près, le confinement n'est pas simplement un instrument sanitaire de prévention du risque infectieux. Il présente une série d'ambiguïtés qui pourraient avoir favorisé son adoption par un grand nombre de gouvernants et son intégration à des systèmes politiques et sanitaires variés. La première de ces ambiguïtés concerne la conception de la santé et de la médecine que porte l'outil. S'il paraît relever d'une médecine sociale qui agit sur les populations et leurs conditions de vie, le confinement est aussi réinscrit dans une perspective biomédicale ⁷ qui domine – à différents degrés – les systèmes de santé étudiés dans ce numéro (Gaudillière, 2002). De fait, l'objectif affiché par les autorités est d'étaler la courbe des contaminations afin de garantir des

soins intensifs à tous les individus qui en auraient besoin et de se donner le temps nécessaire à la découverte d'antiviraux et d'un vaccin. Une deuxième ambiguïté du confinement réside dans son rapport à la sécurité qui fait écho au rapprochement de la défense civile et de la gestion de l'urgence, notamment sanitaire (Lakoff, Cunningham, 2008). Le confinement vise certes à protéger la vie des individus (la sécurité de la population) mais en s'appuyant sur des techniques, des ressources et des règles associées à la défense civile (la sécurité nationale), jusqu'à recourir à l'armée pour contrôler l'application des mesures de restriction comme le fait la Protection civile en Italie (Tognetti-Bordogna *et al.*, dans ce numéro).

Bien que son rapport à la sécurité rappelle les politiques de gestion de l'urgence sanitaire, le confinement de la population n'est pas une solution prévue par les outils de préparation aux risques pandémiques, aux premiers rangs desquels se trouvent les plans nationaux de lutte contre une pandémie grippale. Adoptés par les États au cours des années 2000 sous l'impulsion de l'OMS (Brender, Gilbert, 2016), ces plans sont censés préparer les autorités à la pire des menaces qu'ils s'appliquent à scénariser, avec la préoccupation de garantir la continuité de la vie administrative, économique et sociale (Torny, 2012). Seules des quarantaines ciblées, de préférence volontaires, y sont évoquées en plus des fermetures d'établissements scolaires ou encore des restrictions aux regroupements publics. Mais rarement actualisés depuis une dizaine d'années, ces plans ne semblent pas avoir été activés par les autorités des pays

7. La biomédecine désigne le rapprochement, principalement dans la deuxième moitié du XX^e siècle, de la médecine clinique et des savoirs biologiques qui est largement soutenu par les États, favorise l'essor d'industries biotechnologiques et entretient un modèle de santé à dominante curative.

étudiés dans ce numéro, à l'exception de l'Allemagne et de la Suède où leurs recommandations façonnent l'organisation des pouvoirs publics et le contenu de leur action (Kahmann, dans ce numéro)⁸. Ce constat appuie l'idée d'une improvisation dans la décision de confiner qui se retrouve dans la mise en place de structures d'expertise *ad hoc* chargées de conseiller les gouvernants, notamment en matière de restriction des déplacements, sauf en Allemagne et en Suède où l'expertise épidémiologique du Robert Koch-Institut et de l'Agence de santé publique bénéficie d'une forte reconnaissance politique dans la gestion de l'épidémie. À l'image du Conseil scientifique Covid-19 en France, du Comitato tecnico scientifico en Italie ou encore de la Coronavirus Task Force aux États-Unis, ces structures sont placées le plus souvent auprès des chefs d'État ou de gouvernement et contribuent ainsi au renforcement des sommets de l'exécutif dont la dépendance à l'égard des administrations mandatées pour la gestion des crises sanitaires est réduite. Elles leur permettent de surcroît de limiter le blâme politique que pourraient produire des mesures d'urgence aux coûts peut-être plus élevés que les gains espérés, leur création participant de « stratégies organisationnelles » qui modifient le partage de compétences entre institutions et visent à déléguer la responsabilité de la décision publique (Hood, 2011).

Bien qu'elles ne soient pas anticipées, les mesures de confinement ne peuvent pas être réduites à des choix par défaut auxquels les pénuries matérielles

contraindraient les gouvernants, incapables de développer une gestion fondée sur le dépistage, l'isolement et le traçage des cas contacts comme le préconisent l'OMS dès la fin février, ainsi que les plans pandémiques nationaux. Les politiques adoptées en Allemagne et en Suède montrent la fragilité de cette opposition de deux stratégies clairement identifiées entre lesquelles les gouvernants arbitreraient en fonction des ressources à leur disposition. Tandis que les autorités suédoises refusent des mesures de strict confinement sans disposer pour autant d'importantes capacités de dépistage (Jolivet, dans ce numéro), le gouvernement allemand soutient une politique de dépistage précoce et d'ampleur qui s'articule à des restrictions de déplacements (Kahmann, dans ce numéro). La décision publique se caractérise avant tout par un contexte d'incertitude scientifique (sur la maladie) et politique (sur les solutions à adopter) qui pourrait avoir favorisé la circulation mondiale des dispositifs de confinement de la province chinoise du Hubei en janvier jusqu'au Nord de l'Italie en février, puis dans plusieurs pays européens en mars. En effet, ces incertitudes sont propices à des mécanismes mimétiques (DiMaggio, Powell, 1983) qui reposent sur la conviction d'acteurs scientifiques et politiques en l'efficacité de cette solution d'urgence sanitaire, sans que soient pourtant connus exactement ses effets économiques, sociaux et sanitaires⁹. La légitimité politique du confinement croît même à mesure qu'il est adopté par un nombre de plus en plus

8. Ce sont d'ailleurs les pays qui sont dotés des plans de lutte contre la pandémie grippale les plus récents en Europe dans leur dernière version (2019 en Suède, 2017 en Allemagne, entre 2009 et 2011 pour les autres pays européens étudiés dans le numéro).

9. Cela va sans dire mais les effets sanitaires du confinement ne sont pas réductibles à sa capacité ou non à contenir l'épidémie de Covid-19. Leur évaluation doit aussi intégrer le non-recours au système de soins d'individus malades, les ruptures de suivi de malades (notamment chroniques et psychiatriques) ou encore le report d'interventions chirurgicales programmées.

important d'États et que s'accroissent les projections scientifiques alarmistes annonçant un nombre considérable de décès en l'absence de mesures publiques, les revirements du gouvernement Johnson au Royaume-Uni illustrant *a contrario* le coût politique de l'écart à la nouvelle règle sanitaire (Freyssinet, dans ce numéro).

L'angle mort des inégalités sociales

Par ses modalités pratiques et par l'objectif qui lui est assigné, le confinement de la population apparaît comme un instrument prenant peu en considération les conditions sociales d'existence des individus qui lui sont soumis. Son objectif n'est-il pas d'aplanir la courbe des contaminations et des hospitalisations, des agrégats strictement médicaux qui occultent les caractéristiques socio-économiques des patients infectés et hospitalisés ? Le confinement relève de ce que Fassin (2018) appelle « les politiques de la vie » qui affirment la supériorité de la vie humaine mais n'accordent pas la même valeur sociale à chacune d'entre elles. Plusieurs articles du numéro rappellent ainsi l'étendue des inégalités sociales face au Covid-19 et au développement de ses formes les plus graves, plus ou moins documentées par les statistiques officielles des États du fait d'une attention politique variable portée aux inégalités de santé (Whitehead, 2008 ; Marmot, 2013 ; Delahaie ; Freyssinet, dans ce numéro). Au moins trois mécanismes, susceptibles de se cumuler, sont à l'œuvre dans la production de ces inégalités (Dubost *et al.*, 2020). Tout d'abord, le degré d'exposition au virus est largement lié aux conditions de vie et aux activités professionnelles dont les effets sont accentués par les règles du confinement. Les risques de contamination augmentent dans les logements exigus ou collectifs et pour les

activités professionnelles qui ne peuvent pas être exercées à distance ou nécessitent un contact régulier avec du public. Ensuite, la probabilité de développer une forme grave de Covid-19 est associée à des facteurs de comorbidité (obésité, diabète, etc.) dont les études épidémiologiques ont démontré l'inégale distribution dans la population. Plusieurs de ces facteurs sont inversement corrélés au niveau de vie des individus et concernent davantage certaines catégories sociales ainsi que les minorités ethniques qui, en plus de subir plusieurs inégalités socio-économiques, peuvent être victimes de pratiques discriminatoires affectant leur état de santé. Aussi paraissent-elles durement touchées par le Covid-19, notamment aux États-Unis, en France et au Royaume-Uni (Brun, Simon, 2020). Enfin, les inégalités face à l'épidémie se rapportent aussi aux conditions d'accès aux soins. Ainsi, dans plusieurs pays comme le Royaume-Uni, la France et la Suède, des débats émergent sur d'éventuels tris dans l'admission en soins intensifs au détriment des personnes âgées. Observée en temps ordinaire, l'application d'un critère d'âge pourrait avoir été durcie face à l'afflux de patients, rendant partiellement compte de la forte proportion de décès liés au Covid-19 dans les foyers pour personnes âgées.

Les inégalités sociales face à l'épidémie sont en grande partie occultées, voire accentuées par les interventions étatiques. Quand elles s'y intéressent, les autorités les considèrent essentiellement sous l'angle de l'accès financier aux soins, à l'exception de l'Argentine où le gouvernement progressiste initie une politique de dépistage ciblant les quartiers déshérités de Buenos Aires et de sa région dans lesquels les mesures de confinement sont difficiles à appliquer (Mellado, Trenta,

dans ce numéro). La question de l'accès financier aux soins est surtout traitée dans les systèmes fondés sur des assurances (sociales et/ou privées) à travers l'adoption de mesures modifiant temporairement les règles de financement. Dans ces systèmes, le caractère plus ou moins étendu de la couverture des dépenses et des personnes fait de l'égalité d'accès aux soins un enjeu plus saillant que dans les systèmes nationaux de santé où l'accès aux soins est présenté comme universel et gratuit, malgré la persistance de contributions privées jusqu'à 25 % des dépenses de santé comme en Italie. D'une part, les gouvernements peuvent élargir le périmètre de la couverture de l'assurance maladie obligatoire aux soins liés au Covid-19 comme en Allemagne et en France. Les caisses d'assurance maladie y sont notamment contraintes de financer intégralement les dépenses de dépistage, alors que leurs remboursements ont sensiblement été réduits par diverses mesures depuis les années 1980. D'autre part, plusieurs États s'engagent à couvrir directement la part des dépenses liées au Covid-19 qui serait sinon restée à la charge des individus. C'est en particulier le cas en Irlande où le Health Service Executive s'accorde avec l'Irish Medical Organization pour garantir aux malades du Covid-19 un accès gratuit aux médecins généralistes, jusqu'alors offert à un peu moins de la moitié de la population seulement (Delahaie, dans ce numéro). Des mesures proches sont prises en Argentine où le gouvernement fédéral s'engage à rembourser intégralement aux assurés sociaux les frais liés au traitement de cette maladie, ainsi qu'en Chine où les autorités centrales et locales décident de couvrir les restes à charge laissés par les assurances sociales aux malades du Covid-19. À l'inverse, les États-Unis se distinguent par de rares ajustements

budgétaires apportés aux règles de financement des dépenses qui sont en grande partie couvertes par des assurances privées liées à l'emploi. Seule la gratuité du dépistage est accordée à l'ensemble des Américains par voie législative mais sous condition, alors que la part des personnes sans couverture santé reste élevée et croît même durant l'épidémie du fait de la forte hausse du chômage (Sauviat, dans ce numéro).

Un redéploiement des capacités sanitaires sous tension financière

Le recours improvisé au confinement peut aussi s'expliquer par l'état des hôpitaux qui, dans plusieurs pays, semblent mal préparés au choc d'une épidémie infectieuse d'envergure du fait de la contrainte budgétaire qu'ils subissent depuis de nombreuses années. Celle-ci s'est traduite par une réduction des capacités d'accueil que les autorités publiques cherchent à accroître et à rationaliser dans l'urgence de la crise sanitaire. Le renforcement des capacités hospitalières ne va pas sans poser des difficultés d'encadrement médical et paramédical. Les établissements de santé bénéficient toutefois dans quelques pays du renfort d'autres organisations sanitaires qui sont enrôlées dans la gestion publique de l'épidémie.

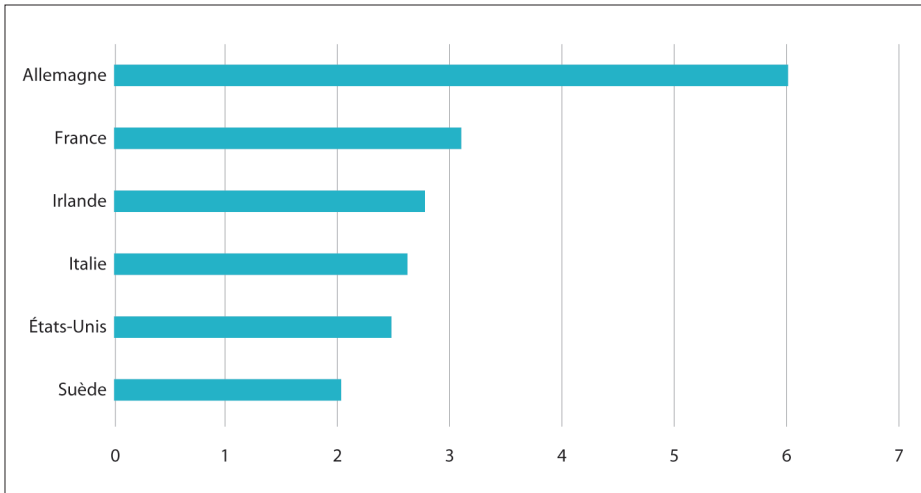
Augmenter et rationaliser dans l'urgence les capacités hospitalières

Le Covid-19 se caractérise par sa contagiosité, le rôle des personnes pré- ou asymptomatiques dans sa propagation et surtout la fréquence de ses formes graves qui est constatée par la communauté scientifique internationale dès le début du mois de février, ces différents éléments faisant craindre une saturation

des hôpitaux comme c'est le cas dans la ville chinoise de Wuhan (Marichalar, 2020). Cette inquiétude est d'autant plus grande que les services de santé, et plus spécifiquement hospitaliers, sont mis sous contrainte budgétaire depuis les années 1980 en Europe, conduisant à une réduction de leurs capacités d'accueil. En effet, les systèmes de santé y sont pris dans un processus continu de réformes visant à une plus grande maîtrise des dépenses de santé sur lesquelles la pression s'accroît après la grande récession de 2008-2009, avec une intensité variable selon les États (Math, 2017). Fondées sur la croyance dans l'efficacité supérieure du marché et de ses logiques, ces réformes soutiennent des mouvements hétérogènes de « privatisation », évoqués par plusieurs articles, qui sont à la fois « internes » (introduction des principes de gestion du privé dans les hôpitaux

publics, mise en concurrence de ceux-ci, etc.) et « externes » (incitation financière à l'essor d'établissements privés, etc.) (Math, 2014 ; André *et al.*, 2015)¹⁰. Sans affaiblir les capacités de pilotage des États qui se renforcent par l'adoption de nouveaux instruments de régulation (Hassenteufel *et al.*, 2008), ces transformations marchandes poussent les établissements à fonctionner à flux tendus et à prendre un « virage ambulatoire », c'est-à-dire à développer les prises en charge courtes, sans nuitée. Promu par les élites réformatrices nationales, ce virage prétend s'adapter à la transition épidémiologique des maladies chroniques qui aurait écarté le risque d'une épidémie infectieuse et justifierait la réduction de la densité de lits de soins aigus, observée à des degrés divers dans tous les pays de l'OCDE (graphiques 1 et 2).

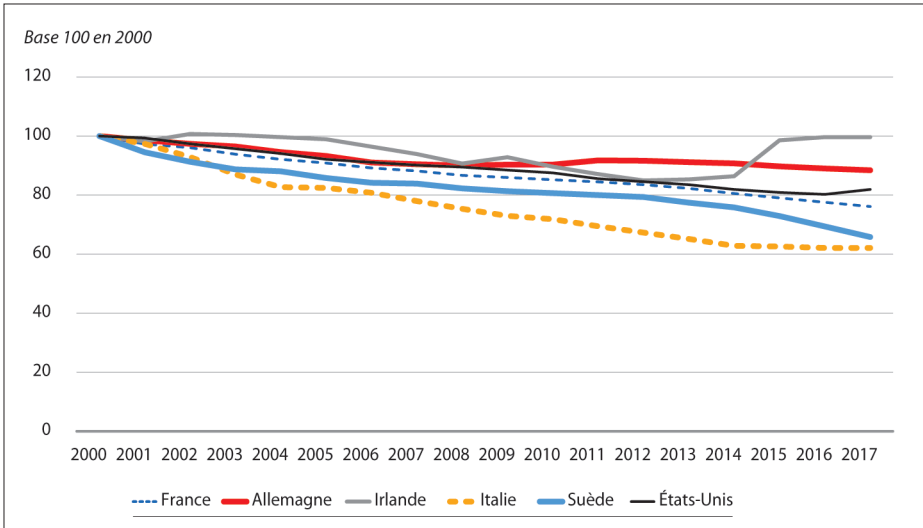
Graphique 1. Nombre de lits hospitaliers de soins aigus pour 1 000 habitants en 2017



Source : <https://stats.oecd.org/>.

10. Cette « privatisation externe » est aussi très présente en Chine même si la temporalité de ce mouvement et ses ressorts institutionnels et politiques sont différents de ceux observés en Europe (Xing-Bongioanni *et al.*, dans ce numéro).

Graphique 2. Nombre de lits hospitaliers de soins aigus pour 1 000 habitants (2000-2017)



NB : La hausse brutale du nombre de lits observée en 2015 en Irlande est due à l'intégration des lits de soins aigus des établissements privés dans le calcul des données, comme c'est déjà le cas pour les autres pays.
 Source : <https://stats.oecd.org/>.

Critiquées dans certains pays avant même la crise sanitaire, les réductions de lits sont érigées en problème public par plusieurs groupes d'acteurs (professionnels, administratifs, médiatiques, politiques) dans le contexte de l'épidémie de Covid-19 dont la gestion publique est particulièrement attentive à l'accès aux soins intensifs pour les malades souffrant des formes les plus graves. De fait, plusieurs mesures similaires sont adoptées dans le but d'accroître les capacités d'accueil des hôpitaux dans les pays étudiés. D'une part, les autorités publiques peuvent encourager des redistributions de lits et de personnels internes aux établissements au profit des soins intensifs, à travers par exemple la déprogrammation des interventions non urgentes. Si ces réorganisations sont parfois initiées par les établissements comme en Suède, elles peuvent aussi être liées à l'activation de dispositifs d'urgence sanitaire, qui ne

sont toutefois pas toujours adaptés aux situations épidémiques de longue durée, comme en Lombardie et en France (Villa *et al.*, 2020 ; Gay, Steffen, dans ce numéro). D'autre part, les capacités d'accueil sont accrues dans de nombreux pays par la construction d'hôpitaux provisoires, souvent avec l'appui de l'armée et de son service de santé. Décidées dans le cours de la crise, ces opérations, qui ont un coût élevé, ont pu être critiquées pour leur faible utilité du fait de leur localisation dans des centres urbains déjà bien dotés en équipements sanitaires, comme en Angleterre, en Suède et en Italie. L'ensemble de ces mesures contribue à augmenter sensiblement le nombre de lits de soins intensifs – du secteur public essentiellement – dans plusieurs pays (+115 % en Suède, +43 % en Allemagne, +46 % en Argentine, +100 % en France pour la seule réanimation) mais elles se révèlent parfois insuffisantes ou inadaptées à la géographie de l'épidémie.

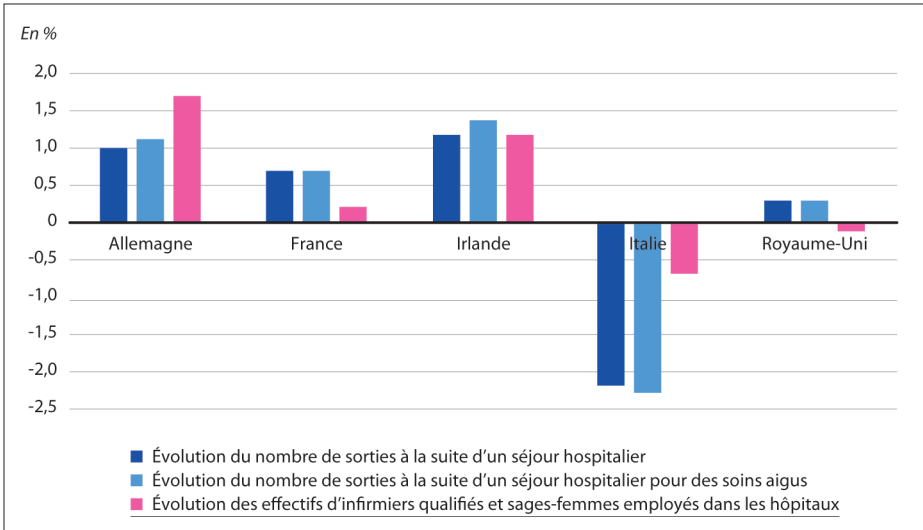
Afin de tenir compte de cette géographie et de l'inégale implantation des équipements sanitaires sur le territoire, les autorités peuvent se livrer à un travail de coordination des établissements et de répartition des patients dont la forme est en partie façonnée par l'agencement institutionnel des États sanitaires. Dans ceux où une logique hiérarchique prédomine, le travail de coordination est orchestré par des structures administratives centrales ou locales, dans la continuité de leur mandat en matière d'organisation des soins : transferts interrégionaux de malades organisés par le ministère de la Santé et les Agences régionales de santé (ARS) en France ; coordination des hausses de lits de soins intensifs, décidées au niveau des Régions, par le Conseil national de la santé en Suède ; accords du National Health Service en Angleterre et du Health Service Executive en Irlande avec le secteur hospitalier privé pour l'accueil sans frais de patients (Delahaie, dans ce numéro). En Allemagne où le système de santé est marqué par une logique corporatiste, le gouvernement fédéral met en place un système d'information sur l'occupation en temps réel des lits dans les unités de soins intensifs qui permet de mieux orienter les patients au niveau de chaque *Land* et dont la gestion est confiée à l'association des médecins urgentistes DIVI (Kahmann, dans ce numéro). La coordination des services hospitaliers s'avère plus difficile dans un État gouverné par l'offre comme les États-Unis, où elle est cantonnée à une échelle locale à l'instar de la ville de New York. Cette situation tient au partage de compétences entre États fédérés et gouvernement fédéral, aux rapports de force entre ces échelons politiques et au faible contrôle public exercé sur les établissements de santé, majoritairement privés et en position dominante, qui se sont opposés

depuis deux décennies à la création d'un système national de collecte et de partage des données hospitalières approprié à des situations d'urgence sanitaire (Sauviat, dans ce numéro).

**L'encadrement soignant,
enjeu connexe à l'augmentation
des capacités d'accueil**

L'augmentation des capacités d'accueil des hôpitaux pose la question du niveau de leur encadrement médical et paramédical, alors même qu'un manque chronique de professionnels est observé avant le début de la crise sanitaire dans la plupart des pays étudiés dans ce numéro. Tandis que le National Health Service britannique déplore la vacance de 50 000 postes d'infirmiers, plus des trois quarts des hôpitaux allemands affirment éprouver des difficultés à recruter des médecins et des infirmiers (Freyssinet ; Kahmann, dans ce numéro). Cette situation tient à la faible attractivité des conditions de travail et des rémunérations dans le secteur hospitalier public sur lesquelles une forte pression est exercée à partir de 2010 dans les pays européens (Math, 2017:22-23). À part en Angleterre et surtout en Italie où d'importantes coupes budgétaires réduisent les capacités d'accueil des hôpitaux publics depuis la fin des années 2000 (Tognetti-Bordogna *et al.*, dans ce numéro), le personnel infirmier tend certes à croître dans les pays étudiés mais parfois à un rythme plus faible que l'augmentation de l'activité évaluée en nombre de séjours hospitaliers comme en France et en Irlande entre 2010 et 2017 (graphique 3). Cette situation contribue à une intensification du travail soignant à laquelle concourent les transformations marchandes des hôpitaux évoquées précédemment et que renforce l'épidémie. Celle-ci a notamment pu aggraver le problème du manque

Graphique 3. Taux de croissance annuel moyen du nombre de séjours hospitaliers et des effectifs d'infirmiers qualifiés et sages-femmes entre 2010 et 2017



NB : Concernant le personnel soignant, il s'agit d'effectifs en équivalent temps plein, excepté pour l'Italie.
 Source : <https://stats.oecd.org/>.

de personnel soignant, l'un des groupes professionnels les plus touchés par le Covid-19¹¹ dont l'absentéisme a ainsi pu augmenter comme au Royaume-Uni (Freyssinet, dans ce numéro).

Aussi les autorités publiques adoptent-elles plusieurs mesures en vue d'accroître l'offre de travail soignant dans l'ensemble des pays étudiés, mais non sans difficulté aux États-Unis où la prégnance des logiques de marché dans le secteur hospitalier conduit, à l'inverse, les établissements à réduire leurs effectifs pour faire face à la baisse de leurs chiffres d'affaires (Sauviat, dans ce numéro). Il s'agit en premier lieu d'augmenter les effectifs hospitaliers par la mobilisation de volontaires, des étudiants en médecine et des médecins et infirmiers retraités pour une large part. Observé dans l'ensemble des pays, le recours au volontariat

repose sur d'anciens dispositifs de gestion de crise comme la réserve sanitaire en France et surtout sur des plateformes développées au cours de l'épidémie à l'instar du registre national unique établi en Argentine et de l'initiative « Be on call for Ireland » lancée en Irlande (Mellado, Trenta ; Delahaie, dans ce numéro). L'accroissement des effectifs va en Italie jusqu'au recrutement dans les hôpitaux de nouveaux professionnels de santé qui renvoie au caractère en partie hiérarchique de l'État sanitaire. Ces différentes mesures peuvent s'articuler à des opérations de redéploiement des personnels sur le territoire comme le font les autorités chinoises locales et centrales qui, sans augmenter le volume global des effectifs hospitaliers, transfèrent des milliers de médecins et infirmiers volontaires de la province du Hubei et du

11. ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/epidemiology.

reste du territoire national vers la ville de Wuhan, épicentre de l'épidémie (Xing-Bongioanni *et al.*, dans ce numéro).

L'augmentation de l'offre de travail médical et paramédical passe en outre par des interventions publiques sur les conditions juridiques d'exercice de la médecine et des professions paramédicales. Ces interventions peuvent faciliter le recrutement de praticiens étrangers comme dans le *Land* de Bavière, en France et dans certains États fédérés américains, sans que le gouvernement fédéral américain n'assouplisse toutefois sa politique restrictive de visas vis-à-vis des médecins étrangers dont dépend pourtant fortement le système de santé (Sauviat, dans ce numéro). Mais l'action sur les conditions juridiques d'exercice vise surtout à augmenter le temps de travail des professionnels de santé, ce qui constitue partout le mode principal d'ajustement de l'offre de soins aux besoins pendant l'épidémie. Ce recours au droit est particulièrement visible en Allemagne où les autorités fédérales révisent le cadre réglementaire d'exercice à l'hôpital (assouplissement des seuils de personnels pour certains services, augmentation des heures supplémentaires, etc.) et, ce faisant, donnent la possibilité aux directions d'établissement de modifier leur gestion des personnels soignants (Kahmann, dans ce numéro).

En contrepartie de la dégradation de leurs conditions de travail pendant la première vague épidémique, les professionnels hospitaliers se voient accorder par les autorités publiques des gratifications financières dans plusieurs pays étudiés dans ce numéro. D'une part, celles-ci peuvent prendre la forme de primes exceptionnelles qui sont décidées par l'État et distribuées aux professionnels de santé engagés dans la lutte

contre le Covid-19 comme en Argentine et en Chine notamment. En Suède, ces compensations financières ponctuelles reposent sur des dispositions conventionnelles relatives aux situations d'urgence sanitaire, antérieures à l'épidémie, qui lient autorités régionales et syndicats de personnels de santé (Jolivet, dans ce numéro). D'autre part, les contreparties accordées aux professionnels peuvent s'inscrire dans la durée comme en France et en Italie. La crise sanitaire y favorise une mise à l'agenda gouvernemental de problèmes de rémunération et de sous-effectifs apparus bien avant l'épidémie auxquels répondent les accords du « Ségur de la santé » en France et le décret-loi « *Rilancio* » en Italie à travers des revalorisations salariales et/ou le recrutement de personnels de santé dans les hôpitaux et autres services de santé (Gay, Steffen ; Tognetti-Bordogna *et al.*, dans ce numéro).

**Un recours disparate
aux soins primaires
et à des structures intermédiaires**

Si les interventions étatiques sont centrées sur les capacités d'accueil du système hospitalier dans la gestion de la crise sanitaire, certains pays s'appuient aussi sur leurs soins primaires. Qualifiés parfois de « premier recours », ceux-ci désignent les structures et professionnels de proximité (médecins généralistes, infirmiers, etc.) dont le fonctionnement tend à privilégier le travail coordonné et l'articulation des soins préventifs, curatifs et de suivi. Bien que les soins primaires fassent partout l'objet d'une attention politique croissante dans le cadre du virage ambulatoire évoqué précédemment (Hassenteufel *et al.*, 2020), leur régulation publique est surtout développée dans les États sanitaires hiérarchiques où elle peut être valorisée dans la gestion de

l'épidémie. Ainsi, en Suède, le gouvernement fonde en partie sa politique de dépistage sur les centres de santé, tandis que de nouvelles structures ambulatoires sont mises en place pour répondre à des besoins de santé apparus avec l'épidémie (Jolivet, dans ce numéro). En Italie où la structuration des soins primaires diffère entre les régions du fait de la décentralisation du système de santé, les autorités de Vénétie assoient leur stratégie de dépistage et de traçage des cas sur les « districts socio-sanitaires ». Ce sont des structures locales de coordination des soins, délaissées *a contrario* en Lombardie au profit d'une organisation centrée sur l'hôpital, que le gouvernement central cherche à renforcer pendant l'épidémie d'« unités spéciales de continuité des soins » pour le suivi des malades du Covid-19 (Tognetti-Bordogna *et al.*, dans ce numéro). À l'inverse des cas italien et suédois, les structures de proximité jouent un rôle secondaire dans la gestion de la crise en Angleterre, pourtant précurseuse en matière de régulation des soins primaires mais dont les échelons sanitaires locaux ont été allégés au cours des années 2010. Leur implication dépend des initiatives locales des Clinical Commissioning Groups, responsables de l'organisation des soins primaires depuis 2013, dont l'action consiste principalement dans la mise en place de « hot hubs » chargés du suivi médical des individus vulnérables touchés par le Covid-19 (Freyssinet, dans ce numéro).

La mobilisation étatique des soins primaires paraît plus marginale dans les systèmes d'assurance maladie dans lesquels le secteur ambulatoire reste dominé par une forme d'exercice libérale et individuelle. C'est notamment le cas en France où les autorités publiques confient la fonction d'orientation des malades au

Centre 15 plutôt qu'aux médecins de ville qui ne sont intégrés à leur stratégie qu'à partir du déconfinement en mai (Gay, Steffen, dans ce numéro). La faible emprise publique sur les professionnels de santé de proximité peut être compensée dans certains États par un investissement gouvernemental dans d'anciennes organisations publiques qui ont été laissées à la dérive faute de ressources ou dont les objectifs initiaux ne relèvent pas de la gestion des risques sanitaires. À ce propos, deux exemples retiennent l'attention dans ce numéro. En Allemagne, le gouvernement fédéral et les *Länder* placent au centre de leur lutte contre la propagation du virus des organisations administratives déclassées, les agences locales de santé, qui supervisent à l'échelle communale les opérations de dépistage, tracent les chaînes de contamination et contrôlent l'isolement des malades. Sous-financées et sous-encadrées, les *Gesundheitsämter* bénéficient alors de l'appui de l'armée et de fonctionnaires d'autres administrations fédérales et locales pour l'accomplissement de ces tâches qui relèvent de leurs missions historiques de santé publique (Kahmann, dans ce numéro). En Chine, le recensement des cas suspects et le contrôle de l'isolement des malades sont confiés par les autorités municipales aux « communautés de quartier », des organisations publiques qui habituellement gèrent les programmes d'aide sociale et offrent des services sanitaires et sociaux aux plus démunis. Ces dernières voient ainsi leur mandat élargi à de nouvelles tâches (classement des demandes d'accès aux soins, mise en œuvre du confinement, etc.) qui en font un acteur clé de la gestion publique de l'épidémie (Xing-Bongioanni *et al.*, dans ce numéro).

La difficile adaptation des capacités industrielles

La mobilisation des hôpitaux et des professionnels de santé s'est heurtée à des pénuries de matériel médical (respirateurs et matériels de protection notamment), de médicaments et de tests qui s'observent dans tous les pays traités dans ce numéro. L'épidémie de Covid-19 révèle ainsi l'importance de la dimension industrielle des enjeux de santé et l'inégale ampleur des industries médicales nationales dont les États cherchent à intensifier la production. Leur action est cependant contrainte moins par une dépendance économique unilatérale vis-à-vis de la Chine que par de fortes interdépendances qui lient au niveau mondial les grands pôles industriels avec, dans certains cas, une dépendance forte sur des produits stratégiques.

Les capacités inégales de mobilisation des appareils industriels

Si aucun système productif n'est en mesure de répondre à une hausse aussi brutale de la demande ¹², sauf à disposer de réserves jouant le rôle de tampon (encadré 2), les États ont néanmoins mobilisé leur industrie nationale pour s'efforcer de répondre aux besoins. Les pays traités dans ce numéro sont cependant très différemment dotés pour relever ce défi, même partiellement.

Certains pays disposent d'une base industrielle développée dans le domaine des équipements médicaux et pharmaceutiques qui leur permettent d'augmenter rapidement leur production. C'est le cas de la Chine qui apparaît avoir été le seul pays en mesure

d'accroître significativement sa production de masques, multipliée par dix pour répondre à la demande (OECD, 2020a). Le pays est aussi parvenu à multiplier sa production de tests par 15 entre janvier et le début du mois de février, grâce à la mobilisation, fortement médiatisée, des entreprises publiques, en particulier de Wuhan Iron & Steel (Xing-Bongioanni *et al.*, dans ce numéro). Les entreprises privées ont aussi été mobilisées et coordonnées par le gouvernement central qui apparaît toutefois relativement en retrait dans la gestion sanitaire de l'épidémie. L'Allemagne a pu, quant à elle, mettre en place une politique de dépistage précoce car elle disposait d'une capacité de production des tests en amont de l'épidémie. C'est une équipe berlinoise qui met au point le premier test du Covid-19 dès la mi-janvier. L'industrialisation de la production est lancée fin janvier, de sorte que lorsque le premier cas est identifié dans le pays le 26 mars, un stock de 4 millions de tests individuels a été constitué et l'entreprise produisant les tests tourne à plein régime (Kahmann, dans ce numéro). Cette capacité de réaction de l'Allemagne s'inscrit dans un effort de long terme pour constituer une industrie pharmaceutique et notamment biopharmaceutique de premier plan, tant sur le plan de la recherche que de la production sur son sol (Loeppky, 2020).

En matière d'équipement, le cas des États-Unis est singulier. Même si ce pays a connu une érosion de ses capacités productives, notamment en termes de matériel médical à faible intensité capitalistique comme les masques, il demeure, y compris dans ce segment de marché, un *leader* mondial. En temps normal, la production nationale de masques couvre

12. À l'échelle mondiale, celle-ci a ainsi littéralement décuplé pendant la période pour certains produits comme les masques, les réactifs ou les respirateurs (OECD, 2020a).

Encadré 2

Les pénuries de masques : stratégies de court terme et dérives des politiques de préparation au risque pandémique

Aucun des pays étudiés dans le numéro ne dispose des réserves de masques nécessaires pour faire face à l'épidémie, à l'image de l'Irlande qui possède un stock de 500 000 masques pour des besoins estimés à plus de 36 millions (Delahaie, dans ce numéro). Prévus par les plans de lutte contre une pandémie grippale déjà évoqués, les stocks n'ont apparemment pas été entretenus dans plusieurs pays après l'épidémie de grippe H1N1 en 2009 pour laquelle l'action des États a pu être jugée disproportionnée. Leur abandon est aussi l'expression des politiques de maîtrise de la dépense publique et de la recherche de rentabilité à court terme, où la constitution de stocks, *a fortiori* pour des situations extraordinaires, est conçue comme un coût à éliminer ¹.

Le cas français illustre bien les effets combinés de la dérive des politiques de préparation au risque pandémique et de choix de gestion en flux tendus qui entraînent une baisse des réserves de masques de l'État, d'un milliard à 120 millions entre 2009 et 2019 (Gay, Steffen, dans ce numéro). L'état des stocks français de masques chirurgicaux ne fait pourtant pas pâle figure par rapport aux autres pays traités dans ce numéro. En Allemagne, ce stock s'élève tout juste à 1,9 million d'unités et celui des masques FFP à 150 000 à peine (Kahmann, dans ce numéro). Aux États-Unis, l'absence de réserves, notamment de matériel de protection, a pris de telles proportions que les soignants se sont mobilisés pour dénoncer la situation de pénurie et obtenir des équipements de protection individuelle (Sauviat, dans ce numéro). Néanmoins, l'épidémie et le dévouement des soignants ont été peu propices aux conflits, comme dans les autres pays traités dans ce numéro.

1. Sur la réduction des réserves de masques, voir notamment J. Whalen, R. Helderman, T. Hamburger, « Inside America's mask crunch: A slow government reaction and an industry wary of liability », *Washington Post*, April 2, 2020, <https://wapo.st/3feqMkr> pour le cas étasunien ; D. Kirkpatrick, M. Apuzzo, S. Gebrekidan, « Europe said it was pandemic-ready. Pride was its downfall », *New York Times*, July 20, 2020, <https://nyti.ms/2WDjiiN> pour le cas britannique ; A. Rouquet, « La tragédie industrielle et logistique des masques : récit en cinq actes », *The Conversation*, 5 mai 2020, <https://bit.ly/2HuSWL3> pour le cas français.

l'essentiel des besoins du pays. Pourtant, les États-Unis ne sont parvenus qu'à doubler leur production de janvier à mars, alors que la demande a plus que quadruplé durant cette période ¹³ (Gereffi, 2020). De même, bien que le pays soit un des *leaders* mondiaux en termes de biopharmacie (Loeppky, 2020), les premiers tests produits sous l'égide des Centers for

Disease Control and Prevention (CDC) le 8 février 2020 ne sont pas fiables. En dépit de capacités industrielles certaines et malgré sa caractérisation comme État sanitaire gouverné par l'offre, le pays n'a pas été capable d'assurer la production de biens vitaux. Dans son article, Catherine Sauviat décrit ce que cette situation doit aux failles des agences

13. A. Hufford, « 3M CEO on N95 masks: "Demand exceeds our production capacity" », *Wall Street Journal*, April 2, 2020.

de santé publique et à celles de la présidence. Donald Trump, par son scepticisme scientifique et ses volte-face, a causé la paralysie des institutions fédérales au plus haut niveau. Comme le formule Garry Gereffi (2020:296), la gestion de l'épidémie aux États-Unis est « plus un échec politique qu'un échec du marché », même si les logiques de concentration, de financiarisation et d'optimisation fiscale des entreprises expliquent aussi l'impréparation des stocks de certains produits (Sauviat, dans ce numéro).

Les autres pays traités dans ce numéro ont été moins aptes à répondre à la demande. Le cas le plus extrême est sans doute celui du Royaume-Uni, où le gouvernement annonce mi-mars mobiliser des entreprises privées, non spécialistes de respirateurs, afin d'en produire 20 000 pour combler les besoins du pays dans les deux semaines (Freysinet, dans ce numéro), soit autant que la commande annuelle du gouvernement fédéral allemand... qui peut quant à lui compter sur la présence sur son sol de deux des *leaders* mondiaux des respirateurs médicaux, Maquet et Drägerwerk (Bamber *et al.*, 2020). Le gouvernement français s'est pour sa part posé en animateur des reconversions industrielles, jouant un rôle moteur dans la mise en place du consortium entre Air Liquide, PSA, Schneider Electric et Valeo pour porter les capacités nationales de production de respirateurs médicaux de 3 000 à 10 000 unités. Ces appareils ont certes été livrés, mais une majeure partie d'entre eux n'est pas adaptée aux prises en charge dans les hôpitaux (Gay, Steffen, dans ce numéro). Dans ces deux cas, la mobilisation de secteurs industriels tiers pour la production d'appareils médicaux complexes apparaît comme un échec, montrant que la constitution d'une filière industrielle ne s'improvise pas.

Même si l'état des forces productives initiales détermine largement les capacités nationales à répondre à la demande, les États moyennement industrialisés ont des marges de manœuvre. Ainsi, l'Argentine, qui dispose d'une industrie nationale limitée mais solide de matériel médical, est un cas d'école de politique volontariste de soutien à l'industrie : le ministère du Développement productif met en place fin mars un programme de soutien au secteur de l'équipement médical sous la forme d'un crédit à taux d'intérêt réel négatif et d'aide à la R&D publique. De même, les investissements du gouvernement aboutissent à l'élaboration d'un test sérologique à prix très réduit, qui autorise la mise en place d'une politique de dépistage ciblée sur plusieurs quartiers déshérités, évoquée dans la première partie de l'article (Mellado, Trenta, dans ce numéro).

Au-delà de cet effort de mobilisation des capacités productives nationales, il n'en demeure pas moins que les pays sont moins dépendants de l'un d'eux qu'interdépendants. La majorité des pays analysés dans ce numéro a dû mettre en place une politique d'achat centralisé pour gérer les pénuries, y compris dans des États fédéraux (Allemagne) ou quasi-fédéraux (Italie), où le gouvernement a retiré aux *Länder* ou aux Régions la compétence de gestion des approvisionnements des hôpitaux. La France et l'Argentine sont allées plus loin encore dans la déformation des mécanismes de marché, en instaurant un encadrement des prix (Gay, Steffen ; Mellado, Trenta, dans ce numéro).

Interdépendance des échanges et réflexes protectionnistes

La plupart des articles du numéro évoquent des débats publics liant manques de matériel, incapacité de l'industrie nationale à répondre à l'accroissement

soudain des besoins, désindustrialisation et dépendance croissante à la Chine. Or, si la Chine est la première source des importations de l'UE en matière d'équipement de protection individuelle, loin devant les États-Unis, la Suisse et le Royaume-Uni (Coron, Sauviat, dans ce numéro), elle est, pour chaque pays européen, un partenaire de bien moindre ampleur que d'autres pays européens dans les échanges de produits médicaux. La Chine n'est ainsi que le huitième fournisseur de la France, représentant moins de 4 % de ses importations de matériel médical en valeur, contre 25 % pour l'Allemagne, 11 % pour les Pays-Bas ou 10 % pour les États-Unis (Chiappini, Guillou, 2020). De même, les importations de produits pharmaceutiques des pays européens en provenance de la Chine sont inférieures à 5 %. Même si l'on se concentre sur les seuls produits qui ont connu une explosion de la demande liée au Covid-19, la Chine ne représente que 8 % des flux commerciaux mondiaux contre 15 % pour l'Allemagne, 11 % pour les États-Unis et 7 % pour l'Irlande (OECD, 2020b).

L'UE n'est ainsi pas dépourvue de capacités productives. Elle est certes dépendante du reste du monde pour certains produits, mais l'inverse est vrai aussi, y compris pour les produits nécessaires à la lutte contre le Covid-19. Si la

Chine représente 50 % de la production mondiale de masques chirurgicaux, plus de la moitié de la production mondiale de respirateurs est réalisée sur le territoire européen (Batmanghelidj, 2020)¹⁴. Dans le domaine des masques (FFP2/FFP3 ou N95)¹⁵ et du gel hydroalcoolique, l'UE demeure là aussi le premier exportateur mondial (Gereffi, 2020). De même, pour les réactifs des tests, la production de l'UE dépasse largement sa consommation en temps normal (Chiappini, Guillou, 2020). Toutefois, une divergence croissante dans les capacités productives nationales peut être observée au sein de l'UE, caractérisée par une forte polarisation autour de l'Allemagne et des Pays-Bas dans les secteurs du matériel médical et des médicaments, et dans une moindre mesure de l'Italie et de l'Irlande¹⁶ (Coron, Sauviat, dans ce numéro)¹⁷. À l'inverse, plusieurs pays voient leur industrie s'affaiblir, comme la France, ou disparaître presque totalement dans le cas de la Suède (Jolivet, dans ce numéro).

Par ailleurs, l'existence de capacités productives en excédent, destinées à l'exportation, a pu servir à justifier la mise en place de barrières à l'exportation aux États-Unis, en Chine et dans l'UE, rappelant le primat du cadre national dans la gestion de la crise évoqué en début d'article. Ces barrières ont accentué les pénuries car chacun de ces trois grands

14. Ce qui est d'autant plus considérable que l'UE ne représente que 7 % de la population mondiale contre 19 % pour la Chine.

15. Les masques N95 sont l'équivalent aux normes étasuniennes des masques FFP2 européens.

16. Principalement pour des raisons fiscales : des entreprises non européennes s'implantent en Irlande, d'où elles réexpédient des biens produits hors de l'Union. Ce phénomène vaut aussi en partie pour les excédents néerlandais, l'accroissement des excédents commerciaux en termes d'équipements médicaux semble surtout provenir des parts de marché gagnées par l'acteur historique du secteur qu'est Phillips. « Excédent de 1,3 milliard d'euros du commerce international de biens de la zone euro », Communiqué de presse n° 46/2020, Eurostat, 18 mars 2020, <https://bit.ly/2Uxuk7J>.

17. Cette tendance à la polarisation de secteurs entiers dans un petit nombre de pays avait déjà été relevée pour les industries automobile et aéronautique (Serfati, Sauviat, 2018), qui se concentrent autour de l'Allemagne pour la première et de la France pour la seconde.

acteurs dispose d'un quasi-monopole de fait sur des produits médicaux très spécifiques dont dépendent les autres. Ainsi, la part relativement modeste de la Chine dans la valeur ajoutée finale des produits et équipements médicaux n'empêche pas celle-ci de disposer d'un quasi-monopole sur certains produits, de faible valeur marchande, mais cruciaux pour la production d'équipements médicaux ou de protection (Coron, Sauviat, dans ce numéro), comme les tissus non tissés à base de polypropylène servant à la confection de masques (OECD, 2020a). De leur côté, les États-Unis ont un quasi-monopole sur certains réactifs à la base des tests de dépistage (Chiappini, Guillou, 2020). Ces barrières à l'exportation ont entraîné une réduction brutale de l'accès des pays en voie de développement à un large éventail de produits vitaux. Ceux-ci dépendent en effet parfois intégralement des principaux pays industrialisés pour certains produits (Bown, 2020). La conscience de cette dépendance du reste du monde vis-à-vis de l'UE pour certains produits a d'ailleurs conduit son haut-représentant pour les Affaires étrangères et la Politique de sécurité, Josep Borrell, à s'opposer, avec succès, aux restrictions à l'exportation des respirateurs (Batmanghelidj, 2020). Mais cette décision n'est pas motivée par de seules considérations humanitaires : la dépendance de nombreux pays en développement à certains produits européens est en effet présentée comme un instrument de construction d'une « Europe géopolitique », qui serait menacée par la mise en place de barrières à l'exportation¹⁸.

Les pénuries de matériel médical et de protection sont donc surtout liées à l'ampleur du choc auquel les capacités

productives mondiales ont été dans l'incapacité de répondre. Ainsi, la Chine a elle aussi connu des pénuries (Xing-Bongioanni *et al.*, dans ce numéro), y compris de masques chirurgicaux dont elle a dû importer plus de 2 milliards d'unités entre janvier et mars 2020 (OECD, 2020a), ce qui a aggravé les tensions mondiales sur ce produit. Première touchée par l'épidémie, elle s'est largement portée acquéreuse des stocks existants qui ont manqué par la suite. À l'échelle globale, les interdépendances sont fortes.

Conclusion

Face à une pandémie au caractère par définition transnational, les réponses politiques sont restées nationales pour l'essentiel. Les coordinations intergouvernementales dans la gestion de la crise sanitaire ont été rares ou défailtantes, l'OMS et l'UE échouant en particulier à s'imposer comme des acteurs incontournables. La persistance des cadres nationaux d'action publique n'empêche toutefois pas les autorités publiques d'adopter des recettes similaires pour faire face à l'épidémie dans les différents pays étudiés. Mesures de restriction des déplacements et de confinement de la population, déprogrammation d'opérations non vitales et construction d'hôpitaux de fortune pour accroître l'offre de soins intensifs, renfort de professionnels de santé volontaires : ces initiatives se retrouvent dans la plupart, voire l'ensemble des cas étudiés dans ce numéro. Pour expliquer ces ressemblances notamment en matière de confinement, l'idée d'un mimétisme entre gouvernements favorisé par

18. J. Borrell, « The Coronavirus pandemic and the new world it is creating », European Union external action, March 23, 2020, <https://bit.ly/3f60ctC>.

l'incertitude scientifique et politique de la période est avancée mais appellerait des investigations plus poussées. Ces similitudes peuvent aussi tenir à des tendances convergentes des politiques de santé qui contraignent l'action des gouvernants face à l'épidémie : déclin de l'attention politique au risque pandémique illustré par l'absence d'actualisation des plans nationaux de préparation en la matière, réduction du nombre de lits hospitaliers sous l'effet de réformes des systèmes de santé fondées sur des logiques de marché et la promotion d'un virage ambulatoire, etc.

Au-delà de ces recettes communes, les articles du numéro donnent aussi à voir des différences nationales dans la gestion sanitaire de l'épidémie que peut éclairer l'agencement institutionnel des États sanitaires. Ces différences portent tout d'abord sur les modalités de mise en œuvre de ces solutions partagées qui peuvent recouvrir des formes associées à la logique hiérarchique, corporatiste ou de soutien à l'offre des États sanitaires. Cela est particulièrement visible en matière de coordination des hôpitaux et de répartition des patients et, de manière secondaire, dans les modes de mobilisation accrue de l'offre de travail soignant. Les stratégies sanitaires des autorités publiques peuvent aussi présenter des originalités liées à la structure des États sanitaires et aux opportunités qu'elle offre. Ainsi, dans les systèmes hiérarchiques où la régulation publique des soins primaires est développée, ceux-ci ont pu être intégrés dans les politiques d'urgence sanitaire des autorités, quoique de manière non systématique. Les agencements des États sanitaires peuvent enfin être à l'origine de problèmes particuliers qui émergent au cours de l'épidémie et nécessitent des interventions spécifiques. C'est ce qu'illustre le problème de l'accès

financier aux soins qui apparaît uniquement dans les systèmes fondés sur des assurances (sociales et/ou privées).

Pour éclairante qu'elle soit, la typologie des États sanitaires ne permet toutefois pas d'expliquer parfaitement les réponses sanitaires développées par les autorités pendant l'épidémie, à commencer par les ressemblances relevées entre l'Allemagne et la Suède dans leur recours à l'expertise et aux outils de préparation aux risques sanitaires, malgré leur affiliation à des systèmes de santé distincts. De fait, cette typologie – comme la plupart des classifications des systèmes de santé – est pensée à partir de la biomédecine, de son financement, de son équipement et de sa régulation. L'organisation de la santé publique n'est pas prise en compte, tout comme la structure (fédérale, unitaire, etc.) des États, qui apparaissent comme des facteurs importants de compréhension des mobilisations sanitaires des autorités étatiques pendant l'épidémie, du contenu de leurs actions et des modalités de leur mise en œuvre.

Sans chercher à évaluer l'efficacité des réponses sanitaires des États à l'épidémie de Covid-19, force est de constater que leurs capacités de préparation et de réaction ont été sensiblement affectées par les réformes sanitaires inspirées du nouveau management public et fondées sur des principes de marché qui se succèdent depuis les années 1980, du moins dans les pays européens étudiés. En effet, celles-ci cherchent à faire advenir des systèmes de santé fonctionnant à flux tendus et, ce faisant, inadaptés à des chocs épidémiques dont la gestion nécessite la constitution de réserves et le recouvrement de marges d'action. Ciblants le plus souvent la médecine technique et hospitalière, ces réformes se désintéressent en outre généralement de la santé publique que les

citoyens et les gouvernants redécouvrent, dans ses dimensions les plus anciennes comme les plus modernes, à la faveur de la crise sanitaire. Celle-ci ne pourrait-elle pas alors être un levier de transformation de la place de la santé dans le débat public comme de ses approches qui dominent et organisent ce débat ? En somme, la pandémie de Covid-19 ne pourrait-elle pas soutenir un renouvellement des rapports politiques à la santé ? Ce sont là des enjeux majeurs que devraient investir les organisations syndicales si l'on veut rompre avec les logiques économistes et technicistes dans lesquelles sont enfermés les débats publics sur les systèmes de santé depuis de nombreuses années.

Achévé de rédiger le 30 novembre.

Sources :

- André C., Batifoulier P., Jansen-Ferreira M. (2015), « Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des réformes », *Document de travail du CEPN*, n° 2015-02, <https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01256505/document>.
- Bamber P., Fernandez-Stark K., Taglioni D. (2020), « Four reasons why globalized production helps meet demand spikes: The case of medical devices and personal and protective equipment », *World Bank Blogs*, May 12, <https://bit.ly/3f5y21Y>.
- Batmanghelidj E. (2020), « European supply chains are global lifelines: Why Europe must maintain medical exports during the COVID-19 pandemic », *Global Security Policy Brief*, European Leadership Network, April, <https://bit.ly/3IHZW6A>.
- Borraz O., Gilbert C. (2008), « Quand l'État prend des risques », in Borraz O., Guiraudon V. (dir.) *Politiques publiques 1*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 337-357.
- Bown C.P. (2020), « EU limits on medical gear exports put poor countries and Europeans at risk », *Trade and Investment Policy Watch*, Peterson Institute for International Economics, March 19, <https://bit.ly/2H8toUm>.
- Brender N., Gilbert C. (2016), « De l'émergence aux émergences. Le cas de la pandémie grippale », in Morand S., Fiquié M. (dir.), *Émergence de maladies infectieuses. Risques et enjeux de société*, Versailles, Éditions Quæ, p. 37-62, <https://doi.org/10.3917/quae.moran.2016.01.0037>.
- Brun S., Simon P. (2020), « Dossier : Inégalités ethno-raciales et coronavirus », *De Facto*, n° 19.
- Bureau V., Blank R.H. (2006), « Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems », *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, vol. 8, n° 1, p. 63-76, <https://doi.org/10.1080/13876980500513558>.
- Chiappini R., Guillou S. (2020), « Échanges commerciaux des produits et équipements de protection médicale. Quels enseignements de la pandémie de Covid-19 », *Policy Brief*, OFCE, n° 77, 1^{er} octobre, <https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/pbbrief/2020/OFCEpbrief77.pdf>.
- Costa-Font J., Greer S.L. (2013), *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- DiMaggio P.J., Powell W.W. (1983), « The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields », *American Sociological Review*, vol. 48, n° 2, p. 147-160, <https://doi.org/10.2307/2095101>.
- Dubost C.-L., Pollak C., Rey S. (2020), « Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 », *Les Dossiers de la Drees*, n° 62, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd62.pdf>.
- Fassin D. (2018), *La vie : mode d'emploi critique*, Paris, Éditions du Seuil.
- Faure A. (2020), *Gouverner, c'est aussi savoir pleurer ensemble*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, <https://bit.ly/32QVTxz>.
- Gaudillière J.-P. (2002), *Inventer la biomédecine. La France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, Paris, La Découverte.
- Gereffi G. (2020), « What does the COVID-19 pandemic teach us about global value chains? The case of medical supplies », *Journal of International Business Policy*, n° 3, p. 287-301, <https://doi.org/10.1057/s42214-020-00062-w>.
- Giraud O., Tietze N., Noûs C. (2020), « Un test à l'échelle mondiale : solidarités territoriales dans la crise sanitaire », *La Vie des idées*, <https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-02903126>.

- Guilbaud A. (2020), « L'Organisation mondiale de la santé et la Covid-19 », *Études*, n° 4273, p. 7-20, <https://doi.org/10.3917/etu.4273.0007>.
- Hassenteufel P., Genieys W., Smyrl M. (2008), « Reforming European health care States: Programmatic actors and policy change », *Pôle Sud*, n° 28, p. 87-107, <https://doi.org/10.3917/psud.028.0087>.
- Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.-X. (dir.) (2020), « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées », Dossier, *Revue française des affaires sociales*, n° 1, <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>.
- Hood C. (2011), *The Blame Game : Spin, Bureaucracy, and Self-preservation in Government*, Princeton, Princeton University Press.
- Lakoff A., Cunnington N. (2008), « Pour qu'un désastre ne tourne pas à la catastrophe : jusqu'où sommes-nous prêts ? », *Esprit*, n° 3-4, p. 104-111, <https://doi.org/10.3917/espri.0803.0104>.
- Loeppky R. (2020), « Une certaine richesse : l'accumulation dans l'industrie de la santé », in Applbaum K., Leys C., Loeppky R., Coburn D. (dir.), *Santé et capitalisme*, Paris, Éditions critiques, p. 125-169.
- Marichalar P. (2020), « Savoir et prévoir. Première chronologie de l'émergence du Covid-19 », *La Vie des idées*, 25 mars, <https://laviedesidees.fr/Savoir-et-prevoir.html>.
- Marmor T., Wendt C. (2012), « Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy », *Health Policy*, n° 107, p. 11-20, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.003>.
- Marmot M. (2013), *Health Inequalities in the EU: Final Report of a consortium*, European Commission, December, <https://doi.org/10.2772/34426>.
- Math A. (2014), « La santé au péril de l'austérité », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 22-52, <https://goo.gl/qe7m4h>.
- Math A. (2017), « Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe », *La Revue de l'IRES*, n° 91-92, p. 17-47, <https://bit.ly/2lWzBDu>.
- Moran M. (1999), *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States, and Germany*, Manchester, Manchester University Press.
- Moran M. (2000), « Understanding the Welfare State: The Case of Health Care », *The British Journal of Politics and International Relations*, vol. 2, n° 2, p. 135-160, <https://doi.org/10.1111/1467-856X.00031>.
- OECD (2020a), « The face mask global value chain in the COVID-19 outbreak: Evidence and policy lessons », Tackling Coronavirus (COVID-19), Contributing to a Global Effort, May 4, <https://bit.ly/3f8oRxL>.
- OECD (2020b), « Trade interdependencies in COVID-19 goods », Tackling Coronavirus (COVID-19), Contributing to a Global Effort, May 5, <https://bit.ly/3nvGwIT>.
- Pierru F. (2020), « Introduction. L'administration hospitalière, entre pandémie virale et épidémie de réformes », *Revue française d'administration publique*, n° 174, p. 301-315, <https://doi.org/10.3917/rfap.174.0005>.
- Rosental P.-A. (2020), *Un balcon en forêt 2020 : essai comparatif sur l'épidémie de Covid*, Terra Nova, 6 mai 2020, <https://bit.ly/35AA3AI>.
- Serfati C., Sauviat C. (2018), « L'impact des chaînes mondiales d'approvisionnement sur l'emploi et les systèmes productifs. Une comparaison France-Brésil dans les industries aéronautiques et automobiles », *Rapport*, n° 1-2018, Ires, janvier, <https://bit.ly/36J0EKH>.
- Torny D. (2012), « De la gestion des risques à la production de la sécurité : l'exemple de la préparation à la pandémie grippale », *Réseaux*, n° 171, p. 45-66, <https://doi.org/10.3917/res.171.0045>.
- Villa S., Lombardi A., Mangioni D., Bozzi G., Bandera A., Gori A., Raviglione M.C. (2020), « The COVID-19 pandemic preparedness or lack thereof: From China to Italy », *Global Health & Medicine*, n° 2, p. 73-77, <https://doi.org/10.35772/ghm.2020.01016>.
- Whitehead M. (2008), « La lutte contre les inégalités de santé en Europe : comment les réduire », in Niewiadomski C., Aïach P. (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé. Politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 109-119, <https://doi.org/10.3917/ehesp.niewe.2008.01.0109>.
- Zylberman P. (2013), *Tempêtes microbiennes : essai sur la politique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique*, Paris, Gallimard.

L'évolution de la surmortalité durant la pandémie de Covid-19 : éléments de comparaison internationale

Pierre CONCIALDI¹

Depuis le début de la pandémie de Covid-19, beaucoup de chiffres ont circulé. Dans la plupart des pays, les pouvoirs publics ont en effet mis en place des indicateurs de suivi de la pandémie sur différents points : les cas recensés, les hospitalisations, les personnes en soins intensifs, les décès attribués au coronavirus (SARS-CoV-2), les tests, etc. Les articles nationaux reprennent très largement ces chiffres dans la mesure où ils ont, dans chaque pays, nourri le débat autour des mesures prises par les pouvoirs publics.

Au niveau national, ces indicateurs ont essentiellement été utilisés pour suivre l'évolution de la pandémie, avec notamment l'objectif de contenir sa progression dans des limites supportables par le système de santé, et principalement le système hospitalier. C'est principalement par rapport à cette question qu'ils apportent des éléments de réponse. Cependant, ces indicateurs ne sont pas nécessairement pertinents pour répondre

à toutes les questions qu'a pu susciter l'irruption soudaine de la crise sanitaire.

Par ailleurs, compte tenu de l'urgence imposée par cette crise, ces indicateurs ont été construits en mobilisant les informations qui existaient dans chaque pays avec, à chaque fois, une méthodologie *ad hoc* (spécifique). Cette méthodologie a pu également varier dans chaque pays. Dans la plupart des cas cependant, ces indicateurs nationaux peuvent être considérés comme relativement pertinents pour dresser un diagnostic conjoncturel à l'échelle d'un pays donné.

Cependant, l'interprétation de ce diagnostic n'est pas toujours aussi simple qu'on pourrait le penser. Le simple dénombrement des cas recensés, par exemple, reste un indicateur qui, en tant que tel, doit être manié avec prudence pour suivre l'évolution de la pandémie. Il peut simplement résulter, comme ce fut le cas en France jusqu'au début du mois de juin, d'un comptage qui impute *a priori* l'existence d'une contamination aux personnes souffrant de symptômes plus

1. Chercheur à l'Ires.

ou moins graves. Il peut aussi résulter d'un dénombrement plus large effectué sur la base des tests réalisés. Il est clair alors que la variation du nombre de cas dépend dans une large mesure du nombre des tests ainsi que de leur fiabilité. C'est pourquoi l'on considère qu'il est préférable d'observer la variation du taux de positivité, c'est-à-dire du nombre de tests positifs par rapport à l'ensemble des tests réalisés.

Ce dernier indicateur reste lui-même sensible à d'autres facteurs. Il dépend ainsi des caractéristiques de la population testée, lesquelles peuvent varier au fil du temps, notamment en fonction de la politique impulsée par les pouvoirs publics pour tester en priorité certaines populations, dans un contexte global de pénurie. En toute rigueur, le taux de positivité des tests ne peut être un indicateur pertinent du développement de la pandémie que si cette statistique est établie de façon suivie sur un échantillon représentatif de la population, ce qui est rarement le cas. Et il ne dit rien de la gravité des cas recensés, c'est-à-dire de la proportion de personnes effectivement malades (non asymptomatiques) parmi les cas détectés de contamination.

Enfin, la simple variation immédiate (au jour le jour par exemple) de cet indicateur ne peut prendre sens que si elle est mise en perspective par rapport à des niveaux considérés comme critiques. Par exemple, dans les pays où l'on dispose d'une chronique longue homogène du taux de positivité – ce qui n'est pas le cas de la France –, on observe bien dans certains cas une hausse du taux de positivité vers la fin de l'été, mais celui-ci reste très nettement inférieur (environ dix fois s'agissant de la Belgique et de l'Allemagne) à ceux observés au pic de la pandémie.

Ces difficultés d'interprétation existent à l'échelle de chaque pays mais elles sont encore plus redoutables lorsqu'il s'agit d'effectuer des comparaisons internationales. Les définitions, les sources statistiques, les champs d'observation, notamment, sont souvent différents. Lorsque ces indicateurs élémentaires sont combinés pour en construire un autre plus synthétique – comme le taux de létalité qui rapporte le nombre de décès imputés au Covid-19 au nombre de cas recensés –, ces différences entre pays se cumulent, si bien que la comparaison des chiffres fournit une information très difficilement interprétable.

La surmortalité : un indicateur robuste en comparaison internationale

Pour donner quelques éléments de cadrage comparatifs des conséquences de la pandémie, on a choisi ici de se limiter à l'indicateur considéré comme le plus robuste en matière de comparaison internationale, à savoir la surmortalité. Celle-ci est définie comme le nombre de décès observés moins le nombre de décès « normaux », en proportion d'une population donnée. Cet indicateur est loin de tout dire des conséquences de la pandémie, mais il présente plusieurs avantages quand il s'agit d'effectuer des comparaisons internationales.

Le nombre de décès « normaux » est généralement estimé par référence à la moyenne des décès observés sur une période donnée au cours des années récentes, souvent les cinq dernières années. Cette référence commune à tous les pays prend en compte un certain nombre de facteurs structurels dont dépend la morbidité de chaque population nationale (structure par âge, inégalités et conditions

de vie, pollution...). L'écart entre la mortalité observée une année donnée et cette référence pluriannuelle commune permet ainsi de mesurer l'ampleur de la surmortalité en prenant en compte ces différences structurelles, ce qui ne serait pas le cas avec un indicateur qui rapporterait simplement le nombre total des décès à la population totale.

L'indicateur de surmortalité permet aussi de surmonter les difficultés liées aux différences observées entre pays dans la méthode de recensement des cas attribués au SARS-CoV-2 (mécomptes, délais d'enregistrement, sous-enregistrements) ainsi que dans le champ de ce recensement (décès en hôpitaux, en maisons de retraite, à domicile).

Enfin, un autre apport de l'indicateur de surmortalité est de prendre en compte les conséquences indirectes de la pandémie, notamment en ce qui concerne les personnes non atteintes par le virus mais qui n'ont pu être soignées durant la pandémie en raison de la saturation du système de santé. D'autres conséquences indirectes – comme la variation des suicides ou celle de la mortalité routière – sont aussi intégrées de fait dans cet indicateur global.

En résumé, la variation de la surmortalité permet de mesurer l'effet *global* sur la mortalité de la crise sanitaire. L'indicateur donne à voir ce qui s'est passé en matière de mortalité *durant* la pandémie, mais non ce qui lui est (ou serait) directement imputable. Il est donc illusoire d'y

voir un indicateur qui permettrait de mesurer l'impact (supposé isolable) du seul virus. La principale vertu de cet indicateur est de fournir un repère des effets de la crise sanitaire qui soit, à court terme, le plus comparable possible entre pays.

La principale limite de cet indicateur est qu'il résume à un chiffre et à un phénomène unique (la surmortalité) une réalité aux dimensions multiples. À moyen et long terme, la crise sanitaire risque d'avoir des effets diffus importants sur l'état de santé de la population², avec des conséquences plus qualitatives et difficilement mesurables sur son bien-être, notamment en raison des traumatismes psychologiques qu'elle a engendrés. On peut cependant observer que cette limite caractérise l'ensemble des indicateurs usuellement mobilisés par les pouvoirs publics durant la crise sanitaire. D'une manière générale, face à un phénomène nouveau, il est toujours difficile à très court terme de fournir des repères statistiques qui permettent d'en appréhender toutes les conséquences.

**La hausse de la surmortalité :
des situations très hétérogènes
entre pays**

On peut d'abord dresser un bilan global de la première vague de la pandémie en termes de surmortalité³. Ce bilan prend en compte les évolutions observées jusqu'au début de l'été. Dans la mesure où cette pandémie ne s'est pas propagée

2. De premières études ayant suivi des personnes malades contaminées par le virus mais non décédées (souvent présentées comme « guéries » dans les médias) montrent qu'une proportion importante d'entre elles continuent de présenter des symptômes persistants (lourde fatigue, douleurs articulaires notamment) plusieurs semaines – 5 en moyenne au moment de l'étude – après leur sortie de l'hôpital (Carfi *et al.*, 2020).

3. Les résultats s'appuient sur la base de données Human mortality database (HMD) qui est en libre accès et fournit le décompte des décès semaine après semaine dans de nombreux pays. On reprend ici les principales conclusions des analyses de Aron *et alii* (2020) et Aron et Muellbauer (2020).

dans tous les pays au même moment ni sur la même durée, l'indicateur mesure la surmortalité cumulée sur les semaines 10 à 26 de l'année 2020, soit du 1^{er} mars au 21 juin.

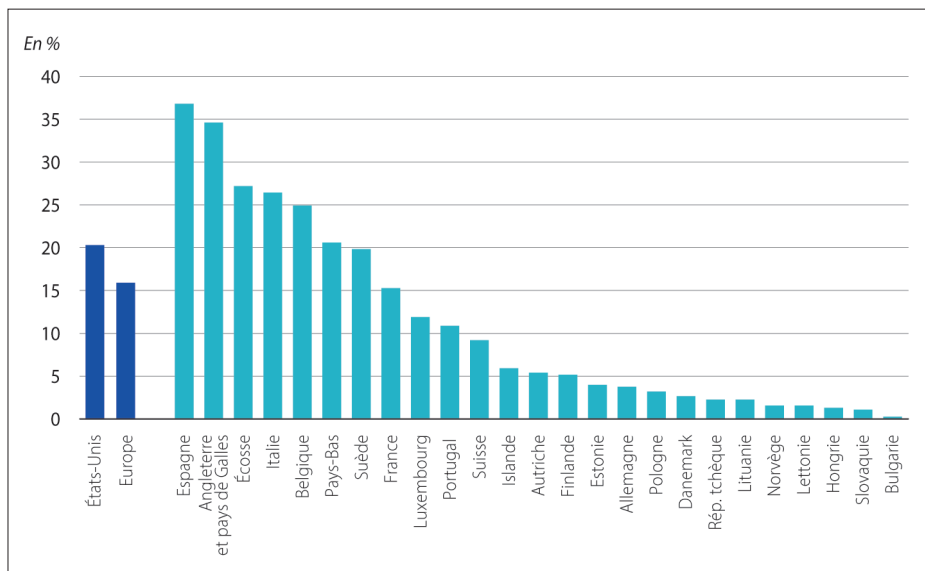
Le graphique 1 présente les résultats pour les États-Unis et l'Europe, d'une part, et de façon détaillée pour les différents pays européens, d'autre part. Globalement, la surmortalité a été plus élevée (d'environ 20 %) aux États-Unis (20,3 %) que dans les pays européens (15,9 %).

Au sein de ces derniers, on observe des écarts très sensibles. Dans un premier groupe de pays, dont la France, la surmortalité a été proche de (ou très supérieure à) la moyenne européenne. Dans une douzaine d'autres pays, dont l'Allemagne, la surmortalité est restée en revanche très faible, de l'ordre de 5 % ou

moins, très nettement inférieure à celle observée globalement pour les pays européens. Le premier constat est donc celui d'une forte hétérogénéité.

Comme on l'a déjà souligné, le principal intérêt de ces chiffres est de fournir une base de comparaison internationale aussi homogène que possible de l'épisode pandémique, notamment parce qu'ils retiennent une même période de comparaison. Par rapport aux épisodes plus habituels de grippe hivernale, cette période est fortement décalée car la surmortalité liée à la grippe saisonnière s'observe principalement durant l'hiver alors que la pandémie de Covid-19 a débuté dans la plupart des pays un peu avant le printemps. Dans ces conditions, la période d'observation retient une mortalité de référence (sur les cinq années antérieures) qui n'intègre pas l'essentiel de

Graphique 1. Surmortalité cumulée observée durant les semaines 10 à 26 de l'année 2020



Lecture : Aux États-Unis, sur les semaines 10 à 26 de l'année 2020, la mortalité a été supérieure d'un peu plus de 20 % à la mortalité observée sur la même période les cinq années précédentes (sur les années 2015 à 2019).
Source : Aron et Muellbauer (2020).

la surmortalité généralement attribuable aux épidémies « classiques » de grippe hivernale.

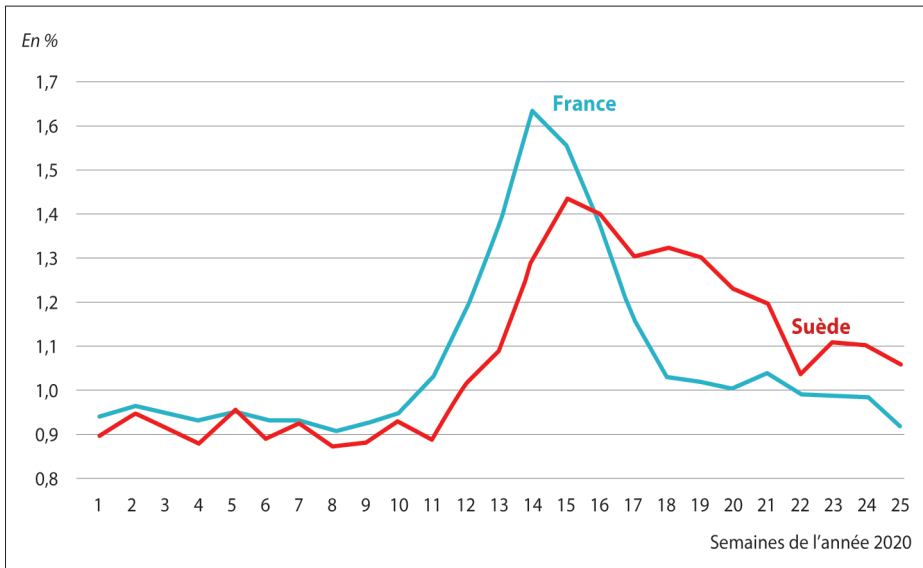
La chronologie de la première vague épidémique a été un peu plus homogène, même si l'on observe quelques différences. Dans la majeure partie des pays européens, le pic de surmortalité a été observé sur la semaine 14 ; il a été un peu plus tardif en Belgique, en Suède, en Angleterre et aux États-Unis (semaine 15 ou 16).

Le profil de la vague épidémique est généralement très concentré sur quelques semaines, la surmortalité augmentant rapidement et baissant presque tout aussi rapidement. Dans quelques pays cependant, la décrue a été plus lente que la montée (Suède, Angleterre). La comparaison des taux de surmortalité hebdomadaires

entre la France et la Suède illustre ce phénomène (graphique 2). Si le pic de surmortalité a été plus élevé en France (+64 % sur la semaine 14) qu'en Suède (+44 % sur la semaine 15), la décrue du taux de surmortalité a été plus lente en Suède, ce qui s'est traduit *in fine* par une surmortalité cumulée supérieure dans ce dernier pays durant la première vague de la pandémie (graphique 1).

Le graphique 2 permet aussi d'observer que durant les mois de janvier et février 2020 (semaines 1 à 9), la surmortalité a été plus faible que la « normale » en France et en Suède, ce qui est également le cas dans la plupart des pays. En d'autres termes, la mortalité habituellement attribuable à la grippe saisonnière hivernale a été, au cours de l'hiver 2020, assez sensiblement inférieure au niveau observé au cours des cinq années précédentes.

Graphique 2. Indice hebdomadaire de surmortalité en France et en Suède



Lecture : En France, durant la semaine 14 de l'année 2020, la mortalité a été 1,64 fois plus élevée que celle observée sur la même période, en moyenne, au cours des cinq années précédentes (2015 à 2019).
Source : Human mortality database (HMD). Calculs propres.

L'ÉVOLUTION DE LA SURMORTALITÉ DURANT LA PANDÉMIE DE COVID-19

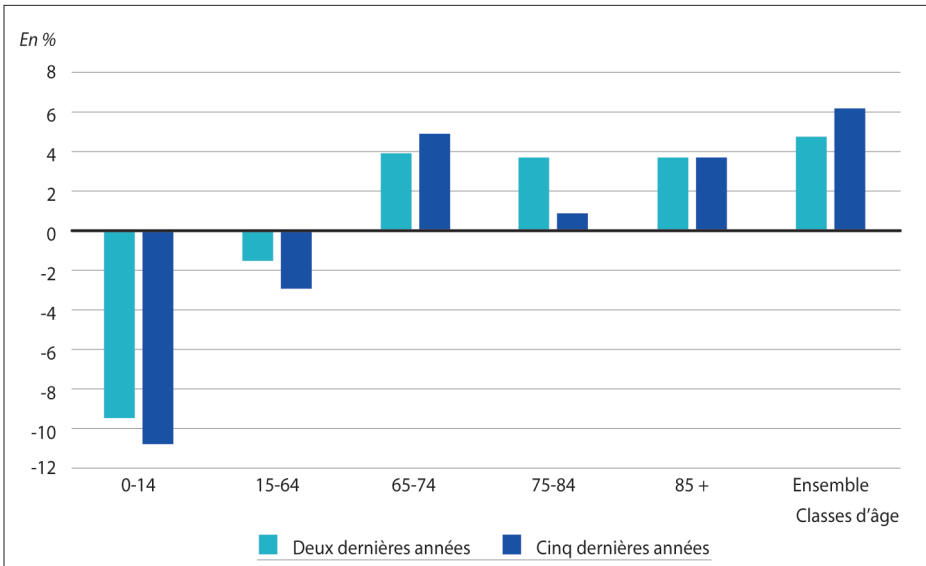
Enfin, on peut aussi à partir du même indicateur de surmortalité identifier les populations qui ont été les plus touchées. Ce repérage ne peut être effectué que sur des critères très généraux (âge, sexe) et non à partir de critères sociodémographiques plus fins. On retrouve ici un résultat qui a déjà été largement médiatisé. Dans tous les pays, la surmortalité a touché principalement les personnes âgées. Globalement, dans les pays européens, on peut estimer que 90 % de la surmortalité observée durant la pandémie de Covid-19 s'est concentrée sur les personnes âgées de 65 ans et plus et près de la moitié de la surmortalité concerne des personnes âgées de 85 ans et plus. Dans quelques pays cependant, la surmortalité des personnes d'âge actif a été bien plus élevée que dans la plupart des pays. C'est

le cas notamment en Angleterre et, dans une moindre mesure, en Espagne (Aron *et al.*, 2020).

Le fait que l'essentiel de la surmortalité se concentre sur les personnes de 65 ans et plus ne doit pas surprendre dans la mesure où l'essentiel de la mortalité (plus de 83 % en France de 2015 à 2019) s'observe également au sein de cette population. Une hausse de la mortalité (surmortalité) qui toucherait de la même façon toutes les classes d'âge aboutirait donc à dénombrer, en France, au moins 83 % de l'ensemble des décès excédentaires parmi les personnes âgées de 65 ans et plus.

Le fait que 90 % de la surmortalité se concentre, à l'échelle européenne, sur les personnes âgées de 65 ans et plus

Graphique 3. Variation du taux de mortalité par classe d'âge en France au cours du premier semestre 2020 (en comparaison des 2 ou 5 années précédentes)



Lecture : Pour les personnes âgées de 15 à 64 ans, la mortalité observée au cours du premier semestre 2020 a été inférieure de 1,6 % à la mortalité observée sur la même période (premier semestre) au cours des deux années précédentes.

Source : Human mortality database, calculs propres.

ne dit donc rien des risques accrus que fait courir le virus aux personnes âgées. Pour cela, il faudrait disposer de taux de surmortalité par âge. De telles études n'existent pas encore en comparaison internationale mais on peut, dans le cas de la France, en proposer des estimations en comparant la mortalité par classe d'âge entre le premier semestre 2020 et la même période des années précédentes. Le graphique 3 présente ces résultats en comparant, par classe d'âge, la mortalité observée durant les six premiers mois de l'année 2020 à la mortalité observée en moyenne, sur la même période, au cours des deux ou cinq années précédentes.

On observe qu'en France, le taux de mortalité a baissé sur le premier semestre 2020 pour les personnes de moins de 65 ans (fortement pour les moins de 15 ans et de façon beaucoup plus réduite pour les personnes d'âge actif), et qu'il a augmenté pour les âges supérieurs (65 ans et plus). Le taux de mortalité global, pour l'ensemble de la population a augmenté dans une fourchette comprise entre 4,8 et 6,2 %⁴. Pour les seules personnes âgées de 65 ans et plus, le risque de mortalité s'est accru durant le premier semestre de l'année 2020 de 2,4 à 3,4 %, selon la période de référence retenue (cinq ou deux dernières années).

Mettre en contexte ces indicateurs

Plusieurs éléments de contexte plus généraux peuvent être proposés pour conclure ce diagnostic statistique. Le premier porte sur l'ampleur de la surmortalité observée durant la pandémie. Un bilan purement quantitatif exclut *a priori* de considérer, à l'échelle européenne, la pandémie de Covid-19 comme un événement qui pourrait être comparable à un épisode un peu sévère de grippe saisonnière. On reprend ici les données de la base Euromomo⁵ qui estiment sur les années 2017 à 2020 l'excédent cumulé de décès observé depuis le 1^{er} janvier de chaque année.

Au niveau européen, la surmortalité observée sur les huit premiers mois de l'année (de janvier à août 2020) est, en valeur absolue, plus de deux fois supérieure (2,4 fois environ) à celle constatée au cours des trois dernières années, bien supérieure donc à celle observée durant les épisodes les plus aigus de grippe, comme celui de l'hiver 2016-2017⁶. Ce constat vaut à l'échelle européenne, pour l'ensemble des pays suivis dans la base Euromomo, mais il se décline de façon très différenciée selon les pays dans la mesure où la surmortalité a été bien supérieure dans certains pays (graphique 1).

4. Le fait que la mortalité toutes classes d'âge confondues (« Ensemble ») se soit accrue davantage que pour chaque classe d'âge prise séparément s'explique par des effets de composition.

5. Le consortium Euromomo a été mis en place afin d'établir une veille épidémiologique. Il met à jour régulièrement les données de mortalité pour 24 pays européens et calcule un score de surmortalité (Z-score) pour chaque pays ainsi que pour l'ensemble des pays couverts. Les scores de surmortalité sont calculés par référence à un modèle qui intègre des tendances longues ainsi qu'une certaine saisonnalité pour estimer le nombre « normal » de décès. Compte tenu de la méthode utilisée, les données en valeur absolue sont régulièrement réactualisées pour intégrer dans la modélisation les informations les plus récentes et corriger les données de court terme qui sont souvent (légèrement) révisées en raison des délais d'enregistrement des décès. C'est donc davantage l'écart relatif observé à un moment donné de l'année qui est le plus robuste (et non la valeur absolue de l'écart).

6. Par rapport à l'épidémie de grippe de l'hiver 2016-2017, la surmortalité cumulée observée durant la pandémie de Covid-19 est environ deux fois plus élevée.

Par ailleurs, il faut prendre garde ici à l'interprétation de cet écart relatif. Celui-ci apparaît important car on raisonne sur l'excédent de décès et non sur le nombre total de décès. Mais la surmortalité (l'excédent de décès) ne représente qu'une faible part de l'ensemble des décès, moins de 5 % habituellement. Si bien que l'écart sur le taux de mortalité global est bien plus faible. On peut illustrer ce décalage en prenant le cas de la France.

Sur l'ensemble des semaines 1 à 25 de l'année 2020 (1^{er} semestre 2020), le taux de mortalité a été en France supérieur de 6,2 % au taux de mortalité moyen observé sur la même période au cours des cinq années précédentes (2015 à 2019). Si l'on allonge la période de comparaison avec les dernières données disponibles jusqu'à la fin août, on observe que le taux de mortalité observé sur les huit premiers mois de l'année 2020 a été supérieur d'environ 4,5 % au taux de mortalité moyen observé sur la même période au cours des cinq années précédentes. Ceci s'explique par le fait que l'on n'observe plus en France, depuis le début du mois de mai jusqu'à fin août, de surmortalité ⁷. Fin août, on peut ainsi estimer que le nombre de décès excédentaires observé depuis le début de l'année 2020 était légèrement supérieur à 19 000 en comparaison de la mortalité observée au cours des cinq années précédentes ⁸.

Certains pourront trouver que cet écart déjà sensible est minoré par le fait que de nombreux gouvernements ont pris des mesures exceptionnelles de confinement qui ont limité l'ampleur de la surmortalité. Aucune étude ne permet cependant aujourd'hui de chiffrer cet effet de façon robuste ⁹. D'autres pourront observer que, dans un pays comme la Suède qui n'a pas mis en œuvre un confinement strict et généralisé de sa population (Jolivet, dans ce numéro), la surmortalité n'a pas atteint le niveau observé dans d'autres pays qui ont observé un strict confinement. Il reste que, durant la pandémie de Covid-19, la surmortalité a augmenté dans des proportions rarement vues depuis longtemps dans un certain nombre de pays. Cette dimension quantitative ne peut être ignorée, même si ce constat doit être nuancé par le fait que la surmortalité observée durant les épidémies habituelles de grippe concerne des populations qui ont pu bénéficier de vaccinations préventives alors que ce n'est évidemment pas le cas pour l'épidémie actuelle de Covid-19.

Le second élément de contexte, plus global et plus qualitatif, tient aux caractéristiques de la crise sanitaire et, essentiellement, au caractère contagieux (transmissible) de la maladie. Au niveau mondial, les maladies transmissibles représentent une part régulièrement décroissante des causes de décès depuis des décennies. Les maladies transmissibles

7. Voir à ce propos le commentaire de l'Insee à partir des données publiées par l'institut. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4487861?sommaire=4487854>.

8. Les données publiées par l'Insee donnent un excédent de décès d'environ 18 300 à la même date. L'écart s'explique par le fait que l'institut compare le nombre de décès en 2020 au nombre de décès observé au cours des deux années précédentes alors que nos calculs retiennent comme référence la mortalité observée au cours des cinq années précédentes.

9. En réalité, on ne dispose pas d'évaluation robuste du nombre de décès « évités » grâce au confinement et de tels calculs restent particulièrement périlleux. L'estimation avancée par des chercheurs de l'École des Hautes études en santé publique (EHESP) dès le 22 avril (<https://bit.ly/3nOJJ0O>), largement reprise dans les médias, a été démentie quelques semaines plus tard par d'autres chercheurs dans une note parue dans le *Journal international de médecine* (JIM) le 5 mai (<https://bit.ly/34Ss53F>).

représentaient ainsi en 2016 environ 20 % des causes de décès à l'échelle de la planète, contre plus de 30 % 15 ans auparavant (en 2000). Par ailleurs, la mortalité attribuable à ces maladies transmissibles est essentiellement concentrée dans les pays pauvres ou à faible niveau de revenu (principalement en Afrique et en Asie) alors que la mortalité, dans les pays les plus riches, est principalement liée au mode de vie et non à ce type de maladie. La crise sanitaire actuelle a bouleversé cette représentation. Elle a fait resurgir de façon brutale la menace des maladies contagieuses tout en frappant d'abord – et jusqu'à présent – les pays les plus développés de la planète, ce qui peut contribuer à expliquer la résonance de ce phénomène ¹⁰.

Les éléments de comparaison internationale qui viennent d'être présentés restent de l'ordre du constat statistique. Ils permettent de nourrir un premier diagnostic comparatif des conséquences globales, en termes de mortalité, de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. Leur interprétation reste, en revanche, bien plus délicate, notamment lorsqu'il s'agit d'expliquer les raisons des différences observées entre pays. Certaines hypothèses peuvent être avancées, mais elles demandent à être nourries par des travaux complémentaires pour être, ou non, validées. Il serait hasardeux, en particulier, d'établir sur la base de ces éléments statistiques précoces des conclusions définitives sur les « performances » des systèmes sanitaires durant la pandémie. Ce qui n'interdit pas néanmoins, sur la base des analyses nationales

présentées dans ce numéro spécial, de dégager quelques enseignements.

À un niveau plus général, enfin, il est clair que la pandémie de Covid-19 a mis les systèmes sanitaires sous tension en accroissant brutalement la demande de patients en urgence vitale. Cette situation a posé de façon aiguë la question de l'arbitrage entre des moyens limités et des besoins urgents de santé rapidement croissants. Cette interrogation nourrit les réflexions des professionnels de santé depuis de longues années, notamment face aux risques de pandémie sur lesquels l'Organisation mondiale de la santé (OMS) alerte de façon récurrente. Elle se posait déjà avec les épidémies de grippe hivernale, suscitant des interrogations sur le traitement des urgences « non grippales », la déprogrammation des soins « non urgents » et soulevant, en définitive, des questions éthiques autour de l'accès aux soins en réanimation ¹¹.

Conclusion

Il est utile de rappeler que cette tension entre des moyens limités et les besoins de santé à couvrir n'est pas spécifique aux épisodes épidémiques. Elle est inhérente et, en quelque sorte, constitutive de l'activité médicale dont la finalité est à la fois, dans sa dimension quantitative, de prolonger l'espérance de vie des populations et, sous un angle plus qualitatif mais au moins aussi important, d'améliorer la qualité de vie. Or, les techniques médicales permettent de repousser toujours davantage les limites que l'on peut fixer à ces deux objectifs. Dès lors, il est

10. À l'échelle de la planète, on peut aussi observer que les maladies transmissibles (infections respiratoires, diarrhées, paludisme notamment) touchent le plus sévèrement les enfants de moins de 5 ans qui représentent plus du quart des décès imputables à ces maladies. La pneumonie reste la première cause de mortalité chez ces enfants.

11. Voir le numéro de la revue *Pandémiques* de novembre 2007 (n° 2-3).

toujours nécessaire face à des besoins de santé qui ne peuvent pas tous être satisfaits au même degré ni dans les mêmes délais, d'effectuer des arbitrages. Ceux-ci sont souvent implicites¹², mais les crises sanitaires en font resurgir la réalité face à un soudain accroissement des urgences vitales. Ces crises sanitaires agissent ainsi comme un révélateur d'une question plus générale qui concerne la société dans son ensemble et qui mériterait sans doute, à ce titre, d'être très largement débattue entre tous les acteurs, probablement dans des conditions plus sereines que celles qui caractérisent ces situations.

Achévé de rédiger le 15 octobre.

Sources :

Aron J., Muellbauer J. (2020), « Transatlantic excess mortality comparisons in the pandemic », *INET Oxford Working Paper*, n° 2020-18, August 25, <https://bit.ly/3jVNkbj>.

Aron J., Muellbauer J., Giattino C., Ritchie H. (2020), « A pandemic primer on excess mortality statistics and their comparability across countries », *Our World in Data*, June 29, <https://ourworldindata.org/covid-excess-mortality>.

Carfi A., Bernabei R., Landi F. (2020), « Persistent symptoms in patients after acute COVID-19 », *JAMA Research Letter*, vol. 324, n° 6, p. 603-605, July 9, <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>.

12. Sauf pour certaines pathologies nécessitant des greffes d'organe (comme le rein) où le nombre de donneurs reste chroniquement insuffisant par rapport aux besoins.

Chine

La mobilisation sanitaire des pouvoirs publics locaux : le cas de la ville de Wuhan

Jingyue XING-BONGIOANNI, Jun CHU et Xuemin QI¹

La pandémie de Covid-19 a placé la Chine au centre de l'attention des médias mondiaux. Selon les données publiées par la Commission nationale de santé (NHC) chinoise, au 29 février 2020, 79 824 cas de contamination et 2 870 morts avaient été enregistrés en Chine². Différents reportages ont révélé des problèmes dans la gestion de la pandémie par le gouvernement chinois, portant notamment sur

les mesures de censure. Les recherches en sciences sociales publiées en chinois se focalisent quant à elles sur deux thèmes (He, 2020 ; Liu, Chen, Wang et Xia, 2020) : d'une part, le rôle des communautés de quartier (*shequ*)³ dans le gouvernement de la population urbaine pendant l'épidémie de Covid-19 ; d'autre part, la diffusion des informations sur Internet et le rôle des médias. Les travaux

1. Jingyue Xing-Bongioanni est chercheure postdoctorale au CEET, Cnam, et associée à Pacte (UMR 5194, CNRS/Université Grenoble Alpes/IEP de Grenoble) ; Jun Chu est doctorante en anthropologie culturelle à l'Institut d'anthropologie culturelle et d'ethnologie européenne à l'université de Göttingen, Allemagne ; Xuemin Qi est professeur d'histoire à Tsinghua University, Pékin, Chine.
2. La pandémie de Covid-19 n'a pas eu la même temporalité en Chine qu'en Europe. En Chine, le pic a été atteint début février 2020 mais depuis la mi-mars, le nombre de cas confirmés se maintient à un niveau très bas (moins de 100 nouveaux cas par jour sur toute la Chine). Source : <http://www.nhc.gov.cn>.
3. Les communautés de quartier (*shequ*) sont des « organisations autonomes de base des masses » créées en 1953 par la loi organisationnelle des comités de résidents de la Chine. Elles ont pour mission d'exercer un suivi social et de fournir des services sociaux de proximité aux habitants des quartiers concernés. Elles sont composées de bénévoles élus par les habitants locaux. La taille des communautés de quartier varie selon la ville et le district. Par exemple, la ville de Wuhan compte 13 districts, 156 sous-districts et 1 316 communautés de quartier. Pour des analyses approfondies sur les communautés de quartier comme unités de gouvernement de la population urbaine en Chine, voir Bray (2006) et Audin (2015).

publiés dans des revues en anglais ou en français ⁴ se sont en revanche intéressés soit à la prise de décision par le gouvernement central chinois et au rôle joué par les experts scientifiques dans ce processus (Gu, Li, 2020 ; Liu, Zhong, Yu, 2020 ; Wei, 2020), soit aux expériences vécues par les habitants de Wuhan (Wang, 2020). Ces travaux ont surtout critiqué le déni et la censure du gouvernement chinois au début de l'épidémie, ou la non prise en compte des avis d'experts scientifiques dans la prise de décisions politiques.

Néanmoins, nous remarquons que les reportages et les travaux scientifiques existants sur l'épidémie de Covid-19 en Chine considèrent les gouvernements chinois central et locaux comme un tout. L'attention est principalement accordée au gouvernement central ⁵ et peu de recherches ont tenu compte des rôles respectifs des gouvernements à différentes échelles et de leurs rapports durant la période de l'épidémie. Or, plusieurs chercheurs ont montré que la décentralisation, progressivement mise en place en Chine depuis 1978 ⁶, est plus développée qu'on ne pourrait le croire. Le déploiement des activités économiques, de la protection sociale (assurance maladie,

retraite et assistance sociale), des soins, etc., relèvent de fait des compétences des gouvernements provinciaux, qui les financent sur la base des recettes fiscales locales et d'un transfert de recettes depuis le gouvernement central (Zhou, 2006, 2012). Dans ces domaines d'action publique, les gouvernements provinciaux négocient avec le gouvernement central et bénéficient de marges de manœuvre considérables dans la prise de décisions (Zhou, 2017).

Dans cet article, nous analysons les modalités de mobilisation sanitaire des pouvoirs publics chinois face à la pandémie de Covid-19, en les replaçant dans leur contexte de décentralisation partielle. Nous prenons la ville de Wuhan comme cas d'étude. Cette ville de 11 millions d'habitants est non seulement en effet le lieu où le premier cas de contamination est signalé, mais elle constitue également le véritable épiceutre de l'épidémie, connaissant une croissance exponentielle de diffusion du virus entre début janvier et fin février 2020. Plus de 60 % des cas de contamination et 76 % des morts liés au Covid-19 en Chine y sont enregistrés ⁷. En nous focalisant sur la gestion de la pandémie à Wuhan, nous

4. La revue *Journal of Chinese Governance* a publié un dossier consacré à la gouvernance de l'épidémie en Chine. Pour plus de précisions, voir « The COVID-19 Outbreak and Governing Public Health Emergency in China », *Journal of Chinese Governance*, vol. 5, n° 2, 2020, <https://www.tandfonline.com/toc/rgov20/5/2?nav=toCList>.

5. Jusqu'en juillet 2020, un seul article a étudié les gouvernements locaux dans la lutte contre le Covid-19 en Chine. Mais l'analyse de ses deux auteurs (rattachés aux sciences de gestion), très normative, propose une série de recommandations de bonnes pratiques, ce qui ne permet pas d'appréhender le rôle des gouvernements locaux (Gao, Yu, 2020).

6. Depuis la proclamation de la République populaire de Chine en 1949, le pays a connu plusieurs réformes portant sur la structure politique, passant d'un pays extrêmement centralisé et d'une économie planifiée à un pays très décentralisé au plan économique. Les chercheurs chinois distinguent trois phases dans l'histoire de la décentralisation en Chine : de 1949 à 1978, la phase de centralisation totale ; de 1978 à 1994, la première phase de décentralisation et de 1994 à 2020, la seconde phase de décentralisation. Pour approfondir, voir Zhang (2011) et Jia et Zhao (2008).

7. En Chine, toutes les régions ont été touchées par la pandémie de Covid-19, mais le nombre de cas confirmés est resté très bas dans d'autres provinces : 1 800 cas ont été enregistrés dans la province de Guangdong, 1 282 cas à Zhejiang et 1 279 cas à Henan, alors que la province de Hubei compte 68 139 cas (dont 50 338 à Wuhan).

cherchons à comprendre les rôles respectifs des gouvernements central et locaux (provinciaux et municipaux), ainsi que les rapports qu'ils entretiennent durant cette période. Nous montrons que la gestion décentralisée de l'assurance maladie et de l'offre de soins a eu une forte influence sur les modalités de mobilisation sanitaire des pouvoirs publics face à la pandémie de Covid-19.

L'article se fonde sur une enquête qualitative par entretiens (téléphoniques/sur Zoom) menée entre avril et juin 2020⁸ ainsi que sur des études d'archives (documents publiés par les différentes administrations chinoises, dossiers transmis par nos enquêtés – documents de travail, captures d'écran des échanges dans les groupes de travail Wechat, etc.). Nous nous concentrons sur la période de début janvier à fin février en raison de la temporalité de l'épidémie en Chine : son pic est atteint début février, quand le nombre journalier de nouveaux cas de contamination dépasse 3 500, pour redescendre dès le 6 mars en dessous de 100 pour toute la Chine.

Afin de mieux contextualiser la mobilisation sanitaire de l'État chinois, nous présentons, dans la première partie, le système d'assurance maladie et l'offre de soins en Chine. Nous analysons dans les deux parties suivantes les mesures mises en place par les gouvernements chinois aux différentes échelles visant à augmenter la capacité d'accueil des hôpitaux

et à permettre la gestion de l'afflux des patients du Covid-19. Dans la dernière partie, nous analysons la gestion de la pénurie de matériels médicaux et de protection, ainsi que la mobilisation de l'industrie par les gouvernements chinois.

Un État central en retrait ? La gestion décentralisée de l'assurance maladie et de l'offre de soins

En Chine, le système d'assurance maladie est construit assez récemment par rapport aux pays occidentaux⁹ : deux circulaires promulguées en 1951 et en 1952 introduisent une assurance maladie couvrant uniquement les citoyens fonctionnaires et travailleurs d'entreprises nationales et collectives. Puis une assurance maladie couvrant l'ensemble de la population rurale, du nom de Nouvelle assurance maladie rurale coopérative, est introduite par une circulaire de 2003. Enfin, le Conseil des affaires de l'État publie en 2009 une autre circulaire qui crée une assurance maladie citadine pour les « non travailleurs »¹⁰ : enfants, personnes âgées, chômeurs, étudiants, etc. Ce n'est qu'en 2010 qu'une véritable loi de Sécurité sociale voit le jour. Le système chinois d'assurance maladie est désormais composé de trois piliers : une branche pour les citoyens travailleurs, une branche pour les citoyens non travailleurs et une branche pour la population rurale.

8. Nos enquêtés comprennent un professeur d'une université pékinoise qui est conseiller spécial du maire de Pékin, trois médecins (dont un professeur d'une faculté de médecine à Wuhan, un médecin chef de pôle au Wuhan First Hospital et un médecin d'un service de réanimation pékinois ayant travaillé en renfort à Wuhan), un agent administratif d'un sous-district et un agent d'une communauté de quartier à Wuhan, ainsi que trois bénévoles responsables de deux groupes de solidarité créés pour soutenir Wuhan sur Wechat (équivalent de WhatsApp), en charge de récolter les dons (monétaires et en nature).

9. Pour une présentation plus précise du système d'assurance sociale maladie chinois, voir Meng *et al.* (2015).

10. http://www.gov.cn/zwggk/2009-04/07/content_1279256.htm.

Une assurance maladie différenciée selon les provinces, le statut et les branches

L'assurance maladie est cofinancée par l'État et les provinces (*sheng*). Dans les dix dernières années, l'État central a publié plusieurs circulaires pour (re)définir le rôle du gouvernement dans le financement de l'assurance maladie à chaque échelle (Zhang, Li, 2015). Par exemple, le « plan de réforme relatif à la répartition des pouvoirs financiers et des responsabilités en matière de services publics entre le gouvernement central et les collectivités locales »¹¹, mis en place le 8 février 2018, prévoit que les transferts financiers de l'État vers les départements varient selon la situation de l'économie et de la fiscalité locales. Cinq catégories ont ainsi été identifiées : dans celle des provinces « pauvres », l'État supporte 80 % des dépenses de l'assurance maladie, et les provinces 20 %. À l'opposé, dans la catégorie des provinces riches, comprenant uniquement Pékin et Shanghai, qui sont considérées à la fois comme villes et provinces, la dotation de l'État ne représente que 10 % du financement total de l'assurance maladie et les municipalités en financent la quasi-totalité. Ce plan confirme la décentralisation du financement et de la gestion de la couverture maladie.

Les modalités de cotisation et de remboursement de l'assurance maladie se différencient avant tout selon la branche (citadins travailleurs, citadins non travailleurs et ruraux), allant du simple au quadruple en termes de taux de remboursement. Plus précisément, nous identifions trois logiques de différenciation : d'abord se manifeste une logique de statut (*hukou*), c'est-à-dire une

segmentation entre zones urbaines et rurales. Ensuite, le montant des cotisations et la générosité du système varient selon le secteur d'activité (public, privé) et la catégorie socioprofessionnelle. Enfin, les provinces bénéficient d'une grande marge de manœuvre dans la gestion de l'assurance maladie (en fixant des règles provinciales en termes de taux de prélèvement, de taux de remboursement, etc.).

Une offre de soins dominée par le secteur hospitalier à la gestion décentralisée

En ce qui concerne l'offre de soins, les ressources se concentrent dans le secteur hospitalier au détriment de soins ambulatoires qui s'effectuent notamment en cabinet médical. Par exemple, la notion de médecin traitant comme « *gate-keeper* », ou comme porte d'entrée du système de soins est introduite en 2011, qui fait l'objet d'une expérimentation volontaire à Shanghai. Ce n'est qu'en 2018 que l'Administration nationale de santé chinoise publie une circulaire encourageant le développement des médecins traitants. Jusqu'à présent, les Chinois n'ont pas besoin de passer par un médecin généraliste pour être soignés par un spécialiste à l'hôpital. Sauf en cas d'urgence, les Chinois peuvent se déplacer dans n'importe quel hôpital et faire la queue sur place, à la fois pour les maladies bénignes et pour les cas graves. Les travaux menés par certains chercheurs chinois ont montré que le choix du lieu de soin des adultes varie selon leurs caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques : plus un patient est jeune, diplômé, avec un revenu élevé, et plus il est probable qu'il se fasse soigner dans de meilleurs hôpitaux, notamment dans des

11. http://www.gov.cn/zhengce/content/2018-02/08/content_5264904.htm.

établissements de santé classés en IIIA ¹². En revanche, les patients âgés, peu diplômés et au revenu relativement bas ont plus tendance à avoir recours aux centres de services sanitaires qui sont considérés comme des hôpitaux de proximité (Jiang, Yang, 2015). L'histoire du secteur hospitalier en Chine est marquée par une nationalisation entre 1949 et 1980, suivie par une lente privatisation à partir des années 1980 et par une accélération dans les années 2010 (Liu *et al.*, 2014). En effet, le nombre d'hôpitaux privés à but

lucratif ou non lucratif reste assez limité entre 1980 et 2007. Entre 2007 et 2010, un tournant politique dans la régulation publique du secteur hospitalier s'observe dans le rapport du 17^e congrès national du Parti communiste chinois et dans plusieurs circulaires : le gouvernement encourage désormais le développement des établissements de santé privés, à but lucratif ou non. Au cours de la dernière décennie, le nombre d'hôpitaux privés est multiplié par trois et dépasse largement le nombre d'hôpitaux publics (tableau I).

Tableau 1. Évolution du nombre d'hôpitaux selon leur statut juridique (2010-2018)

Hôpitaux en Chine	2010		2018	
	En nombre	En %	En nombre	En %
Publics	13 850	66	12 032	36
Privés à but non lucratif *	1 972	9	8 419	26
Privés à but lucratif	5 096	25	12 558	38
Ensemble	20 918	100	33 009	100

* En 1992, une circulaire émise par le ministère de la Santé autorise l'investissement des particuliers et des entreprises dans le secteur hospitalier en Chine. En 2000, une distinction entre hôpitaux privés à but lucratif et à but non lucratif est introduite par une circulaire publiée par le Conseil des affaires de l'État chinois. Les hôpitaux privés à but non lucratif en Chine, comme les établissements de santé privés à but non lucratif en France, ne distribuent aucun bénéfice aux fondateurs et gestionnaires. Ils bénéficient des avantages fiscaux et des subventions versées par les pouvoirs publics. Ces établissements, soumis à une tarification conjointe de l'administration locale de santé et de l'administration locale de l'industrie et du commerce jusqu'en fin d'année 2013 peuvent, depuis 2014, fixer librement leurs tarifs, à l'instar de leurs homologues privés à but lucratif.

Source : Yearbook of health in the People's Republic of China, 2019.

Tout comme le financement et la gestion de l'assurance maladie, la régulation publique du secteur hospitalier n'est pas centralisée. Elle est confiée aux

administrations de santé aux différents niveaux (ministériel, provincial et municipal). Ces administrations n'ont pas de rapports hiérarchiques entre elles : les

12. En Chine, les hôpitaux sont classés en dix catégories selon leurs domaines de compétence (soins généralistes, spécialistes, enseignement, recherche, etc.) et leur taille. Les hôpitaux IIIA, correspondant en France aux centres hospitaliers universitaires (CHU) et aux centres hospitaliers régionaux, représentent 8 % des hôpitaux et sont majoritairement publics. Les centres de services sanitaires sont des établissements de santé de proximité, rattachés aux communautés de quartier. Selon la ville et le quartier, ces centres sont soit classés en catégorie I, soit non classés.

administrations de santé provinciales et municipales sont respectivement soumises au pouvoir du gouverneur de province et du maire. Les hôpitaux publics sont encadrés par l'un de ces trois niveaux de l'administration. Par exemple, les tarifs d'un hôpital public provincial sont décidés conjointement par l'Administration de santé et l'Administration de l'industrie et du commerce provinciales, et ceux d'un hôpital public municipal par les autorités municipales (Li *et al.*, 2020).

Le prix des médicaments est également encadré par le gouvernement chinois (Lian, 2019 ; Li, 2020). Jusqu'en 2015, les médicaments sont soumis à une tarification étatique par la Commission nationale du développement et de la réforme. Mais une nouvelle réforme introduite en 2015 supprime cette tarification. En 2020, seul le tarif des médicaments remboursés par l'assurance sociale maladie est encadré par les pouvoirs publics.

**Augmentation de la capacité
d'accueil des hôpitaux
et mobilisation des soignants**

La mobilisation sanitaire de l'État chinois dans la lutte contre le Covid-19 passe d'un extrême à l'autre : avant le 20 janvier 2020, les gouvernements à tous les niveaux sont dans le déni, censurant tout type d'alerte ; à partir du 20 janvier au contraire, sur les conseils d'un comité scientifique composé de professeurs de médecine ¹³, ces mêmes gouvernements mettent en place de nombreuses mesures

exceptionnelles et radicales comme la mise en quarantaine d'une ville entière, le confinement sévère des habitants et la construction de nouveaux établissements de santé pour accueillir les patients atteints du Covid-19.

Durant cette période, la lutte contre l'épidémie est beaucoup plus décentralisée qu'on ne pourrait le croire : les gouvernements provinciaux et municipaux jouent un rôle clé en prenant des décisions politiques importantes ; l'État central tient un rôle de coordonnateur entre les différents territoires et finance une part limitée des actions publiques.

**Augmenter en urgence
la capacité d'accueil des hôpitaux**

La gestion de la capacité d'accueil des hôpitaux s'organise à l'échelle municipale. Prenons l'exemple de la ville de Wuhan. Le 20 janvier 2020, un Comité de direction municipal pour la lutte contre le Covid-19 (CDMLC) ¹⁴ est mis en place par la mairie. Ce comité est composé du maire, du secrétaire du Comité du Parti pour la municipalité, du directeur de l'Administration municipale de santé, etc.

À Wuhan, un hôpital (Jin Yin Tan) est désigné pour accueillir les patients atteints de maladies contagieuses transférés par d'autres hôpitaux ou cliniques. Il est saturé dès le 20 janvier. Le 22 janvier, le CDMLC de Wuhan décide de transformer sept autres hôpitaux en points d'accueil des patients atteints du Covid-19. Ces hôpitaux sont surtout des CHU et d'autres centres hospitaliers relevant

13. Dans ce comité, composé de cinq professeurs en médecine, quatre faisaient partie du comité scientifique de lutte contre le syndrome respiratoire aigu sévère (Sras), une autre maladie infectieuse des poumons due à un coronavirus, en 2003. Il est créé le 20 janvier par l'Administration nationale de santé, est élargi à 59 membres le 8 février et il comprend désormais de nouveaux membres de différents horizons (une quarantaine de chefs de pôle d'hôpitaux, quelques professeurs en santé publique, économistes et juristes).

14. Deux jours après, un comité de direction provincial, dirigé par le gouverneur et le secrétaire du Comité du Parti pour la province, est mis en place.

de la catégorie III. Les patients initialement accueillis dans ces établissements sont transférés ailleurs ou renvoyés à leur domicile ¹⁵. En une semaine, plus de 10 000 lits sont mobilisés à Wuhan. Néanmoins, peu de patients peuvent être hospitalisés : selon les données communiquées par l'Administration municipale de santé, entre le 22 et le 27 janvier, plus de 75 000 patients sont accueillis dans un des centres hospitaliers désignés, mais seuls 4 000 d'entre eux sont hospitalisés, et continuent à dénoncer le manque de lits sur les réseaux sociaux.

Le CDMLC de Wuhan annonce la construction de deux nouveaux hôpitaux (Huoshenshan et Leishenshan) les 23 et 25 janvier. Il ne s'agit pas d'une mesure sans précédent. Ces deux hôpitaux reprennent en fait le plan de construction de l'hôpital Xiaotangshan, bâti en urgence à Pékin dans la lutte contre le Sras. Cette décision est soutenue par le Conseil des affaires de l'État avec un transfert de 500 millions de yuan (équivalant à 62,5 millions d'euros). Mais la construction de ces deux hôpitaux est majoritairement financée par les dons sociaux. En effet, la mairie de Wuhan mobilise 1,35 milliard de yuan (soit 169 millions d'euros) de dons récoltés par la Fédération de charité de Wuhan.

La construction de ces deux hôpitaux est réalisée en dix jours, ce qui impressionne le monde entier. Mais cela est rendu possible par le dur travail de plus

de 40 000 ouvriers de différents métiers issus d'entreprises publiques nationales (China Construction Third Engineering Bureau, Sinomach, etc.), ainsi que d'entreprises publiques municipales (Wuhan Iron and Steel, Wuhan Construction, etc.). Ces ouvriers ont dû annuler leur congé du Nouvel An chinois et reprendre le travail en urgence. Finalement, les hôpitaux Huoshenshan et Leishenshan, créant plus de 2 600 lits de réanimation et de soins intensifs, pallient largement le manque de lits à Wuhan. Dans un dernier temps, le CDMLC cherche à augmenter la capacité des lieux d'accueil pour les patients présentant peu de symptômes ou des symptômes légers. Cet organisme est conseillé par le Pr. Chen Wang, professeur en pneumologie, vice-président de l'Académie chinoise d'ingénierie et anciennement président du comité scientifique dans la lutte contre le Sras en 2003 ¹⁶. Le CDMLC annonce le 2 février la décision d'un confinement dans les centres collectifs des patients suspects ou atteints de Covid-19 afin de mieux maîtriser la propagation du nouveau coronavirus. Le lendemain, la mise en place d'hôpitaux de fortune (hôpitaux Fangcang) dans les locaux de stades, de centres d'exposition, etc., est annoncée par le CDMLC. Seize hôpitaux de fortune, cofinancés par les dons et le transfert du gouvernement central, sont ainsi construits en deux semaines et accueillent au total plus de 12 000 patients.

15. Un mois après cette décision, le CDMLC publie une liste des hôpitaux accueillant désormais des patients atteints de maladies non liées au Covid-19. Néanmoins, selon notre enquête chef de pôle au Wuhan First Hospital, beaucoup de patients souffrant de maladies chroniques ont vu leur état de santé s'aggraver entre janvier et fin février. Plus de la moitié des décès dans les hôpitaux à Wuhan pendant cette période concernent les patients non atteints du nouveau coronavirus mais souffrant de maladies chroniques graves et qui n'ont pas été soignés ou mal soignés.

16. L'équipe de recherche du Pr. Wang a publié un article dans la revue *The Lancet* sur l'enjeu des hôpitaux Fangcang, ou hôpitaux de fortune (Chen *et al.*, 2020).

Mobiliser les soignants

La construction de nouveaux hôpitaux et la création de lits de réanimation et de soins intensifs se sont accompagnées d'une mobilisation des professionnels de santé (médecins et infirmiers) de grande ampleur. Néanmoins, les aides-soignants ne font pas l'objet de cette mobilisation : la plupart des hôpitaux accueillant des malades du Covid-19 suspendent en effet leurs postes. Les tâches qu'ils réalisaient initialement sont effectuées par les infirmiers pendant l'épidémie¹⁷. Deux types de mobilisation peuvent être identifiés : une mobilisation intra-régionale des professionnels de santé et une mobilisation interrégionale et des services de santé des armées.

Dans le premier cas, l'Administration municipale de santé demande dès le 20 janvier aux hôpitaux publics implantés à Wuhan de recenser le nombre de médecins et infirmiers volontaires pour travailler dans les hôpitaux dédiés aux patients atteints du Covid-19. Cependant, contrairement à la France, les étudiants en médecine et les professionnels retraités ne font pas l'objet de cette mobilisation. D'après notre entretien avec un médecin chef de pôle au Wuhan First Hospital, la quasi-intégralité des professionnels de santé de son service participent aux soins des patients atteints du Covid-19. Les médecins et infirmiers venant d'autres hôpitaux publics de Wuhan viennent en renfort pour assurer la continuité de service 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Une seconde vague de mobilisation est organisée par l'autorité locale de santé le 5 février, visant particulièrement les hôpitaux et cliniques privés à but lucratif ou

non lucratif, afin de soulager le manque de professionnels. La répartition et l'envoi de 540 000 médecins et infirmiers venant de 256 établissements de santé vers les 55 hôpitaux dédiés au Covid-19 sont gérés par l'Administration municipale de santé.

Dans le second cas, ces mobilisations des professionnels de santé sont coordonnées par l'Administration nationale de santé. À partir du 24 janvier, 280 équipes de renfort (35 000 professionnels dont un quart de médecins et trois quarts d'infirmiers) venant d'autres provinces chinoises s'installent dans différents hôpitaux dédiés aux patients contaminés à Wuhan. Selon notre enquête auprès d'un médecin pékinois venu en renfort à Wuhan entre fin janvier et fin février 2020, il y a eu plus de médecins volontaires que le nombre indiqué dans l'appel à renfort publié par son hôpital à Pékin. Cet hôpital pékinois a dû faire le tri et former une équipe d'« élite » comprenant notamment des médecins et infirmiers ayant eu l'expérience professionnelle de la lutte contre le Sras en 2003 et/ou ayant travaillé en soins intensifs et en réanimation. La mobilisation des services de santé des armées est plus fléchée : environ 4 000 médecins et infirmiers de réanimation militaires sont déployés à Wuhan, notamment à l'hôpital Huoshenshan.

Deux types de mesures de récompense sont mises en place par le Conseil des affaires de l'État à partir du 22 février¹⁸. D'une part, les professionnels de santé ayant participé à la lutte contre le Covid-19 perçoivent une prime exceptionnelle de 300 yuan (soit 38 euros) par jour et les « salaires de base » sont

17. Cette décision est sans doute liée au développement du métier d'aide-soignant en Chine : aucun diplôme d'État correspondant n'a été créé. Les aides-soignants en poste sont en contrat précaire, recrutés par les hôpitaux ou employés directement par les patients.

18. http://www.gov.cn/gongbao/content/2020/content_5488912.htm.

doublés pendant la période d'exercice. D'autre part, les médecins et infirmiers concernés bénéficient d'avantages dans l'évolution de leur carrière : la participation à la lutte contre le Covid-19 dans les hôpitaux leur permet d'être prioritaires dans les promotions et d'acquérir un an supplémentaire d'ancienneté. Ces mesures sont cofinancées par l'État central et les gouvernements locaux : l'État central ne finance que la prime journalière (300 yuan par jour). L'augmentation des salaires et les coûts éventuels liés aux avantages dans l'évolution de carrière sont pris en charge par les gouvernements municipaux et provinciaux.

Néanmoins, ces mesures sont critiquées par les médecins et infirmiers concernés. En effet, la circulaire prévoit que les professionnels perçoivent deux fois leur salaire de base comme rémunération. Or, dans les hôpitaux chinois, la rémunération des médecins est habituellement composée de trois parties : le salaire de base, une prime mensuelle d'activité (opérations, prescription d'exams, etc.) et une prime annuelle. Le salaire de base, fixé à l'échelle nationale en fonction du lieu d'exercice et du grade, reste très bas. Par exemple, le salaire de base mensuel d'un médecin en début de carrière se situe autour de 3000 yuan (environ 375 euros), et celui d'un professeur universitaire-praticien hospitalier en fin de carrière peut atteindre 9000 yuan (environ 1125 euros). En fonction du lieu d'exercice, de la spécialité et du grade, la prime d'activité d'un médecin peut correspondre à trois ou cinq fois son salaire de base. Selon notre enquête auprès d'un médecin du Wuhan First Hospital et d'un médecin pékinois ayant travaillé en renfort à Wuhan, les avantages monétaires promis par le gouvernement sont insuffisants par rapport à la perte des primes

mensuelles d'activité pendant le Covid-19. Au final, une grande partie des professionnels de santé perçoivent moins de revenus pendant la période de Covid-19 qu'avant.

Gérer l'afflux de patients

À Wuhan, bien que les pouvoirs publics aient augmenté la capacité d'accueil des hôpitaux en très peu de temps, l'inaction des gouvernements locaux et central pendant les trois premières semaines de janvier 2020 contribue à la propagation du virus. Le nombre de patients augmente exponentiellement. Dès le 23 janvier, le CDMLC met en place des mesures de confinement assez strictes visant à ralentir la propagation du virus (voir encadré), mais le manque cruel de lits hospitaliers et la difficulté d'accès aux soins pendant le Covid-19 durent pendant un mois (de mi-janvier à mi-février).

Une distribution administrative des ressources rares

La tension autour du manque de lits s'est concentrée sur l'accès aux soins intensifs et de réanimation. En effet, le CDMLC de Wuhan fixe une règle dès le 24 janvier : seuls les patients testés positifs au Covid-19 peuvent être hospitalisés. Autrement dit, à partir de cette date, bien que les patients puissent encore venir faire la queue à l'hôpital pour réaliser des examens (tomodensitométrie ou CT-Scan, bilan sanguin, etc.), ils ne peuvent plus être hospitalisés sans avoir obtenu les résultats du test PCR, même pour les cas très graves ou les personnes mourantes. L'admission en soins intensifs ou en réanimation n'est plus décidée par les médecins en fonction de la gravité des cas et de la disponibilité des lits.

Encadré

Les mesures de confinement à Wuhan

Une série de mesures de confinement sont mises en place par le CDMLC entre fin janvier et début février à Wuhan afin de ralentir la propagation du virus.

Phase 1 : la mise en quarantaine de la ville et la suspension des moyens de transports

À la suite d'une décision du Conseil des affaires de l'État chinois appliquant la loi relative aux maladies infectieuses, la ville de Wuhan est mise en quarantaine à partir du 23 janvier à 10 heures : les stations ferroviaires, les aéroports ainsi que les autoroutes sont fermés. Les transports publics intra-muros sont interrompus. Le lendemain, 50 % des taxis de la ville de Wuhan sont réquisitionnés et mis à disposition des communautés de quartier pour transporter les patients à l'hôpital. L'usage de voitures personnelles est interdit le 26 janvier. Cette série de mesures limite largement les déplacements des habitants.

Phase 2 : le confinement des habitants dans leur quartier résidentiel¹

Le 11 février, le CDMLC annonce une nouvelle mesure restrictive en confinant la population locale dans ses quartiers résidentiels fermés² : chaque quartier garde alors un accès unique avec des contrôles d'entrées et de sorties³ ; les habitants n'ont plus droit de sortir de leur quartier résidentiel sauf exception⁴. Les livraisons de courses et de médicaments sont organisées par les agents des communautés de quartier.

Phase 3 : le déconfinement progressif

Le 20 mars, alors que 88,7 % des quartiers résidentiels fermés ne présentent aucun cas de Covid-19, le CDMLC annonce le déconfinement partiel : les entreprises, usines et administrations reprennent progressivement leurs activités. Les habitants des quartiers résidentiels sans cas positif peuvent sortir travailler ou faire leurs courses. Les réseaux de bus et de métro reprennent respectivement à partir du 23 et du 25 mars. Le 8 avril, la ville de Wuhan entame le déconfinement général. Les transports interrégionaux sont rétablis. Néanmoins, le contrôle de la température corporelle à l'entrée et à la sortie des quartiers résidentiels fermés est maintenu.

1. En Chine, les quartiers résidentiels fermés (*xiao qu*) sont généralement des complexes résidentiels fermés et sécurisés, composés de plusieurs ou plusieurs dizaines d'immeubles.

2. Même s'il s'agit d'une mesure de confinement au sein du quartier résidentiel fermé, en réalité les habitants n'ont plus le droit de sortir de chez eux. Ils ne peuvent pas circuler librement à l'intérieur du quartier résidentiel.

3. Une partie des cadres fonctionnaires et membres du parti sont arrivés en renfort dans les quartiers résidentiels à Wuhan à partir du 11 février pour aider à gérer l'organisation des services de proximité (livraison de courses, etc.) et le contrôle à l'entrée /à la sortie.

4. Les exceptions comprennent les cas suivants : professionnels médicaux et travailleurs autorisés ; un seul membre de chaque ménage peut sortir tous les trois jours pour faire des courses afin de subvenir aux besoins essentiels.

Néanmoins, si les tests de dépistage du Covid-19 sont nécessaires pour pouvoir bénéficier de soins hospitaliers, la capacité de test est très limitée par rapport à la demande : le 24 janvier, il est possible de faire environ 600 tests PCR par jour à Wuhan, alors que « la ville » compte 10 millions d'habitants. Même si cette capacité est multipliée par 33 à la date du 5 février¹⁹, le test, une ressource extrêmement rare à Wuhan, devient un véritable instrument de rationnement face au manque de lits. Parallèlement, le 24 janvier, le CDMLC met en place un système pyramidal de gestion des lits : les communautés de quartier et les centres de services sanitaires qui leur sont rattachés sont chargés de recenser les cas suspects et de classer les demandes d'accès aux soins en fonction de la gravité des cas parmi leurs habitants. Les centres de services sanitaires des communautés de quartier n'accueillent pas de patients atteints du Covid-19, mais jouent un rôle dans le tri des cas : les agents administratifs, les médecins et les soignants se déplacent tous les jours chez les habitants de leur quartier et remplissent les formulaires exigés par leurs supérieurs hiérarchiques. Ces informations sont remontées aux sous-districts correspondants, puis aux districts et enfin regroupées au CDMLC. Ce dernier, disposant d'informations centralisées sur la disponibilité des lits en temps réel dans les hôpitaux de Wuhan, décide de l'attribution des tests et des lits parmi les communautés de quartier. L'admission des patients se décide donc à l'échelle de la ville, et est le fait

des cadres administratifs et non pas des professionnels de santé hospitaliers.

Dans ce système de gestion des lits hospitaliers, les communautés de quartier jouent un rôle essentiel : elles sont en charge de récolter des renseignements sur les habitants locaux (informations démographiques, informations épidémiologiques, etc.), d'organiser la mise en quarantaine des patients confirmés ou suspects, de surveiller le confinement, de désinfecter les quartiers, etc. Sur ce point, Wuhan n'est pas un cas isolé. Au contraire, quelle que soit la ville, les gouvernements municipaux s'appuient largement sur les communautés de quartier pour les renseignements et la gestion de la population locale (Liu, Chen, Wang, Xia, 2020 ; He, 2020).

Une volonté de réduire les inégalités sociales d'accès aux soins mais un bilan mitigé

En matière de réduction des inégalités sociales, la ville de Wuhan est pionnière en Chine. Dès le 21 janvier, le CDMLC de Wuhan annonce la prise en charge intégrale des frais de soins dus au Covid-19 par l'assurance maladie et par les gouvernements municipaux et provincial. En effet, selon les données communiquées par Xianjun Xiong, haut responsable de l'Administration nationale, jusqu'au 6 avril 2020, la moyenne du coût des soins hospitaliers pour les patients atteints du Covid-19 s'élève à 21 500 yuan (soit 2 687 euros), et pour ceux admis en soins intensifs ou en réanimation à 150 000 yuan (soit 18 800 euros)²⁰. Selon

19. Avant le 22 janvier, seul le Centre de contrôle et de prévention des maladies (CCPM) provincial était autorisé à effectuer les tests PCR. Les hôpitaux de Wuhan doivent envoyer les échantillons prélevés au CCPM provincial qui a une capacité journalière de test très limitée. L'Administration municipale de santé de Wuhan autorise 9 hôpitaux publics et quelques laboratoires privés à effectuer les tests PCR respectivement à partir du 22 janvier et du 28 janvier. Les laboratoires privés à Wuhan sont en capacité d'effectuer plus de 10 000 tests PCR par jour début février.

20. http://www.ccdi.gov.cn/yaowen/202004/t20200411_215163.html.

la même source, 66,6 % des frais sont pris en charge par l'assurance maladie. En effet, comme nous l'avons mentionné dans la première partie, le taux de remboursement se différencie largement selon la branche et les catégories socio-professionnelles : les fonctionnaires peuvent bénéficier d'une prise en charge de la quasi-totalité des frais de soins, alors que les paysans en paient en général plus de 50 %. La configuration du système de l'assurance maladie en Chine est source d'inégalités sociales en termes d'accès aux soins et de conséquences financières. Dans ce contexte, la décision de la ville de Wuhan contribue à réduire ces inégalités : la municipalité décide de financer le reste à charge pour tous les patients atteints du Covid-19 et devant être hospitalisés. Autrement dit, quel que soit leur statut (citadin ou paysan) et quel que soit leur métier, les patients n'ont aucun reste à charge à payer. Néanmoins, cette décision a de lourdes conséquences financières. Par exemple, jusqu'au 19 février, le financement de ce reste à charge coûte à la municipalité de Wuhan plus de 450 millions de yuan (soit 56,3 millions d'euros) ²¹.

La politique de financement intégral du reste à charge par les gouvernements locaux (municipaux et provinciaux) est très vite généralisée à toute la Chine, suite à une décision du Conseil des affaires de l'État, le 22 janvier. Cette politique est sans doute appréciable du point de vue de la réduction des inégalités sociales entre les individus, mais elle contribue largement à l'aggravation de l'endettement de ces gouvernements locaux. Au final, ces derniers supportent

plus de 70 % des dépenses engagées dans les différentes actions de lutte contre le Covid-19 (construction de nouveaux hôpitaux, prise en charge des frais de soins, etc.) ²².

Néanmoins, d'autres facteurs d'inégalités sociales sont identifiés pendant l'épidémie de Covid-19, notamment dans la ville de Wuhan. D'abord, le rationnement et la distribution administrative des tests PCR et des lits dans les hôpitaux créent des inégalités dans l'accès aux soins hospitaliers, notamment pendant la période du 23 janvier au 16 février. En effet, les lits de soins intensifs sont progressivement créés, alors que la demande est en croissance exponentielle en continu. Le quota attribué à chaque communauté de quartier est très limité. Par exemple, selon notre entretien avec un agent administratif d'un sous-district, les communautés de quartier de son territoire obtiennent entre 3 et 10 lits d'hospitalisation par jour à la fin janvier, alors que la demande est 20 fois plus importante. En conséquence, les agents des communautés de quartier encouragent les habitants à mobiliser leurs propres réseaux pour être admis à l'hôpital. Entre le 20 janvier et le 16 février, de nombreux messages de demande d'aide sur les réseaux sociaux chinois (Weibo, Wechat, etc.) sont publiés. Les habitants locaux appellent aussi les différents numéros verts mis en place par la mairie de Wuhan et d'autres administrations municipales. Mais selon le même enquêteur, les patients bénéficiant de réseaux politiques peuvent trouver un lit plus rapidement que ceux qui disposent de peu de réseaux, et qui

21. <http://www.gov.cn/xinwen/gwyflkjz23/wzsl.htm>. Les gouvernements locaux, et notamment la ville de Wuhan, récoltent 4,8 milliards de yuan (soit 602 millions d'euros) de dons monétaires via les fédérations de charité municipales.

22. http://czj.wuhan.gov.cn/BMDT/GZDT/202004/t20200422_1072558.html.

sont obligés d'attendre pendant des jours ou des semaines.

Ensuite, la gestion territoriale de la lutte contre le Covid-19 entraîne des inégalités sociales entre les différents territoires. En janvier, les médias chinois se focalisent surtout sur l'épidémie dans la ville de Wuhan. Cependant, d'autres villes de la même province sont aussi gravement touchées par l'épidémie, notamment Xiaogan et Huanggang qui sont respectivement les deuxième et troisième villes les plus affectées de toute la Chine²³. Mais pendant tout le mois de janvier, très peu de reportages ou de discussions sur ces deux villes en font état. La différenciation d'exposition médiatique semble avoir une forte corrélation avec le montant des transferts financiers de l'État central et les dons sociaux monétaires ou en nature effectués. Par exemple, selon les données publiées par la Fédération de charité provinciale de Hubei le 28 janvier, le total des dons monétaires perçus par la seule ville de Wuhan équivalait à l'addition des dons perçus respectivement par Xiaogan et par Huanggang²⁴.

Enfin, les personnes atteintes d'autres maladies que le Covid-19 se retrouvent dans des situations particulièrement difficiles. Ceci est notamment le cas chez les individus souffrant de maladies chroniques et chez les personnes âgées à Wuhan. Comme expliqué plus haut,

plusieurs hôpitaux de catégorie III sont transformés en établissement d'accueil des malades du Covid-19. Les patients non-Covid-19 déjà sur place sont transférés vers d'autres établissements (souvent plus petits et moins équipés) ou renvoyés à domicile. Selon notre enquête auprès des agents de communautés de quartier à Wuhan, bien que l'Administration nationale de santé ait publié une circulaire demandant aux centres de soins de chaque communauté de quartier d'assurer le suivi des malades chroniques²⁵, les médecins et soignants sont dans l'incapacité de leur garantir les soins, car ils sont concentrés sur la lutte contre le Covid-19. De nombreux récits de vie et appels à l'aide publiés par les habitants sur les réseaux sociaux chinois témoignent des difficultés rencontrées par ces patients dans l'accès aux soins.

Gestion des pénuries de matériels et mobilisation de l'industrie

Pendant l'épidémie, au-delà du manque de lits, Wuhan doit faire face à des pénuries de matériels médicaux (respirateurs artificiels, oxygène médical, etc.) et d'équipements de protection individuelle (masques, vêtements de protection, gants chirurgicaux, etc.) pendant un mois et demi entre mi-janvier et fin février. Des milliers de messages d'appel aux dons

23. Ces deux villes enregistrent respectivement 3 518 et 2 905 cas de Covid-19 à la date du 29 février. Xiaogan (4,9 millions d'habitants) et Huanggang (6,3 millions d'habitants) comptent au total le même nombre d'habitants que Wuhan (11 millions). Bien que les taux d'incidence du Covid-19 (nombre de cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) dans ces deux villes soient moins importants qu'à Wuhan, elles sont beaucoup moins bien dotées en lits d'hôpitaux, notamment en lits de réanimation. En effet, on constate une concentration des services hospitaliers à Wuhan parmi les 13 villes-préfectures à Hubei : plus de 35 % des meilleurs hôpitaux (67 hôpitaux en catégorie III et IIIA) se trouvent à Wuhan. Xiaogan et Huanggang n'ont que respectivement 10 et 8 hôpitaux des mêmes catégories. On observe un manque de lits hospitaliers et de matériels médicaux dans ces deux villes.

24. <https://www.hbcf.org.cn/ppv.html?ppvId=93efd338-b4a8-4620-952c-a0135aa59622>.

25. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/dd1e502534004a8d88b6a10f329a3369.shtml>.

sont publiés chaque jour par les hôpitaux et les professionnels de santé de la ville, et relayés par les internautes sur les réseaux sociaux, notamment sur le site de Weibo (« microblog », équivalent de Twitter en Chine) entre le 20 janvier et le 10 février. Ces messages sont souvent accompagnés de photographies de masques faits maison, de surblouses artisanales fabriquées à partir des sacs-poubelle ainsi que de récits expliquant le manque d'équipements d'assistance respiratoire pour témoigner de l'urgence de la situation.

**Appels à la solidarité
et gestion bureaucratique des dons**

Dans ces circonstances, le gouvernement municipal réagit assez lentement : le 23 janvier, le CDMLC de Wuhan annonce que le stock de matériels médicaux et d'équipements de protection est suffisant et qu'il n'y a aucun motif d'inquiétude. Ce discours est critiqué le soir même par une émission de télévision de la chaîne nationale (« CCTV News ») qui relaye les messages d'appel aux dons des soignants. Le lendemain, le CDMLC lance un appel aux dons en précisant leur gestion centralisée par deux associations parapubliques²⁶ : tous les dons monétaires et de matériels non médicaux seront récoltés par la Fédération de Charité de Wuhan ; les dons de matériels médicaux et de protection seront collectés par la Croix-Rouge locale. Ces dons seront ensuite redistribués par ces deux structures vers les hôpitaux. Les hôpitaux n'ont donc plus le droit de recevoir des dons directs venant d'individus ou de sociétés.

La gestion monopolistique des dons par ces deux structures semi-publiques fait l'objet de nombreuses et sévères critiques. En effet, les entreprises et individus chinois se mobilisent très vite,

dès le 20 janvier, pour envoyer des dons monétaires ou en nature à Wuhan. De nombreux groupes de solidarité de différentes tailles sont créés sur Wechat (équivalent de WhatsApp) pour partager les informations (appels aux dons, donateurs éventuels, etc.), récolter les dons monétaires et en nature et les transporter à Wuhan. Par exemple, la Fédération de Charité de la ville reçoit 4,8 milliards de yuan de dons (soit 600 millions d'euros). Des centaines de milliers de masques et d'autres équipements de protection sont envoyés par les Chinois de toutes les régions. Cependant, les hôpitaux de Wuhan continuent de dénoncer le manque de matériel sur les réseaux sociaux. En effet, selon nos entretiens avec les bénévoles responsables de deux groupes de solidarité ayant affaire avec la Croix-Rouge de Wuhan, les dons en nature (matériels médicaux et de protection) sont obligés de passer par son intermédiaire alors même qu'elle n'a pas la capacité de gérer une telle quantité de matériel. D'une part, la Croix-Rouge de Wuhan ne compte que 13 titulaires et une cinquantaine de bénévoles jusqu'au 25 janvier 2020 ; d'autre part, la gestion du stockage et de la redistribution des dons n'est pas informatisée : tout est renseigné sur papier. Le 1^{er} février, des journalistes de la CCTV pointent l'inefficacité de la Croix-Rouge de Wuhan en publiant des photos de stades ou de centres d'exposition complètement remplis de matériels médicaux et de protection, qui sont censés être redistribués aux hôpitaux depuis plus de 10 jours. Dès le 2 février, le CDMLC supprime ce système de gestion monopolistique des dons : les hôpitaux peuvent désormais recevoir des dons directement auprès des donateurs.

26. Dans la littérature anglophone sur les ONG, ce type d'associations est appelé *Government-organized non-governmental organization* (GONGO). Pour plus de précisions, voir Pech (2011).

Mobilisation du secteur industriel

À partir du 28 janvier, face aux pénuries continues de matériels médicaux et de protection, le gouvernement central et la municipalité de Wuhan commencent également à mobiliser le secteur industriel ²⁷. Les entreprises nationales implantées à Wuhan sont d'abord sollicitées. Par exemple, le maire de Wuhan rencontre le directeur général de Wuhan Iron and Steel le 28 janvier, lui demandant d'augmenter sa capacité de production d'oxygène médical et d'aider les hôpitaux à installer des systèmes d'oxygène dans les meilleurs délais ²⁸. Les entreprises nationales d'autres régions sont également convoquées par le gouvernement central pour mieux faire face aux pénuries à Wuhan. Par exemple, le ministère de l'Industrie et des Technologies de l'information chinois alloue une vingtaine de milliers d'équipements de protection fabriqués en urgence à la fin janvier par une entreprise nationale dans la province de Shandong. Dans les communiqués de presse, les gouvernements à différents niveaux emploient le terme de « négociation » pour décrire la

mobilisation de l'industrie. Mais selon le professeur et conseiller du maire de Pékin interviewé, ces entreprises nationales n'ont pas vraiment le choix face à cette demande, car les rapports avec les gouvernements constituent un enjeu très important pour la survie de leur activité.

Au-delà de la mobilisation des entreprises publiques, le gouvernement central met également en place des mesures spécifiques pour inciter à la production des matériels médicaux et d'équipements de protection. En effet, beaucoup d'usines chinoises ont fermé leurs portes entre le 24 janvier et le début du mois de février pour la fête de Nouvel An chinois. Le gouvernement central promet donc des primes pour financer les surcoûts liés à l'augmentation de la capacité productive pendant les jours fériés, ainsi que l'achat par l'État des produits non vendus en cas de surproduction. À la suite de ces annonces, un nombre important d'usines privées se lancent dans la fabrication de matériels de protection ²⁹. Dans le secteur du transport, plusieurs entreprises privées se mobilisent en créant des lignes spécifiques pour les transporter en priorité et

27. Wuhan est une mégapole industrielle. Les industries optoélectronique et informatique, manufacturière (notamment automobile), pharmaceutique et biomédicale sont les piliers de l'économie locale. Selon l'« Annuaire statistique de Wuhan 2018 », les revenus totaux de ces trois secteurs dépassent 500 milliards de yuan (soit 62,5 milliards d'euros).

28. Dans la province de Hubei, l'un des principaux producteurs d'oxygène médical est une filiale de Wuhan Iron and Steel : elle fournit 50 % de l'oxygène médical dans cette province.

29. Selon une enquête réalisée par une équipe d'économistes l'Université de Wuhan, dans cette ville, la situation des entreprises industrielles pendant la propagation du Covid-19 se différencie selon la branche du métier et la taille de l'entreprise (Luo *et al.*, 2020). Le congé du Nouvel An chinois est prolongé jusqu'au 13 février dans la province de Hubei suite à une décision prise par le Conseil des affaires de l'État le 26 janvier. À Wuhan, plus de 90 % de PME et d'entreprises d'automobiles mettent à l'arrêt leurs activités dès le 23 janvier, leurs travailleurs étant souvent des ouvriers migrants habitués à retourner dans leur région natale pour fêter le Nouvel An. Ces entreprises ne peuvent réouvrir leurs portes avant la mi-mars, car celles qui souhaitent reprendre les activités économiques pendant le confinement doivent obtenir une autorisation de la part du CDMLC. Cependant, d'autres producteurs ne connaissent pas la même situation : les grandes entreprises (publiques ou privées) optoélectroniques et informatiques, pharmaceutiques et biomédicales, de la métallurgie et de la construction ne ferment pas leurs portes ni pendant le congé du Nouvel An ni pendant le confinement, même si la capacité de production est maintenue à un niveau plus faible qu'en temps normal. Beaucoup de ces entreprises sont mobilisées par le CDMLC pour fabriquer des matériels médicaux et des équipements de protection.

gratuitement vers la province de Hubei. Néanmoins, la mobilisation volontaire des entreprises privées est beaucoup moins médiatisée et moins reconnue par les gouvernements chinois que celle des entreprises publiques. De manière générale, on peut dire que le gouvernement chinois central et le gouvernement local ont sous-estimé la gravité des pénuries de matériels en début d'épidémie, car la mairie de Wuhan a simplement compté sur les dons en lançant des appels à la solidarité. C'est seulement à partir de la fin janvier 2020 que les pouvoirs publics central et municipal commencent à mobiliser le secteur de l'industrie, ce qui ne facilite pas la gestion des pénuries de matériels et la lutte contre le Covid-19.

Conclusion

Dans cet article, nous avons analysé à partir d'une enquête par entretiens et d'études d'archives publiques ou transmises par nos enquêtés la mobilisation sanitaire de l'État chinois face à l'épidémie de Covid-19 entre janvier et mars 2020, avec une focalisation sur la ville de Wuhan, épice de la pandémie. Le gouvernement municipal (et en particulier le Comité de direction municipal pour la lutte contre le Covid-19 de Wuhan) joue un rôle clé durant cette période de crise sanitaire. D'une part, les décisions importantes sont principalement prises à cette échelle, en s'appuyant sur les conseils d'un comité scientifique : la construction et la transformation des hôpitaux, la centralisation de l'information sur la disponibilité des lits ainsi que la redistribution administrative des tests et des lits par le CDMLC, la mobilisation des entreprises nationales implantées dans la ville pour augmenter la production des équipements médicaux, etc.

D'autre part, les dépenses liées à la lutte contre le Covid-19, y compris les primes versées aux professionnels de santé mobilisés, sont majoritairement supportées par les gouvernements locaux, notamment la municipalité. Quant à l'État central, il joue un rôle important mais secondaire : il assure la coordination de la mobilisation interrégionale des professionnels de santé et du matériel, la mobilisation de l'industrie et notamment des entreprises nationales pour la production des équipements, et le financement d'une partie des dépenses liées à la lutte contre le Covid-19.

Au final, il nous semble donc réducteur de parler d'une mobilisation sanitaire de l'État chinois de manière globale comme le font la plupart des médias et certains travaux scientifiques : il est plus pertinent de parler *des* mobilisations sanitaires de la part *des* pouvoirs publics à différents niveaux. Ce régime de mobilisation, s'appuyant sur la municipalité comme pilier principal, présente des avantages (notamment, le rapprochement des décisions politiques du terrain) mais pose également plusieurs problèmes. Premièrement, les provinces et les municipalités des différentes régions n'ont pas les mêmes capacités de mobilisation. Comme nous l'avons montré dans cet article, les grandes villes comme Wuhan attirent plus d'attention politique et médiatique, et elles reçoivent davantage d'aides publiques et de dons, ce qui creuse les inégalités économiques, financières et sociales entre les différents territoires. Deuxièmement, les municipalités ne sont pas seulement les responsables politiques, mais également les responsables financiers de l'action publique. Malgré les recettes fiscales et les dons perçus par les organismes de charité à l'échelle locale, les coûts (en particulier le manque à gagner des recettes fiscales)

et les dépenses liées à la lutte contre l'épidémie de Covid-19 ont aggravé l'endettement des gouvernements locaux, notamment dans les régions les plus pauvres de la Chine.

Achévé de rédiger le 9 octobre.

Sources :

- Audin J. (2015), « Gouverner par la communauté de quartier (*shequ*) en Chine : ethnographie de la bureaucratisation participante des comités de résidents à Pékin », *Revue française de science politique*, vol. 65, n° 1, p. 85-110, <https://doi.org/10.3917/rfsp.651.0085>.
- Bray D. (2006), « Building "Community": New Strategies of Governance in Urban China », *Economy and Society*, vol. 35, n° 4, p. 530-549, <https://doi.org/10.1080/03085140600960799>.
- Chen S., Zhang Z., Yang J., Wang J., Zhai X., Bärnighausen T., Wang C. (2020), « Fangcang shelter hospitals: A novel concept for responding to public health emergencies », *The Lancet*, vol. 395, n° 10232, p. 1305-1314, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30744-3).
- Gao X., Yu J. (2020), « Public governance mechanism in the prevention and control of the COVID-19: Information, decision-making and execution », *Journal of Chinese Governance*, vol. 5, n° 2, p. 178-197, <https://doi.org/10.1080/23812346.2020.1744922>
- Gu E., Li L. (2020), « Crippled community governance and suppressed scientific/professional communities: A critical assessment of failed early warning for the COVID-19 outbreak in China », *Journal of Chinese Governance*, vol. 5, n° 2, p. 160-177, <https://doi.org/10.1080/23812346.2020.1740468>.
- He M. (2020), « Le rôle des communautés de quartier dans la lutte contre la Covid-19 à Chengdu », Colloque « Covid-19 au prisme de la sociologie » [en ligne], Tsinghua University, Pékin, Chine, 26 avril [en chinois].
- Jia K., Zhao Q (2008), *30 ans de réformes économiques chinoises : finances publiques et politiques budgétaire (1978-2008)*, Presse de Chongqing Université [en chinois].
- Jiang Y., Yang J. (2015), « Route of achieving hierarchical medical system by optimizing the elements of affecting the choice of medical service », *Chinese Hospitals*, vol. 19, n° 12, p. 15-17 [en chinois].
- Li Y., Yao D., Li J., Zhu H., Chen Y. (2020), « Study on medical service pricing method in public hospital », *Soft Science of Health*, vol. 34, n° 3, p. 23-26 [en chinois].
- Li Z. (2020), « Research on the problems and countermeasures of the market-orientated reform of drug prices in China », *Strait Pharmaceutical Journal*, n° 4, p. 224-227 [en chinois].
- Lian Y. (2019), « Drug reform. From the last few kilometers to the last mile », *Chinese Health*, n° 8, p. 46-49 [en chinois].
- Liu Y., Qi L., Zhu Q. et al. (2014), « History and relevant policies of the private medical institutions in China », *Chinese Hospital Management*, vol. 34, n° 5, p. 14-17 [en chinois].
- Liu P., Zhong X., Yu S. (2020), « Striking a balance between science and politics: Understanding the risk-based policy-making process during the outbreak of COVID-19 epidemic in China », *Journal of Chinese Governance*, vol. 5, n° 2, p. 198-212, <https://doi.org/10.1080/23812346.2020.1745412>.
- Liu S., Chen J., Wang Y., Xia D. (2020), « Sociological thinking of epidemic prevention and control », *Academics*, n° 2, p. 50-67 [en chinois].
- Luo Z., Sheng H., Li X. et al. (2020), « Entreprises de la province de Hubei face au Covid-19 », [en ligne] https://www.thepaper.cn/newsDetail_forward_6238948 [en chinois].
- Meng Q., Fang H., Liu X., Yuan B., Xu J. (2015), « Consolidating the social health insurance schemes in China: Towards an equitable and efficient health system », *The Lancet*, vol. 386, n° 10002, p. 1484-1492, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00342-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00342-6).
- Pech T. (2011), « Les nouvelles frontières de l'humanitaire », in Paugam S. (dir.), *Repenser la solidarité*, Paris, Puf, p. 783-795, <https://doi.org/10.3917/puf.pauga.2007.02.0783>.
- Wang S. (2020), « Wuhan, vivre et survivre », *La Vie des idées*, <https://laviedesidees.fr/Wuhan-vivre-et-survivre.html>.
- Wei X. (2020), « China's response to the coronavirus pandemic », *Cambridge Core Blog*, <https://bit.ly/34cY2nb>.
- Zhang Q. (2011), « Décentralisation fiscale en Chine : expériences, défi et nouveau chemin », *Tribune of Political Science and Law*, n° 5, p. 94-101 [en chinois].
- Zhang Z., Li Y. (2015), « Development and reform of the legal system for health insurance

LA MOBILISATION SANITAIRE DES POUVOIRS PUBLICS LOCAUX

in China », *Chinese Journal of Health Policy*, vol. 8, n° 4, p. 35-40 [en chinois].

Zhou X. (2017), *The Institutional Logic of Governance in China: An Organizational Approach*, SDX & Harvard-Yenching Academic Library.

Zhou F. (2006), « A decade of tax-sharing: The system and its evolution » *Social Science in China*, n° 6, p. 100-115 [en chinois].

Zhou F. (2012), *Benefiting from Profit: Fiscal Relation and Behaviour of Local Government*, Joint Publishing [en chinois].

Argentine

Une mobilisation forte, précoce... mais insuffisante de l'État fédéral

Virginia MELLADO et Arnaud TRENTA¹

Comme la plupart des pays latino-américains, l'Argentine est touchée par l'épidémie de Covid-19 à partir du mois de mars 2020, à la suite du retour de personnes ayant transité dans des « zones à risque », principalement en Europe. Le premier cas (un homme de 45 ans revenant d'Italie) est confirmé le 3 mars et le premier décès lié au nouveau coronavirus (un homme de 64 ans ayant séjourné en France) est enregistré le 8 mars. Le 12 mars, au lendemain de la qualification de l'état de pandémie du Covid-19 par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)², le président de la République argentine décrète la situation « d'urgence sanitaire » pour une durée d'un an³, avec notamment pour

effet l'annulation des vols en provenance des zones affectées par le Covid-19 et la restriction des rassemblements de personnes dans les lieux publics. D'autres mesures suivent rapidement comme la fermeture des écoles et des administrations publiques le 16 mars, puis le confinement obligatoire de toute la population le 20 mars⁴. À partir du 13 avril et après un confinement strict de 23 jours, le gouvernement lève progressivement les restrictions de mouvement et d'activité pour concentrer son action sur les principales régions touchées par l'épidémie : la ville de Buenos Aires et sa proche banlieue⁵, ainsi que les provinces de Chaco (Nord-Est), Jujuy (Nord-Ouest) et Río Negro (Patagonie). Jusqu'au mois de septembre,

1. Chercheure à l'Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INCIHUSA-CONICET) de Mendoza ; chercheur à l'IRES.

2. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur le Covid-19, 11 mars 2020, <https://bit.ly/31r51YZ>.

3. Decreto DNU 260/2020, <https://bit.ly/2TbIJ8Y>.

4. Decreto 297/2020, <https://bit.ly/2HjeUkx>. Le décret précise néanmoins une liste de 24 services considérés comme essentiels durant la crise sanitaire afin de permettre le maintien de ces activités et la circulation des travailleurs concernés.

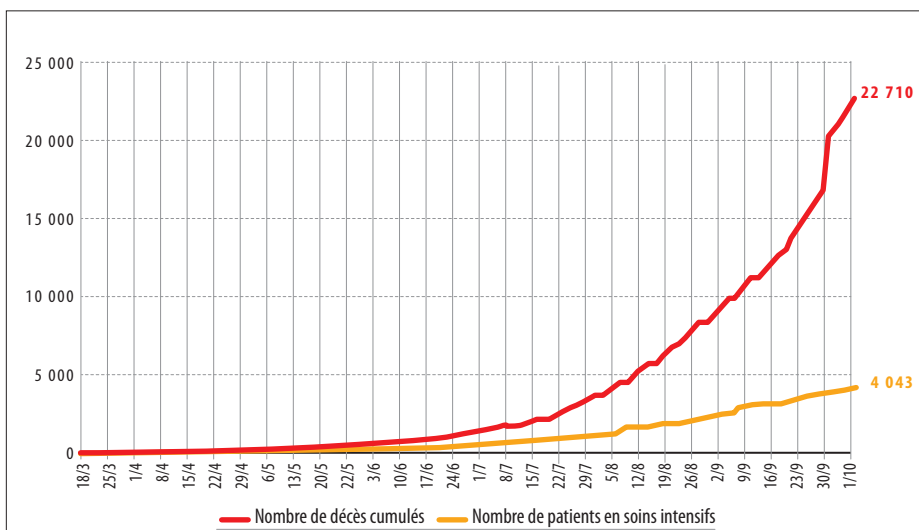
5. L'aire métropolitaine de Buenos Aires comprend la ville de Buenos Aires et les 40 communes qui l'entourent. Cette agglomération urbaine est la plus importante et la plus dense du pays, elle concentre 14 800 000 personnes, soit 37 % de la population nationale selon le recensement de 2010.

la fermeture des écoles reste toutefois quasi généralisée sans prévision de retour à la normale, les rassemblements de personnes sont toujours limités dans les lieux publics et les frontières terrestres et aériennes demeurent fermées à l'ensemble des pays du globe.

L'importance et la précocité de ces mesures a permis de ralentir la transmission du nouveau coronavirus, sans toutefois en permettre l'éradication. Progressivement, l'ensemble des provinces argentines a été touché par l'épidémie et l'augmentation du nombre de décès liés au Covid-19 s'est accélérée à partir du mois de juillet (graphique 1). Au 8 octobre, selon le rapport du ministère de la Santé du gouvernement fédéral, le bilan national de l'épidémie de Covid-19

s'élève à 856 369 cas diagnostiqués sur un total de 2 166 276 tests réalisés et à 22 710 morts, soit un taux de mortalité de 515 par million d'habitants ⁶. Au niveau de la région latino-américaine et caribéenne, principal foyer de la pandémie depuis le mois de juin 2020, l'intervention volontariste de l'État argentin se distingue toutefois de celle de ses voisins comme le Brésil, le Chili, le Pérou, la Colombie ou encore le Mexique, où les gouvernements centraux ont fait preuve d'une certaine passivité dans leur gestion de la crise sanitaire. Plusieurs éléments permettent de comprendre les ressorts d'une mobilisation sanitaire de l'État conséquente au sein de cette République fédérale rongée par les inégalités sociales et territoriales.

Graphique 1. Nombre de décès cumulés et de patients en soins intensifs pour Covid-19 dans l'ensemble du pays (18 mars-8 octobre 2020) *



* La courbe des décès montre un saut des données à la fin du mois de septembre (+3500 morts) qui correspond à la mise en œuvre d'un nouveau système de décompte dans la province de Buenos Aires. Il croise trois bases de données issues de registres différents afin d'améliorer l'actualisation du nombre de décès par Covid-19. Source : Jorge Aliaga (chercheur au CONICET), d'après les données du ministère de la Santé du gouvernement fédéral.

6. Selon le recensement de 2010, l'Argentine compte 44 117 096 habitants.

D'une part, le décret dit « d'urgence sanitaire » et l'ensemble des mesures liées à la pandémie de Covid-19 s'inscrivent dans le cadre d'une loi promulguée le 23 décembre 2019 pour faire face à la forte dégradation économique et sociale du pays au cours des deux dernières années. Dès sa prise de pouvoir, le nouveau président de la République Alberto Fernandez ⁷ soumet au vote du Congrès la loi 27541 de « solidarité sociale et de relance productive dans le cadre de l'état d'urgence » ⁸ qui renforce les pouvoirs du gouvernement fédéral dans plusieurs champs d'action publique (économie, finance, fiscalité, énergie, santé, social), jusqu'au 31 décembre 2020. Sur le plan sanitaire, le principal objectif de cette loi concerne la régulation des prix des médicaments dans le but d'en universaliser l'accès à ceux considérés comme essentiels. Dans le contexte de la pandémie, le décret du 12 mars 2020 « d'urgence sanitaire » élargit les prérogatives du ministère de la Santé du gouvernement fédéral qui devient l'institution chargée de définir et de coordonner les mesures visant à limiter la propagation du nouveau coronavirus et à garantir les soins aux personnes infectées.

D'autre part, l'architecture du système de santé argentin permet une couverture universelle, même s'il existe des inégalités fortes au niveau de l'offre de soins entre les classes sociales et les territoires. En effet, bien qu'ayant vocation à l'universalité, ce système sanitaire est fragmenté tant au niveau sectoriel (corporatif, privé et public) que juridictionnel (fédéral, provincial, municipal). Deux

systèmes d'assurance maladie coexistent pour couvrir les soins des populations intégrées dans l'économie formelle et un système public de santé prend en charge les populations pauvres et/ou travaillant dans l'informalité (voir *infra*, encadré).

La préexistence d'un cadre légal renforçant les prérogatives du pouvoir exécutif dans un contexte d'état d'urgence et d'un système de santé à vocation universelle a permis au gouvernement fédéral, en coopération avec les États provinciaux, de prendre rapidement des mesures visant à : 1) freiner la transmission du nouveau coronavirus et retarder la saturation des services de santé ; 2) augmenter les capacités sanitaires et harmoniser l'action publique sur l'ensemble du territoire, et ; 3) mobiliser les acteurs industriels et scientifiques pour renforcer la production locale de matériel stratégique pour affronter l'épidémie.

Une action publique préventive pour retarder la saturation des services sanitaires

Pour pallier la fragmentation du système de santé, le gouvernement fédéral a cherché à anticiper la crise sanitaire en limitant les activités économiques et sociales dès les premiers cas de contagion et en développant une politique de dépistage centrée sur les cas symptomatiques et sur les quartiers populaires. Toutefois, la structure fédérale de la République argentine a progressivement étioilé la cohérence de l'action publique à travers les demandes localisées des gouverneurs

7. Candidat progressiste issu du parti péroniste et allié de l'ancienne présidente Cristina Fernandez de Kirchner (2007-2015), Alberto Fernandez est élu le 27 octobre 2019 à la présidence de la République dès le premier tour avec 48,24 % des suffrages. Il succède au Président libéral Mauricio Macri (2015-2019) dont le mandat est marqué par une inflation galopante et un endettement massif de l'État.

8. <https://bit.ly/3jfSIKG>.

provinciaux et les disparités territoriales en termes d'infrastructures sanitaires.

Un confinement généralisé, puis ciblé qui ralentit la contagion sans toutefois la contenir

Le 12 mars 2020, lorsque le président de la République Alberto Fernandez décrète la situation « d'urgence sanitaire », les données de l'épidémie sur le sol argentin ne sont pas encore alarmantes puisque l'on ne relève que 31 cas avérés de Covid-19 et un seul décès (tableau 1). Néanmoins, les recommandations de l'OMS et les situations critiques vécues en Italie, puis en Espagne et en France – pays proches culturellement de l'Argentine – poussent le gouvernement fédéral à prendre des mesures préventives visant à réduire la propagation du virus et à retarder la saturation des services de santé. Depuis le début du mois de mars, le président de la République consulte également différents experts médicaux et scientifiques en épidémiologie et maladies infectieuses qui lui conseillent d'agir préventivement en limitant les contacts au sein de la population. Progressivement, un petit groupe de sept experts est constitué pour conseiller le Président et les membres du gouvernement concernés tout au long de la gestion de la crise sanitaire, à travers des réunions régulières au sein de la résidence présidentielle ⁹.

Les premières dispositions concernent la gestion des frontières et le retour des voyageurs ayant séjourné dans les zones à risque. Dès le 12 mars 2020, outre la fermeture des frontières terrestres et la suspension des vols en provenance des pays déclarés en situation épidémique, le

ministère de la Santé du gouvernement fédéral recommande aux personnes ayant récemment transité dans les pays touchés par l'épidémie de réaliser un isolement strict à domicile de 14 jours, même en l'absence de symptômes. Le décret d'urgence sanitaire prévoit à cet effet un arrêt de travail spécifique afin de garantir les emplois et les revenus de ces personnes.

Le gouvernement fédéral et les États provinciaux procèdent également à des hospitalisations systématiques pour les cas de contagion avérée et de forte suspicion, ainsi qu'à des mises en quarantaine à domicile ou en hôtel pour les personnes ayant été en contact avec les malades hospitalisés. Durant les 14 jours d'isolement, ces personnes doivent être suivies quotidiennement par les services administratifs afin d'anticiper d'autres hospitalisations et de contrôler les chaînes de contamination.

Jusqu'au 24 mars, les enquêtes épidémiologiques parviennent à retracer les liens de contagion entre des cas importés depuis des zones à risque et des transmissions localisées par contacts étroits avec une personne porteuse du SARS-CoV-2. Mais des cas de transmission communautaire commencent à être répertoriés à partir du 25 mars dans l'aire métropolitaine de Buenos Aires, puis le 26 mars dans la province de Chaco au nord-est du pays. Le confinement strict et obligatoire de l'ensemble de la population, décrété le 20 mars, permet toutefois de freiner la propagation du virus dans l'ensemble du pays et de limiter le nombre de décès associés au Covid-19. Hormis la ville de Buenos Aires et sa proche banlieue qui constituent le principal foyer de

9. Les recommandations de ce comité d'experts ne prennent pas la forme de rapports rendus publics, comme c'est le cas en France ou dans d'autres pays. Les échanges se font directement avec la présidence et le gouvernement fédéral, en fonction de l'évolution de la situation épidémique.

Tableau 1. Données épidémiologiques sur la diffusion du Covid-19 et sa létalité (12 mars-8 octobre 2020)

Date	Nombre de cas cumulés	Nombre de morts cumulés
12/03/20	31	1
26/03/20	589	12
09/04/20	1 894	79
23/04/20	3 435	165
07/05/20	5 371	282
21/05/20	9 931	416
04/06/20	20 197	608
18/06/20	37 510	913
02/07/20	69 941	1 385
16/07/20	114 783	2 112
30/07/20	185 373	3 441
13/08/20	276 072	5 362
27/08/20	380 292	8 050
10/09/20	524 198	10 907
24/09/20	678 266	14 766
08/10/20	856 369	22 710

Source : ministère de la Santé du gouvernement fédéral.

l'épidémie tout au long de la période, les autres grands centres urbains (Rosario, Córdoba, Mendoza) échappent à une transmission rapide et incontrôlée du virus, au moins dans les premiers temps.

Le 13 avril, un nouveau décret présidentiel prolonge le confinement comme cadre général d'action publique dans le contexte d'urgence sanitaire, mais ouvre des possibilités de dérogation pour les provinces peu ou pas touchées par l'épidémie. La Constitution fédérale de la République argentine confère des pouvoirs élargis aux gouverneurs des provinces, ce qui contribue à l'établissement d'un dialogue régulier entre le président de la République et l'ensemble des autorités provinciales durant la crise sanitaire.

Passés les premiers temps d'union nationale pour affronter la pandémie et face aux conséquences sociales et économiques du confinement, les gouverneurs ont alors tendance à négocier des aménagements en faveur de leurs administrés. En accédant à ces demandes, le gouvernement fédéral vise également à limiter les coûts économiques et sociaux des mesures préventives, mais il fragilise aussi la cohérence globale de sa stratégie de gestion de la crise sanitaire.

Depuis la mise en place du confinement, plusieurs décrets du gouvernement fédéral ont également élargi la liste des activités économiques considérées comme « essentielles » et donc exemptes des mesures de restriction. La première

liste publiée avec le décret du confinement général concerne uniquement l'approvisionnement en denrées alimentaires, en médicaments et en énergie, ainsi que le fonctionnement du système de santé et de sécurité. Cette limitation de la production s'accompagne de diverses mesures de soutien aux employeurs comme aux travailleurs¹⁰. Par la suite, la concertation avec les organisations patronales et les syndicats de travailleurs vise à amorcer progressivement la relance de l'activité économique en rouvrant notamment les secteurs de la construction et de la restauration.

Dans ce contexte de déconfinement ciblé et progressif, la question de la mobilité des personnes s'impose comme une thématique centrale du débat public argentin afin d'évaluer l'effet des mesures de confinement et de déconfinement. Plusieurs enquêtes portant sur les flux de mobilité à partir des données GPS des téléphones portables montrent que les mouvements de la population restent très limités jusqu'à la fin du mois d'avril¹¹, ce qui contribue à limiter la diffusion du nouveau coronavirus. Au niveau national, le temps de duplication des cas avérés de Covid-19 passe ainsi de 3,3 à 25 jours entre le 20 mars et le 8 mai. Mais le redémarrage des activités économiques et sociales s'accompagne d'une hausse de la mobilité dans la seconde moitié du mois de mai¹² et, dès le mois de

juillet, plusieurs provinces commencent à être fortement touchées par le virus. Comme le montre le graphique 2, des situations critiques, notamment en termes de décès quotidiens¹³, apparaissent dans des grandes villes comme Córdoba et Mendoza, au moment où la gestion de la crise sanitaire commence à donner des signes encourageants dans la province de Buenos Aires et la capitale fédérale. Bien qu'aucune étude scientifique n'ait démontré l'effet des saisons sur l'épidémie de Covid-19, on ne peut totalement écarter l'hypothèse d'une transmission accélérée du nouveau coronavirus au cours des saisons automnales et hivernales qui favorisent les pratiques sociales et les interactions dans les espaces fermés et peu ventilés, soit les mois de juin, juillet et août en Argentine.

Une stratégie de dépistage centrée sur les malades symptomatiques et les quartiers populaires de l'aire métropolitaine de Buenos Aires

De mars à septembre, l'aire métropolitaine de Buenos Aires est l'épicentre de l'épidémie ; la situation reste tendue dans la capitale en raison d'une forte densité de population, d'une concentration des activités économiques et d'une surreprésentation des personnes âgées, ainsi que dans les quartiers paupérisés de la périphérie où la surpopulation dans des habitats précaires est un phénomène récurrent et où l'absence fréquente d'eau

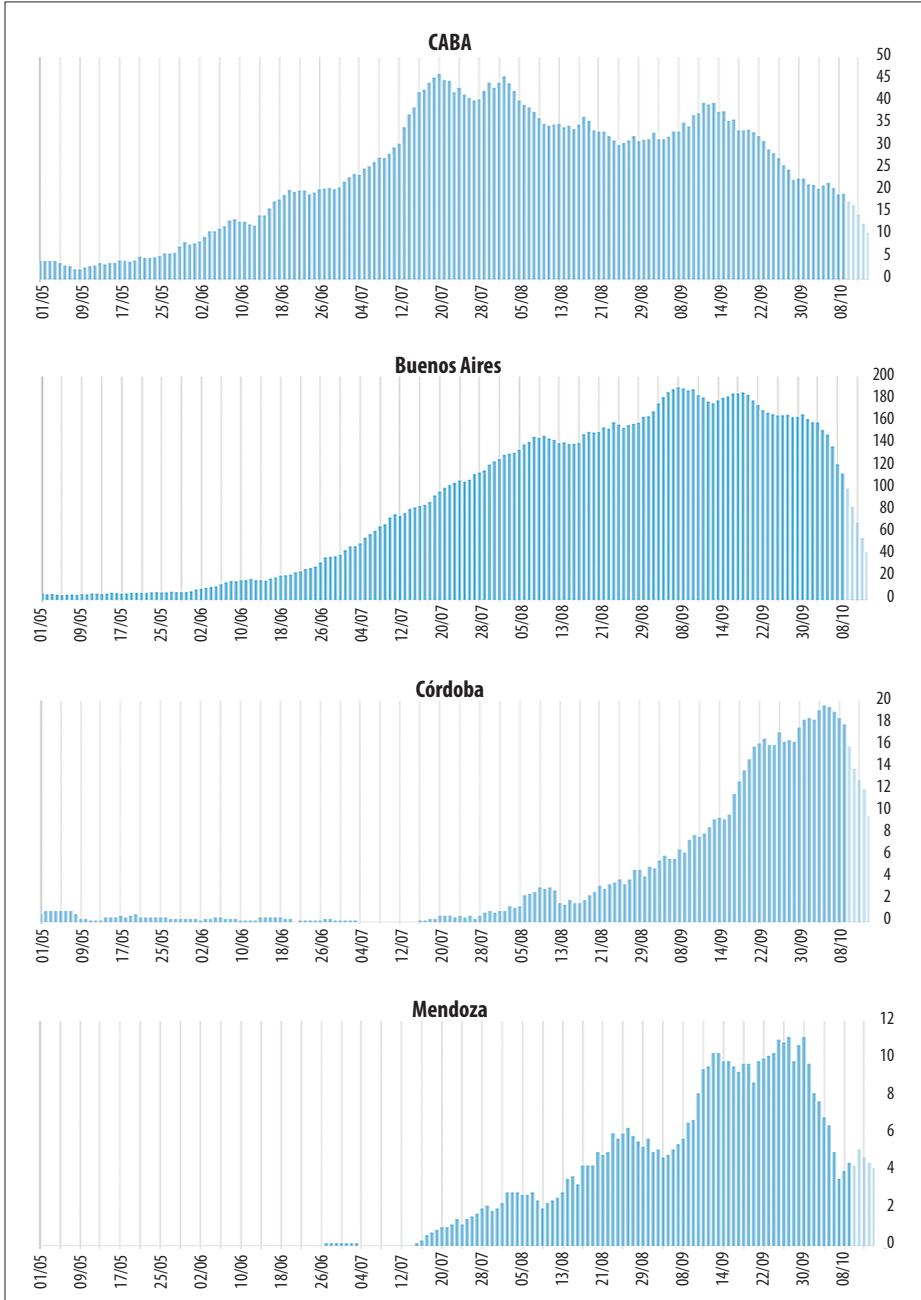
10. Dès le 31 mars, le gouvernement fédéral encadre fortement les licenciements et soutient financièrement le chômage partiel. D'autres mesures visent à réduire les charges fiscales des entreprises pendant la crise sanitaire et à transférer des revenus vers les populations les plus vulnérables économiquement comme les petits indépendants et les travailleurs informels.

11. N. Bär, « Coronavirus en la Argentina: cinco aciertos y cinco fallas de una cuarentena que se extiende », *La Nación*, 26 de junio de 2020, <https://bit.ly/35ecnAi>.

12. Celle-ci reste néanmoins inférieure à la période précédant la crise sanitaire en raison des fortes restrictions de circulation entre États fédérés et du maintien quasi généralisé des fermetures d'établissements scolaires.

13. En raison des délais importants dans la transmission des certificats de décès, les chiffres du mois d'octobre, voire de la fin du mois de septembre, sont incomplets. C'est à tort qu'ils indiquent une baisse rapide des décès.

Graphique 2. Nombre de décès quotidiens du Covid-19 dans la ville de Buenos Aires (CABA) et les provinces de Buenos Aires, Córdoba et Mendoza (1^{er} mai-12 octobre 2020)



Source : CovidStats, d'après les données du ministère de la Santé du gouvernement fédéral.

courante rend caduques les précautions d'hygiène. Tout au long de la période, les mesures de confinement restent donc relativement strictes au niveau de ce territoire avec la réduction des transports publics et la limitation des sorties du domicile. Ces restrictions s'accompagnent d'une politique de dépistage visant à détecter et isoler les personnes contaminées, en se concentrant sur les foyers d'épidémie et particulièrement les bidonvilles où des cas de transmission communautaire commencent à être relevés. Dans ces quartiers, une étude commandée par le gouvernement fédéral à une commission de chercheurs en sciences sociales relève, dès le 19 avril, la difficulté du respect du confinement pour des populations dont les revenus sont généralement informels et instables, et vivant dans une grande promiscuité avec peu ou pas d'accès à des services essentiels comme l'eau courante, les commerces de proximité ou encore Internet, notamment pour la continuité pédagogique à distance (CONICET, 2020). La focalisation de l'action publique sur les quartiers populaires s'explique également par l'élection récente de gouvernements de gauche au niveau de l'État fédéral et de la province de Buenos Aires qui s'avèrent particulièrement sensibles à la question des inégalités sociales et d'accès aux soins ¹⁴.

La politique de dépistage, baptisée « Detectar », est lancée le 5 mai ¹⁵ dans deux quartiers populaires situés dans la ville de Buenos Aires et la commune de Quilmes en proche banlieue. Dans

ce cadre, les autorités municipales, provinciales et nationales agissent de concert pour quadriller le quartier, réaliser un passage « maison par maison » d'équipes médico-sociales visant à repérer les cas suspects présentant des symptômes et les tester (PCR) sur place grâce à un dispositif ambulatoire ; à isoler et soigner les cas positifs au sein d'établissements de santé ; à tracer les personnes ayant été en contact étroit avec des personnes contaminées par le nouveau coronavirus. Cette stratégie de dépistage, explicitement centrée sur les foyers de contamination, produit des résultats significatifs dans les quartiers populaires de la ville de Buenos Aires et de sa banlieue. Ainsi, dans le premier bidonville de la capitale ciblé par ce dispositif, le quartier « Padre Mugica », dont le nombre d'habitants est estimé entre 40 000 et 50 000, 3 672 tests PCR sont réalisés en l'espace de deux mois, ce qui permet de détecter, d'isoler et de soigner 1 830 cas de Covid-19 avec symptômes et de ne compter que 32 décès. Le 6 juillet, une seule personne est diagnostiquée positive sur un total de 16 tests réalisés et le quartier semble sorti de l'urgence sanitaire ¹⁶.

Néanmoins, l'apparition de nouveaux foyers de contamination dans des quartiers de plus en plus hétérogènes de l'aire métropolitaine de Buenos Aires ainsi que dans des établissements pour personnes âgées montre les limites de cette stratégie de dépistage ciblé sur les quartiers populaires et les malades

14. Le maire de Buenos Aires, réélu en 2019, est également, bien que dans une moindre mesure, sensible aux inégalités. Il est membre du parti de centre-droit Pro qui a étendu son électorat au-delà des classes moyennes et supérieures en nouant des alliances avec les associations des quartiers populaires pour la gestion des politiques d'assistance sociale.

15. « Se suman nuevas acciones para la detección de casos de COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 5 de mayo de 2020, <https://bit.ly/3kg0DDD>.

16. « Cómo se logró con el Plan DetectAR bajar los casos de coronavirus en el Barrio 31 », *Noticias*, Buenos Aires Ciudad, 7 de julio de 2020, <https://bit.ly/3jcNqtR>.

Une couverture maladie fragmentée

- Le secteur de l'assurance « corporative », dit « Obra social », est un système d'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs salariés et indépendants, qui peuvent en faire bénéficier leur famille (conjoint et enfants). Principal pilier du système de santé, il couvre plus de 27 millions de personnes. Il est géré par les organisations syndicales et financé par les cotisations salariales et patronales. Chaque branche professionnelle compte une seule assurance corporative et une organisation gestionnaire qui dispose d'une personnalité juridique tout en étant liée au syndicat de travailleurs de la branche ¹. Chaque assurance corporative oriente ses affiliés vers certains acteurs privés du système de santé (cabinets médicaux, hôpitaux privés) avec qui elle passe des contrats pour la prise en charge des soins (tarifs et modalités de remboursement) ². En fonction de la branche, l'offre de soins peut être restreinte aux acteurs de santé inscrits dans les limites juridictionnelles de l'État provincial ou étendue à l'ensemble du territoire national. Certaines assurances corporatives disposent également de leurs propres hôpitaux ou centres de santé, gérés par les organisations syndicales.

- Le secteur de l'assurance « privée », dit « Medicina prepaga », est accessible à toute personne moyennant une cotisation mensuelle. Les travailleurs salariés et indépendants peuvent choisir certaines assurances privées à la place de leur assurance corporative ³, grâce au transfert des contributions salariale et patronale rattachées à leur emploi et au paiement d'un supplément auprès de l'assureur privé. Ce système couvre environ 6 millions de personnes. Comme les assurances corporatives, les assureurs privés offrent à leurs affiliés une liste de cabinets médicaux et d'hôpitaux privés où ils peuvent être soignés ⁴. En règle générale, l'offre de soins des assurances privées est de portée nationale, mais sa répartition est très inégale selon les provinces. La ville de Buenos Aires compte par exemple un taux élevé de médecins par habitant comparativement aux provinces du Nord ou de Patagonie, et concentre l'essentiel des services de technologie avancée.

- Le secteur public a pour mission d'accueillir toute personne sans condition de ressources ou de nationalité, afin de garantir une couverture universelle en matière de santé. Il prend en charge directement et gratuitement les patients au sein des hôpitaux publics. Ces hôpitaux emploient leur propre personnel médical et sont dans leur majorité rattachés aux États provinciaux, mais il existe également des hôpitaux nationaux et municipaux. Là encore, on constate de fortes disparités entre les provinces concernant le nombre de médecins et de lits par habitant. Dans les faits, les hôpitaux publics permettent l'accès aux soins des populations les plus pauvres, particulièrement les travailleurs informels qui n'ont pas d'assurance maladie corporative ou privée. D'après le recensement de 2010, environ 36 % de la population nationale n'a pas accès à une assurance maladie. Malgré les difficultés économiques et financières que connaît le pays depuis



dix ans, ce taux semble stable puisque l'on estime aujourd'hui que 15 millions de personnes ont accès aux soins grâce à la gratuité du système public, soit un peu plus du tiers de la population générale.

À proximité des quartiers paupérisés et des bidonvilles, on trouve également des dispensaires publics ou associatifs qui proposent gratuitement des consultations médicales et des vaccinations.

1. Il existe une assurance corporative spécifique pour les retraités.
2. Dans les faits, ces acteurs de santé peuvent demander aux patients un supplément tarifaire plus ou moins déclaré.
3. Les accords entre ces deux types d'assurance sont négociés au niveau des branches professionnelles.
4. Là encore, de manière plus ou moins informelle, certains acteurs privés de santé peuvent demander aux patients un supplément tarifaire pour leur prise en charge.

symptomatiques. L'inégale répartition territoriale des laboratoires d'analyse habilités à réaliser ces tests met également à mal la stratégie de déconcentration des capacités de diagnostic (à travers un réseau de 150 laboratoires) dans le but d'accélérer le dépistage des personnes infectées et le traçage des cas contacts. La fragmentation du système de santé génère aussi de grandes disparités d'accès aux tests en fonction des types de couverture maladie et des capacités d'accueil des hôpitaux publics.

**Une mobilisation de ressources
pour consolider et augmenter
les capacités sanitaires**

L'action préventive de l'État fédéral s'est avérée décisive pour permettre aux différents acteurs du système de santé de renforcer leur capacité de prise en charge des cas suspectés ou confirmés de Covid-19, particulièrement au niveau des services de soins intensifs. L'augmentation du nombre de lits et de personnels soignants n'a pas été suffisante pour éviter la saturation des hôpitaux publics et

privés des zones les plus touchées par la pandémie, mais elle a permis de maintenir une relative continuité des soins pour les autres pathologies.

***Un soutien financier aux acteurs
de santé des secteurs corporatif et privé***

L'anticipation de la crise sanitaire par le gouvernement fédéral n'a pas permis d'endiguer l'épidémie, mais elle a rendu possible le ralentissement de la transmission du virus, et une adaptation du système sanitaire pendant les premiers mois. Comme indiqué en introduction, bien que le système de santé argentin ait une couverture universelle, sa fragmentation sectorielle et juridictionnelle limite les capacités de réforme du système et génère de multiples inégalités d'accès aux soins (voir encadré). Selon le type de couverture santé (corporative ou privée), chaque affilié a accès à un certain nombre de professionnels et d'établissements de soins. Les hôpitaux publics, en raison de leur gratuité, reçoivent et soignent principalement les personnes sans assurance maladie, notamment les travailleurs informels.

Afin de garantir l'accès aux soins des personnes couvertes par une assurance (environ les deux tiers de la population générale), le gouvernement fédéral a pris des mesures budgétaires pour soutenir financièrement les différents acteurs de l'assurance santé (syndicats, entreprises, mutuelles) qui garantissent la prise en charge des patients dans les établissements du secteur privé lucratif et non lucratif. D'une part, il a dégagé des fonds pour rembourser intégralement le coût des soins liés au Covid-19 afin de limiter la charge financière pesant sur les assurances durant l'épidémie et pour garantir la couverture de toute personne affiliée présentant des signes d'infection ¹⁷. D'autre part, le gouvernement a mis en place un fond exceptionnel destiné à couvrir les éventuelles baisses des contributions liées aux effets récessifs de la crise sanitaire ¹⁸. Enfin, le gouvernement fédéral a prévu des exonérations fiscales pour les employeurs du secteur de la santé ¹⁹. L'ensemble de ces mesures vise donc à soutenir les acteurs privés et corporatifs du système de santé qui gèrent 62 % de l'ensemble des établissements de santé et 71 % des 941 établissements comprenant des unités de soins intensifs ²⁰.

Une forte augmentation des lits de soins intensifs

Face au risque de saturation des services sanitaires, et particulièrement des unités de soins intensifs, le gouvernement fédéral cherche à augmenter la capacité d'accueil des hôpitaux publics. Tous secteurs confondus, le système de santé argentin compte 8 521 lits pour adultes de soins intensifs au début de l'épidémie, soit 18,8 pour 100 000 habitants. Entre mars et août 2020, ce type de lits augmente de 46 % pour atteindre le chiffre de 12 450 dans l'ensemble du pays, soit 27,6 pour 100 000 habitants ²¹. Cette adaptation du système de santé se réalise principalement grâce à l'action concertée du gouvernement fédéral et des États provinciaux, qui investissent massivement pour finaliser en urgence la construction ou l'extension d'hôpitaux publics et installer 12 hôpitaux provisoires dans les zones en déficit ou en risque de saturation ²². Les hôpitaux privés augmentent également de 22 % les lits en services de réanimation, mais l'effort majeur est porté par les services publics qui doublent leur capacité d'accueil. La part du secteur public dans l'offre de lits de soins intensifs passe ainsi de 28 à 40 % entre le début de l'épidémie et la fin du mois d'août 2020 ²³.

17. « Reintegros a Obras Sociales - Cobertura por COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 28 de julio de 2020, <https://bit.ly/3kfWuPV>.

18. Cette baisse des contributions peut être engendrée par le non-paiement des cotisations mensuelles par les affiliés du système d'assurance privée, ainsi que par les exonérations des cotisations patronales alimentant le système corporatif d'assurance maladie que l'État fédéral et certains États provinciaux ont décrété afin de soutenir les entreprises : Resolución 1397/2020, Ministerio de Salud, 24 de agosto de 2020, <https://bit.ly/2Hpkxxd>.

19. Decreto 300/2020, 19 de marzo de 2020, <https://bit.ly/3dJ7Ke>.

20. <https://bit.ly/37mSgIX>.

21. « Nación invirtió 42 mil millones de pesos en la expansión del sistema de salud para responder a la pandemia de COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 2 de septiembre de 2020, <https://bit.ly/2HiwgOc>.

22. Ces hôpitaux provisoires ont une superficie de 1 000 m² et fonctionnent 24 heures sur 24 avec une centaine de personnels soignants : « Hospitales Modulares de Emergencia », Ministerio de Obras Públicas, <https://www.argentina.gob.ar/obras-publicas/hospitales-modulares>.

23. Ministerio de Salud, « Fortalecimiento del sistema de Salud con enfoque de equidad », 24 de junio de 2020.

Tableau 2. Nombre et part des lits de soins intensifs selon le secteur en Argentine (mars-août 2020)

Secteur	Mars 2020		Août 2020	
	Privé	Public	Privé	Public
Nombre de lits de soins intensifs	6 102	2 419	7 470	4 980
Part des lits de soins intensifs	72 %	28 %	60 %	40 %

Source : ministère de la Santé du gouvernement fédéral.

Cette augmentation conséquente des capacités sanitaires nécessite un renfort du personnel soignant et sa formation spécifique pour les soins intensifs. D'après la Société argentine de thérapie intensive, le nombre de médecins intensivistes-réanimateurs est estimé à 1 350 pour l'ensemble du pays au début de la crise sanitaire, soit une moyenne supérieure à 6 lits par médecin²⁴. Pour accompagner l'augmentation du nombre de lits, le ministère de la Santé du gouvernement fédéral organise et coordonne, dès le 1^{er} avril, des formations en ligne pour les personnels de santé amenés à travailler en soins intensifs dans les différents hôpitaux publics du pays dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Réalisées par la Société argentine de thérapie intensive, ces formations portent sur la prise en charge du patient critique, l'usage du respirateur, le choc septique, la détresse respiratoire adulte, l'intubation et l'extubation²⁵. Les personnes sélectionnées pour ce type de formation sont des professionnels de santé spécialisés dans d'autres domaines que les soins intensifs comme des médecins pneumologues, anesthésistes, cardiologues, urgentistes, internes, ainsi que des infirmiers et infirmières et des kinésithérapeutes. Ces

professionnels de santé formés aux soins intensifs ont pour fonction d'assister les médecins intensivistes-réanimateurs dans les services hospitaliers qui disposent déjà d'unités de soins intensifs ou de prendre en charge ces soins dans les services nouvellement créés pour affronter la pandémie de Covid-19.

Outre l'augmentation des personnels soignants dans les unités de soins intensifs, le gouvernement fédéral et les autorités locales mobilisent d'autres acteurs de santé afin de renforcer les capacités sanitaires face aux multiples tâches liées au Covid-19 (accueil, diagnostic, test, etc.), mais aussi pour maintenir la prise en charge d'autres pathologies durant l'épidémie. D'après les dernières données de l'Observatoire fédéral des ressources humaines en santé, organisme dépendant du ministère de la Santé du gouvernement fédéral, l'Argentine comptait 172 502 médecins (3,96 pour 1 000 habitants) et 192 829 infirmiers (4,42 pour 1 000 habitants) en 2016. Ces chiffres sont en augmentation sur les dernières années (tableau 3) et positionnent l'Argentine en tête des pays de la région latino-américaine et dans la moyenne des pays de l'OCDE, de même que les dépenses de santé qui correspondent à

24. H. Martin, « Terapias intensivas al límite en la pandemia: cuántas camas disponibles hay y cuánto cuestan por día », *Infobae*, 18 de marzo de 2020, <https://bit.ly/3IW7I22>.

25. « Ministerio de Salud lanza plan de contingencia para capacitación en terapia intensiva », *Noticias*, Ministerio de Salud, 1 de abril de 2020, <https://bit.ly/3dJCGIO>.

ARGENTINE

9,4 % du PIB en 2017 ²⁶. À partir du mois d'avril, le ministère de la Santé cherche toutefois à mobiliser 15 000 professionnels de santé supplémentaires, en prolongeant par exemple les contrats de travail de 3 000 internes en médecine ou en accélérant la remise du diplôme universitaire de 5 000 nouveaux reçus dans les professions de santé (médecin, infirmier, kinésithérapeute, etc.).

Ces chiffres, relativement bons au regard des standards internationaux, masquent en réalité de grandes disparités territoriales et des inégalités d'accès aux soins selon les provinces qui renvoient à la fragmentation et à la décentralisation du système de santé argentin. La ville de Buenos Aires, qui concentre l'essentiel des richesses nationales, compte ainsi 13,2 médecins pour 1 000 habitants tandis que des provinces pauvres et reculées comme Chaco et Jujuy comptent respectivement 2,3 et 2,6 médecins pour 1 000 habitants ²⁷. Face à ces inégalités territoriales et à l'urgence de la situation,

le ministère de la Santé du gouvernement fédéral lance le 26 mars un appel aux professionnels de santé afin qu'ils se portent volontaires pour fournir des services dans le cadre de la pandémie de Covid-19, en vue de renforcer les équipes des hôpitaux publics provinciaux et nationaux ²⁸. Infirmiers et infirmières, biochimistes, kinésithérapeutes et médecins (généralistes, cardiologues, pneumologues, intensivistes-réanimateurs adultes et pédiatriques, urgentistes, pédiatres, etc.) sont invités à s'inscrire par Internet sur un registre national unique pour être appelés à intégrer des équipes médicales dans le cadre de l'épidémie. La liste des volontaires est ensuite transmise aux différentes juridictions afin qu'elles puissent contractualiser ces nouveaux travailleurs. En l'espace de deux semaines, près de 4 000 professionnels de santé se portent volontaires pour intégrer des services de soins dans différentes provinces du pays ²⁹. À partir du mois de juin, lorsque les premiers signes de saturation

Tableau 3. Nombre de professionnels de santé en Argentine (2013-2016)

Profession	2013	2014	2016
Médecin	166 187		172 502
Infirmier (total)	179 175	182 370	192 829
Infirmier auxiliaire	86 073	82 278	82 274
Infirmier technique	73 373	78 570	87 172
Infirmier cadre	19 729	21 522	25 383

Source : Observatoire fédéral des ressources humaines en santé.

26. « El gasto en salud representó el 9,4 por ciento del PBI en el año 2017 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 11 de noviembre de 2019, <https://bit.ly/31rmjoR>.

27. M. Capello, M.L. Caullo, A. Chincarini, « COVID-19: ¿Cómo encontró al fragmentado sistema de salud argentino? », *Economis*, 18 de mayo de 2020, <https://bit.ly/3o5bfaG>.

28. « El Ministerio de Salud convoca a voluntarios profesionales para reforzar la dotación de equipos sanitarios », *Noticias*, Ministerio de Salud, 26 de marzo de 2020, <https://bit.ly/2TaboLH>.

29. « Coronavirus: el Gobierno suma a más de 15 000 profesionales con capacitaciones online », *La Nación*, 9 de abril de 2020, <https://bit.ly/3m70eUi>.

UNE MOBILISATION FORTE, PRÉCOCE... MAIS INSUFFISANTE DE L'ÉTAT FÉDÉRAL

des services de santé se font sentir dans certains territoires, des équipes de volontaires sont envoyées directement par l'État fédéral pour faire face à l'urgence sanitaire. Le 8 juillet 2020, 25 professionnels de santé sont ainsi envoyés dans la province de Chaco au nord-est de l'Argentine pour intégrer le principal hôpital de la province qui, avec une capacité de 500 lits, concentre les cas les plus critiques ³⁰. Le 14 août, ce sont 24 professionnels de santé qui sont transférés par avion vers la province de Jujuy dans le nord-ouest du pays ³¹ à la demande du gouverneur de cet État.

L'ensemble des mesures prises par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux pour accroître les capacités sanitaires permettent une prise en charge systématique des cas critiques dans les unités de soins intensifs des services hospitaliers privés et publics, avec un taux de guérison autour de 50 % ³².

D'après les données officielles, grâce à l'augmentation des unités de soins intensifs, les taux d'occupation des lits restent relativement stables durant les mois de juillet et août lorsque l'épidémie commence à s'intensifier fortement dans différentes provinces (tableau 4). Ces données agrégées au niveau national (entre 50 % et 59 %) et de l'aire métropolitaine de Buenos Aires (entre 55 % et 68 %) masquent néanmoins des différences locales et la saturation des services de soins intensifs de certains hôpitaux. Pour objectiver les conditions de travail exténuantes des professionnels de santé et alerter sur les risques d'une saturation générale du système de santé, la Société argentine de thérapie intensive effectue le 28 août 2020 un relevé des taux d'occupation des lits de soins intensifs auprès d'un échantillon de 27 établissements de santé de la ville de Buenos Aires. D'après leur rapport, le taux d'occupation atteint

Tableau 4. Hospitalisations et taux d'occupation des lits de soins intensifs (2 juillet-27 août 2020)

Date	Nombre d'hospitalisations en soins intensifs liées au Covid-19	Taux d'occupation des lits de soins intensifs (toute pathologie) (Pays/AMBA *)
02/07/20	594	50,1 % / 55,7 %
16/07/20	793	53,9 % / 64 %
30/07/20	1 076	55,3 % / 64,5 %
13/08/20	1 682	58,3 % / 68,3 %
27/08/20	2 075	59,2 % / 66,6 %

*Aire métropolitaine de Buenos Aires.

Source : ministère de la Santé du gouvernement fédéral.

30. « Médicos voluntarios viajan a Chaco para reforzar el sistema de salud ante la enfermedad COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 8 de julio de 2020, <https://bit.ly/3o7NoHg>.

31. « Nación envió equipos de salud a Jujuy para reforzar la atención de pacientes COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 14 de agosto de 2020, <https://bit.ly/37o8X0z>.

32. N. Bär, « Coronavirus en la Argentina. Advierten que el sistema sanitario está alcanzando la saturación », *La Nacion*, 17 de agosto de 2020, <https://bit.ly/2HpsKBx>.

89 % dans les hôpitaux publics (210 lits au total) et 90 % dans les hôpitaux privés (439 lits au total) ³³. Au-delà de l'aire métropolitaine de Buenos Aires qui est l'épicentre de l'épidémie depuis le mois de mars 2020, d'autres provinces comme Jujuy, Mendoza et Río Negro montrent depuis le mois d'août des signes de saturation de leur système de santé avec des taux d'occupation des lits de soins intensifs autour de 90 %, voire 100 % dans certains hôpitaux ³⁴. Il est toutefois important de noter que, même dans les situations de saturation des services hospitaliers, les cas de Covid-19 représentent autour de 50 % des pathologies soignées dans les unités de soins intensifs. Autrement dit, les capacités sanitaires atteignent leurs limites car les acteurs de santé ont décidé de maintenir l'accès aux soins d'autres malades que ceux du Covid-19.

Face à l'intensification du travail dans les services hospitaliers, le gouvernement fédéral met en place, par un décret présidentiel en date du 26 mars 2020 ³⁵, une prime mensuelle destinée à tous les professionnels de santé qui interviennent dans les établissements publics ou privés en lien avec l'épidémie de Covid-19. À hauteur maximale de 5 000 pesos (55 euros), soit environ 10 % du salaire mensuel d'un médecin intensiviste-réanimateur en début de carrière, le versement de cette prime par le ministère de la Santé du gouvernement fédéral nécessite une coopération entre les différents

acteurs de santé afin de faire remonter la liste des personnels concernés depuis les lieux de travail. Au mois d'août, 550 000 personnes sont concernées par cette contrepartie monétaire aux efforts consentis durant les six mois de lutte contre l'épidémie ³⁶, ce qui n'empêche nullement l'expression croissante d'une fatigue des professionnels de santé, voire d'une colère à l'égard des demandes de flexibilisation des mesures de précaution formulées par une part croissante de la population et relayées avec force par les partis et les médias d'opposition au gouvernement fédéral. Le 2 septembre, la société argentine de thérapie intensive diffuse une lettre ouverte à l'intention de la population argentine afin d'alerter sur la situation en cours, sur le niveau d'épuisement des professionnels de santé et sur les risques encourus en cas de propagation massive du virus ³⁷.

**La mobilisation des acteurs
industriels et scientifiques locaux
pour l'acquisition de matériels
stratégiques**

Pour affronter l'épidémie et équiper notamment les nouveaux services de soins intensifs, l'État fédéral coordonne l'achat de matériels stratégiques pour les distribuer dans les territoires les moins bien dotés. Le gouvernement fédéral négocie d'abord le soutien de la Chine et s'appuie ensuite sur les acteurs industriels

33. « Coronavirus: trabajadores de terapia intensiva manifestaron "extrema" preocupación por la ocupación de camas UTI en CABA », *Página 12*, 2 de septiembre de 2020, <https://bit.ly/3klmY2M>.

34. « Argentina en emergencia sanitaria: terapias intensivas colapsadas y contagios y muertos que crecen », *Infobae*, 2 de septiembre de 2020, <https://bit.ly/31opWM9>.

35. Decreto 315/2020, <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227193/20200327>.

36. T.S. Buscaglia, « "No somos heroes". El hartazgo de los profesionales de la salud por las condiciones de trabajo durante la pandemia », *La Nación*, 17 de agosto de 2020, <https://bit.ly/2FIBO43>.

37. « Contundente carta de los trabajadores de terapia intensiva: "No podemos más, nos están dejando solos" », *Infobae*, 2 de septiembre de 2020, <https://bit.ly/37nDDyJ>.

et scientifiques locaux pour développer, entre autres, des respirateurs, des tests et des traitements contre le Covid-19.

Du partenariat avec la Chine à la recherche de solutions locales

Lorsque la pandémie est déclarée par l'OMS et qu'il ne fait pas de doute que l'Amérique latine va également être touchée par le nouveau coronavirus, le Président argentin mène des discussions bilatérales avec son homologue chinois afin de parvenir à un accord sur l'achat et la livraison de matériels de protection pour les professionnels de santé argentins³⁸. Le financement de cet accord repose sur l'État fédéral et l'État de la province de Buenos Aires. Il s'agit d'équiper prioritairement les services sanitaires de la banlieue de Buenos Aires qui concentre 12 millions de personnes, majoritairement issues des classes populaires. Le 18 avril 2020, le premier des 31 vols affrétés par la compagnie aérienne nationale Aerolineas Argentinas achemine ainsi 1 million de masques chirurgicaux, 150 000 masques FFP2 et 120 000 lunettes de protection. Début juillet, deux des six bateaux cargos envoyés par la Chine livrent à leur tour 4,7 millions de masques chirurgicaux, 307 000 masques FFP2, 600 000 masques grand public, 37 millions de gants, 83 millions de lunettes de protection, etc.

Parallèlement à cet accord commercial avec la Chine, le gouvernement fédéral initie dès le début de l'épidémie plusieurs actions visant à soutenir la production locale de matériel stratégique et à réguler

sa commercialisation au niveau du marché national. Le 31 mars 2020, par l'entremise du ministère du Développement productif, le gouvernement fédéral crée le programme de soutien au système productif national dans les secteurs de l'équipement et de la technologie médicale³⁹. Il consiste d'une part à proposer des crédits avantageux aux entreprises, remboursables sur cinq ans à un taux fixe de 12 % quand l'inflation annuelle dépasse les 50 % en 2019, pour un budget global de 2 milliards de pesos (environ 22 millions d'euros) ; d'autre part, à accorder aux institutions de recherche et aux universités des aides non remboursables d'un montant global de 250 millions de pesos (environ 2,8 millions d'euros). Concernant la commercialisation des biens nécessaires au respect des gestes barrières, le Secrétariat au commerce intérieur intervient les 15 et 16 avril 2020 pour geler les prix des masques grand public⁴⁰ et du gel hydroalcoolique⁴¹ afin de faciliter leur accès auprès de la population générale.

L'obtention de nouveaux respirateurs fait également l'objet d'une stratégie d'alliance entre les autorités publiques et les acteurs industriels. Le 25 mars 2020, dans le cadre de l'urgence sanitaire, le ministre de la Santé notifie à l'entreprise Tecme – leader national de la production de respirateurs mécaniques – que l'État fédéral préempte la totalité de ses productions durant l'épidémie de Covid-19. Afin d'augmenter le nombre d'unités de soins intensifs, le gouvernement fédéral soutient financièrement cette entreprise avec l'objectif de parvenir dès le mois d'avril à

38. « Coronavirus in the Argentina: regresó de China el primer vuelo que trajo 14 toneladas de insumos médicos », *La Nación*, 18 de abril de 2020, <https://bit.ly/2HlnpeN>.

39. « Créditos y ANRs para la producción nacional de equipamiento, insumos médicos y desarrollos tecnológicos », *Noticias*, Ministerio de Desarrollo Productivo, 8 de abril de 2020, <https://bit.ly/2T8ps8n>.

40. Resolución 114/2020, <https://bit.ly/2T7SQUd>.

41. Resolución 115/2020, <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227939/20200417>.

Tableau 5. Nombre et part des respirateurs pour soins intensifs selon le secteur en Argentine (mars-juillet 2020)

Secteur	Mars 2020		Juillet 2020	
	Privé	Public	Privé	Public
Nombre de respirateurs	4 053	2 158	4 346	4 256
Part des respirateurs	65 %	35 %	51 %	49 %

Source : ministère de la Santé du gouvernement fédéral.

une production de 200 respirateurs par semaine. Une autre petite entreprise spécialisée dans l'équipement médical de pointe, et notamment les respirateurs artificiels, noue une alliance avec un grand groupe industriel spécialisé dans l'automobile et la téléphonie mobile afin d'augmenter ses capacités de production et de fournir à la mi-juin 1 100 respirateurs pour soins intensifs à l'État fédéral. Alors que les prix de ces matériels stratégiques sont estimés à 18 000 dollars américains (soit un peu plus de 15 000 euros) pièce sur le marché mondial par les agents gouvernementaux, l'achat de ces productions nationales se réalise à hauteur de 800 000 pesos, soit environ 10 000 dollars (8 756 euros)⁴². D'autres initiatives provenant de fondations comme la Croix-Rouge et de mécénats d'entreprise contribuent également à accroître le stock de respirateurs dans les différents établissements de santé de l'Argentine. Entre mars et juillet 2020, le nombre de respirateurs pour soins intensifs passe alors de 6 211 à 8 602, soit une augmentation de 38 % portée à nouveau essentiellement par le secteur public (tableau 5). En centralisant l'achat de ces respirateurs, le gouvernement fédéral cherche ensuite à harmoniser l'équipement des services de

santé en les répartissant dans les différentes provinces du pays en fonction des besoins.

L'implication des acteurs scientifiques

Une autre dimension stratégique dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19 consiste à développer des capacités de dépistage, de traitement, voire de vaccination. Dans un premier temps, le gouvernement argentin se tourne vers des entreprises chinoises, étasuniennes et européennes pour acquérir des tests de détection du virus. Puis, grâce au soutien financier de l'État fédéral, une première institution scientifique argentine parvient à développer et valider un test sérologique le 6 mai 2020⁴³. Quelques jours plus tard, deux autres équipes appartenant également au système scientifique public mettent au point des tests de détection du virus peu onéreux avec des résultats disponibles en moins de deux heures⁴⁴. Comme signalé dans la première partie de l'article, la stratégie de dépistage s'est focalisée sur les cas symptomatiques et les foyers de contamination, notamment les quartiers populaires au début de l'épidémie. Elle s'est néanmoins heurtée au morcellement du système sanitaire et à ses

42. « Coronavirus: ¿Cuántos respiradores artificiales tiene la Argentina (y cuántos precisa)? », *La Nación*, 9 de abril de 2020, <https://bit.ly/3o8poUB>.

43. « Investigadores argentinos logran desarrollar el primer test serológico del país para el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 », CONICET, 6 de mayo de 2020, <https://bit.ly/2HhidbV>.

44. « Rapid diagnosis tests NEOKIT-COVID-19 and ELA-CHEMSTRIP began to be distributed in public hospitals », CONICET, July 1st, 2020, <https://bit.ly/35eK1pw>.

inégalités intrinsèques. Le gouvernement et les différents acteurs de santé ne sont jamais parvenus à réaliser des tests de façon massive afin de casser les chaînes de contamination. Au 8 octobre 2020, sept mois après la découverte du premier cas de Covid-19 sur le territoire, seulement 2,2 millions de tests ont été réalisés avec un taux de positivité de 43 %⁴⁵.

Concernant le traitement des malades du Covid-19, le gouvernement fédéral a également soutenu financièrement les projets d'équipes de recherche appartenant au système scientifique public. À la fin du mois de juin 2020, des essais cliniques d'usage du plasma de patients convalescents sont entamés afin de tester son efficacité au début de l'infection et d'éviter le recours aux respirateurs mécaniques. Fin juillet, l'administration nationale du médicament autorise également les essais cliniques d'un traitement basé sur l'injection d'un sérum thérapeutique (obtenu à partir de tests sur des chevaux) qui permettrait de bloquer l'action du virus encore plus efficacement que le plasma humain⁴⁶.

Enfin, le gouvernement fédéral et les acteurs de santé se positionnent au sein de coopérations internationales visant à développer un vaccin contre le nouveau coronavirus. En août 2020, l'Argentine s'engage avec l'université d'Oxford et le laboratoire pharmaceutique AstraZeneca pour produire le principe actif du vaccin qui sera distribué en Amérique latine⁴⁷. Ce projet, soutenu par la fondation du milliardaire mexicain Carlos Slim, vise à

rendre accessible ce vaccin avec un coût estimé de 3 à 4 dollars par dose. Au mois d'août 2020, un autre accord avec les autorités chinoises et le groupe Sinopharm ouvre la réalisation d'essais cliniques de phase III par le laboratoire argentin Elea Phoenix, sous le contrôle de l'administration nationale du médicament⁴⁸. Ces coopérations internationales portent l'espoir d'une résolution prochaine de la crise sanitaire par l'accès à un vaccin, au moment où les efforts consentis depuis sept mois semblent insuffisants pour endiguer l'épidémie.

Conclusion

Grâce à la préexistence d'un cadre légal renforçant les prérogatives du pouvoir exécutif dans le contexte d'état d'urgence, le gouvernement fédéral a pris des mesures fortes et précoces comme le confinement général pour freiner la transmission du virus sur le territoire et renforcer les capacités du système de santé. Dans un premier temps, le contexte d'urgence sanitaire a permis aux autorités publiques de lutter contre une des principales limites du système de santé, à savoir la fragmentation juridictionnelle et sectorielle liée au fédéralisme argentin et à la décentralisation des politiques de santé. Malgré une couverture maladie universelle, les disparités territoriales et les inégalités sociales en matière de santé sont criantes et se sont révélées à nouveau durant l'épidémie lorsque des provinces pauvres comme Chaco et Jujuy

45. Ministerio de Salud, Sala de Situación COVID-19, 8 de octubre de 2020, <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/sala-de-situacion/octubre-2020>.

46. « COVID 19: ¿Por qué el suero de equinos promete ser más potente que el plasma de pacientes recuperados? », *Noticias*, Ministerio de Educación, 24 de julio de 2020, <https://bit.ly/2TehJWk>.

47. « Alberto Fernández y Ginés González García anunciaron que la vacuna de Oxford se producirá en el país », *Noticias*, Ministerio de Salud, 12 de agosto de 2020, <https://bit.ly/34byVSW>.

48. « Argentina autorizó realizar los ensayos clínicos de Fase III de vacuna inactivada china para COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 21 de agosto de 2020, <https://bit.ly/2IGnaLO>.

ont connu une saturation rapide de leurs services hospitaliers. Dans le contexte exceptionnel de la crise, le gouvernement de gauche nouvellement élu a cherché à piloter l'action publique de manière à harmoniser les mesures prises dans les différents territoires et à mettre en œuvre des mécanismes de solidarité pour compenser les inégalités de ressources et/ou lutter contre des foyers épidémiques. L'État fédéral a ainsi soutenu les provinces dans l'accroissement des capacités sanitaires, tant en personnel qu'en unités de soins intensifs. En centralisant les achats de matériels stratégiques comme les respirateurs artificiels et la gestion des programmes de soutien aux acteurs industriels et scientifiques, l'État fédéral a également limité les phénomènes de concurrence entre États fédérés et de marchandisation des biens nécessaire à la lutte contre la pandémie de Covid-19.

Dans le cas argentin, l'anticipation de la crise a néanmoins un revers qui est celui de la durée des mesures de restriction des activités économiques et sociales, et de leur acceptation par la population. Les allers et retours entre des phases de confinement plus ou moins strict rythment la vie de millions d'Argentins et génèrent une grande incertitude sur la sortie de crise. Sans dépistage massif, ni isolement systématique des individus ayant été en contact avec des personnes infectées, l'État et les acteurs de santé ne sont pas parvenus à contrôler et à casser les chaînes de transmission. Avec ses 15 millions d'habitants, l'aire métropolitaine de Buenos Aires est restée l'épicentre de l'épidémie pendant plus de six mois et les personnels hospitaliers sont littéralement à bout de force malgré une augmentation des capacités sanitaires. On observe également une reprise de l'épidémie dans d'autres provinces du pays qui doivent revenir à une phase de confinement

généralisé. Malgré les prérogatives de l'État fédéral en temps de crise, il semble que la structure fédérale du pouvoir politique ait progressivement fragilisé le pilotage centralisé de l'action publique. Les gouverneurs dont les provinces sont peu touchées par l'épidémie, ou dont la situation s'améliore, se font rapidement l'écho des demandes de déconfinement de leurs administrés et négocient avec la présidence des exceptions aux restrictions de mouvement. Sur le long cours, la fragmentation du système de santé a produit ses effets inégalitaires à travers l'accessibilité et la qualité des services de dépistage et de soins.

Pour les classes populaires dont les conditions d'emploi, d'habitat et de santé sont généralement très précaires, les conséquences sociales et économiques de l'épidémie sont brutales. L'institut national de la statistique estime que le taux de pauvreté est passé de 35,5 à 40,9 % de la population du second semestre 2019 au premier semestre 2020, ce qui correspond à une augmentation de 2,5 millions de pauvres, que les politiques de soutien à l'économie et les transferts monétaires aux bénéficiaires de l'assistance sociale sont parvenus à contenir en partie. Les enjeux sanitaires, économiques et sociaux sont donc particulièrement élevés dans le cas argentin, ce qui rend la situation politique très incertaine et tend à fragiliser la stratégie préventive du gouvernement fédéral.

Achévé de rédiger le 28 octobre.

Sources :

CONICET (2020), Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN, Comisión de Ciencias Sociales de la Unidad Coronavirus COVID-19, Marzo, <https://bit.ly/3m3C9Of>.

Kessler G. (2014), *Controversias sobre la desigualdad. Argentina, 2003-2013*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

États-Unis

Système hospitalier, assurance santé et fédéralisme étasunien à l'épreuve

Catherine SAUVIAT¹

C'est aux États-Unis que l'épidémie liée au nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) a été la plus meurtrière. Après l'identification du premier cas de contamination le 19 janvier 2020 dans l'État de Washington et la survenue du premier décès le 6 février dans le comté de Santé Clara en Californie, un premier cap hautement symbolique de 100 000 décès y a été franchi le 28 mai. L'épidémie dite de Covid-19 a ensuite connu une nouvelle accélération durant l'été si bien qu'un nouveau cap de 200 000 décès était à nouveau atteint le 22 septembre. À fin septembre, le pays comptait ainsi plus de 206 000 morts et plus de 7 millions de personnes contaminées, selon les données de l'université Johns Hopkins². Alors que les dépenses annuelles de santé y sont les plus élevées au monde, que ce soit en pourcentage du PIB (17,7 %) ou par habitant (11 172 dollars, soit 9 501 euros), le système de soins s'est trouvé néanmoins littéralement débordé. C'est notamment le cas des hôpitaux, qui ont

manqué de lits pour accueillir les malades, de matériel médical pour les soigner, de masques et d'équipements pour protéger leur personnel soignant et non soignant. Par ailleurs, les tests ont été et restent insuffisants pour identifier les personnes contaminées et contrôler l'expansion du virus.

Ce sont les États de la côte est des États-Unis, très densément peuplés, qui ont été les plus frappés au début de l'épidémie (mars-avril), au cours de laquelle la ville de New York a notamment payé un lourd tribut (près de 24 000 morts au 30 septembre). Mais une résurgence du virus s'est produite, plus diffuse que la précédente, durant l'été. Plusieurs États du Sud et de l'Ouest du pays ont été affectés à leur tour, après une levée prématurée des mesures de confinement et de distanciation sociale encouragée par Donald Trump.

Si le système fédéral américain a autorisé des réponses très diverses à l'épidémie selon les États, partout les pauvres,

1. Chercheure à l'IRES.

2. Les États-Unis ne comptent que pour 4,2 % de la population mondiale. Pourtant, ils concentrent à cette date 21,3 % des cas de contamination et 20,4 % des morts liés à l'épidémie selon cette source.

et notamment les Noirs et les Hispaniques, sont parmi les populations les plus affectées. Ils sont les premières victimes d'un système de protection sociale minimaliste et d'une infrastructure de soins dominée par des fournisseurs privés, qui fonctionne pour une large part selon des logiques de marché et qui est totalement fragmentée. Les hôpitaux, qui ont été tout particulièrement mobilisés durant l'épidémie ³, sont très inégalement répartis sur le territoire, relèvent de différents statuts et possèdent des ressources très disparates. Malgré l'aide qui leur a été apportée par les différents plans de soutien, c'est le personnel soignant qui a servi de variable d'ajustement. Médecins, infirmiers, aides-soignants ont en effet été les premières victimes des suppressions de postes opérées par les hôpitaux et leurs structures de soins ambulatoires pour compenser la baisse de leur chiffre d'affaires due à la priorité donnée au traitement des patients atteints du Covid-19 au détriment de leurs interventions routinières plus lucratives. Ils se sont de surcroît livrés à une concurrence pour pallier en urgence les pénuries de personnel, de matériel médical et d'équipements de protection nécessaires, face à un gouvernement fédéral incapable de coordonner la production et la distribution de ces biens et à des agences de santé publique défaillantes au niveau fédéral.

La crise sanitaire met donc au jour, avec une acuité jamais égalée, les faiblesses structurelles du système de santé américain, son caractère hybride et fortement inégalitaire mais elle illustre aussi de façon remarquable la force inébranlée des groupes d'intérêts pour préserver le *statu quo*, notamment des hôpitaux.

Une grande diversité de réponses à l'épidémie selon les États, les populations défavorisées particulièrement affectées

L'épidémie a touché diversement les États, selon la présence inégale de foyers de contamination, la densité de population mais aussi la rapidité et la radicalité des réactions des autorités publiques locales, en matière de dépistage et de confinement au début de l'épidémie. Les États de la côte est, notamment ceux de New York, du New Jersey et du Massachusetts, ont été particulièrement touchés durant les premiers mois de l'épidémie, dont l'épicentre s'est déplacé à partir de la mi-juin dans les États du Sud et de l'Ouest du pays (Texas, Floride, Californie, Arizona).

La gestion de la crise sanitaire laissée aux États

Face à la crise sanitaire, il n'y a pas eu de stratégie centralisée et coordonnée du gouvernement fédéral, lequel a de surcroît fait montre d'impéritie au plus haut niveau et délivré des injonctions contradictoires. Les initiatives ont au contraire été laissées aux États qui, dans le cadre du fédéralisme, ont autorité en matière de santé publique et ont apporté des réponses loin d'être uniformes à l'épidémie. Les décisions de confinement ont été prises plus ou moins rapidement et l'intensité de ce confinement s'est avérée très disparate selon les cas : une poignée d'États ont pris peu, voire aucune mesure de confinement ou de distanciation sociale, pour ne pas gêner l'activité économique, notamment ceux du Midwest et du Sud ; quelques autres ont décidé de mesures de restriction complètes sur les voyages et l'activité économique ; la

3. Pour autant, plus de 40 % des décès ont eu lieu dans les maisons de retraite.

plupart d'entre eux ont choisi un entre-deux. Les décisions de déconfinement ont obéi à la même logique, chaque État décidant de sa propre stratégie de reprise des activités économiques. Dans certains cas, l'autorité constitutionnelle des États a été contestée en justice, à l'exemple du Wisconsin, dont la Cour suprême a remis en cause la légitimité de la décision de prolonger le confinement prise par les autorités sanitaires sous peine d'amende (Emergency order 28), suite à une plainte des parlementaires républicains de l'État (*Wisconsin Legislature v. Palm*).

Les employeurs n'étant pas tenus de proposer des congés maladie rémunérés à leurs salariés (encadré 1), de nombreux travailleurs sont restés en activité malgré les risques de propagation du virus. En outre, le dépistage a été lent à se mettre en place, la disponibilité des tests variant selon les lieux, les politiques des gouvernements et la densité locale des fournisseurs de soins (médecins, laboratoires, hôpitaux), et est resté largement insuffisant (The Rockefeller Foundation, 2020).

Les populations défavorisées davantage vulnérables

L'absence de couverture maladie universelle aux États-Unis a certainement aggravé la situation sanitaire, surtout celle des populations les plus fragiles économiquement. Les Noirs ont été particulièrement affectés par l'épidémie et sont surreprésentés parmi les personnes contaminées et les décès dus au Covid-19. De fait, ils concentrent tous les facteurs de risque : ils sont en plus mauvaise santé que les autres groupes ethniques (obésité,

hypertension, diabète), à cause de conditions de vie précaires (habitat, pauvreté, absence de couverture santé, discriminations dans l'emploi, etc.)⁴ et aussi des inégalités d'accès aux soins liées à la ségrégation résidentielle ; la majorité d'entre eux vit dans des zones qui manquent d'hôpitaux et de fournisseurs de soins en général ; enfin, ils occupent des emplois à bas salaire, peu propices au télétravail et qui n'offrent le plus souvent ni indemnités pour congés maladie, ni assurance maladie (Gould, Wilson, 2020). Parmi les 28 millions de personnes non assurées aux États-Unis (encadré 1), le taux de non-assurés chez les Noirs reste supérieur à celui des Blancs (11 % contre 8 %). Il est toutefois largement inférieur à celui des personnes d'origine hispanique (19 %) ⁵, qui ont elles aussi été touchées de façon disproportionnée par le virus ainsi que les populations amérindiennes.

Or la couverture du dépistage (tests) par les assurances publiques et privées et sa gratuité n'ont été adoptées par le Congrès que lors du deuxième plan d'aide voté le 18 mars (encadré 2). Mais malgré l'adoption de ce plan, personne n'est à l'abri d'un reste à charge inattendu, compte tenu des limites introduites à cette gratuité en fonction des modalités du dépistage et du type de couverture santé des patients (Chua, Conti, 2020). En conséquence, nombre de personnes ont dû renoncer à se faire dépister, non seulement pour cause d'insuffisantes capacités de dépistage mais surtout par peur de la facture. Même après l'adoption de ce plan et le fait que les principales sociétés d'assurance aient décidé de couvrir

4. Les Noirs représentent 40 % de la population des sans-abri, 20 % des assurés de Medicaid alors qu'ils ne comptent que pour 13,4 % de la population aux États-Unis. Voir aussi G.A. Noppert, « États-Unis : pourquoi les Noirs et les pauvres sont les plus touchés par le Covid-19 », *The Conversation*, 19 avril 2020, <https://bit.ly/2QDBi9l>.

5. « Uninsured Rates for the Nonelderly by Race/Ethnicity », Kaiser Family Foundation, <https://bit.ly/3gGFKyU>.

Encadré 1

Une partie des Américains sans assurance santé et des salariés sans congés maladie rémunérés

Selon les dernières données du bureau du Census se rapportant à l'année 2018 (Berchick *et al.*, 2019), la majorité des Américains (55,1 %) possèdent une couverture maladie *via* des sociétés d'assurance privées, contractées dans un cadre professionnel par leur employeur. 10,8 % sont assurés individuellement auprès de ces mêmes sociétés, soit par le biais des marchés réglementés créés par l'Affordable Care Act (ACA) en 2010, soit directement sans intermédiaire. Au total, les deux tiers des Américains sont en conséquence assurés auprès d'assureurs privés tandis qu'un peu plus d'un tiers le sont dans le cadre d'assurances publiques, répartis à part quasi égale entre Medicare (personnes âgées de 65 ans et plus et handicapés) et Medicaid (personnes à faible revenu). Près de 10 ans après l'adoption de l'ACA, plus connu sous le nom d'Obamacare, 27,5 millions de personnes (soit 8,5 % de la population) restent sans couverture maladie, pour la plupart des travailleurs précaires, des indépendants ou des jeunes. De surcroît, 41 millions d'Américains seraient sous-assurés (avec des restes à charge trop élevés par rapport à leurs revenus), selon une estimation du Commonwealth Fund ¹. Cette situation est liée au déclin des emplois manufacturiers et à la hausse des emplois de services peu qualifiés, souvent à temps partiel et mal payés, qui n'offrent qu'une couverture maladie médiocre à leurs titulaires, voire aucune.

L'assurance santé étant majoritairement liée à l'emploi, la perte d'emploi entraîne *ipso facto* la perte de la couverture maladie pour le travailleur et sa famille. Or l'épidémie de Covid-19 a entraîné la mise à l'arrêt de nombreuses activités économiques et une explosion des demandes d'indemnisation du chômage à partir de la mi-mars 2020, qui a connu son pic en avril mais qui laisse encore 14,5 millions de chômeurs indemnisés à la mi-août. Certes, les personnes de moins de 65 ans ayant perdu leur emploi peuvent s'inscrire à Medicaid si la chute de leur revenu les rend éligibles à ce programme dans leur État de résidence. Ils peuvent aussi acheter une couverture santé sur les marchés réglementés de l'ACA, en bénéficiant éventuellement d'une subvention ² ou bien conserver celle de leur ex-employeur pendant 18 à 29 mois à condition de payer l'intégralité de la prime. Mais cette option est inabordable pour beaucoup, sachant qu'une couverture familiale en 2019 revenait en moyenne à 20 576 dollars (soit 17 433 euros) par an et que la contribution de l'employeur comptait pour 14 561 dollars (12 337 euros), soit 71 % de son coût (KFF, 2019).

De surcroît, les États-Unis sont un des rares grands pays industrialisés à ne pas avoir rendu obligatoires les congés maladie rémunérés. En conséquence, seuls 76 % des travailleurs en bénéficient mais cette couverture est très inégalement répartie selon les secteurs et surtout selon les revenus : ils sont 51 % seulement à en bénéficier dans le premier quartile de revenu (les 25 % de travailleurs



les moins bien payés, ceux gagnant 13,80 dollars de l'heure, soit 11,70 euros ou moins), contre 92 % au sein du dernier quartile de revenu (les 25 % les mieux payés, soit ceux gagnant plus de 32,21 dollars de l'heure, ou 27,30 euros) selon le ministère du Travail.

1. « Number of Americans with Inadequate Health Insurance Coverage Rose Sharply in 2016 », *The Commonwealth Fund*, October 30, 2017, <https://bit.ly/3hKpBtk>.

2. L'Urban Institute estime à 12 millions le nombre de nouveaux inscrits à Medicaid, à 6 millions celui de nouveaux inscrits sur les marchés réglementés de l'ACA et à 7 millions ceux qui resteront sans assurance dans l'hypothèse d'un taux de chômage qui atteindrait 20 % (Garrett, Gangopadhyaya, 2020).

intégralement le coût des tests et celui des traitements dans certaines limites, personne n'est à l'abri d'un dépassement inattendu. Si une vingtaine d'États offrent des protections contre ce type de pratiques (*surprise bill*), le Congrès national a jusqu'à présent cédé aux pressions des fournisseurs de soins pour rejeter toutes les propositions de loi émises dans ce sens au niveau fédéral. L'une des causes de ces *surprise bills*, c'est que les hôpitaux ont externalisé la gestion des services d'urgence et de leur personnel de même que les services d'ambulance. Dans ce cas, les médecins, infirmiers et infirmières n'ont pas pour employeur l'hôpital pour lequel ils travaillent mais des agences d'emploi privées (*staffing agencies*), de type agences d'intérim. Celles-ci envoient la facture aux patients qui ignorent avoir été pris en charge dans les services d'urgence par des médecins (notamment des anesthésistes ou des urgentistes) hors de leur réseau de soins même si l'hôpital, lui, en fait partie ⁶.

En outre, les hôpitaux ont acquis une grande marge de liberté pour fixer le prix des actes et des soins délivrés, qui sont propres à chaque établissement et

diffèrent fortement selon les régions et l'organisme ou les individus qui financent les soins (Medicare, Medicaid, sociétés d'assurance, patients non assurés, etc.) (Gee, 2019). La création des assurances publiques (Medicare et Medicaid) dans les années 1960, que l'organisation professionnelle des hôpitaux (American Hospital Association) soutiendra du fait de leur contribution au revenu des hôpitaux ⁷, n'aura fait que conforter ces derniers dans leur tendance historique à pratiquer des prix élevés et à investir dans des équipements de haute technologie (Moran, 2000), au détriment des soins de santé primaires.

Un système hospitalier hybride, au bord de la saturation par endroits

Le système hospitalier étasunien repose pour l'essentiel sur des hôpitaux locaux (*community hospitals*) qui, par définition, s'opposent aux hôpitaux du gouvernement fédéral (tableau 1) et sont pour la plupart généralistes. La majorité d'entre eux sont privés à but non lucratif, gérés par des universités, des églises ou des associations caritatives.

6. Ces sociétés de placement telles que TeamHealth (20 000 travailleurs) ou Envision Healthcare (69 000 travailleurs) appartiennent à des fonds d'investissement (Blackstone Group pour TeamHealth et KKR pour Envision Healthcare). Leur mission est de réaliser des profits pour leurs actionnaires, pas de prendre en charge les malades.

7. Medicare et Medicaid comptent aujourd'hui pour plus de 60 % du chiffre d'affaires des hôpitaux.

En contrepartie d'un statut fiscal privilégié, ils doivent assistance à la population locale et notamment aux pauvres. Leur construction et leur modernisation ont été de fait largement financées par des fonds du gouvernement fédéral en 1946, abondés par les États (Hospital Survey and Construction Act connu sous le nom de Hill Burton Act)⁸, un engagement public qui a perduré jusqu'en 1997.

Toutefois, un quart des hôpitaux locaux sont privés à but lucratif. Soumis à des impératifs de rentabilité par leurs actionnaires, ils disposent de moins de lits par habitant que ceux à but non lucratif et ce, dans tous les États⁹. Mais quel que soit leur statut, ces hôpitaux ont deux caractéristiques : d'une part, ils recourent tous à une médecine de pointe fondée sur la haute technologie. Cette tendance a été initiée et encouragée au sortir de la Seconde Guerre mondiale par l'État fédéral et la croyance dans la capacité de la recherche et de l'innovation médicale à vaincre toutes sortes de maladies et d'épidémies, ce qui l'a conduit à mobiliser de très importants financements en faveur des National Health Institutes, responsables de la recherche publique (Sparer, Beaussier, 2018) ; d'autre part, ils obéissent tous à une logique de concurrence et de profit. Au lieu d'être redistribués aux actionnaires dans le cas des hôpitaux à but lucratif, les gains profitent avant tout aux dirigeants dans le cas des hôpitaux à but non lucratif dont les rémunérations aux États-Unis dans les grands centres urbains atteignent

des niveaux comparables à ceux des grandes entreprises d'autres secteurs¹⁰. Ces profits sont aussi réinvestis dans la construction de bâtiments somptueux et dans l'achat de matériel médical ultra sophistiqué pour attirer les patients aisés et les médecins les plus réputés. Ils sont enfin dépensés pour une part non négligeable dans des activités de *marketing* et de *lobbying*, qui consolident leur pouvoir d'influence dû en partie au fait qu'ils sont souvent les plus gros employeurs des États et des villes aux États-Unis. Ceci explique en partie qu'ils aient bénéficié du montant d'aide publique le plus élevé de tous les secteurs pris séparément (encadré 2). Il est d'ailleurs remarquable que les travaux académiques d'historiens (Klein, 2003) ou de politistes (Chapin, 2015) sur le système de santé américain attribuent en général aux compagnies d'assurance plutôt qu'aux hôpitaux le pouvoir dominant et le rôle du « méchant », ces derniers échappant le plus souvent aux critiques.

Les États et collectivités locales possèdent quant à eux leurs propres hôpitaux publics locaux, qui accueillent en général les patients à faible revenu et/ou non assurés. Ils reçoivent des fonds du gouvernement fédéral et des États pour compenser en partie la perte de revenu occasionnée par les factures non payées (non assurés) ou sous-payées (assurés Medicaid). Une petite minorité d'hôpitaux relève enfin du gouvernement fédéral, notamment les hôpitaux militaires et ceux du système de santé des anciens combattants

8. Cette loi a accordé des prêts et subventions aux communautés dont les besoins étaient avérés (40 % à 50 % des comtés n'avaient pas ou plus d'hôpitaux dans l'immédiat après-guerre) et qui étaient en capacité de gérer des établissements de soins. Pour assurer son adoption par le Congrès et le vote des Démocrates du Sud, elle a aussi autorisé les hôpitaux en question à discriminer les patients et les médecins selon leur « race » et cette ségrégation a perduré jusqu'en 1963.

9. <https://bit.ly/3jupBhQ>.

10. A. Andrzejewski, T. Smith, « Top 82 US Non-Profit Hospitals – Qualifying Government payments and Financial Assets/Open Books Oversight Report », *OpenTheBooks*, June 2019, https://issuu.com/openthebooks/docs/top_82_largest_u.s._non-profit_hosp.

qui accueillent 9 millions de patients, le seul système de soins entièrement public existant aux États-Unis (tableau 1).

Les hôpitaux locaux sont près de deux fois plus nombreux dans les grands centres urbains (3 377) que dans les zones rurales (1 821) selon l'American Hospital Association (AHA, 2020a). Une grande partie d'entre eux sont constitués en chaînes hospitalières, regroupant de nombreux hôpitaux et professionnels de santé (Health Systems) et dont la taille est incomparable avec celle des hôpitaux en Europe ¹¹. Très concentrés et en position dominante sur les marchés locaux, ils exercent un véritable pouvoir de marché sur les assureurs et les financeurs de soins en général (Medicare, Medicaid, patients, employeurs).

La concentration des cas de contamination à New York, devenu très tôt l'épicentre de l'épidémie, a eu raison des capacités de son système hospitalier qui, bien que très

réputé, possède paradoxalement moins de lits de soins intensifs par habitant que d'autres villes américaines ¹². Le gouverneur a dû en conséquence demander l'aide de l'armée fédérale à la mi-mars, qui s'est concrétisée par l'arrivée de Virginie d'un bateau hôpital de la marine doté de 1 000 lits supplémentaires de soins intensifs, apponté sur la rive ouest de Manhattan (USNS Comfort). Certains centres de congrès ont été transformés en hôpitaux temporaires ¹³ et des lits d'hôpitaux supplémentaires ont été installés sous tente dans Central Park pour parer à l'urgence sanitaire et gérer le flux continu de patients atteints du virus. Le 30 mars 2020, le gouverneur de l'État, Andrew Cuomo, a entrepris de fusionner tous les hôpitaux de la ville (publics comme privés) afin de mutualiser leurs moyens humains et matériels, sous l'égide du ministère de la Santé de l'État et il a nommé une équipe chargée de leur coordination.

Tableau 1. La répartition des hôpitaux par statut

	Nombre	%
Nombre d'hôpitaux locaux	5 198	84,6
- privés à but non lucratif	2 937	47,8
- privés à but lucratif	1 296	21,1
- publics (États et collectivités locales)	965	15,7
Nombre d'hôpitaux du gouvernement fédéral	209	3,4
Nombre d'hôpitaux psychiatriques	616	10,0
Autres	123	2,0
Nombre total d'hôpitaux aux États-Unis	6 146	100

Source : AHA (2020a).

11. HCA Healthcare et CommonSpirit Health, les deux premières chaînes hospitalières, gèrent plus de 200 hôpitaux sur l'ensemble du territoire. La première est à but lucratif et cotée en bourse ; la seconde, d'origine catholique, est à but non lucratif. Ces chaînes hospitalières emploient 44 % des médecins, selon un rapport de Avalere Health and the Physicians Advisory Institute (PAI, 2019).
12. La ville de New York compte 2,7 lits de ce type pour 10 000 habitants, et ce ratio la place au 220^e rang d'un classement de 305 régions hospitalières étudiées par le *Washington Post* et A. Sacarny de l'université de Columbia. Des villes comme la Nouvelle Orléans, Chicago, Baltimore, Nashville, Las Vegas et même Detroit montrent un meilleur ratio que New York : voir S. Dorn « Coronavirus in NY: City's ICU-bed capacity ranks in bottom quarter nationally », *NY Post*, March 28, 2020, <https://bit.ly/2QDPjE5>.
13. L'Armée a converti en quatre jours le centre de congrès Javits à New York en un hôpital doté de 2 900 lits, et le centre de congrès McCormick à Chicago en un hôpital doté de 3 000 lits.

La résurgence du virus durant l'été dans les États du Sud et de l'Ouest du pays a provoqué une forte augmentation du nombre d'Américains hospitalisés, approchant le pic atteint dans l'État de New York à la mi-avril, au plus fort de l'épidémie. Les systèmes hospitaliers de ces États ont été mis sous forte tension. Dans certaines villes du Texas et de Floride, les hôpitaux à saturation ont été obligés de transférer leurs patients vers d'autres destinations et ont exigé de leur personnel soignant en poste des heures supplémentaires et des gardes de nuit pour pallier la pénurie de ressources humaines.

Le personnel des hôpitaux, variable d'ajustement

Contrairement à la situation en Europe, la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux a été directement et brutalement impactée par la crise sanitaire. Les hôpitaux ont dû en effet répondre en priorité à l'afflux de malades atteints du Covid-19, dont beaucoup de personnes au chômage ou non assurées. En vertu d'une loi fédérale de 1986 (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act ou EMTALA), les hôpitaux dotés de services d'urgence (soit la quasi-totalité des hôpitaux), qu'ils soient privés ou publics, doivent accepter toute personne nécessitant des soins d'urgence, qu'elle soit assurée ou pas. Le 18 mars, l'administration de la Santé a recommandé que soient suspendues ou annulées pendant la montée de l'épidémie les opérations n'ayant pas un

caractère d'urgence. Dans la plupart des États, les hôpitaux locaux ont dû surseoir ou limiter leurs actes chirurgicaux réputés non urgents (les plus volumineux et les plus lucratifs), en général programmés à l'avance (prothèses de hanches, de genoux, opérations de la cataracte, du cœur, traitements des cancers, etc.) et le plus souvent effectués en ambulatoire (notamment dans des cliniques créées par les hôpitaux à des fins de réduction des coûts), pour traiter en priorité les malades contaminés par le virus¹⁴. Or ces actes sont les plus rémunérateurs et représentent l'essentiel de leurs marges alors que les unités de soins intensifs et les services d'urgence ne sont généralement pas des centres de profit. De surcroît, les hôpitaux ont dû dans un premier temps demander à leur personnel d'effectuer des heures supplémentaires, avant d'être obligés de recourir auprès d'agences spécialisées (voir *supra*) à du personnel temporaire spécialisé en soins intensifs, maladies infectieuses, (notamment des infirmières et infirmiers itinérants ou *travel nurses*), pour accueillir et traiter en urgence l'afflux de patients contaminés, ce qui a occasionné des coûts d'exploitation supplémentaires¹⁵.

Le fait de devoir soigner des personnes incapables de payer la facture, combiné à une hausse de leurs coûts d'exploitation et à la baisse brutale de leur volume d'activités les plus lucratives a entraîné des baisses sévères du chiffre d'affaires des hôpitaux (AHA, 2020b). Cela les a conduits, dans un second temps, à réduire leurs effectifs (par licenciement ou mise à pied) ainsi que le nombre

14. Au total, une trentaine d'États auraient à partir du 15 mars demandé aux hôpitaux d'arrêter ou de restreindre les opérations programmées à l'avance : voir « Some insurers flex balance sheets to help hospitals, doctors amid pandemic », *The Wall Street Journal*, May 3, 2020.

15. Il y a eu notamment une demande très forte d'infirmières et infirmiers les plus qualifiés (*Registered Nurses*), dont le niveau de salaire hebdomadaire a quasiment doublé entre janvier et mars 2020, passant de 1 700 à 3 000 dollars. Les hôpitaux ont également dû s'équiper en matériel médical et de protection supplémentaire dans un contexte de pénurie et de hausse des prix : voir « Covid-19 poses long term impact to non for profit hospitals », *Modern Healthcare*, March 19, 2020.

d'heures de travail et/ou les salaires de leur personnel soignant (médecins, infirmiers et infirmières non directement affectés au traitement du Covid-19), à un moment où ils auraient dû au contraire recruter et former le personnel aux soins intensifs ¹⁶. Selon le Bureau of Labor Statistics (BLS), le secteur de la santé, qui compte pour près de 11 % de l'emploi hors agriculture (dont près d'un tiers dans les hôpitaux), a perdu près d'1 million et demi d'emplois entre mars et avril (en données corrigées des variations saisonnières), affectant principalement les services de soins ambulatoires (-1,2 million) en raison de l'arrêt brutal des opérations non urgentes qui y ont lieu le plus souvent. Les hôpitaux ont quant à eux connu une baisse différée de l'emploi qui a été de moindre ampleur, d'abord en avril (- 126 000) puis en mai de façon atténuée (- 35 000), tandis que les maisons de retraite subissent depuis le mois de mars des réductions continues d'effectifs (- 223 000 entre mars et août) ¹⁷.

Les hôpitaux ruraux sont particulièrement exposés financièrement, notamment dans le Sud du pays où la plupart des États ont refusé d'étendre Medicaid, se privant ainsi d'une source de financement des soins hospitaliers. Certains d'entre eux ont même durci les conditions d'éligibilité à Medicaid à partir de 2018 (Sauviat, 2020). Les États du Sud, gouvernés pour la plupart par des Républicains, n'ont eu de cesse de réduire les budgets du secteur public, notamment ceux des ministères de la Santé et des infrastructures de

soins, accélérant la fermeture des hôpitaux en zone rurale.

Les données de l'OCDE montrent que le nombre de médecins par habitant, tout comme celui des lits d'hôpitaux, est plus faible aux États-Unis que dans nombre de pays européens, ce qui rend plus difficile la réallocation des ressources médicales au traitement du Covid-19. Pour pallier la pénurie de personnel, certains hôpitaux ont été autorisés par les États à faire appel aux professionnels de soins retraités, ou au corps de la réserve médicale, un réseau national de professionnels de santé volontaires mobilisables en cas d'urgence mis en place après les attentats du 11 septembre 2001. L'Université de New York a aussi ouvert la possibilité aux étudiants en médecine désireux de participer aux efforts de soins d'obtenir leur diplôme en anticipation et 70 000 volontaires se sont enrôlés de la sorte. Mais un certain nombre d'obstacles entravent la mobilité des professionnels de santé et la mutualisation des ressources entre États. Les médecins de même que les infirmières et infirmiers ne peuvent théoriquement exercer que dans les États où ils ont obtenu leur licence, sauf exceptions ¹⁸. Il a fallu attendre que Donald Trump déclare l'état d'urgence nationale le 16 mars 2020 pour que l'administration fédérale accepte d'assouplir ces règles professionnelles et pour que les États puissent demander des dérogations. Certains gouverneurs comme ceux du Michigan, de New York et de l'Ohio ont relâché temporairement

16. « Front-line workers face pay cuts amid COVID-19 crunch », *Modern Healthcare*, April 22, 2020 ; D. Scott, « Hospitals are laying off workers in the middle of the coronavirus pandemic », *The Vox*, April 8, 2020, <https://bit.ly/34P9QOs>.

17. <https://www.bls.gov/webapps/legacy/cesbtab1.htm>, consulté le 24 septembre 2020.

18. Dix-sept États à dominante rurale ont adopté une législation (Compact) permettant à leurs professionnels de santé d'exercer dans d'autres États : Alabama, Arizona, Colorado, Idaho, Illinois, Iowa, Minnesota, Montana, Nevada, New Hampshire, Kansas, Mississippi, Dakota du Sud, Utah, Virginie de l'Ouest, Wisconsin et Wyoming.

Encadré 2

L'aide aux acteurs du système de santé dans les différents plans de soutien

Le Congrès a adopté quatre plans de soutien successifs au système de santé entre mars et avril 2020. Un cinquième train de mesures est toujours en cours de négociations au Parlement, opposant la proposition initiale de la Chambre des Représentants (HEROES Act) de 3 400 milliards de dollars (2 881 milliards d'euros) adoptée mi-mai à celle du Sénat (HEALS Act), dévoilée fin juillet mais nettement moins généreuse (d'environ 1 000 milliards de dollars, soit 847 milliards d'euros). Cette dernière, ramenée début septembre à 300 milliards de dollars (soit 257 milliards d'euros), n'a pas reçu la super majorité nécessaire à son adoption (60 voix) lors de son vote le 10 septembre dernier. Compte tenu de l'écart subsistant après ces deux propositions réaménagées¹, il est probable qu'aucun vote n'aura lieu au Congrès avant l'élection présidentielle de novembre 2020.

- Le Coronavirus Preparedness and Response Supplemental Appropriations Act (CPRSA), adopté le 6 mars, attribue une aide d'urgence de 8 milliards de dollars (7 milliards d'euros), destinée principalement à renforcer les agences de santé publique (CDC, FDA notamment, voir *infra*).

- Le Families First Coronavirus Response Act (FFCRA) est voté peu de temps après, le 18 mars. Il est surtout destiné à parer au plus pressé face à la hausse brutale du chômage. Il accorde 14 jours de congés maladie rémunérés à toute personne atteinte du Covid-19, étend l'aide alimentaire pour les pauvres et prévoit des ressources supplémentaires pour le financement des tests de dépistage, les rendant gratuits sous certaines conditions. Le coût de l'ensemble des mesures est estimé à 192 milliards de dollars (163 milliards d'euros).

- Le Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act (CARES), qui s'élève à 1 721 milliards de dollars (1 900 milliards d'euros), est adopté le 27 mars. Il s'agit du plan d'aide le plus massif de toute l'histoire américaine : il équivaut à plus de deux fois le montant du plan de relance de 2009. Dans ce plan, 100 milliards de dollars (85 milliards d'euros) sont réservés aux hôpitaux pour compenser leur baisse d'activité et la chute de leur chiffre d'affaires. Sont instaurées deux semaines de congés maladie rémunérés à 100 % pour les travailleurs atteints du Covid-19, des congés maladie rémunérés temporaires pour les travailleurs des entreprises de moins de 500 salariés ainsi que 12 semaines de congé parental pour les familles qui doivent prendre soin de leurs enfants.

- Le Paycheck Protection Program and Healthcare Enhancement Act (PPPHEA), adopté le 24 avril, attribue 75 milliards de dollars (64 milliards d'euros) de dotations supplémentaires aux hôpitaux et 25 milliards de dollars (21 milliards d'euros) pour améliorer les capacités de dépistage sur un total de 483 milliards de dollars (410 milliards d'euros).



Au total, le coût des mesures d'aide adoptées par le Congrès en l'espace de deux mois est estimé à environ 13 % du PIB, sans compter les injections de liquidités par la Federal Reserve. Sur ce total, les hôpitaux ont bénéficié de 175 milliards de dollars (148 milliards d'euros) mais la répartition de cette aide a été très inégale, favorisant plutôt ceux à but lucratif (Schwartz, Damico, 2020).

1. Les Démocrates à la Chambre des Représentants ont accepté de ramener entretemps leur proposition initiale à 2200 milliards de dollars (1883 milliards d'euros) au lieu de 3400 milliards de dollars, après discussion avec l'administration Trump.

ces exigences pour attirer des professionnels de santé d'autres États.

En revanche, le gouvernement fédéral n'a pas modifié sa politique restrictive de visas vis-à-vis des médecins étrangers désireux d'exercer aux États-Unis, alors que le système de santé américain repose largement sur une main-d'œuvre professionnelle d'origine étrangère. Les médecins qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger et dont la plupart exercent grâce à des visas temporaires d'immigration représentent en effet 25 % de la profession aux États-Unis (American Immigration Council, 2020). Mais avec ce système, ils sont totalement dépendants de leur employeur et n'ont aucune mobilité. Quant aux infirmières et infirmiers étrangers, il n'existe aucun visa d'entrée particulier et malgré la pénurie qui sévit dans la profession, ces derniers doivent faire une demande pour obtenir le statut de résident permanent (*green card*), un processus très long qui se compte en années. Certains États ont pu néanmoins relâcher des restrictions pour lutter contre la pénurie de professionnels : le New Jersey a décidé d'accorder des licences temporaires d'exercice de la profession aux médecins étrangers résidant dans l'État. L'État de New York a accepté que les étudiants diplômés des écoles de médecine à l'étranger soient autorisés à traiter des patients après un an de résidence au lieu de trois habituellement.

La pénurie de personnel soignant s'est combinée avec celle de matériel médical et d'équipements de protection, aggravée par une administration fédérale affaiblie et une absence de coordination avec les autorités locales (États et municipalités), s'agissant de la mobilisation et de la répartition de ces biens entre hôpitaux.

Pénurie de matériel et d'équipement médical, logiques de marché et concurrence entre États face à une administration fédérale défaillante

Aux États-Unis, l'autorité en matière de santé publique est, comme on l'a déjà souligné, historiquement dévolue aux États qui, chacun, de même que chaque grande ville, possèdent un ministère de la Santé. En conséquence, la responsabilité de sa gestion a reposé largement sur les élus locaux (gouverneurs et maires). Cependant, le rôle du gouvernement fédéral n'est pas négligeable. Il constitue globalement la première source de financement de la santé publique des États et des collectivités locales (Trust for America's Health, 2020). Ce rôle s'exprime notamment à travers trois de ses principales agences en charge de la santé publique en cas d'épidémie : le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), qui joue un rôle clé en matière de prévention (des) et d'information (sur les)

maladies infectieuses ; la Food and Drug Administration (FDA), qui est chargée du contrôle des denrées alimentaires, des médicaments, du matériel médical (y compris les tests de dépistage) et autorise leur mise sur le marché ; la Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA), créée en 2006 au sein du ministère de la Santé pour préparer les réponses sanitaires en cas d'attaques biologiques et nucléaires ainsi que d'épidémies. Cette agence est responsable de coordonner la production, l'acquisition et la fourniture de matériel médical et de veiller au niveau des réserves du Strategic National Stockpile. Parallèlement, le Président a le pouvoir de réquisitionner les entreprises privées pour produire le matériel et l'équipement nécessaires en cas d'urgence nationale, en activant le Defense Production Act (DPA), une loi adoptée lors de la guerre de Corée.

Une administration fédérale dysfonctionnelle, en l'absence de leadership

Mais d'une part, les tensions au sein de l'administration fédérale associées au sous-financement chronique de la santé publique depuis plusieurs décennies (Trust for America's Health, 2020) ont entravé l'action de ces trois agences fédérales. Le CDC, qui jouit pourtant d'une réputation comparable à celle de ses pairs européens (Sparer, Beaussier, 2018), a perdu trois semaines au début de l'épidémie avant de pouvoir procurer à ses 95 laboratoires publics et aux hôpitaux universitaires des tests fiables à cause d'un composant défectueux, empêchant un dépistage précoce et massif de la population. Par la suite, son rôle central d'émission de recommandations au public face à la crise sanitaire ainsi que de collecte des données épidémiologiques

a été totalement marginalisé, voire nié par la Maison Blanche, dont la *task force* mise en place par le Président Donald Trump a été en proie à de nombreux conflits internes. La FDA a de son côté tardé à valider la diffusion des tests de dépistage développés par les laboratoires universitaires et les laboratoires privés, aggravant la pénurie face à l'urgence sanitaire. Quant à la BARDA, son directeur a été limogé en avril 2020, non sans avoir préalablement signalé le stock insuffisant de masques, de tests de dépistage et de respirateurs artificiels avant l'épidémie, des avertissements ignorés par le ministère de la Santé.

D'autre part, les logiques de marché (recherche de profits à court terme, concentration, optimisation fiscale et financiarisation des entreprises) ont eu raison de la capacité des institutions publiques de santé à se préparer à l'épidémie, notamment de celle de la BARDA empêchée de reconstituer la réserve de respirateurs artificiels comme prévu (encadré 3).

Enfin, Donald Trump n'a fait qu'invoquer le DPA comme menace dans des tweets sans vraiment utiliser les pleins pouvoirs que confère cette loi, qui autorise le gouvernement fédéral à coordonner la production industrielle de secteurs entiers et à assurer de la sorte la chaîne d'approvisionnement de produits critiques. L'action du Président s'est en effet bornée à demander le 7 avril au groupe 3M, le premier producteur américain (et mondial) de masques N95 destinés au personnel soignant, de vendre 167 millions de ces masques au gouvernement fédéral dans les trois prochains mois. Il a aussi négocié des accords avec les constructeurs automobiles, General Motors et Ford, pour fabriquer des respirateurs artificiels, les conduisant à

Encadré 3

Le gouvernement fédéral, confronté aux logiques de marché et de financiarisation des entreprises

Le gouvernement fédéral fait dès 2007 le constat d'une pénurie de respirateurs artificiels après les épidémies de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), de SRMO (syndrome respiratoire du Moyen-Orient) et de gripes. Un plan est prévu, géré par la BARDA sous le nom de code « Aura », pour reconstituer les stocks détenus dans les entrepôts gouvernementaux du Strategic National Stockpile (Dayen, 2020). À cette fin, l'administration Bush passe en 2008 des appels d'offre auprès d'entreprises du secteur privé pour fabriquer une nouvelle génération de respirateurs, qu'elle veut portables, faciles d'usage et à faible coût (moins de 3 000 dollars, soit 2 550 euros pièce). Une PME californienne innovante (Newport Medical Instruments – NMI) est retenue, qui accepte de fournir 40 000 respirateurs au prix demandé par l'administration pour construire sa réputation et s'en servir comme levier pour gagner de futurs marchés publics. En 2011, elle fournit trois prototypes à l'administration Obama et attend leur approbation pour se lancer dans la production en masse des respirateurs. Mais NMI est rachetée en 2012 par un grand groupe américain de matériel médical coté en bourse (Covidien), qui fabrique des ventilateurs traditionnels. Ce groupe n'a pas d'intérêt à développer le nouveau modèle, concurrent du sien, au risque d'éroder ses profits. Il commence donc par obtenir des fonds supplémentaires et un prix plus élevé du gouvernement fédéral pour développer le produit, avant d'annoncer à la BARDA qu'il souhaite sortir du contrat, ce qui oblige cette dernière à trouver un autre partenaire pour relancer son projet. Covidien est racheté à son tour en 2015 par Medtronic, le premier groupe américain (et mondial) de matériel médical, qui transfère à cette occasion son siège social en Irlande dans un but d'optimisation fiscale et dissout l'équipe de recherche de Covidien (Lazonick, Hokins, 2020). La BARDA se tourne vers une filiale américaine de Philips dans la seconde moitié de 2014 et signe un nouveau contrat pour la livraison de 10 000 ventilateurs attendue en août 2020. Entre temps, l'épidémie de Coronavirus a explosé.

reconvertir certaines de leurs usines à cet effet. Mais les interventions de Donald Trump n'auront abouti qu'à accélérer la production de ces produits critiques, sans modifier les stratégies des firmes.

Des pénuries d'équipements gérées localement, au cas par cas

Les pénuries d'équipements de base ont été le lot commun de la plupart des

hôpitaux (thermomètres, respirateurs artificiels, masques, tenues de protection, etc.) et le personnel soignant s'est vu parfois obligé de recycler certains équipements (masques, blouses) pour se protéger contre le virus ¹⁹. L'agence fédérale chargée de la sécurité et de la santé au travail, l'Occupational Safety and Health Administration, n'a émis que des

19. L'association des infirmières et infirmiers de l'État de New York a attaqué le ministère de la Santé de l'État et deux chaînes hospitalières en justice pour mise en danger des vies des personnels soignants ayant été en contact avec les malades.

recommandations générales en direction des employeurs en matière de protection de leurs salariés. Elle n'a effectué que très peu de contrôles sur site par rapport aux milliers de plaintes reçues, les plus nombreuses provenant des travailleurs du secteur de la santé. Des soignants ayant dénoncé le manque de protections ont été suspendus ou licenciés ²⁰. Des actions de mobilisation syndicale ont eu lieu ici et là pour dénoncer cette situation de pénurie, réclamer de meilleures protections, voire des primes de risque pour les travailleurs exposés, y compris pour les travailleurs à bas salaire qui n'exercent pas de fonction de soins. Mais l'épidémie a été peu propice aux conflits ²¹. Le syndicalisme dans le secteur de la santé est en outre éclaté entre plusieurs organisations concurrentes (SEIU, UFCW, Teamsters, NNU, etc.) et les directions syndicales ont été peu audibles. Le plus actif a sans doute été le syndicat national des infirmiers et infirmières, National Nurses United (NNU), qui a dénoncé les conditions de travail du personnel soignant, sachant qu'il y a eu de nombreux cas de contamination et de victimes parmi les travailleurs de la santé ²². Ce syndicat revendique depuis des années avec constance un système de santé universel et de payeur unique (Medicare for All).

La Maison Blanche n'a mis en place aucun plan global pour coordonner l'envoi de matériel et de personnel soignant

dans les États les plus affectés. Pire, le Président Donald Trump a renvoyé aux gouverneurs des États la responsabilité de sécuriser le matériel médical nécessaire pour combattre l'épidémie. Ces derniers, de même que les villes et les hôpitaux, se sont en conséquence livrés à une concurrence féroce pour acquérir les équipements de protection nécessaires, en utilisant tous les moyens possibles, parfois à leurs dépens car la qualité attendue n'a pas toujours été au rendez-vous. Et chacun a dû se débrouiller à travers du maquis existant de laboratoires publics et privés pour le dépistage, d'entreprises privées, parfois étrangères (le plus souvent chinoises) et d'une pléiade de nouveaux entrants, pas toujours fiables, sur les marchés du matériel médical (respirateurs artificiels) et des équipements de protection (masques, etc.).

Enfin, la pénurie de matériel médical et des équipements de protection a révélé aussi des problèmes dans les chaînes d'approvisionnement des entreprises américaines et l'état de dépendance croissante des États-Unis vis-à-vis de l'étranger, en premier lieu de la Chine mais aussi de l'Europe (sans même évoquer ici la dépendance en matière de médicaments). Le déficit commercial relatif aux produits identifiés comme critiques dans la lutte contre le Covid-19 a doublé entre 2012 et 2018, passant de 7 à 14 % du PIB (Leibovici *et al.*, 2020). Or la capacité des États-Unis à accélérer les importations

20. L'American Federation of Labor – Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO, Fédération américaine du travail) a d'ailleurs engagé une poursuite judiciaire contre l'agence pour l'obliger à émettre une recommandation d'urgence exécutoire par les employeurs face à l'épidémie de Covid-19.

21. Il a fallu attendre fin juillet 2020 pour qu'une grève de cinq jours ait lieu dans un hôpital en Californie, à l'occasion du renouvellement de l'accord collectif négocié par des travailleurs syndiqués de l'établissement au National Union of Healthcare Workers (UHW), un syndicat indépendant issu d'une scission avec le SEIU en 2009, qui représente 15 000 travailleurs de la santé dans l'État de Californie.

22. Au 30 septembre, le CDC comptabilisait 726 morts et 167 888 cas de contamination parmi les travailleurs de la santé ; voir CDC Covid Data Tracker.

de ces biens est problématique dans la mesure où les pays exportateurs doivent répondre prioritairement à leurs propres besoins pour combattre l'épidémie et où Donald Trump a par ailleurs pris des mesures de restriction sur les exportations américaines d'équipements de protection (masques et gants). En même temps, il est clair que le Président n'a aucunement l'intention de réduire cette dépendance en incitant les entreprises à une relocalisation de leurs activités. Au contraire, sa réforme fiscale de décembre 2017 encourage les délocalisations et la fragmentation des chaînes de valeur en imposant les profits réalisés par les entreprises américaines à l'étranger moitié moins que ceux réalisés aux États-Unis (Sauviat, 2018).

Des initiatives ont cependant pu voir le jour au niveau des États pour apporter une réponse industrielle locale aux ruptures des chaînes d'approvisionnement. Au Massachusetts, une agence de l'État en charge du développement technologique et de l'innovation a mis en place une équipe pluridisciplinaire composée de volontaires issus de la recherche, de l'ingénierie, de l'industrie manufacturière et des institutions de santé publique. Cette équipe a réussi à constituer une chaîne d'approvisionnement locale pour la fabrication de plusieurs produits homologués par la FDA (masques, blouses, désinfectants, tests de dépistage, respirateurs artificiels) et à faire en sorte que le personnel soignant dans l'État ne manque ni de matériel ni d'équipements pour soigner les malades atteints du Covid-19 (Zeidel *et al.*, 2020).

Conclusion

Les autorités publiques n'ont pas été en mesure d'apporter une réponse collective, face à un système de santé balkanisé

où les hôpitaux privés représentent la majeure partie de l'offre hospitalière. Les États ont été au centre des initiatives et ont dû faire avec une coordination fédérale chaotique et défaillante au plus haut niveau. L'Obamacare, qui a conforté la primauté des compagnies d'assurance dans le financement de la santé, a peu touché à l'organisation des soins en tant que telle. Si le gouvernement finance la moitié des dépenses de santé à travers les assurances publiques (Medicare et Medicaid principalement) et indirectement les hôpitaux par ce biais, il n'a pas la main sur le système hospitalier. Et actuellement, ni Donald Trump à l'évidence, ni son concurrent démocrate Joe Biden, ex-vice-président de Barack Obama et candidat à l'élection présidentielle de novembre 2020, ni même les États n'envisagent de transformer radicalement le système hospitalier et plus largement le système de santé, en imposant une quelconque régulation des prix.

Joe Biden suggère tout au plus d'améliorer l'existant et de consolider l'Obamacare, en ajoutant une assurance publique accessible aux individus et aux PME, y compris aux personnes à bas revenu dans les États ayant refusé d'étendre Medicaid suite à l'Obamacare mais sans toutefois l'ouvrir aux travailleurs déjà couverts par leur employeur. Il a en revanche proposé de consolider le rôle du gouvernement fédéral dans la gestion de la crise sanitaire, en renforçant le nombre de personnes dédiées au traçage des personnes contaminées et en créant de nouvelles entités fédérales pour superviser la distribution de tests de dépistage.

Les organisations professionnelles (médecins, hôpitaux, compagnies d'assurance) ont toujours exercé un puissant *lobbying* contre toute tentative de réforme visant à introduire un système de santé universel

aux États-Unis depuis les années 1940. Aucun autre secteur que celui de la santé n'a dépensé plus d'argent pour influencer les parlementaires qui votent les lois et pour discréditer la « médecine socialisée » auprès du public. Ces acteurs ont ainsi puissamment contribué à renforcer la croyance selon laquelle l'État fédéral devait être tenu à distance dans l'organisation et le financement des soins (même si cette croyance ne correspond pas à la réalité des faits s'agissant du financement).

Cette épidémie aura ainsi mis au jour de manière flagrante les apories chroniques du système de santé (coût exorbitant, fortes inégalités d'accès, sous-financement de la santé publique, etc.) mais aussi les failles du fédéralisme américain dans sa capacité à gérer une crise sanitaire de cette ampleur qui se sont illustrées tout particulièrement dans l'impéritie du *leadership* présidentiel. Les autorités de santé publique ont été marginalisées, leurs experts scientifiques discrédités auprès de la population américaine. L'affaire du port du masque, en devenant un objet de division partisane, est révélatrice du climat de suspicion instauré par le Président et son administration. Cette épidémie aura été néanmoins l'occasion d'une intervention sans précédent de l'État fédéral dans son financement. La question est de savoir si cette expérience de « Big Government » laissera des traces. Si de manière générale les transformations radicales des systèmes de santé et de protection sociale sont rares et ne se produisent qu'à des moments exceptionnels de l'histoire qui élargissent soudainement l'horizon des possibles, on peut penser que l'épidémie de coronavirus, par son impact, est de ceux-là. Pour autant, il est peu probable que l'opinion publique américaine soit prête à des bouleversements tels que l'instauration d'un système universel de santé,

au programme du candidat sortant aux primaires démocrates, Bernie Sanders mais pas à l'agenda de l'AFL-CIO, ou à une nationalisation du système de santé (hôpitaux en particulier). Mais cette expérience tragique aura peut-être comme conséquence – non négligeable dans le cas étasunien – de rendre l'Obamacare incontournable après en avoir démontré à la fois les effets bénéfiques et les limites, voire d'ouvrir progressivement la voie à un système de payeur unique en commençant par étendre Medicaid à tous les États.

Achevé de rédiger le 30 septembre.

Sources :

AHA (2020a), *Fast Facts on US Hospitals*, American Hospital Association, March, <https://www.aonl.org/statistics/fast-facts-us-hospitals>.

AHA (2020b), *Hospitals and Health Systems Face Unprecedented Financial Pressures Due to COVID-19*, American Hospital Association, May, <https://bit.ly/3lqqqWI>.

American Immigration Council (2018), « Foreign-Trained Doctors are critical to Serving Many US Communities », January 7, <https://bit.ly/2YP22by>.

Berchick E.R., Barnett J.C., Upton R.D. (2019), *Health Insurance Coverage in the United States: 2018*, United States Census Bureau, November, <https://bit.ly/2FYfSSe>.

Chapin C.F. (2015), *Ensuring America's Health – The Public Creation of the Corporate Health Care System*, Cambridge, Cambridge University Press.

Chua K-P, Conti R. (2020), « Despite the Families First Coronavirus Response Act, Covid-19 Evaluation Is Not Necessarily Free », *Health Affairs*, April 17, <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20200413.783118/full/>.

Dayen D. (2020), « Unsanitized: Covidien's story is corporate America's story », *The American Prospect*, March 30, <https://bit.ly/2QwwOI5>.

Garrett B., Gangopadhyaya A. (2020), *How the COVID-19 Recession Could Affect Health Insurance Coverage*, Urban Institute, May 4, <https://urban.is/3hCCOEt>.

- Gee E. (2019), *The High Price of Hospital Care*, Center for American Progress, June 26, <https://ampr.gs/2YL5jZg>.
- Gould E., Wilson V. (2020), *Black Workers Face Two of the Most Lethal Preexisting Conditions for Coronavirus – Racism and Economic Inequality*, Economic Policy Institute, June 1, <https://www.epi.org/publication/black-workers-covid/>.
- KFF (2019), *Employer Health Benefits. 2019 Annual Survey*, The Kaiser Family Foundation, San Francisco, <https://bit.ly/32AB07q>.
- Klein J. (2003), *For All These Rights: Business, Labor, and the Shaping of America's Public-Private Welfare State*, Princeton, Princeton University Press.
- Lazonick W., Hopkins M. (2020), « How "Maximizing Shareholder Value" Minimized the Strategic National Stockpile: The \$5.3 Trillion Question for Pandemic Preparedness Raised by the Ventilator Fiasco », *Working Paper*, n° 127, Institute for New Economic Thinking, July 21, <https://bit.ly/2QYJyKF>.
- Leibovici F., Santacreu A.M., Peake M. (2020), *How Much Does the US Rely on Other Countries for Essential Medical Equipment?*, Federal Reserve Bank of St Louis, April, <https://bit.ly/32sldrm>.
- Moran M. (2000), « Understanding the Welfare State: The case of health care », *The British Journal of Politics and International Relations*, vol. 2, n° 2, p. 135-160, <https://doi.org/10.1111/1467-856X.00031>.
- PAI (2019), *Updated Physician Practice Acquisition Study: National and Regional Changes in Physician Employment 2012-2018*, Avalere Health and Physicians Advocacy Institute, February, <https://bit.ly/3bd8rm0>.
- Sauviat C. (2018), « États-Unis : une réforme fiscale au profit des entreprises et des particuliers les plus riches », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 161, mars, p. 25-35, <https://bit.ly/2UWv5sf>.
- Sauviat C. (2020), « États-Unis : vers une re-définition accélérée des programmes de Welfare sous la présidence de Donald Trump », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 169-170, mars-juin, p. 68-78, <https://bit.ly/3baH63H>.
- Schwartz K., Damico A. (2020), « Distribution of CARES Act Funding Among Hospitals », *Kaiser Family Foundation*, May 13, <https://bit.ly/3hMltZS>.
- Sparer M.S., Beaussier A.-L. (2018), « Public health in a cross-national lens: The surprising strength of the American system », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 43, n° 5, p. 825-846, <https://doi.org/10.1215/03616878-6951175>.
- The Chartis Center for Rural Health (2020), *The Rural Health Safety Net Under Pressure: Rural Hospital Vulnerability*, February, <https://bit.ly/31GkLry>.
- The Rockefeller Foundation (2020), *National Covid-19 Testing & Tracing Action Plan*, July 16, <https://bit.ly/30N100y>.
- Trust for America's Health (2020), *The Impact of Chronic Underfunding on America's Public Health System: Trends, Risks, and Recommendations, 2020*, April, <https://bit.ly/3gJmWiq>.
- Zeidel M.L., Kirk C., Linville-Engler B. (2020), « Opening up new supply chains », *New England Journal of Medicine*, vol. 382, n° 21, e73, <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009432>.
- Presse économique et financière : *The Wall Street Journal*, *The New York Times*, *The Washington Post*, *The Economist*.

Union européenne

L'Europe de la santé au prisme du Covid-19 : quelles avancées ?

Gael CORON et Catherine SAUVLAT¹

Dans la version actualisée de leur ouvrage de référence consacré à la politique européenne de santé, Greer *et alii* (2019) tirent un certain nombre d'enseignements concernant la dynamique qui la sous-tend. Parmi eux, les crises tiennent une place importante : « Les crises et les chocs attirent l'attention. C'est un aliment de base de l'histoire de la santé publique que les crises provoquent des actions et que des initiatives de santé publique surviennent après les flambées. Les grandes étapes de la politique de santé publique de l'Union européenne semblent suivre des menaces. »

Cette affirmation semble néanmoins peu applicable à l'actuelle pandémie de Covid-19, tout au moins si l'on se réfère aux perceptions des citoyens européens mesurées par les enquêtes d'opinion. Un récent sondage mené en France, en Allemagne, en Italie, en Pologne, au Portugal, en Espagne, en Bulgarie et au Danemark montre à la fois une acceptation très

large de la nécessité d'une intervention de l'Union européenne (UE) et un jugement très défavorable de la réalité de cette intervention durant la pandémie². Il est vrai que Scott Greer, auteur principal de l'ouvrage précité, objecterait que les institutions européennes ont fait ce que les traités leur demandent de faire (Greer, 2020).

La majorité des actions déployées pendant la crise relève en effet avant tout de la coopération entre États hors d'un cadre contraignant. En témoignent le faible nombre de transferts de malades dans un état critique d'un pays à l'autre (entre la France et l'Allemagne par exemple mais aussi vers la Suisse) et de réunions du comité de sécurité sanitaire, instance basée sur la coopération interétatique. En revanche, les initiatives de l'UE qui sont à porter à son crédit ont consisté à suspendre provisoirement certaines règles qui pourraient avoir un impact négatif sur l'état de santé des populations. Ainsi,

1. Enseignant-chercheur à l'École des Hautes études en santé publique (EHESP) et membre du laboratoire Arènes (UMR 6051) ; chercheure à l'IRES.

2. K. Butler, « Coronavirus: Europeans say EU was "irrelevant" during pandemic », *The Guardian*, June 24, 2020, <https://bit.ly/2Te6Rbc>.

les ministres européens des Finances ont décidé le 23 mars d'activer la clause dérogatoire générale prévue par le Pacte de stabilité et de croissance (PSC). Ceci signifie que jusqu'à nouvel ordre, les critères du pacte de stabilité ne s'opposent plus à ce que les États injectent les sommes nécessaires pour lutter contre la crise. Par ailleurs, la Commission a publié le 16 mars des lignes directrices relatives aux mesures aux frontières pour protéger la santé et maintenir la disponibilité des biens et des services essentiels. Elle y a apporté certaines précisions en matière de circulation des personnes : si les États membres peuvent réintroduire des contrôles aux frontières intérieures pour des raisons d'ordre public ou de sécurité intérieure et de santé publique, l'ensemble de ces contrôles doivent être appliqués de manière proportionnée et en tenant dûment compte de la santé des personnes.

On pourrait donc en déduire que la principale action de l'UE durant cette crise sanitaire est son abstention. Qu'en est-il exactement ?

Nous montrons dans un premier temps que les actions de l'UE s'expliquent d'abord par un cadre juridique contraint. En effet, les différentes formulations des traités européens définissant les compétences de l'Union ont toujours exclu une harmonisation de l'organisation et du financement des systèmes de santé et fondent une capacité normative limitée. Toutefois, la question de la base juridique de l'action ne peut être séparée de celle de l'interprétation qui en est faite par les acteurs politiques. Nous présentons les deux dimensions conjointement. Dans

un deuxième temps, nous analysons les autres freins à une réponse européenne sanitaire ambitieuse à la crise du Covid-19, à savoir les ressources humaines, organisationnelles, financières et politiques limitées qui sont consacrées à la politique de santé européenne. Enfin, nous nous intéressons aux relations entre politique industrielle et objectif de sécurité sanitaire, un enjeu essentiel au regard du déroulement de la crise d'abord marquée par la pénurie de matériel médical et d'équipements de protection puis par la course au vaccin. Nous soulignons notamment l'hétérogénéité des forces (et faiblesses) industrielles des pays de l'UE 27 dans ce champ, qui limitent le rôle qu'elle peut jouer en matière de politique industrielle.

Avant d'aller plus loin, deux précisions sont nécessaires. La première est qu'on se focalise dans cet article sur l'aspect sanitaire de la crise du Covid-19, même si le terme en français est malheureusement inadapté³. En conséquence, nous n'évoquerons pas les réponses promues par l'UE pour faire face à la crise économique qui en découle mais nous nous attacherons plutôt à ce que révèle la crise du fonctionnement de l'UE et de la place que la santé occupe dans la construction européenne. La deuxième est que les moyens institutionnels, le cadre juridique et politique, les normes sociales à l'intérieur et entre institutions permettent plus certainement d'explicitier l'action ou l'absence d'action de l'UE. En clair, son action face à la crise s'explique moins par la spécificité de la pandémie que par la spécificité de son fonctionnement.

3. En effet, même s'il renvoie à la santé au sens large, il sert aussi à distinguer les structures hospitalières par opposition aux structures médico-sociales comme les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui sont au moins aussi impactés que les hôpitaux par la crise sanitaire.

L'incompétence juridique de l'Union dans le champ de la santé

C'est certainement le point initial que la plupart des acteurs européens évoquent quand il s'agit de parler d'une Europe de la santé (Coron, 2018) : l'UE n'a qu'une compétence d'appui en matière de santé. Elle ne peut en conséquence agir dans ce domaine que pour appuyer ou coordonner l'action des États membres. De surcroît, le dernier alinéa de l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) rappelle que : « L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées. »

Toutefois, ce principe a bien été contourné dans l'histoire de l'Union. Par ailleurs, il existe depuis le traité de Maastricht une compétence communautaire basée sur une conception globale de la santé et qui aurait pu fonder une réponse plus ambitieuse à la crise.

Une européanisation des questions de santé à bas bruit

Si la construction européenne n'a pas concerné au premier chef les politiques de santé, ce n'est pas dû au fait que la santé soit par nature une thématique que les États ont d'emblée exclue d'une possible européanisation. En effet, au début des années 1950, une Communauté européenne de santé a été envisagée et a échoué (Davesne, Guigner, 2013). Plus

que par une opposition de principe, cet échec s'explique notamment par les crispations autour de la Communauté européenne de défense. Les premières décennies de la Communauté économique européenne puis de l'UE ont amené une européanisation croissante des sujets de santé mais parce que ceux-ci étaient impactés par la construction du marché commun puis unique :

- la libre circulation des marchandises s'applique aux médicaments ; donc l'autorisation de mise sur le marché va devenir une décision partiellement européenne avec la mise en place d'une législation spécifique dont les prémices remontent à 1965 ;

- la construction d'un marché unique des dispositifs médicaux va conduire à l'adoption de normes communes, notamment applicables aux masques ;

- la libre circulation des personnes s'applique à la fois aux patients et aux professionnels de santé ; et ce, d'autant plus que les diplômes sont reconnus au niveau européen.

Suivant un mécanisme classique dans la construction européenne, l'absence de base juridique est contournée essentiellement grâce aux innovations jurisprudentielles de la Cour de justice européenne, comme en témoignent les arrêts *Kohll* et *Decker* de 1998 qui ont contribué à étendre la prestation de soins transfrontaliers⁴. Mais cette européanisation est tributaire de la base juridique qui sert à la fois de cadre et d'objectif : il s'agit d'étendre la circulation des biens et des personnes. Pendant très longtemps, les agences et les compétences sont par conséquent confiées à des acteurs économiques : la tutelle de l'agence européenne

4. Arrêt du 28 avril 1998, *Decker*, C-120/95, *Rec. p. I-1831* et arrêt du 28 avril 1998, *Kohll*, C-158/96, *Rec. p. I-1931*.

du médicament est jusqu'en 2009 confiée à la DG Entreprise ; ce n'est qu'en 2019, à l'occasion de la mise en place de la Commission Van Der Leyen, que les dispositifs médicaux rentrent dans le portefeuille de la DG Santé.

Difficile donc d'imaginer un interventionnisme européen qui ne soit pas guidé par une lecture marchande des questions de santé. Pourtant, parallèlement à ces interventions dominées par la logique du marché unique, la reconnaissance d'une compétence propre de santé publique existe aussi dans les traités.

Renforcement des compétences de l'UE en matière de santé publique

La crise de la « vache folle » (encéphalopathie spongiforme bovine, ESB) a eu plusieurs effets importants dans le champ de la santé. La première est le renforcement d'une base juridique autonome. En effet, si l'article 129 du traité de Maastricht prévoyait déjà que « les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté », l'article 152 du traité d'Amsterdam, postérieur à la crise, a renforcé les compétences communautaires en matière de santé publique, en statuant notamment qu'« un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté ». *La formulation sera reprise dans l'article 168 du TFUE*. Cette réaction est aussi due à la mise en évidence des dysfonctionnements de l'exécutif communautaire qui aboutissent alors à la démission de la Commission Santer.

La comparaison entre la crise sanitaire liée à l'ESB et celle du Covid-19 fait toutefois apparaître une différence importante : l'actuelle pandémie d'envergure

mondiale n'a pas une cause européenne alors que la crise de l'ESB a pu être perçue comme un problème européen lié à une application excessive de la libre circulation des marchandises (en l'occurrence, la viande bovine britannique). De plus, les institutions et les dispositifs mis en œuvre à cette occasion vont se centrer sur la sécurité alimentaire.

L'approche retenue dans les traités des années 2000 anticipe celle que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) va promouvoir à travers le principe « de la santé dans toutes les politiques publiques » (« *health in all policies* ») (Guigner, 2016). Comme les déterminants de la santé humaine sont le résultat d'une multitude de facteurs et pas seulement du fonctionnement des systèmes de santé, toutes les politiques doivent contribuer à l'améliorer. Mais dans le cadre du système institutionnel européen, ce choix vise surtout à contourner deux grandes difficultés : le monopole que les États conservent sur le fonctionnement de leurs systèmes de santé et la faiblesse des institutions qui, au sein de l'Union et particulièrement de la Commission, ont la charge de mettre en œuvre ces objectifs.

Des ressources institutionnelles, financières et politiques limitées

Il est difficile de mesurer les réponses de l'UE à la crise actuelle si l'on ne prend pas en considération les institutions en charge de cette action. Or, il apparaît qu'elles ont d'une part des moyens très restreints, et d'autre part un poids politique faible.

Des moyens très restreints

Principale institution en charge de la coordination des sujets de santé, la DG Santé est chargée de mettre en œuvre les politiques européennes dans les domaines

de la santé publique et de la sécurité alimentaire. Elle est placée sous l'autorité d'un commissaire en charge des questions de santé. Il n'est pas anecdotique de rappeler qu'en 2019, à l'occasion du passage de 28 à 27 commissaires pour cause de Brexit, la suppression de ce poste de commissaire a sérieusement été envisagée (Kastler, 2019). Finalement, il a été confié dans la nouvelle Commission à une conservatrice chypriote, Stélla Kyriakídou, avec une feuille de route assez ambitieuse incluant un plan de lutte contre le cancer et des initiatives pour rendre les médicaments plus abordables financièrement.

La DG Santé est de création récente : en 1992, la Commission dirigée par Romano Prodi a transformé l'ancienne Direction générale Politique des consommateurs et protection de leur santé (ex-DG XXIV) en DG Santé et Protection du consommateur (la DG Sanco), consacrant ainsi en termes de visibilité et de structures la nouvelle place accordée à la santé au sein de la Commission. La dénomination actuelle, Direction générale de la Santé et de la Sécurité alimentaire, n'a été adoptée qu'en 2014. En termes de personnel, la DG Santé est composée de 724 membres (dont 594 fonctionnaires), soit seulement 2,2 % des effectifs de la Commission. Elle est aussi « partenaire ⁵ » de plusieurs agences dont l'Agence européenne du médicament, l'Agence européenne de la sécurité alimentaire et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), particulièrement important dans le cadre de la lutte contre l'épidémie (publication de données épidémiologiques). Ce dernier, créé en 2004 à la suite de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (Sras) de 2003, a en

effet pour but de piloter les réponses aux menaces infectieuses et de constituer un « hub » d'informations. Mais là aussi, ses moyens sont limités : 271 personnes et 60 millions d'euros de budget, là où le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aux États-Unis fonctionne avec un budget d'environ 8 milliards de dollars (soit environ 6,7 milliards d'euros) et avec 10 796 salariés. Les moyens limités de l'ECDC expliquent qu'il soit par ailleurs moins présent dans la crise que le Comité de sécurité sanitaire basé à Luxembourg, créé en 2001, où se réunissent des hauts fonctionnaires nationaux pour partager les informations. De surcroît, l'ECDC a affirmé jusqu'en février 2020 que les systèmes de santé des 28 États (UE et Royaume-Uni) disposaient de toutes les capacités suffisantes pour maîtriser la propagation du virus (Vignon, 2020). Cette surestimation des ressources des États membres est certainement à mettre en relation avec la dépendance de l'agence vis-à-vis des administrations nationales en ce qui concerne le recueil des données brutes.

À ces institutions, il faut ajouter des enveloppes budgétaires dédiées. Le programme santé 2014-2020 était doté d'un budget de 449,4 millions d'euros et visait à prévenir les maladies et à favoriser des modes de vie sains, protéger les citoyens des menaces transfrontalières graves, contribuer à des systèmes de santé innovants, efficaces et viables, ainsi qu'à faciliter l'accès des citoyens à des soins de santé sûrs et de qualité. Ceci n'empêche pas que les établissements de santé ou de soins médico-sociaux européens puissent bénéficier d'autres budgets de l'UE soit au titre de leur participation à la cohésion sociale ou territoriale (enveloppes

5. Le terme volontairement ambigu utilisé par le site officiel de la Commission signifie que la DG Santé est tutelle de l'organisme.

Fonds européen de développement régional – Feder), soit au titre de la recherche dans le cadre du programme Horizon 2020.

La question de la santé dans le plan de relance européen illustre la limite des transformations engagées. La Commission a proposé un nouveau programme de santé, intitulé « EU4Health », doté d'un budget de 9,4 milliards d'euros pour la période 2021-2027. Sur ce montant, 1,7 milliard provient du cadre financier pluriannuel (à rapprocher des 450 millions évoqués plus haut) et le reste de l'emprunt de 750 milliards d'euros mutualisé à l'échelle européenne qui constitue le plan de relance européen.

Stélla Kyriakidou l'a ainsi présenté : « Le plan de relance et le budget révisé de l'UE pour les sept prochaines années présentent une stratégie pour faire face à la situation actuelle et aux défis de demain. Dans ce cadre, le nouveau programme EU4Health constitue un véritable changement de paradigme dans la manière dont l'UE traite des sujets liés à la santé. Il montre clairement que la santé des citoyens constitue plus que jamais l'une de nos priorités. » Toutefois, l'accord survenu entre les chefs d'État en juillet revoit très fortement à la baisse ces ambitions : on y retrouve certes le montant de 1,7 milliard au titre du cadre financier pluriannuel mais plus rien dans le plan de relance qui fasse référence à ce programme.

Des administrations au faible poids politique

Comment expliquer la faible capacité des institutions européennes en charge de la santé à diriger la réponse au Covid-19 ? Très certainement, l'existence d'enveloppes budgétaires pluriannuelles est un élément de leur faible réactivité. Mais il y a des raisons plus structurelles qui

tiennent au fonctionnement institutionnel de l'Union et qu'éclairent la sociologie de l'action publique. En effet, les modes d'action qui ont fait le succès des initiatives européennes dans le champ de la santé sont particulièrement inadaptées au contexte de la crise sanitaire. Il en va ainsi du tempo des interventions de la Cour de justice, largement inadapté au contexte d'urgence.

De même, la faiblesse politique des acteurs en charge de la santé se manifeste très fortement lorsque les sujets traités sont à vocation « transversale », en clair lorsque le sujet nécessite de leur part de peser sur les acteurs d'un autre secteur de politique publique (*i.e.* une autre DG). Le choix de focaliser notre analyse sur la Commission s'explique par le fait qu'elle est la seule « arène intersectorielle » (Smith, 2010). Si ce rôle intersectoriel est juridiquement dévolu au Conseil européen, l'absence d'administrations pérennes relevant de cette instance va peser sur l'application des conclusions comme en témoignent de nombreuses études de cas.

Ainsi en est-il du dialogue macro-économique concernant les budgets des États membres. La montée en puissance des mécanismes du Semestre européen après 2011 a eu des impacts importants dans le champ de la santé, notamment à travers les recommandations particulières faites aux États ayant bénéficié d'une aide européenne : Chypre, l'Irlande et le Portugal (Baeten, 2014 ; Math, 2017). Les premiers exercices ont visé les systèmes de santé comme des secteurs où les dépenses publiques pouvaient être limitées en cherchant l'efficacité. Dans ce cas, les acteurs nationaux des systèmes de santé ont été écartés de la discussion. Il en a été de même des acteurs en charge des politiques de santé au niveau européen.

La situation illustre les ambiguïtés de la démarche « *health in all policies* ». Car sans l'établissement d'un pôle politico-administratif puissant pour rappeler une logique transversale, un objectif flottant a toutes les chances d'aboutir à des effets essentiellement discursifs. En analysant le discours de la Commission sur le long terme, Sébastien Guigner (2016) a bien montré que loin de produire une acculturation des acteurs dominants au discours de la santé publique, le schéma institutionnel a surtout renforcé la diffusion des catégories économiques telles que l'efficacité, la performance, etc. sur les acteurs de santé à travers la formule du « *health for wealth* ». L'acculturation des acteurs de la santé aux enjeux économiques se manifeste aussi dans les affrontements très récents sur les évolutions du règlement Reach⁶ : la DG Santé se positionne contre une augmentation des contraintes sur les entreprises défendue par la DG Environnement.

Des stratégies industrielles asymétriques selon les pays, une réponse européenne limitée

La crise sanitaire liée au Covid-19 a révélé les enjeux de sécurisation de l'approvisionnement européen en matière de ressources stratégiques comme le matériel médical (respirateurs), les équipements de protection (masques), les réactifs utilisés pour les tests de dépistage, les médicaments, et l'importance de disposer de capacités stratégiques en

Europe pour la production de certains médicaments et dispositifs médicaux soudainement mis sous tension (augmentation accélérée et inhabituelle de la demande mondiale et mesures de restrictions gouvernementales à l'exportation). Mais elle a aussi fait ressortir certaines vulnérabilités industrielles de l'Europe, voire une dépendance vis-à-vis de pays extérieurs à la zone. Cette dépendance tient en partie à la fragmentation de la production dans des chaînes mondiales (ou régionales) de valeur et à la multitude d'intrants et de sous-traitants qui opèrent aux différents stades de production⁷, pouvant ainsi créer un risque pour l'autonomie sanitaire (Weil, 2020). Elle a en conséquence redonné une certaine vigueur, voire pertinence, aux débats relatifs à la relocalisation de la production industrielle pour certaines ressources apparues comme critiques, notamment en France (les principes actifs de médicaments par exemple). Mais peut-on imaginer que conformément à certaines volontés politiques affichées, la pandémie provoque en retour une relocalisation et un renforcement du contrôle souverain de l'UE sur ces industries stratégiques ?

Si la Commission européenne a, par les mesures prises à l'occasion de cette crise, pu agir sur la demande, elle a en revanche été incapable d'intervenir sur l'offre et les pénuries de certains produits dans la mesure où c'est au niveau des pays membres que l'offre de biens et de services de santé, son organisation et sa localisation se configurent principalement. Cette offre est dominée par des

6. Le règlement « Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals » (Reach), entré en vigueur en 2007, vise à sécuriser la fabrication et l'utilisation des substances chimiques dans l'industrie européenne.

7. Hyppolite (2020) fournit des exemples précis d'intrants manquants comme la fibre non tissée de polypropène ou encore le latex ou les polymères qui entrent dans la composition des élastiques pour fabriquer des masques, Wilfert (2020) souligne la dépendance aux matières premières pour fabriquer des médicaments.

groupes multinationaux dont certains sont classés aux tous premiers rangs mondiaux de leurs secteurs respectifs et vis-à-vis desquels les États eux-mêmes sont le plus souvent impuissants à imposer des principes d'intérêt général (protection de la santé de la population, sécurité des approvisionnements, biens considérés d'utilité publique, etc.). Enfin, les volontés affichées ici et là en matière de relocalisation ne correspondent ni à la temporalité nécessaire aux changements, ni aux réponses déployées dans le cadre de la crise actuelle.

Des performances industrielles et commerciales divergentes selon les États membres

Les 27 États membres de l'UE montrent dans leur ensemble un excédent commercial vis-à-vis du reste du monde pour les produits et matériel médicaux nécessaires au traitement de l'épidémie de Covid-19. Sur la période récente (2015-2019), cet excédent s'est renforcé, passant de 50,2 à 84,6 milliards d'euros d'après les données d'Eurostat⁸. Ce constat n'est pas pour surprendre dans la mesure où plusieurs pays européens disposent de capacités de production importantes dans ces secteurs clés avec des acteurs industriels historiques qui figurent parmi les *leaders* du marché au niveau mondial (Fresenius et Siemens en Allemagne et Philips aux Pays-Bas pour le matériel médical, Sanofi et Upsa en France pour les médicaments, etc.), mais aussi avec des filiales d'entreprises étrangères, sans compter que l'Irlande a attiré pour des raisons fiscales les sièges sociaux (Medtronic, Cardinal Health) et

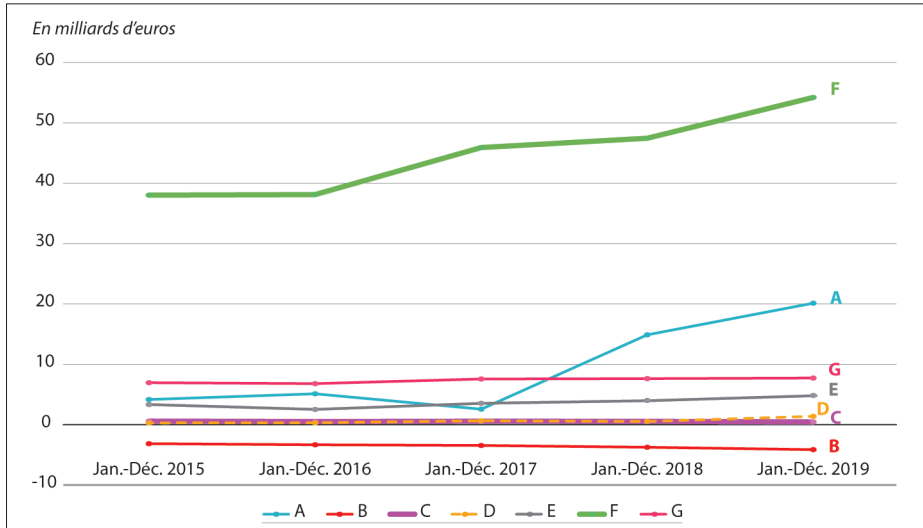
de nombreuses filiales des plus grands groupes pharmaceutiques et d'équipements médicaux américains (Lilly, Pfizer, Abbott, Boston Scientific, Stryker, etc.).

Si ces flux d'interdépendance commerciale se montrent plutôt favorables à l'Europe (Chiappini, Guillou, 2020), la décomposition par grands types de produits offre cependant une image plus contrastée. Ce solde est très largement excédentaire et même croissant sur la période pour les produits médicaux consommables auquel les médicaments contribuent pour l'essentiel (54 milliards d'euros en 2019) ainsi que pour les tests de dépistage et réactifs (20 milliards d'euros en 2019) tandis que les excédents commerciaux s'amenuisent et sont quasi stagnants pour les autres types de produits (graphique 1). En revanche, les 27 États membres montrent un déficit de long terme et croissant sur la période pour tout ce qui relève des équipements de protection personnelle (masques, gants, blouses, etc.).

Le principal pays d'importation des 27 États membres à l'extérieur de la zone en la matière est incontestablement la Chine, qui dépasse de loin les quatre autres plus importants partenaires commerciaux avec 8 milliards d'euros d'importations en provenance de ce pays ; les autres principaux partenaires d'importation de l'UE, qui arrivent loin derrière, sont les États-Unis, la Suisse et le Royaume-Uni le plus souvent, et plus occasionnellement selon le type de produits, des partenaires essentiellement asiatiques (Singapour, Corée du Sud, Japon et Malaisie) (graphiques 2). Les importations de l'UE 27 sont donc

8. Eurostat a établi une base statistique des échanges internationaux dédiée à ces produits de 2015 à 2019. Celle-ci se décompose en sept types de produits : tests de dépistage et agents réactifs (A), équipements de protection personnelle (B), produits désinfectants et stérilisants (C), équipements d'oxygénothérapie (D), matériels et équipements médicaux (E), produits médicaux consommables (F) et véhicules et mobilier médicaux (G).

Graphique 1. Solde commercial par grand type de produit médical des pays de l'UE 27 vis-à-vis du reste du monde (2015-2019)



Légende : A : tests de dépistage et agents réactifs ; B : équipements de protection personnelle ; C : produits désinfectants et stérilisants ; D : équipements d'oxygénothérapie ; E : matériels et équipements médicaux ; F : produits médicaux consommables ; G : véhicules et mobilier médicaux. Pour une description détaillée des produits contenus dans ces 7 catégories, voir <https://bit.ly/3p2clEL>.

Source : calculs des auteurs d'après les données d'Eurostat.

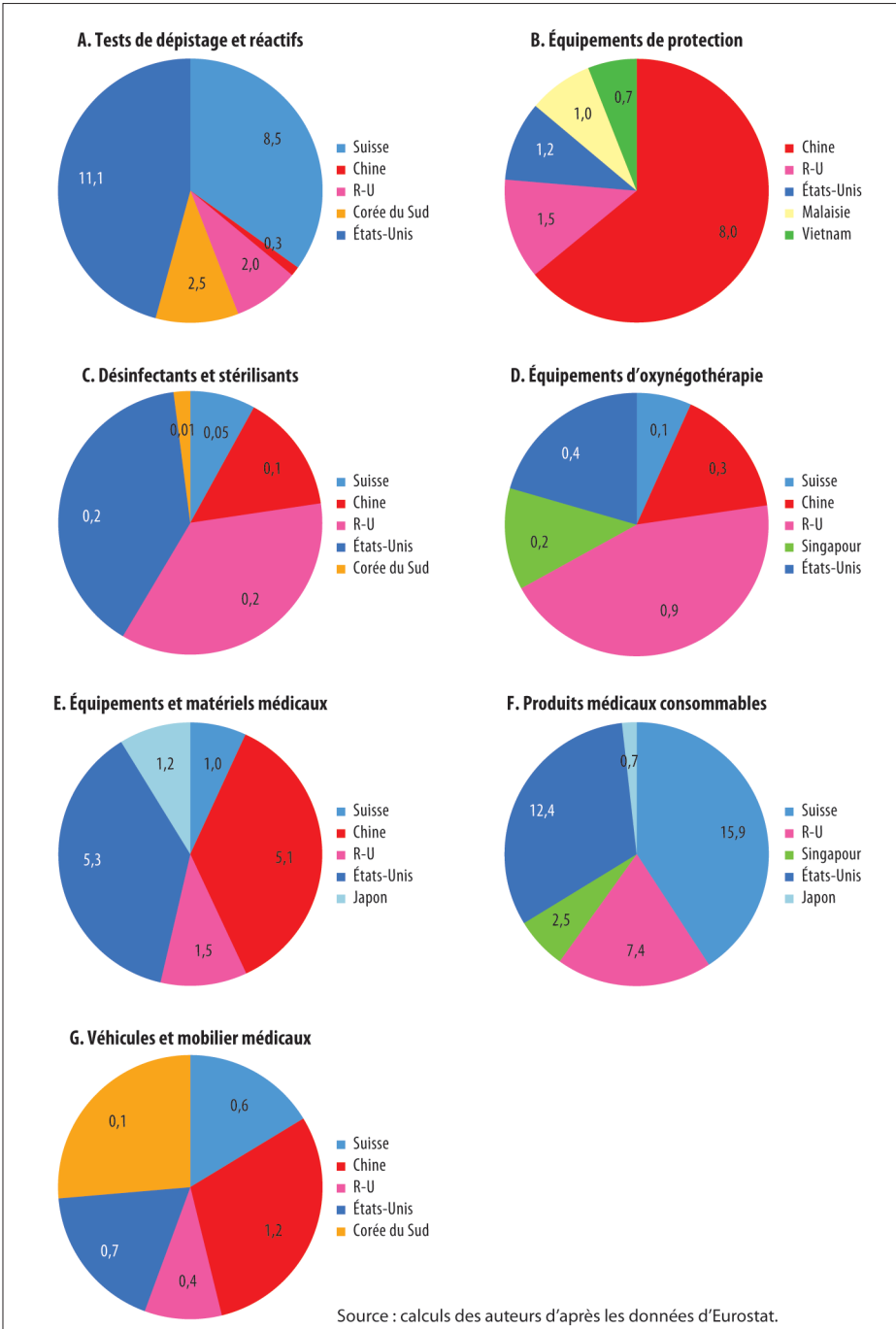
extrêmement concentrées sur un petit nombre de pays.

Ces données agrégées masquent des positions commerciales et des stratégies industrielles différenciées selon les pays. Pour ne prendre que quelques exemples de pays appartenant au cœur de l'UE, l'Allemagne a une balance commerciale vis-à-vis du reste du monde partout excédentaire à l'exception des produits désinfectants et stérilisants (tableau 1). Elle montre un excédent particulièrement fort dans les produits médicaux consommables (les médicaments notamment), révélant la force de son industrie pharmaceutique et sa capacité à conserver une position de *leader* dans ce secteur sur le marché européen. Cette force s'illustre également par le fait qu'actuellement,

trois entreprises de biotechnologie allemandes sont dans une phase avancée de développement du vaccin contre le Covid-19 (essais cliniques), que le gouvernement a soutenu financièrement⁹. Cette position de *leader* vaut aussi pour le matériel médical où l'Allemagne enregistre l'excédent commercial le plus important des cinq pays analysés, reflétant ses avantages comparatifs dans les machines-outils, devant les Pays-Bas qui conservent quant à eux une position solide grâce à la présence de l'acteur historique national, le groupe Philips. De même, l'Allemagne possède un excédent confortable dans les véhicules et le mobilier médical ainsi que dans les tests et réactifs. Les bonnes performances de l'Allemagne sont en outre à mettre au crédit de sa capacité à avoir su

9. Il s'agit de BioNTechSE, de CureVac NV qui a fait l'objet au mois de mars dernier d'une tentative de rachat américaine orchestrée par la Maison blanche, et d'IDT Biologika.

Graphiques 2. Les cinq premiers partenaires d'importation des pays de l'UE 27 par type de produits médicaux en 2019 (en milliards d'euros)



préservé un tissu de PME de haute technologie, lesquelles sont solidement implantées localement et extrêmement réactives (à l'instar de leur capacité à se mettre à fabriquer des masques en masse dès le mois de mars sur sollicitation des *Länder* ¹⁰).

À l'inverse, la France offre l'exemple d'un pays vulnérable qui montre des déficits de sa balance commerciale vis-à-vis du reste du monde dans cinq types de produits sur les sept analysés ici (tableau 1), et dont les excédents, quand ils existent, sont de taille peu importante, à l'exception des produits médicaux consommables (médicaments). La France connaît en effet une fragilisation, voire un délitement de son tissu industriel pharmaceutique depuis plus d'une décennie, sous l'effet d'une concentration du secteur

et des rachats d'entreprises dont la constitution du groupe Sanofi est l'illustration ¹¹, des fermetures de sites (l'usine de production de masques à Plainel en Bretagne) et des délocalisations de pans d'activité (fabrication des ingrédients, des principes actifs, conditionnement des médicaments) ¹². À tel point que le solde commercial de l'Italie dans les produits médicaux consommables dépasse en 2019 celui de la France (4,7 milliards contre 3,5 milliards d'euros), même si ce pays ne dispose pas de groupes nationaux d'envergure. En France comme dans d'autres pays en Europe, la crise sanitaire a fait émerger une forte dépendance extra-européenne des chaînes de valeur pour l'approvisionnement de principes actifs notamment, vis-à-vis de la Chine et de l'Inde.

Tableau 1. Soldes commerciaux vis-à-vis du reste du monde par État membre et par type de produit médical en 2019

En milliards d'euros

	Allemagne	France	Irlande	Pays-Bas	Italie
A	5,8	-2,7	20,5	3,0	-0,9
B	1,7	-1,2	-0,4	-0,2	2,3
C	-0,4	0,2	-0,1	0,2	-0,1
D	1,1	-0,4	0,1	0,1	0,1
E	5,6	-1,8	0,7	3,0	-0,2
F	19,3	3,6	14,0	9,9	4,7
G	7,8	-0,1	0,02	0,4	2,7

Légende : A : tests de dépistage et agents réactifs ; B : équipements de protection personnelle ; C : produits désinfectants et stérilisants ; D : équipements d'oxygénothérapie ; E : matériels et équipements médicaux ; F : produits médicaux consommables ; G : véhicules et mobilier médicaux.

Source : calculs des auteurs d'après les données d'Eurostat.

Les bonnes performances commerciales de l'Irlande, notamment dans la production de tests et de réactifs et

de produits médicaux consommables, s'expliquent quant à elles avant tout par la présence sur son sol de nombreuses

10. G. Chazan, « How Germany got Coronavirus right? », *The Financial Times*, June 4, 2020, <https://www.ft.com/content/cc1f650a-91c0-4e1f-b990-ee8ceb5339ea>.

11. En 1999, Sanofi, une filiale du groupe pétrolier public Elf-Aquitaine créée en 1973, fusionne avec Synthélabo, une filiale du groupe L'Oréal qui avait racheté plusieurs laboratoires français historiques. En 2004, le groupe rachète Aventis, lui-même issu de plusieurs entités (le laboratoire français Roussel-Uclaf, les activités pharmaceutiques des groupes chimiques Rhône Poulenc et Dow, et celles de l'allemand Hoechst).

12. En outre, un quart des entreprises pharmaceutiques en France y sont des filiales d'entreprises étrangères.

entreprises multinationales américaines et anglaises, notamment dans le secteur de la pharmacie, qui sont venues s'y implanter pour des raisons fiscales et comme base de réexportation.

Il importe toutefois de souligner que ces données de commerce extérieur ne reflètent qu'imparfaitement le degré de dépendance des pays de l'UE 27 à cause de la fragmentation des chaînes de production et d'approvisionnement au niveau mondial. En effet, la présence de biens intermédiaires utilisés dans la composition finale des produits médicaux sollicite en réalité un bien plus grand nombre de partenaires que ceux qui apparaissent comme importateurs finaux (Chiappini, Guillou, 2020). Pour autant, elles rendent compte de l'hétérogénéité des performances commerciales des États membres selon les dispositifs médicaux et types de produits considérés, qui résultent elles-mêmes de stratégies industrielles divergentes. Compte tenu de la divergence de ces réalités industrielles nationales, de la limitation des compétences de l'UE en matière de santé comme souligné dans les parties 1 et 2 de cet article et de la primauté des règles de concurrence du marché unique inscrites dans les traités, toute tentative de politique industrielle visant *a minima* à protéger les entreprises ou les secteurs dits stratégiques, voire à constituer des champions européens, est nécessairement restreinte.

Une volonté affichée de changer de modèle, mais peu de réalisations concrètes

La crise en cours montre le lien entre l'absence d'une approche coordonnée et solidaire, voire de politique industrielle sur le long terme et l'incapacité à assurer la sécurité sanitaire des populations en Europe. Les réflexes protectionnistes initiaux de certains pays, la difficulté

pour d'autres de se fournir en masques, en respirateurs, en gel hydroalcoolique et aujourd'hui de sécuriser l'accès à des vaccins sont le reflet de leurs tissus sanitario-industriels – hétérogènes comme on l'a vu –, mais aussi de l'absence d'une intervention structurée des pouvoirs publics pour créer des conditions qui leur soient favorables.

Au niveau des discours, la crise a marqué une évolution certaine. En effet, la Commission a adopté en mars une communication censée redéfinir la politique industrielle qui reconnaît la difficulté des transformations notamment en matière de relocalisation mais promet des transformations durables : « Il faut une génération pour transformer un secteur industriel et toutes les chaînes de valeur dont il fait partie. Mais dans un environnement concurrentiel et dynamique, il n'y a pas de temps à perdre. Les cinq prochaines années seront décisives pour mettre en place les conditions propices à cette transition. [...] »

L'accès aux médicaments et aux produits pharmaceutiques est tout aussi primordial pour la sécurité et l'autonomie de l'Europe dans le monde d'aujourd'hui. Selon l'Agence européenne du médicament (AEM), 40 % des médicaments vendus dans l'UE proviennent de pays extérieurs à la zone, et 80 % des principes actifs sont fabriqués en Chine et en Inde. Une nouvelle stratégie pharmaceutique de l'UE sera présentée fin 2020, qui mettra l'accent sur la disponibilité, le caractère abordable et durable et la sécurité de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques » (Commission européenne, 2020). L'AEM pourrait être chargée de surveiller le niveau des stocks européens en liaison avec les agences nationales et les industriels concernés. Des incitations aux relocalisations pourraient être

envisagées. Cette préoccupation affichée peut de fait s'appuyer sur une réflexion antérieure du Parlement qui insistait sur l'importance de l'accessibilité des médicaments (Parlement européen, 2017).

On pourrait présenter ce projet comme un début de mise en place d'une politique industrielle au service de la santé en paraphrasant l'article 168 évoqué plus haut. Par ailleurs, dans le cas plus spécifique du médicament, la politique industrielle appelle d'autant plus une transversalité de l'action publique qu'elle est fortement imbriquée avec celle de la recherche.

Mais ces déclarations d'intention doivent être mises en relation avec les premières réactions déployées durant la crise. Or celles-ci, loin de correspondre à une logique de transformation de l'offre, ont plutôt été marquées par la mise en place d'une politique d'« achats groupés », en mutualisant soit des fonds destinés à la recherche, soit des aides d'urgence au titre de la protection civile des populations

Ainsi, à partir du 19 mars 2020, la Commission européenne a créé une réserve médicale « rescUE » avec une enveloppe initiale de 50 millions d'euros qu'elle financera à 90 %, et qui permettra

aux États d'acheter du matériel médical d'urgence (respirateurs, masques de protection, vaccins, traitements, matériel de laboratoire). La DG Recherche de la Commission a, pour un montant de 47,5 millions d'euros, lancé un appel à manifestations d'intérêt concernant le développement de vaccins, de médicaments et de tests de dépistage pour lutter contre l'épidémie de Covid-19¹³. Ce programme de recherche 2020 de l'UE comprend le financement de 17 projets et de 140 équipes de recherche en Europe pour l'aide à la recherche d'un vaccin contre le Covid-19. Cet engagement reste toutefois très en deçà de celui des États-Unis en la matière, notamment des financements opérés par les organismes de santé publique que sont le National Institute of Health (NIH)¹⁴ et le Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA)¹⁵. En outre, il n'existe ni norme, ni instrument juridique au niveau européen pour créer un vaccin en commun (Marchais, 2020). Ces initiatives ne doivent pas être confondues avec l'essai Discovery coordonné par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et pour lequel des financements complémentaires ont été

13. « Covid-19 : la Commission renforce le financement de la recherche et sélectionne 17 projets portant sur la mise au point de vaccins, de traitements et de tests de diagnostic », communiqué de presse du 6 mars 2020, Commission européenne, https://ec.europa.eu/commission/press-corner/detail/fr/ip_20_386.

14. Le budget 2020 du NIH s'élève à 41,7 milliards de dollars, soit 35,1 milliards d'euros. C'est le premier organisme financeur de la recherche médicale dans le monde. 50 % de ce budget est consacré au financement de la recherche fondamentale. Mais le NIH s'engage aussi dans le financement de la recherche appliquée, notamment au travers de partenariats publics/privés : voir Johnson, Sekar (2019).

15. Le BARDA a quant à lui un budget bien moindre que celui du NIH, mais qui s'élève quand même à 1,6 milliard de dollars (soit 1,35 milliard d'euros) en 2020. Cette agence du ministère de la Santé, qui finance notamment des projets de recherche en échange de garanties futures d'approvisionnement, a accordé 483 millions de dollars (407 millions d'euros) à l'entreprise de biotechnologie Moderna, 456 millions de dollars (384 millions d'euros) au groupe pharmaceutique Johnson & Johnson et 30 millions additionnels de dollars (25 millions d'euros) à Sanofi pour développer le vaccin contre le Covid-19, pour ne citer que ces deux entreprises : voir O. Goldhill, « The US is spending hundreds of millions to make experimental coronavirus vaccines », *Quartz*, April 22, 2020, <https://bit.ly/3jjwRMI>.

sollicités auprès de la Commission européenne. Elles se sont en outre intensifiées dans la période récente mais aussi parce que l'UE est soumise à une concurrence des États membres. Le 19 juin, quatre États (France, Pays Bas, Allemagne et Italie) ont rendu public un accord de principe (*memorandum of understanding*), avec le laboratoire britannique AstraZeneca. Il prévoit que ce dernier, si son projet aboutit, fournira à l'alliance jusqu'à 400 millions de doses de vaccin à prix coûtant. Ces doses permettront de vacciner les populations à risque au sein de l'ensemble de l'UE, avec de premières livraisons prévues avant la fin de l'année 2020.

La Commission a réaffirmé son rôle en signant plusieurs accords de ce type : un premier a été conclu avec Sanofi-GSK, le 31 juillet, pour l'achat de 300 millions de doses ; a suivi celui conclu avec Johnson & Johnson, le 13 août, pour l'achat initial de 200 millions de doses, et une option pour 200 millions supplémentaires. Puis il y en a eu un autre avec AstraZeneca (300 millions + 100 millions), le 14 août, avec la biotech allemande CureVac (225 millions) le 18 août et enfin, avec la biotech américaine Moderna pour 80 millions de doses.

Certes, quelques actions sur l'offre ont été mises en place mais leur impact reste limité : c'est le cas des mesures de restrictions à l'exportation d'équipements de protection prises par l'UE vis-à-vis des pays hors UE, du libre accès aux standards européens autorisant la production de produits médicaux au travers de

la reconversion des lignes de production par les entreprises de l'UE (Hallak, 2020) ou encore de la publication par la Commission le 25 mars de lignes directrices à l'adresse des États membres visant à améliorer leurs dispositifs de contrôle des investissements étrangers (aujourd'hui dans les domaines de la santé, de la recherche médicale et de la biotechnologie qui viennent s'ajouter aux secteurs stratégiques), que tous sont loin de posséder et qui restent largement insuffisants (Fabry, Bertolini, 2020).

Ces différentes mesures sont cependant loin de renvoyer à une politique industrielle renouvelée renforçant le secteur ou la filière de la santé. Pourtant, la politique industrielle est revenue au centre du débat européen avant même l'actuelle pandémie, en particulier à l'occasion de la crise économique et financière de 2008-2009 et de l'affirmation de la Chine comme l'une des toutes premières puissances économiques mondiales. Le 13 septembre 2017, la Commission a produit une communication visant à renouveler la stratégie de l'UE en la matière (« Investir dans une industrie intelligente, innovante et durable – Une stratégie revisitée pour la politique industrielle de l'UE »). En décembre 2018, 18 États membres ont fait une déclaration commune appelant l'UE à adopter une politique industrielle plus ambitieuse, faisant de l'industrie un facteur clé de la croissance économique de la zone et incitant à l'identification de chaînes de valeur stratégiques et à leur soutien à travers des programmes dédiés¹⁶. Ces initiatives

16. Le Forum stratégique for Important Projects of Common European Interest (IPCEI) a été créé par la Commission européenne en janvier 2018 et rassemble des acteurs des politiques publiques, des universitaires et des industriels. Il est chargé de conseiller la Commission sur les moyens de constituer des chaînes de valeur qui s'avèrent particulièrement critiques pour l'UE (<https://bit.ly/3kj40to>). Le 5 février 2019, l'IPCEI a fait des recommandations en ciblant six chaînes de valeur identifiées comme telles. Parmi elles figure la « santé intelligente », qui renvoie principalement aux questions d'accès aux données de santé, au recours aux nouvelles technologies en vue de leur digitalisation (IPCEI, 2019).

s'éloignent ainsi quelque peu d'une conception essentiellement horizontale de la politique industrielle (*i.e.* mesures dédiées au bon fonctionnement du marché unique), qui autorisent une aide non pas aux entreprises mais à l'écosystème constitué par ces chaînes de valeur. Mais le refus par la Commission européenne en février 2019 d'accepter la création d'un champion européen du ferroviaire par la fusion de Siemens et d'Alstom au motif qu'elle attenterait aux principes de concurrence sur les marchés du transport ferroviaire a rappelé une certaine permanence de cette (non) politique industrielle européenne. Au final, le tournant annoncé s'exprime moins dans les faits que dans des discours non contraignants juridiquement.

Conclusion

À défaut d'avoir su répondre à la crise du Covid-19, les institutions de l'UE se seront-elles durablement adaptées à la nouvelle donne ? La crise aura-t-elle un effet accélérateur de la politique de santé européenne ?

Y-a-t-il plus dans ces réactions à la crise sanitaire que les classiques promesses d'*aggiornamento* qui ponctuent chaque crise économique et financière pour affirmer que les nouvelles exigences de régulation seront bien intégrées ? Il est difficile de l'affirmer à ce stade.

Sauf à imaginer une réécriture *ab initio* du système institutionnel européen, la seule voie de construction d'une capacité de réponse sanitaire accrue de l'UE suppose l'établissement de consensus dont le préalable pourrait être un renforcement des acteurs politico-administratifs de

la santé leur permettant de peser sur les équilibres décisionnels.

Les failles apparues dans les tissus sanitaro-industriels de nombreux pays européens en réponse à la pandémie de Covid-19 et qui sont mises en évidence dans plusieurs articles de ce numéro illustrent de manière aiguë la nécessité de construire une politique industrielle de la santé en Europe capable de garantir la sécurité et la santé des citoyens européens. Les spécialisations des pays de l'UE et les polarisations géographiques fortes dans la production de biens et de services soulignées dans cet article rendent néanmoins difficiles la construction d'une politique industrielle commune, sans même évoquer la primauté de la politique de concurrence qui s'affirme dans le cadre de l'achèvement du marché intérieur de 1992 (traité de Maastricht). Même si une attention renforcée a été portée avant la survenue de l'épidémie de Covid-19 aux chaînes de valeur dans des secteurs jugés critiques dont celui la santé, et témoigne certainement d'un renouvellement par rapport à la conception traditionnelle de la politique industrielle européenne, il est clair que les enjeux en termes de souveraineté économique, technologique et géopolitique soulevés par cette crise sanitaire dépassent largement la problématique (limitée) de la numérisation des données de santé telle qu'elle a été posée. Ils appellent aujourd'hui une réponse nettement plus ambitieuse.

Achévé de rédiger le 22 octobre.

Sources :

Baeten R. (2014), « La réforme des systèmes nationaux de santé sous la gouvernance économique de l'Union européenne », *Humanitaire*, n° 37, mis en ligne le 21 mars 2014, <https://journals.openedition.org/humanitaire/2904>.

L'EUROPE DE LA SANTÉ AU PRISME DU COVID-19 : QUELLES AVANCÉES ?

- Chiappini R., Guillou S. (2020), « Échanges commerciaux des produits et équipements de protection médicale : quels enseignements de la pandémie de Covid-19 ? », *Policy Brief*, n° 77, 1^{er} octobre, <https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/pbrief/2020/OFCEpbrief77.pdf>.
- Commission européenne (2020), « Une nouvelle stratégie industrielle pour l'Europe », Communication de la Commission, COM(2020) 102 final, Bruxelles, 10 mars, <https://bit.ly/3dPECsL>.
- Coron G. (dir.) (2018), *L'Europe de la santé : enjeux et pratiques des politiques publiques*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Davesne A., Guigner S. (2013), « La Communauté européenne de la santé (1952-1954) : une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de "pool blanc" », *Politique européenne*, vol. 41, n° 3, p. 40-63, <https://doi.org/10.3917/poeu.041.0040>.
- Fabry E., Bertolini M. (2020), « Covid-19 : l'urgence d'un contrôle renforcé des investissements étrangers », *Policy Paper*, n° 253, Notre Europe, avril, <https://bit.ly/3kdMqXL>.
- Greer S.L. (2020), « Another European rescue of the Member States? EU public health policy for COVID-19 », *Opinion Paper*, n° 22, Observatoire social européen, May, <https://bit.ly/2TcfqmG>.
- Greer S.L., Fahy N., Elliott H. A., Wismar M., Jarman H., Palm W. (2019), *Everything You Always Wanted to Know about European Union Health Policies but Were Afraid to Ask*, Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Guigner S. (2016), « De "la santé dans toutes les politiques" à "toutes les politiques dans la santé" : le régime de visibilité de la prise en compte de la santé dans les politiques de l'Union européenne : Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 34, n° 2, p. 71-79, <https://doi.org/10.3917/sss.342.0071>.
- Hallak I. (2020), « EU imports and exports of medical equipment », *Briefing*, European Parliament Research Service, October, <https://bit.ly/37zB24O>.
- Hyppolite P-A (2020), *Relocaliser la production après la pandémie ?*, Fondation pour l'innovation politique, 1^{er} septembre. <http://www.fondapol.org/etude/relocaliser-la-production-apres-la-pandemie/>.
- Johnson J.A., Sekar K. (2019), « The National Institutes of Health (NIH) : Background and congressional issues », *CRS Report*, n° R41705, April 19, <https://fas.org/sgp/crs/misc/R41705.pdf>.
- Kastler F. (2019), « Focus », *Les Tribunes de la santé*, vol. 61, n° 3, p. 15-20, <https://doi.org/10.3917/seve1.061.0015>.
- Marchais I. (2020), « Santé : Une plus-value européenne très perfectible », *Décryptage, Notre Europe*, mars <https://bit.ly/31ubd2j>.
- Math A. (2017), « Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe », *La Revue de l'IRES*, n° 91-92, p. 17-47, <https://bit.ly/2lWzBDu>.
- Parlement européen (2017), « Options de l'Union européenne pour améliorer l'accès aux médicaments », *Résolution du Parlement européen*, 2 mars, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0061_FR.html.
- Smith A. (2010), *Le gouvernement de l'Union européenne : une sociologie politique*, 2^e éd., Paris, LGDJ - Lextenso Éditions.
- Vignon, J. (2020) « La politique européenne de santé, baptême du feu », *Confrontations Europe*, mis en ligne 20 mai 2020, consulté le 22 octobre 2020.
- Weil T. (2020), « Relocalisation, souveraineté, réindustrialisation, résilience : ne confondons pas tout ! », *La Fabrique de l'industrie*, 18 septembre, <https://bit.ly/37oD2wV>.
- Wilfert B. (2020), « Coronavirus : la mondialisation n'est pas la cause, mais le remède », Fondation Robert Schuman, *Questions d'Europe*, Policy Paper n°556, 26 avril. <https://www.robert-schuman.eu/fr/doc/questions-d-europe/qe-556-fr.pdf>.

Allemagne

Une réponse coordonnée du système de santé sous l'impulsion de l'État fédéral

Marcus KAHMANN¹

Compte tenu de son degré d'intégration dans les circuits économiques, migratoires et touristiques mondiaux, l'Allemagne résiste relativement bien aux ravages de la pandémie. Avec 9 211 décès du Covid-19 enregistrés le 13 août 2020, la mortalité par habitant y est moins élevée que dans la plupart de ses grands voisins européens, de même que le taux de contamination de la population (Flaxman *et al.*, 2020).

Cet article s'interroge sur le rôle et les réponses du système de santé dans la trajectoire épidémique en Allemagne. Ce système est connu pour son niveau de développement élevé et sa gouvernance complexe. Avec 4 200 euros par an et par habitant, le montant des dépenses de santé est le plus élevé des pays de l'Union européenne (UE) (OECD, 2019a). Rapporté au PIB (11,2 %), il se trouve également au-dessus de la moyenne européenne, derrière la France. Le niveau de soins non effectués, selon les déclarations des usagers eux-mêmes, est faible, grâce à l'obligation de souscription à une

assurance maladie (publique ou privée), une large gamme de prestations couverte et la part relativement faible des restes à charge aux dépenses de santé (12,5 %). Un réseau dense de médecins, laboratoires, soignants et hôpitaux garantit un niveau d'accès globalement élevé aux soins.

Les responsabilités en matière de programmation, de financement et de production des soins se partagent entre trois niveaux : l'État fédéral, les États fédérés (*Länder*) ainsi que les organismes auto-administrés (*Selbstverwaltung*) dont l'importance a amené les chercheurs à caractériser le système de « corporatiste ». Le ministère fédéral de la Santé oriente la politique de santé à travers des lois et des textes administratifs. Les *Länder* sont responsables du développement du secteur hospitalier et de son financement. Les organismes auto-administrés tels que les associations des caisses d'assurance maladie ou des fournisseurs de soins (médecins, hôpitaux) se réunissent au sein de la Commission conjointe fédérale (*Gemeinsamer Bundesausschuss*)

1. Chercheur à l'Ires.

chargée de mettre en œuvre les objectifs du législateur. Elle décide quelles prestations ambulatoires et hospitalières sont couvertes par l'assurance maladie et des mesures pour garantir la qualité des soins (Gerlinger, Burkhardt, 2012). Si l'architecture corporatiste du système de santé persiste, des changements significatifs s'y sont produits depuis les années 1990, à la fois dans les formes de régulation et dans l'intermédiation des acteurs ².

Les caractéristiques du système de santé éclairent les formes d'intervention de ses acteurs, mais aussi leurs ressources et difficultés face à la pandémie. La crise sanitaire est ainsi l'occasion de révéler ses importants moyens « proactifs » (Rosental, 2020), en premier lieu les capacités de production de tests et d'analyse de laboratoire. Le nombre élevé d'hôpitaux et de lits de soins intensifs, décrié régulièrement par des *think-tanks* nationaux et internationaux (OECD, 2019b ; Loos *et al.*, 2019), s'avère un atout face à l'afflux de patients Covid. Avec les agences de santé locales (*Gesundheitsämter*), organismes publics peu considérés, les pouvoirs publics découvrent qu'elles ont à leur disposition un moyen précieux de maîtrise de la propagation du virus. Mais la pandémie met aussi au jour des difficultés à faire fonctionner ces moyens dans un contexte de pénurie chronique de main-d'œuvre médicale. Le manque d'équipements de protection individuelle (EPI) et les difficultés d'approvisionnement de médicaments révèlent l'impréparation du système de santé à l'épidémie de coronavirus.

Si ces difficultés n'ont pas produit davantage de dégâts sanitaires, c'est

aussi parce que les pouvoirs publics ont rapidement pris au sérieux le danger épidémique et se sont donnés les moyens d'agir. Alors qu'on pouvait craindre des réponses décalées et contradictoires compte tenu des compétences importantes des États fédérés face à l'épidémie, le fédéralisme a su faire preuve de sa capacité de coordination. Des réponses régionales variées et ciblées ont contribué à repousser la première vague épidémique, tout en épargnant la population de mesures de confinement drastiques et uniformes. Craignant que les moyens déployés ne fussent pas à résister à une éventuelle deuxième vague plus importante, l'État fédéral a décidé de sortir de sa réserve habituelle et d'injecter d'importants moyens financiers afin de surmonter les difficultés d'ordre social et industriel du système de santé, révélées durant l'épidémie.

Dimensions épidémiologiques et sociales de la crise sanitaire

Touchée par le coronavirus dès le mois de janvier, l'Allemagne connaît une évolution dynamique du nombre d'infections qui atteint son pic à la mi-mars. Les données sur le risque mortel et d'infection révèlent d'importantes inégalités régionales et professionnelles.

Dynamique et temporalité de la pandémie en Allemagne

La coronavirus SARS-CoV-2 fait sa première apparition sur le territoire allemand le 27 janvier 2020, trois jours après son premier recensement en France. Le patient zéro est une salariée

2. Au nom de la « maîtrise des dépenses », les réformes successives ont cherché à remodeler les relations entre financeurs, fournisseurs et assurés par le renforcement d'une logique marchande. L'État se montre interventionniste à l'égard des organismes auto-administrés, tendant à réduire leur rôle à la mise en œuvre de ses priorités politiques (Gerlinger, 2009).

de l'équipementier automobile Webasto, contaminée par ses parents originaires de Wuhan (Chine). Le deuxième foyer de départ de la pandémie se trouve dans le canton de Heinsberg, en Rhénanie du Nord-Westphalie où un couple est hospitalisé les 24 et 25 février après avoir participé à un carnaval à Gangelt.

À partir de fin février, le virus se propage rapidement. Les données de l'Institut Robert Koch (RKI) montrent un pic épidémique atteint le 16 mars avec 4479 nouveaux malades. Le 13 août, on enregistre 219964 personnes contaminées et 9211 morts depuis le début de la pandémie. Après une baisse considérable de l'activité virale enregistrée aux mois de mai et juin, le nombre de personnes contaminées repart à nouveau à la hausse à partir du mois de juillet. La reprise de l'activité virale laisse craindre l'arrivée d'une nouvelle vague qui se distinguerait de la précédente par une propagation à travers les régions, groupes d'âge et groupes sociaux³.

Inégalités devant le risque mortel et de contamination

Le risque de contamination par le SARS-CoV-2 varie considérablement entre les *Länder* et, à l'intérieur de ceux-ci, des communes (*Landkreise*). Les *Länder* du Sud sont davantage touchés que ceux du Nord et les villes davantage que les communes rurales. Le 13 août, la Bavière représente le foyer principal de l'épidémie avec 401 personnes contaminées pour 100 000 habitants, suivis

par le Bade-Wurtemberg et Hambourg. Avec 59 cas pour 100 000 habitants, le Mecklembourg-Poméranie occidentale est le *Land* le moins touché. Les différences entre régions semblent être surtout liées à l'existence d'importants foyers viraux. Elles servent aux gouvernements des *Länder* d'argument pour justifier leurs différentes approches en matière de confinement et de déconfinement (voir *infra*).

L'activité professionnelle est un autre facteur qui différencie la population devant le risque d'infection. Les données sont limitées, mais elles montrent que le personnel médical (hôpitaux, cabinets médicaux, services d'urgence) a été très touché par le virus avec 14612 cas de Covid-19 sur les 219964 recensés. Un autre groupe professionnel fortement exposé est constitué par les travailleurs et travailleuses des structures d'accueil collectives telles que les maisons de retraite, les prisons, les refuges de sans-abri ou les centres pour demandeurs d'asile (10 348 cas confirmés et 39 morts)⁴.

L'hébergement collectif est aussi une des principales causes du nombre élevé de malades du Covid-19 parmi les travailleurs et travailleuses migrants. Outre les saisonniers agricoles, dont environ 80 000 ont été admis pour « sauver » la récolte d'asperges et de fraises malgré les restrictions de circulation transfrontalière mises en place dans l'UE, le groupe le plus affecté est celui des travailleurs des abattoirs. La plupart d'entre eux vient de Roumanie, Pologne et Bulgarie

3. C. Drosten, « Ein Plan für den Herbst Seite 3/3: Wir brauchen eine Testung auf Infektiosität statt auf Infektion », *Die Zeit*, 33/2020, 6. August 2020, <https://bit.ly/3kfKnSK>.

4. L'exposition au risque d'infection de ce dernier groupe professionnel est en lien avec le nombre élevé de contaminations parmi le public accueilli dans ces structures (18 856 cas confirmés). Outre la fragilité des maisons de retraite, la pandémie a révélé celle de l'hébergement collectif des demandeurs d'asile, marqué par l'impossibilité de respecter les règles d'hygiène et de distanciation sociale. Dans plusieurs villes, des centres d'accueil entiers ont été mis en quarantaine – aux dépens de la santé de ses habitants – suite à la découverte de foyers viraux.

et travaille comme intérimaires ou dans le cadre de la sous-traitance transnationale (*Werkverträge*). La déresponsabilisation des industriels de la viande vis-à-vis des conditions de travail (le travail est physiquement exigeant et s'exécute à peu de distance les uns des autres dans un milieu froid) et d'hébergement (le plus souvent, les ouvriers vivent à plusieurs dans des petits appartements) qui règnent dans les abattoirs s'est révélée propice à la propagation du virus. Plusieurs abattoirs ont dû être fermés provisoirement suite aux contaminations parmi le personnel. Le cas le plus significatif est celui de l'usine du groupe Tönnies à Rheda-Wiedenbrück. Le 22 juin, 1 553 travailleurs et travailleuses sont testés positifs. Près de 7 000 salariés sont obligés de se placer en quarantaine et la commune de Gütersloh doit fermer temporairement ses crèches et ses écoles afin de contenir la flambée virale (Kahmann, 2020, à paraître).

Quant au risque mortel les données produites par le RKI ne permettent pas de préciser l'impact des inégalités sociales. Mais on peut parier qu'elles jouent un rôle à travers la comorbidité plus élevée des classes populaires, confirmée par des études antérieures (par exemple Robert Koch-Institut, 2015). Les différences régionales contribuent à ce risque. Il est le plus élevé dans les *Länder* aux taux de contamination les plus importants.

Soulignons enfin que l'accès au système de santé est également un facteur d'inégalité face à la maladie. Malgré son caractère universel (il existe depuis 2009 l'obligation de s'affilier à une caisse d'assurance maladie), cette couverture n'est pas totale. En 2019, 143 000 personnes restaient sans assurance santé (0,17 % de la population) selon l'Office fédéral de statistique. Parmi elles, les étrangers et

auto-entrepreneurs sont surreprésentés. Pour les personnes concernées, la pandémie a pu nourrir la crainte de devoir régler les coûts d'une éventuelle hospitalisation, provoquant ainsi des comportements non souhaitables d'un point de vue de santé publique. Soulignons enfin que l'accès au système de santé se différencie aussi en fonction des groupes sociaux, amenant certains à sous-déclarer leurs infections. Ainsi, on sait que les personnes issues de la migration par exemple tendent à sous-utiliser les services de santé à cause des barrières linguistiques et culturelles ou des expériences de discrimination (Robert Koch-Institut, 2015).

Mise en place des mesures pour limiter la propagation du virus

Face au risque de propagation du virus, les pouvoirs publics réagissent rapidement. Dès le mois de mars, ils mettent en place un important dispositif de dépistage qui s'appuie sur un réseau de laboratoires médicaux dense et des tests virologiques disponibles. Les *Länder* prennent des mesures de distanciation sociale et de confinement en fonction de leur situation épidémiologique respective. Dans la coordination de leurs mesures, l'État fédéral joue un rôle clef. Celui-ci se donne aussi des moyens exceptionnels pour assurer l'approvisionnement matériel et la mobilisation du personnel de santé.

Le gouvernement fédéral assume un rôle prépondérant dans la gestion de l'épidémie

L'action sanitaire des pouvoirs publics face à la pandémie de Covid-19 s'inscrit dans un ensemble d'actions et de mesures définies par le Plan national de pandémie (Nationaler Pandemieplan ; NPP, encadré 1), publié pour la première

fois en 2005 sur la base des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En tant que dispositif public de protection de la population civile (*Bevölkerungsschutz*), le NPP soumet aux administrations aux différents niveaux du système fédéral des recommandations d'ordre sanitaire et définit des structures organisationnelles adaptées (Robert Koch-Institut, 2017).

Au niveau fédéral, le NPP prévoit ainsi la mise en place d'un comité de gestion de crise qui centralise les informations et élabore des stratégies sous l'égide du ministère de la Santé. Chaque *Land* dispose de son propre plan de lutte contre les pandémies, décliné jusqu'au niveau

des communes, la mise en place des mesures de contrôle et de prévention de la contamination relevant de la compétence des États fédérés (confinement, fermetures d'écoles et des magasins, etc.). Le NPP assure aussi l'accompagnement scientifique des acteurs publics par trois institutions publiques : le Paul Ehrlich Institut (assure la qualité et l'efficacité des biomédicaments tels que les vaccins) ; le Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (améliore la sûreté des biomédicaments et des appareils médicaux) ; le Robert Koch Institut (RKI). Le RKI est la plus importante des trois. Il recueille et analyse les données épidémiologiques en cas de

Encadré 1

Le Plan national de pandémie, un dispositif qui évite l'état d'urgence

Juridiquement, le Nationaler Pandemieplan (NPP) se fonde sur les lois, ordonnances et réglementations administratives existantes en matière de protection contre les contaminations et de sécurité au travail du personnel médical. Il ne relève donc pas de l'état d'urgence. Sa source juridique la plus importante est la « loi de protection contre les contaminations » (*Infektionsschutzgesetz* ; IfSG). Reflétant les expériences de la République de Weimar, le droit constitutionnel de la République fédérale ne dispose que d'un droit de recours à l'état d'urgence très réduit. Ses premiers éléments ont été introduits en 1968 : contre les ennemis intérieurs de l'ordre démocratique (§91, Grundgesetz) et contre une agression militaire extérieure (§115a, Grundgesetz). La pandémie ne relève d'aucun de ces deux scénarios, mais de catastrophe naturelle et d'autres accidents nationaux (§35, Grundgesetz). Les restrictions des droits fondamentaux (liberté de circulation, inviolabilité du domicile, intégrité physique, liberté de rassemblement, liberté de l'exercice d'une profession) se font sur la base de la loi de protection contre les contaminations : une clause générale permet aux administrations (les ministères de la Santé et de l'Intérieur) de prendre « les mesures nécessaires » pour empêcher la propagation des maladies infectieuses.

Les restrictions des libertés fondamentales rendues possibles par l'IfSG ont provoqué beaucoup de débats parmi les juristes et suscité des mobilisations devant les tribunaux et dans la rue. À ce jour, la manifestation la plus importante a eu lieu à Berlin au mois d'août avec environ 20 000 participants et participantes. Ces mobilisations « anti-masque » illustrent le « paradoxe de la prévention » : le succès relatif des politiques publiques sert d'argument pour prouver leur inutilité.

pandémie, mène des recherches en matière de protection contre les infections virales et offre un support technique aux *Länder*.

Durant le pic de l'épidémie, la coopération entre ces acteurs est très étroite. Conformément au NPP, un comité de crise est créé au niveau fédéral, composé des différents ministres et de la Chancelière (Corona-Kabinet). Le RKI est très présent auprès du gouvernement, mais aussi du public à travers ses conférences de presse quotidiennes dans lesquelles il explique ses préconisations et analyses, tandis que les *Länder* mettent en place leurs mesures de contrôle et de prévention spécifiques (voir *infra*). Ce pluralisme des voix et des lieux de décision favorise le débat public autour des mesures ainsi que l'adhésion de la population à la gestion par les pouvoirs publics dans les sondages (Kühne *et al.*, 2020). Dans la coordination des actions des *Länder*, le gouvernement fédéral joue un rôle clef. La Chancelière réussit à mettre de côté, au moins temporairement, les différences d'approche entre *Länder*, parfois alimentées par les ambitions politiques fédérales de leurs chefs, et à envoyer un message dépourvu d'ambiguïté à la population sur la situation sanitaire et ses conséquences ⁵.

Au-delà de la coordination, la crise est l'occasion pour le gouvernement fédéral d'assumer – au détriment des *Länder* et des organismes auto-administrés – des compétences exceptionnelles pour assurer le fonctionnement du système de santé face à l'épidémie. La loi du 27 mars 2020 relative à la « Protection de la population

en cas de situation épidémique de portée nationale » permet au ministère de la Santé d'adopter des décrets-lois, sans accord préalable de la chambre des *Länder* (*Bundesrat*), pendant la durée de la pandémie. Cette nouvelle loi modifie l'IfSG et permet au gouvernement fédéral de prendre des mesures afin :

- d'assurer l'approvisionnement de produits pharmaceutiques de base (y compris anesthésiants), produits médicaux, matériel diagnostique de laboratoire, outils, objets de protection personnelle et produits de désinfection ;
- de garantir la production des soins dans les cabinets médicaux, hôpitaux, pharmacies et établissements médico-sociaux en dérogeant aux dispositions légales ;
- d'adapter les régulations entre les acteurs corporatifs du système de santé ;
- de garantir les soins ambulatoires et hospitaliers par le personnel en dérogeant aux dispositions légales.

Une politique de dépistage précoce

Le premier test de détection du Covid-19 est mis au point mi-janvier par l'hôpital de la Charité à Berlin. Dès la fin janvier, une PME berlinoise commercialise le premier kit de dépistage. En l'espace de deux mois, elle en produit 40 000, équivalant à 4 millions de tests individuels. Grâce à la gestion anticipatrice de sa P-DG dès les premiers signes d'apparition du virus, l'entreprise est capable de produire, malgré les problèmes d'approvisionnement de l'industrie pharmaceutique, à sa capacité maximale.

5. Entretemps, le consensus parmi les *Länder* sur la nécessaire coordination fédérale des mesures de déconfinement s'est fissuré. Après l'annonce de la Thuringe d'abandonner les restrictions restantes, les différences sont apparues entre les gouvernements des États fédérés insistant sur leur autonomie et ceux réclamant davantage de dirigisme fédéral. Des différences dans les stratégies de prévention entre les *Länder* sont apparues aussi au sujet de la gestion de la rentrée scolaire.

ALLEMAGNE

Le nombre de tests de dépistage augmente à partir du début du mois de mars. Durant la semaine du 16 mars, 348 000 personnes sont dépistées⁶. 152 laboratoires sont en mesure d'analyser les résultats. Depuis, le nombre hebdomadaire de dépistages a continuellement augmenté. Durant la semaine du 3 août, 672 000 personnes sont dépistées. Si l'Allemagne est loin d'avoir testé massivement sa population (9,2 millions de tests effectués au début du mois d'août), elle a néanmoins pu dépister rapidement les cas suspects et permettre une réponse ciblée pour les personnes contaminées et leurs contacts.

Depuis le 28 février, le dépistage et l'analyse sont entièrement couverts par les caisses d'assurance maladie obligatoires. Mais les frais sont uniquement pris en charge lorsqu'une personne présente des symptômes et est munie d'une attestation médicale. La loi du 29 avril relative à la « Protection de la population en cas de pandémie de portée nationale » supprime cette restriction. Elle permet au gouvernement fédéral d'imposer aux caisses de maladie obligatoires le financement du dépistage des personnes asymptomatiques. Avec cette loi, il a notamment souhaité augmenter le nombre de prélèvements dans l'entourage des personnes fragiles afin d'y arrêter plus rapidement les chaînes de contamination.

Mesures de distanciation sociale, mais pas de confinement drastique

Entre le 13 et 16 mars, la plupart des *Länder* décident de fermer les écoles,

jardins d'enfants, universités, institutions culturelles, lieux sportifs et restaurants. Les « services essentiels » restent ouverts aux horaires étendus. Le 17 mars, la chancelière s'adresse à la population dans une allocution télévisée. Le gouvernement fédéral recommande alors aux citoyens de rester à la maison, de respecter la distanciation sociale, de télétravailler et d'éviter les transports en commun. Il demande aussi de ne plus entrer en contact avec des personnes fragiles (résidents en maisons de retraite, malades chroniques, etc.). À distance d'une rhétorique guerrière, Merkel fait appel à la responsabilité de chacun et souligne le caractère exceptionnel et temporaire des mesures prises.

Chaque *Land* organise son confinement librement. Un confinement plus strict est limité à quelques *Länder* (Bavière, Saxe). Le 22 mars, la Chancelière et les chefs de gouvernement des *Länder* se mettent d'accord sur l'introduction de mesures plus restrictives en matière de vie publique et privée, sans aller aussi loin que la Bavière ou la Saxe. À partir de cette date, on trouve dans la plupart des *Länder* des restrictions du type :

- interdiction des rassemblements de plus de deux personnes, à l'exception des familles vivant ensemble ;
- appel à réduire les contacts sociaux au strict minimum ;
- fermeture de tous les restaurants ;
- distanciation sociale d'1 mètre 50 dans l'espace public ;
- fermeture des services qui ne peuvent pas garantir une distance sociale

6. Le dépistage est effectué dans les cabinets des médecins libéraux qui disposent de personnel dédié (« assistants medico-techniques ») ; des « *corona drive-ins* » ou « centres de dépistage Corona » dont le personnel provient de l'armée ou des hôpitaux ont été créés par la suite pour décharger les cabinets. Ce corps professionnel a été fortement touché par les contaminations pendant la première vague. Depuis, les médecins généralistes luttent pour la reconnaissance de leur rôle et la prise en compte de leurs pertes de revenu.

de plus de 2 mètres (salons de coiffure, de beauté, de tatouage, etc.) ;

- mesures d'hygiène à mettre en œuvre sur les lieux de travail.

La réduction perceptible de la pression sur le système de santé amène la Chancelière et les présidents des *Länder* à annoncer le 15 avril un plan qui prévoit une levée partielle des mesures de restriction. Le principe de distanciation sociale est maintenu. À partir du 4 mai, les *Länder* commencent à rouvrir progressivement les écoles, mais les crèches et jardins d'enfants restent fermés dans un premier temps. Le gouvernement fédéral et les *Länder* se mettent aussi d'accord sur un indicateur permettant, le cas échéant, la reprise des restrictions : si le taux d'incidence atteint plus de 50 sur 100 000 habitants dans un périmètre administratif donné, le « frein d'urgence » y sera actionné. Craignant une deuxième vague de l'épidémie, au mois d'août, les *Länder* renforcent le contrôle du respect des mesures de distanciation sociale et du port du masque et augmentent le montant des amendes en cas d'infraction.

Mobilisation des services et des professionnels de santé

La pandémie a mobilisé tous les acteurs et institutions du système de santé, mais deux d'entre elles se distinguent par leur implication : les agences locales de santé et les hôpitaux. Ces institutions ont résisté au choc provoqué par la pandémie grâce à la forte mobilisation du personnel, mais des moyens supplémentaires ont dû être mobilisés pour garantir leur fonctionnement durant la crise.

Les agences locales de santé au centre de la lutte contre la propagation du virus

Les agences de santé sont une institution peu connue, même si elles existent dans chaque ville moyenne et chaque commune. Créées en 1934, on en compte actuellement 375 pour un effectif estimé de 17 000 agents. Leur fonction est de mettre en œuvre la politique de santé publique telle qu'elle est définie au niveau fédéral et de chaque *Land*. À cette fin, les agences ont développé une panoplie d'activités. Elles dispensent notamment une assistance aux personnes atteintes du Sida, organisent le service de santé scolaire, mènent des enquêtes de santé publique et surveillent les conditions d'hygiène dans les institutions publiques.

La crise pandémique a été l'occasion de rappeler le rôle crucial des *Gesundheitsämter*, à la fois comme instruments de connaissance sanitaire et de maîtrise de la propagation du virus. Dans leur périmètre, elles :

- recueillent quotidiennement les déclarations des laboratoires et médecins généralistes de cas de Covid-19 et les transmettent au RKI ;

- organisent des dépistages et contrôlent le respect des mesures de quarantaine ;

- sont le principal interlocuteur administratif de la population à la recherche d'information et de soutien psychologique ;

- tracent les chaînes d'infection en identifiant les lieux et contacts fréquentés par les personnes contaminées.

Dès le mois de mars, les limites des ressources de cette institution peu considérée ⁷ et sous-financée deviennent évidentes : les malades du coronavirus

7. L'histoire des agences de santé montre la perte successive de leurs compétences au profit notamment des caisses d'assurance maladie, des institutions fédérales, des médecins libéraux et des administrations d'environnement, avec des effets négatifs sur le prestige social de leurs médecins.

Encadré 2

Pénurie de personnel soignant dans les hôpitaux

La pénurie de main-d'œuvre dans le secteur médico-social est connue de longue date. Elle ne concerne pas uniquement les établissements pour personnes âgées (même si la situation y est encore plus critique), mais aussi l'hôpital. Un sondage du DKI (Blum *et al.*, 2019) donne un aperçu de la situation, en distinguant les professions de médecins et d'infirmiers. Au printemps 2019, 76 % des hôpitaux indiquent des difficultés à pourvoir les postes vacants de médecins. L'étude estime que 2 % des postes à temps plein (3 300) en médecine hospitalière sont inoccupés.

S'agissant du personnel infirmier en médecine générale (*Allgemeinstation*), quatre cinquièmes des hôpitaux indiquent des difficultés de recrutement, qui croissent avec la taille de l'établissement : 95 % des hôpitaux de plus de 600 lits se disent concernés. Les difficultés se sont aussi aggravées dans le temps. Dans le même sondage, mené par le DKI en 2011, seuls 37 % des hôpitaux avaient déclaré rencontrer ce problème. S'agissant des infirmiers en soins intensifs, la situation ressemble à celle des infirmiers généraux : 80 % des hôpitaux disent avoir des difficultés à pourvoir des postes vacants. La pénurie s'est également aggravée, car en 2011, seul un tiers des hôpitaux se disaient concernés. Au total, l'étude estime à 4 700 le nombre de postes vacants d'infirmiers en soins intensifs (à temps plein).

La faible attractivité des rémunérations en milieu hospitalier et les conditions de travail sont un facteur majeur de son manque d'attractivité. L'incitation à « faire du chiffre » à travers un mode de financement des hôpitaux de type « coût par pathologie » (*diagnosis related groups* ; DRG), introduit en 2003, y joue un élément clef (Roeder, Franz, 2014 ; Simon, 2016). La réduction de la durée de séjour à l'hôpital, l'augmentation du nombre de cas (de surcroît plus complexes), l'accroissement exponentiel du travail administratif ainsi que la pénurie de main-d'œuvre ont provoqué une transformation du travail. Celle-ci est source de frustration et d'épuisement de la part du personnel hospitalier et explique le nombre élevé de départs. Depuis peu, le législateur s'attèle à résoudre ce problème. Outre l'introduction de seuils minima de personnel pour certains services hospitaliers (soins intensifs, cardiologie, gériatrie et chirurgie traumatologique), la loi relative au renforcement du personnel soignant (*Pflegepersonal-Stärkungsgesetz*) de 2019 sort les frais de personnel des DRG. Le syndicat des services publics et privés *Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft* (*ver.di*) et sa confédération *Deutscher Gewerkschaftsbund* (*DGB*) l'ont soutenue. Ils espèrent qu'elle mettra fin à la pratique des hôpitaux de compenser le manque d'investissements des *Länder* par des économies de personnel.

Revendiquant depuis longtemps l'augmentation du nombre d'infirmiers et la revalorisation de leur salaire comme des enjeux prioritaires pour l'avenir des hôpitaux, *ver.di* se voit aussi obligé d'innover sur le terrain de la négociation collective : depuis quelques années, il promeut des « accords de décharge » en faveur du personnel



(*Entlastungstarifverträge*). Jusqu'à présent, il en a signé 14. L'accord avec l'hôpital universitaire de Jena du 3 février 2020 par exemple fixe le nombre minimum de personnel par service, attribue des primes pour le personnel se libérant au pied levé, interdit les gardes de nuit à moins de deux personnes, et prévoit l'embauche de personnel additionnel dans les services d'anesthésie et de gériatrie. En tant que propriétaire de la clinique, le *Land* de Thuringe prend en charge les dépenses liées à la mise en place de l'accord.

n'arrivent plus à joindre les agents ou ceux-ci ne rappellent plus. D'après un sondage mené au début du mois de mai par la chaîne de télévision publique ARD, deux tiers des *Gesundheitsämter* manquent de personnel pour gérer la crise. Pour les autorités de santé publique, cette situation est d'autant plus problématique que le déconfinement rend encore plus important le traçage et l'isolement des personnes infectées.

Le manque de personnel face à la crise met aussi en lumière les difficultés de recrutement qui existent de longue date. À cause de leur faible attractivité comme employeur – une rémunération significativement inférieure à celle de l'hôpital, pas de perspectives d'évolution professionnelle, des outils de travail obsolètes, pas d'enseignement en santé publique dans la formation des étudiants en médecine –, de nombreux postes de médecins restent inoccupés. C'est la raison pour laquelle le syndicat des médecins (Marburger Bund) revendique un engagement ferme des *Länder* pour pallier le manque de personnel dans les agences de santé et demande aux employeurs publics communaux d'arrêter leur refus de la négociation collective.

Face à l'urgence, les pouvoirs publics augmentent le temps de travail dans les *Gesundheitsämter*. Le personnel travaille 12 heures par jour, avec une extension du service le week-end. Depuis le 10 avril, un règlement du ministère du Travail encadre à l'occasion de la pandémie la dérogation aux normes en matière de temps de travail dans les conventions collectives ou les contrats de travail individuels de ces institutions⁸. À l'image des hôpitaux, les activités sans lien avec le Covid-19 y sont réduites au strict minimum. Pour combler la pénurie, les administrations communales mettent des agents à disposition des *Gesundheitsämter*. Des fonctionnaires provenant d'autres services d'État sont aussi intégrés. Dans la ville de Fürstfeldbruck (Bavière) par exemple, le *Gesundheitsamt* accueille désormais des fonctionnaires de la bibliothèque d'État, de la direction des autoroutes et du tribunal des affaires sociales ainsi que six étudiants en médecine. Au pic de l'épidémie, l'armée met à disposition des soldats qui sont chargés du traçage. Si ces soutiens ont depuis réintégré leurs services, l'augmentation du nombre de dépistages a relancé le débat sur la capacité des agences de santé locales à tracer les chaînes de contamination.

8. Le règlement permet, jusqu'au 30 juin 2020, l'augmentation du temps de travail du personnel du secteur médico-social jusqu'à 12 heures par jour (maximum 60 heures par semaine) et la réduction du temps de repos à 9 heures. La dérogation a pour condition le constat d'une « situation d'urgence » provoquée par la pandémie.

Reconnaissant les écueils du sous-investissement dans les agences de santé, le Plan de relance fédéral du 4 juin annonce des aides aux agences de santé dans le cadre d'un « Pacte pour le service public de santé » à hauteur de 4 milliards d'euros. Le gouvernement promet de les intégrer dans la statistique publique d'emploi, de définir un seuil de personnel minimum et de financer les agents additionnels dans les cinq ans à venir ⁹.

Les hôpitaux résistent à l'afflux des patients

Selon l'Office fédéral de statistique, il y avait en 2017 près de 500 000 lits pour 1 942 hôpitaux, dont la moitié dans des hôpitaux publics (Destatis, 2018) ¹⁰. Parmi les 28 000 lits de soins intensifs, 20 000 disposaient d'un respirateur artificiel. Leur taux d'occupation était entre 70 et 80 % en moyenne. Autrement dit, le niveau d'équipement en soins intensifs était déjà important avant la pandémie.

Afin d'augmenter les capacités face à la vague attendue dans les hôpitaux, le gouvernement fédéral et les *Länder* leur demandent de suspendre les interventions non urgentes et de réserver des lits aux malades du Covid-19. Le 25 mars, le *Bundestag* adopte la loi relative à la décharge des hôpitaux (*Krankenhausentlastungsgesetz*), financée par le budget fédéral (2,8 milliards d'euros) et les caisses d'assurance maladie (6,3 milliards d'euros). Elle est destinée à compenser la perte de revenus qu'ils encourent et prévoit à ce titre le paiement

d'un forfait de 560 euros par jour et par lit d'accueil des patients contaminés. Pour chaque nouveau lit doté d'un respirateur, les hôpitaux bénéficient d'un bonus de 50 000 euros. Pour augmenter le nombre de respirateurs artificiels, le gouvernement fédéral commande aussi 10 000 appareils additionnels chez l'équipementier médical Dräger à Lübeck dont la livraison s'étalera sur toute l'année 2020.

L'arrivée de la première vague de patients contaminés dans les hôpitaux fait apparaître la difficulté de coordination entre établissements « concurrents », notamment l'absence de système permettant de connaître en temps réel les capacités hospitalières pour mieux orienter les patients. Le gouvernement fédéral oblige alors tous les hôpitaux équipés d'unités de soins intensifs à signaler quotidiennement le nombre et le type de lits libres et occupés et à livrer une estimation de la capacité d'accueil dans les 24 heures. Le système est géré par l'association des médecins urgentistes DIVI. Il permet une gestion des ressources hospitalières à l'échelle régionale en vue d'éviter la surcharge des services.

Ce système permet une appréciation de la façon dont les hôpitaux ont absorbé le choc sanitaire. Depuis sa mise en place début avril, le taux d'occupation des lits en soins intensifs est resté très stable, oscillant autour de 60 %. Cela conforte l'hypothèse selon laquelle le système de médecine en soins intensifs a bien résisté à la pandémie. Si localement, les hôpitaux ont pu atteindre la limite de leur capacité d'accueil,

9. Afin d'accélérer la transmission des données au RKI, le gouvernement fédéral avait déjà décidé de mettre à disposition de chaque *Gesundheitsamt* une subvention de 150 000 euros pour la modernisation de leur système informatique.

10. À côté des hôpitaux publics, il existe des hôpitaux privés et à statut associatif dont le nombre a été multiplié depuis les années 2000 (Kahmann, 2014). Indépendamment de leur statut, tous les hôpitaux sont obligés d'accueillir les patients atteints du Covid-19. Au début de l'épidémie, le DIVI a critiqué les hôpitaux privés pour ne pas avoir immédiatement déprogrammé les interventions non urgentes.

des situations redoutées de triage entre patients ont été évitées. Depuis la mi-mai, des unités dédiées au Covid-19 ont commencé à fermer, grâce au déclin du nombre de nouveaux patients contaminés.

Entretemps, les difficultés financières des hôpitaux dans la gestion de la pandémie sont devenues évidentes. Selon un sondage effectué au mois de mai (Blum *et al.*, 2020), les trois quarts des hôpitaux indiquent que les subventions accordées par la *Krankenhausentlastungsgesetz* ne suffisent pas à compenser les manques à gagner et dépenses imprévues. De même, presque 90 % des hôpitaux estiment que la subvention accordée pour l'achat du matériel de protection est insuffisante. Ces dépenses supplémentaires sont d'autant plus critiques que de nombreux hôpitaux se trouvent en difficulté ¹¹.

Ces difficultés mettent en lumière des problèmes structurels de financement des hôpitaux. Les *Länder* ayant négligé depuis une vingtaine d'années l'obligation de maintenir et de moderniser l'infrastructure de leurs hôpitaux, ces derniers accusent un véritable retard d'investissement qu'ils tentent de combler en taillant dans les dépenses courantes, en priorité celles de personnel (Simon, 2016). Dans le cadre du Plan de relance fédéral du 4 juin, le gouvernement répond à cette situation critique par un « Programme pour l'avenir des hôpitaux ». Doté de 3 milliards d'euros, il sera dédié en priorité à l'accélération de la numérisation des hôpitaux et à leur adaptation à l'accueil de patients atteints du Covid-19 selon les recommandations du RKI. Accueilli positivement par des acteurs du système hospitalier, ils l'estiment toutefois insuffisant. Il n'est ainsi pas exclu que la crise accélère le processus de privatisation des hôpitaux publics.

Des mesures exceptionnelles pour mobiliser le personnel hospitalier

La pandémie se produit dans un contexte d'intensification du travail et de pénurie de personnel de longue date (encadré 2). Même si le nombre d'infirmiers et de médecins par habitant en Allemagne est plus élevé que la moyenne européenne (OECD, 2019b), le ratio par lit hospitalier reste en deçà. Environ 20 % des lits de soins intensifs ne sont pas occupés à cause de la pénurie de main-d'œuvre soignante. Dans ces conditions, la disponibilité de personnel qualifié est une variable critique du système de soins intensifs face à la pandémie.

Afin de répondre à l'afflux des malades du Covid-19 dans les hôpitaux, plusieurs actions sont menées pour mobiliser la main-d'œuvre médicale :

- demande au personnel médical de passer à temps plein ;
- augmentation du temps de travail ;
- recours aux étudiants en médecine et aux soins infirmiers ;
- recours aux médecins à la retraite ou travaillant pour l'assurance maladie ;
- reconnaissance des diplômes médicaux étrangers.

La plupart de ces actions sont menées par les administrations hospitalières, dans un cadre réglementaire en partie modifié à l'occasion de la pandémie. Parmi les *Länder*, seul le ministère de la Santé bavarois met en place une accréditation temporaire pour les médecins étrangers ainsi qu'un système d'estimation des besoins de main-d'œuvre et d'appel à la réserve de main-d'œuvre médicale. Les gouvernements de Rhénanie du Nord-Westphalie et de Basse Saxe

11. En 2018, 40 % d'entre eux étaient déficitaires (Blum *et al.*, 2019).

veulent introduire dans leurs lois épidémiques respectives le service obligatoire (*Dienstverpflichtung*) des médecins et infirmiers. Mais cette idée provoque un tollé parmi le personnel hospitalier et les médecins, qui jugent que cette mesure d'urgence est déplacée et pose problème au plan constitutionnel. Quant au ministère fédéral de la Santé, il intervient le 4 mars en suspendant temporairement le seuil minimum de personnel en soins intensifs.

En vertu de la charge pesant sur les travailleurs et travailleuses du *care* pendant la crise sanitaire, la « deuxième loi relative à la protection de la population face à une situation épidémique de portée nationale » (*Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage nationaler Tragweite*) du 15 mai 2020 oblige les maisons de retraite à verser une prime exceptionnelle à leurs salariés. Le gouvernement fédéral la finance à hauteur de 1 000 euros. En revanche, aucune mesure équivalente n'a été accordée à ce jour au personnel soignant des hôpitaux et cabinets médicaux. Le paiement de la prime repose uniquement sur la bonne volonté de l'employeur.

L'enrôlement des acteurs industriels dans la crise

La pandémie a révélé la dépendance de l'approvisionnement en matériel médical et en médicaments vis-à-vis des fournisseurs asiatiques. Outre la production du matériel de protection, un enjeu central

de la réflexion de l'État fédéral face à la crise est celui de l'accès au futur vaccin.

Vers une production locale des masques de protection ?

Dès le début de l'épidémie, les associations régionales des médecins affiliés à la caisse d'assurance maladie alertent sur leurs difficultés à se procurer du matériel de protection (masques, gels, vêtements) qu'ils doivent mettre à disposition des médecins libéraux. La situation dans les hôpitaux, dont l'approvisionnement dépend de leur *Land* respectif, ressemble à celle des cabinets médicaux. Là où les masques manquent, le personnel hospitalier les réutilise et lance des appels à la population pour qu'elle produise ses propres masques en tissu. Dans un sondage effectué début mai par le syndicat Marburger Bund parmi 8 700 médecins-adhérents (dont 90 % sont issus des hôpitaux), presque 40 % se plaignent encore de la pénurie de matériel de protection ¹².

Les problèmes d'approvisionnement questionnent la gestion de la crise par le gouvernement fédéral et les *Länder*. Depuis 2009, la loi de protection civile et d'aide en cas de catastrophe (*Zivilschutz- und Katastrophenschutzgesetz*) prescrit des études de risque précises afin de mieux orienter les politiques publiques. Début 2013, une analyse est présentée au gouvernement et au Parlement fédéral, portant sur le scénario d'une pandémie virale de type Sras en Allemagne (*Deutscher Bundestag*, 2013). Alors que l'étude anticipe le risque de pénurie de matériel de protection face à la propagation du coronavirus ¹³, aucune réserve

12. « Ärzte: Rückkehr zum Regelbetrieb unter Vorbehalt », *Pressemitteilung*, Marburger Bund, 13. Mai 2020, <https://bit.ly/2ZBS3GP>.

13. Les auteurs de cette étude prédisent « que la demande de médicaments, équipements médicaux, moyens de protection personnelle et désinfectants augmentera. Des pénuries se produiront dans la mesure où les hôpitaux, cabinets médicaux et administrations dépendent d'un approvisionnement rapide et que l'industrie ne peut plus satisfaire entièrement la demande ... à

spécifique n'est mise en place, ni par l'État fédéral, ni par les *Länder*. De même, aucun plan de substitution n'est élaboré.

Fin 2019, les ministères fédéraux n'ont stocké que 150 000 masques techniques (de type FFP) et 1,9 million de masques simples. Au comité fédéral de gestion de crise, l'enjeu de la disponibilité du matériel de protection n'est évoqué qu'au début du mois de février. Initialement, le gouvernement se contente d'interdire les exportations, perdant ainsi un temps précieux dans la course internationale aux importations de masques en provenance de Chine. Le 4 mars, le ministère fédéral de la Santé décide d'agir en centralisant l'approvisionnement des moyens de protection, enlevant cette compétence aux *Länder* et aux associations de médecins. Depuis, il a été forcé d'adapter sa stratégie à plusieurs reprises.

Les efforts pour améliorer l'approvisionnement central des hôpitaux, cliniques et cabinets médicaux en matériel de protection sont soutenus par une nouvelle ligne budgétaire du ministère fédéral de la Santé, qui prévoit 7,8 milliards d'euros, dont une partie sera financée par les *Länder* et les caisses d'assurance maladie et une autre par le budget fédéral. En juin, sur les 2 milliards de masques commandés par le ministère fédéral de la Santé sur le marché mondial, 600 millions sont arrivés dans le pays. La plupart ont été commandés en Chine. Les dépôts des *Länder* et des associations régionales des médecins affiliés à la caisse d'assurance maladie sont désormais annoncés comme pleins. Mais des problèmes logistiques empêchent la distribution aux cabinets de médecins et aux hôpitaux. La qualité des masques

est variable et leur vérification prend un temps supplémentaire.

Le scénario d'une production locale des masques est pris en compte tardivement par le gouvernement fédéral. À la différence d'autres pays européens, l'Allemagne ne possède pas d'usines de production de masques, même si la majeure partie de la production mondiale du tissu technique servant à la fabrication des masques se fait sur les machines de l'entreprise familiale Reifenhäuser à Troisdorf. En mai, le ministre de l'Économie sort de sa réserve et annonce le programme « Sprinter », destiné à rendre le pays moins dépendant de la production chinoise. Celui-ci permet aux entreprises de bénéficier d'une aide à l'investissement allant jusqu'à 30 %. Jusqu'à présent, une cinquantaine d'entreprises se sont lancées dans la production de masques. Le démarrage est attendu durant l'été, mais des doutes persistent quant à la viabilité de ce marché une fois que les garanties d'achat du gouvernement auront disparu en 2021.

L'accès au futur vaccin : un enjeu majeur de santé publique

Outre la pénurie des moyens de protection, la crise sanitaire a aussi suscité des difficultés d'approvisionnement en médicaments utilisés pour le traitement des patients ventilés artificiellement. Au-delà de la pénurie de médicaments, la fermeture d'usines en Chine et en Inde renforce les problèmes d'approvisionnement des médicaments génériques déjà bien connus avant la pandémie. Début mars, la base de données de l'Institut fédéral des médicaments et produits médicaux constate que 268 médicaments sont en rupture de stock.

l'échelle mondiale, des nombreux biens et services dépendant d'un seul fournisseur. Cela fait que la perturbation de l'importation de biens et matières premières peut provoquer d'importantes pénuries et effets en cascade en Allemagne ».

ALLEMAGNE

Les pénuries de produits pharmaceutiques inquiètent depuis un moment les pouvoirs publics, sans ébranler la confiance dans les acteurs de marché. La pandémie semble avoir changé cette donne. Afin de favoriser la reconstruction d'une capacité de production nationale, le Plan de relance fédéral prévoit ainsi des investissements publics d'un montant d'1 milliard d'euros dans la production de principes actifs, semi-produits et vaccins afin de garantir au pays « des capacités plus fortes et davantage d'indépendance ».

Un autre domaine dans lequel le gouvernement cherche à réduire sa dépendance au marché mondial est l'enjeu stratégique des vaccins. À cette fin, le Plan de relance fédéral prévoit 750 millions d'euros pour « promouvoir et assurer » le développement des vaccins en Allemagne, en particulier contre les maladies virales. Le 15 juin, le ministre de l'Économie annonce l'investissement de 300 millions d'euros dans l'entreprise de biotechnologie Curevac à Tübingen. Depuis janvier, celle-ci s'est lancée dans le développement d'un vaccin contre le coronavirus. Cet engagement se produit après que le directeur de Curevac a été reçu au mois de mars par le Président américain Donald Trump, nourrissant la crainte d'un rachat de l'entreprise par des Américains. Au mois de septembre, l'entreprise BioNtech, basée à Mayence, reçoit à son tour de l'État une subvention de 300 millions d'euros. Son produit, développé en coopération avec l'américain Pfizer, semble désormais faire la course en tête dans la production d'un vaccin contre le Covid-19. En parallèle, le gouvernement poursuit une stratégie européenne (alliance avec la France, les Pays-Bas et l'Italie) dans la compétition mondiale pour l'accès prioritaire au futur vaccin contre le SARS-CoV-2 à travers le rachat de droits de préemption

sur 400 millions de kits de vaccination auprès de l'entreprise pharmaceutique britannique AstraZeneca.

Conclusion

La crise épidémique du printemps 2020 a démontré la capacité du système de santé allemand de réagir rapidement et d'une façon coordonnée aux défis posés par la pandémie. Une connaissance précoce de l'activité virale sur le territoire et des mesures de confinement ciblées ont contribué à une trajectoire du pays plutôt favorable en termes de (sur)mortalité et de restrictions des libertés fondamentales. Contrairement à d'autres pays, à aucun moment ne s'est posé un problème de surcharge des services hospitaliers.

Si le système de santé a évité le scénario « à l'italienne » publiquement redouté, des difficultés d'approvisionnement et une pénurie de personnel hospitalier sont toutefois devenues évidentes, provoquant l'intervention de l'État fédéral. Celui-ci s'est d'abord procuré de nouveaux pouvoirs face aux *Länder* et organismes auto-administrés afin d'assurer la mobilisation du personnel médical, le financement du dépistage et l'approvisionnement des moyens de protection individuelle. Il est intervenu aussi dans les hôpitaux afin de garantir la mise à disposition de capacités d'accueil des patients contaminés. Craignant que le système n'ait pas la capacité à résister à une vague épidémique ultérieure plus importante, l'État fédéral a par la suite décidé d'injecter d'importants moyens pour pallier le manque d'investissements des *Länder* et des communes dans les hôpitaux et les agences de santé, questionnant ainsi le paradigme d'austérité budgétaire qui les a mis à mal. Enfin, il s'est avancé, timidement, sur le terrain des investissements productifs, domaine qu'il considère habituellement

réservé au « marché ». Reste à voir si cette prise en main « par le haut » des difficultés financières, sociales et industrielles du système de santé dans la gestion de l'épidémie se révélera durable au-delà de la situation d'urgence, confirmant ainsi la tendance de fond d'un rôle croissant de l'acteur fédéral au sein du système de santé.

Achévé de rédiger le 22 septembre.

Sources :

- Blum K., Heber R., Löffert S., Offermanns M., Steffen P. (2020), *Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und des Krankenhausentlastungsgesetzes auf die Krankenhäuser*, Krankenhausbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts für die Deutsche Krankenhausesellschaft, Deutsches Krankenhaus Institut, 28 Mai, <https://bit.ly/3hr0dlo>.
- Blum K., Löffert S., Offermanns M., Steffen P. (2019), *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2019*, Deutsches Krankenhaus Institut, Dezember, <https://bit.ly/32s5F9x>.
- Destatis (2018), « Gesundheit der Krankenhäuser », *Fachserie 12, Reihe 6.1.1.*, Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, <https://bit.ly/3kstLqM>.
- Deutscher Bundestag (2013), « Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012 », Unterrichtung durch die Bundesregierung, *Drucksache 17/12051*, 3. Januar, <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712051.pdf>.
- Flaxman S., Mishra S., Gandy A., Unwin H.J.T., Mellan T.A., Coupland H., Whittaker C., Zhu H., Berah T., Eaton J.W., Monod M., Imperial College COVID-19 Response Team, Ghani A.C., Donnelly C.A., Riley S., Vollmer M.A.C., Ferguson N.M., Okell L.C., Bhatt S. (2020), « Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe », *Nature*, vol. 584, n° 7820, p. 257-261, <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7>.
- Gerlinger T. (2009), « Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik », in Rehder B., von Winter T., Willems U. (eds.), *Interessenvermittlung in Politikfeldern. Vergleichende Befunde der Policy- und Verbändeforschung*, Wiesbaden, VS Verlag, p. 33-51, https://doi.org/10.1007/978-3-531-91697-2_2.
- Gerlinger T., Burkhardt W. (2012), *Das Gesundheitswesen in Deutschland – Ein Überblick*, Bundeszentrale für politische Bildung, 1. März, <https://bit.ly/33rMvzL>.
- Kahmann M. (2014), « Allemagne : un faible impact de la crise sur les ajustements des services publics », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 151-179, <https://goo.gl/9WYwV5>.
- Kahmann M. (2020), « Allemagne : la crise sanitaire sonne-t-elle la fin de la sous-traitance dans l'industrie de la viande ? », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 172, décembre, à paraître.
- Kühne V. S., Kroh M., Liebig S., Rees J., Zick A. (2020), « Zusammenhalt in Corona-Zeiten: Die meisten Menschen sind zufrieden mit dem staatlichen Krisenmanagement und vertrauen einander », *DIW Aktuelle*, n° 49, 3. Juli, <https://bit.ly/33jYGyw>.
- Loos S., Albrecht M., Zich K. (2019), *Zukunftsfähige Krankenhausversorgung*, Bertelsmann Stiftung, <https://bit.ly/2Zvy0dj>.
- OECD (2019a), *State of Health in the EU: Germany Country Health Profile 2019*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/36e21650-en>.
- OECD (2019b), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Robert Koch-Institut (2015), *Gesundheit in Deutschland 2015*, November, <https://bit.ly/33vh9bw>.
- Robert Koch-Institut (2017), *Nationaler Pandemieplan Teil I. Strukturen und Maßnahmen*, 2. März, <https://bit.ly/3mhjaRj>.
- Roeder N., Franz D. (2014), « Beschleunigung im Krankenhausalltag Konsequenzen für Beschäftigte und Patienten », *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, vol. 14, n° 3, p. 26-34, <https://bit.ly/35AFVK6>.
- Rosental P.-A. (2020), *Un balcon en forêt 2020 : essai comparatif sur l'épidémie de Covid*, Terra Nova, 6 mai, <https://bit.ly/35AA3AI>.
- Simon M. (2016), « Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhausbereichs seit den 1970er Jahren », Bode I., Vogd W. (eds.), *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Wiesbaden, VS Verlag, p. 29-45, https://doi.org/10.1007/978-3-658-11853-2_2.
- Presse allemande généraliste et spécialiste ; sites Internet des acteurs du système de santé.

France

Une gestion étatique centralisée et désordonnée

Renaud GAY et Monika STEFFEN¹

Du sommet de l'État aux acclamations de rue quotidiennes, les professionnels de santé ont été érigés en « héros en blouse blanche »² dont l'abnégation, l'efficacité et le dévouement sont célébrés face à l'épidémie de Covid-19. Cette héroïsation peut cependant être une manière de dépolitiser la mobilisation des institutions sanitaires et de leurs personnels dont les ressorts paraissent alors essentiellement moraux, sans considération des interventions publiques sur le système de santé. Plusieurs études portent pourtant un regard critique sur la réaction sanitaire à l'épidémie des autorités publiques françaises qui ont pu être rangées parmi les « *poor performers* » d'Europe continentale en raison de taux de mortalité et d'infection élevés (Paton, 2020). Dans une étude plus étayée portant sur les réponses politiques à l'épidémie dans 24 États, la France est située parmi « les pays intermédiaires » qui sont parvenus

à compenser la faiblesse de leurs « politiques proactives » (*i.e.* le nombre de lits d'hôpitaux, la qualité des soins intensifs, etc.) par des « mesures réactives » strictes de contrôle de l'épidémie, contenant ainsi leur niveau de mortalité (Rosental, 2020). L'architecture du système de santé français façonne ainsi en partie les difficultés posées par l'épidémie et les formes d'intervention déployées pour y faire face.

Souvent jugé inclassable par les comparaisons internationales, le système de santé français est marqué par la complexité originelle de la protection sociale conçue en 1945, qui suit « les principes de Beveridge avec les méthodes de Bismarck³ » (Palier, 2005:101) et donne à l'État un rôle ambivalent mais renforcé par les réformes successives affectant le secteur sanitaire. Représentant une part du PIB parmi les plus élevées des pays de l'OCDE (11,3 % en 2018), les dépenses de santé sont très largement financées

1. Chercheur postdoctoral à l'Ires ; directrice de recherche émérite au CNRS, Pacte, Université Grenoble Alpes.

2. Adresse aux Français du président de la République Emmanuel Macron, 12 mars 2020.

3. Les systèmes bismarckiens de protection sociale sont fondés sur les assurances sociales (financement par la cotisation, couverture sociale liée à l'emploi avec des prestations contributives et proportionnelles aux revenus, gestion des caisses d'assurance par les partenaires sociaux), tandis que les systèmes beveridgiens sont organisés par les principes d'universalité, d'unité et d'uniformité (financement par l'impôt principalement, accès assis sur la citoyenneté à des prestations sociales identiques pour tous les individus, gestion par l'État de la protection sociale).

par l'assurance maladie (78,2 % de la consommation des soins et biens médicaux – CSBM – en 2019), dont les ressources dépendent désormais davantage des contributions fiscales que des cotisations sociales (61 % contre 35 % pour 2020) (Drees, 2020a:38) ⁴. D'abord lié au statut professionnel, l'accès à l'assurance maladie est désormais fondé sur la résidence depuis la mise en place en 1999 de la couverture maladie universelle, devenue en 2016 la protection universelle maladie, dont bénéficient toutes les personnes à revenus modestes. L'universalisation de la protection maladie se limite toutefois à la couverture de base qui laisse des restes à charge financés par les ménages ou leurs assurances complémentaires (20,3 % de la CSBM en 2019). La couverture maladie donne accès à une offre de soins publics (hôpitaux essentiellement) et privés (professionnels libéraux, cliniques). Leur régulation est cloisonnée entre des soins de ville pilotés par l'assurance maladie et un secteur hospitalier géré par l'État, bien que ce dernier exerce un contrôle croissant sur celle-là et que leurs services aient fusionné au niveau territorial au sein d'agences régionales de santé (ARS) en 2010. Ces formes de soins dits curatifs dominent par ailleurs un système de santé dans lequel la santé publique s'est trouvée marginalisée jusqu'à l'épidémie de Sida et la succession de crises sanitaires, celles-ci contribuant au renouvellement de ses savoirs et au renforcement de son administration étatique sous la forme d'agences sanitaires à partir des années 1990 (Benamouzig, Besançon, 2005 ; Buton, Pierru, 2012).

L'évolution du système de santé est ainsi marquée par un renforcement des

capacités étatiques d'intervention dont il s'agit de questionner l'usage et l'efficacité durant l'épidémie de Covid-19. Les trois premières personnes porteuses du virus sur le territoire national et européen sont recensées le 24 janvier 2020, toutes ayant séjourné récemment à Wuhan, épicentre de l'épidémie en Chine. Le 15 février, un premier décès est annoncé sur le sol français et européen, un touriste chinois de 80 ans. Dix jours plus tard, un deuxième mort est déclaré, sans lien direct avec les foyers épidémiques chinois et italien. Plusieurs foyers sont identifiés entre le début du mois de février et le mois de mars en Haute-Savoie, dans l'Oise, le Morbihan et le Haut-Rhin. La dynamique épidémique s'accélère durant la première quinzaine de mars, ce qui conduit à la décision de confiner la population. Le nombre de malades hospitalisés du Covid-19 atteint son maximum au milieu du mois d'avril (plus de 32 000 personnes, dont près de 7 000 en réanimation), avant que celui-ci ne diminue continûment jusqu'en septembre. À la fin de ce dernier mois, les autorités publiques comptent au total près de 32 000 décès liés au Covid-19 dans les hôpitaux et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et médico-sociaux, soit environ 48 décès pour 100 000 habitants. Si le virus est observé dans l'ensemble des régions métropolitaines début mars, le grand quart nord-est du pays concentre une large majorité des cas. Estimé à 26 % en France, le surcroît de décès sur la période du 2 mars au 19 avril est particulièrement fort en Île-de-France (+96 %), dans le Grand Est (+59 %) et secondairement en Bourgogne-Franche-Comté (+28 %) et dans les Hauts-de-France (+22 %), par rapport à la même période

4. Voir aussi l'annexe C de la loi du 24 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2020.

évaluée sur les cinq années précédentes (Gascard *et al.*, 2020) ⁵.

La France, pays de Pasteur dont le système de santé était qualifié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de « meilleur au monde » en l'an 2000, était-elle préparée à faire face à une telle épidémie infectieuse ? Nous montrons que l'action gouvernementale cherche d'abord à préserver l'accès aux soins aigus des individus par le recours à une mesure inédite, celle du confinement. Celle-ci est complétée par des interventions concentrées sur le système hospitalier, que nous analysons dans un deuxième temps. Si cette action vise à augmenter les capacités d'accueil des établissements, elle révèle aussi une situation matérielle dégradée dont les causes sont autant économiques que politiques et qui suscite diverses interventions étatiques sur la production et la distribution de biens médicaux, comme nous le verrons dans un dernier temps.

Comment garantir l'accès aux soins face à l'épidémie ?

Afin d'empêcher une saturation des services sanitaires qui aurait des conséquences sur la qualité de leur fonctionnement et leur accessibilité, une mesure d'exception a été prise : le confinement de la population. Si celui-ci a pu freiner l'incidence de la maladie, il n'a pas empêché la reproduction d'inégalités d'accès aux soins, voire les a aggravées.

« Il n'y a pas d'alternative » : le confinement de la population

Le confinement de la population du pays apparaît comme une mesure qui

n'est pas initialement planifiée par les autorités publiques mais qui s'impose progressivement à eux, dans la succession des événements, comme solution légitime et efficace pour résoudre la crise sanitaire. En réaction aux alertes de l'OMS, le ministère de la Santé déclenche dès le 13 février sur l'ensemble du territoire le stade 1 du plan Orsan (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles), institué en 2014, qui prévoit une réorganisation des services de soins lors d'événements graves ou inhabituels à l'origine d'un afflux de malades. Tandis que la phase 2 du plan est mise en œuvre le 29 février, toujours dans une « stratégie d'endiguement » du virus dont la circulation paraît alors peu active (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020), des premières mesures de limitation des rassemblements et de fermeture d'écoles sont prises *localement*. Alors que des mesures de restriction de circulation sont peu à peu adoptées au plan national (interdiction de tout rassemblement de plus de 1 000 personnes le 9 mars, seuil abaissé à 100 le 12 mars, etc.), la gestion politique de l'épidémie continue à se référer au plan Orsan dont le stade 3, annoncé le 14 mars, consiste à atténuer la propagation du virus tout en assurant « la continuité de la vie économique et sociale du pays, y compris la vie scolaire » (le Premier ministre Édouard Philippe, le 6 mars). Le 16 mars, le confinement de la population, sans modulation régionale, est pourtant annoncé par le président de la République, codifié juridiquement par la loi du 23 mars 2020 instaurant l'état d'urgence sanitaire. Il ne sera levé qu'à partir du 11 mai.

5. Voir aussi M. Deshaies, « Géographie de la pandémie de Covid-19 en France et en Allemagne : premiers enseignements », *The Conversation*, 26 mai 2020, <https://bit.ly/3khgHoy>.

La décision de confiner marque une centralisation au niveau du sommet de l'exécutif de la gestion étatique de l'épidémie, supervisée depuis la fin janvier par le ministère de la Santé mais qui revient officiellement le 17 mars à la cellule interministérielle de crise placée sous l'autorité du Premier ministre. Déjà visible dans la convocation régulière par le président de la République d'un Conseil national de défense et de sécurité nationale consacré à la situation sanitaire à partir du 29 février, cette évolution institutionnelle s'observe en particulier sur le plan de l'expertise. À l'initiative du président de la République, un conseil scientifique composé de 13 membres à forte coloration médicale est créé le 10 mars, complété peu de temps après par un « comité analyse, recherche et expertise ». Ce dispositif *ad hoc* s'ajoute aux nombreuses instances administratives d'expertise qu'il marginalise plus qu'il ne coordonne, comme l'agence Santé publique France créée en 2016, pourtant chargée de la préparation aux crises sanitaires (Bergeron *et al.*, 2020). Car le Conseil scientifique, malgré sa fonction formellement consultative, sert au début de la crise sanitaire d'appui régulier aux décisions politiques, y compris celle de confiner la population qu'il promeut sur la base d'au moins deux motifs. D'une part, des modèles mathématiques annoncent « des centaines de milliers de morts en France avec une surmortalité importante due à la saturation des services de réanimation » en cas d'absence de réduction des contacts entre

individus (avis du 12 mars). D'autre part, les mesures de confinement prises en Chine et en Italie sont présentées, dans un contexte de fortes incertitudes scientifiques, comme une solution susceptible d'être imitée du fait de son efficacité et des dynamiques épidémiques présumées similaires entre ces pays.

Visant à aplanir la courbe épidémique, la décision de confiner est pour partie contrainte par l'insuffisance des réserves de matériel de protection individuelle et par l'incapacité des autorités à mener une politique de dépistage massif et d'isolement des cas à laquelle appellent l'OMS et plusieurs responsables scientifiques nationaux ⁶. Cette situation tient à un faisceau de facteurs qui relèvent de temporalités plus longues que celle de l'épidémie de Covid-19 et dont les effets se cumulent durant celle-ci : réduction des capacités productives nationales de matériels médicaux, déclin des moyens attribués à la préparation des risques épidémiques (voir *infra*), cloisonnement et sous-financement de la santé publique ⁷. Ce dernier point s'observe dans la lenteur des autorités à mobiliser l'ensemble des organisations sanitaires capables de réaliser des tests (laboratoires hospitaliers, vétérinaires, de recherche publique, etc.) ainsi que dans leur difficulté à centraliser les données sur le nombre de personnes dépistées, conduisant le gouvernement à demander l'appui de sociétés de conseil pour la réalisation de ces tâches ⁸. À partir du mois de mai, le dépistage devient une composante importante de la

6. L. Lagrost (directeur de recherche à l'Inserm), D. Payen (professeur d'anesthésie-réanimation), « Coronavirus. Tester, tester, tester : cap ou pas cap ? », *Quotidien du médecin*, 19 mars 2020, <https://bit.ly/2lW340l>.

7. Les dépenses de prévention institutionnelle ne représentent que 1,8 % des dépenses courantes de santé en 2018, contre 71,9 % pour les soins hospitaliers, de ville et les biens médicaux (Drees, 2020a).

8. Cellule investigation de Radio France, « Covid-19 : enquête sur les ratés du dépistage massif », *France inter*, 11 mai 2020, <https://www.franceinter.fr/covid-19-enquete-sur-les-rates-du-depistage-massif>.

gestion de la crise dans le but de contrôler les foyers locaux, avec notamment le déploiement par l'assurance maladie de « brigades sanitaires » chargées d'identifier les chaînes de contamination, ce qui pose toutefois de nouveaux problèmes d'organisation pour l'accès aux tests et pour leur analyse.

Des inégalités d'accès aux soins persistantes, aggravées et plurielles

Si la politique de confinement a pour objectif affiché de réduire l'afflux de cas graves vers les services hospitaliers et de permettre une prise en charge des patients sans discrimination, elle reproduit, voire aggrave les inégalités d'accès aux soins qui s'observent en période ordinaire. Plusieurs enquêtes sociologiques portant sur des services d'urgence ont montré que les contraintes budgétaires et gestionnaires à l'hôpital mais aussi des enjeux internes à la profession médicale nourrissent un travail de catégorisation des patients qui se réalise à partir de critères cliniques mais aussi sociaux, économiques et moraux et qui peut avoir des conséquences sur l'accès aux soins spécialisés et le type de soins dispensés (Dodier, Camus, 1997 ; Morel, 2016 ; Vassy, 2001). Ainsi, l'application d'un critère d'âge informel pour le bénéfice de soins de réanimation, observée en temps ordinaire, pourrait avoir été durcie durant la crise sanitaire, sans que des enquêtes permettent pour l'instant d'objectiver le constat. C'est ce que suggèrent les données du ministère de la Santé qui montrent une diminution de la part des plus de 75 ans dans les admissions en réanimation au pic de l'épidémie, en

particulier en Île-de-France⁹. Ces données indiquent aussi une forte proportion de décès liés au Covid-19 dans les Ehpad (environ 33 % au 6 octobre 2020), qui sont mal équipés pour faire face à la maladie du fait de leur sous-encadrement médical et de leur rang secondaire dans la distribution publique des matériels de protection individuelle.

Les inégalités d'accès aux soins ne s'arrêtent pas à ces phénomènes de sélection. Elles expriment aussi des inégalités territoriales de santé qui correspondent à des disparités géographiques dans l'offre de soins, ainsi qu'à des contrastes spatiaux dans l'état de santé des populations, eux-mêmes corrélés à des facteurs économiques et sociaux (Vigneron, 2013). Ces inégalités territoriales de santé se manifestent face à l'épidémie de Covid-19, au-delà de l'inégale exposition des territoires au virus. C'est ce qu'illustre la surmortalité observée en Seine-Saint-Denis par rapport au reste de l'Île-de-France, qui est de 134 % sur la période du 1^{er} mars au 19 avril contre 99 % pour la ville de Paris (Brun, Simon, 2020). À l'instar de plusieurs régions ultramarines particulièrement touchées par l'épidémie (Mayotte, Guyane), il s'agit de territoires moins denses en équipements sanitaires et dans lesquels sont surreprésentées les populations défavorisées et présentant plus fréquemment des comorbidités (obésité, diabète, etc.) qui augmentent la probabilité de formes sévères de Covid-19¹⁰. Loin de réduire ces inégalités territoriales, le confinement les a même aggravées en raison des conditions de logement et de travail dans ces territoires pauvres qui rendent

9. C. Hecketsweiler, S. de Royer, « Coronavirus : des personnes âgées écartées des hôpitaux pendant la crise sanitaire en France », *Le Monde*, 29 juillet 2020, <https://bit.ly/37tRp32>.

10. S. Laacher, M. Knobel, « Mayotte au temps du coronavirus, un "département" de la République ? », *Libération*, 23 mai 2020, <https://bit.ly/3jn2DbY>.

la restriction des contacts entre individus plus difficile (exiguïté des habitations, forte proportion d'individus exerçant des métiers sans possibilité de télétravail ou de chômage partiel, etc.) (Brandily *et al.*, 2020 ; Bajos *et al.*, 2020). Les inégalités territoriales recouvrent ainsi des inégalités sociales face à l'épidémie, qui ne sont que marginalement prises en compte par les autorités publiques durant l'épidémie.

L'action de l'État sur les inégalités d'accès aux soins se concentre pendant la crise sanitaire sur leur dimension financière, qui ne constitue pas un enjeu mineur du fait de la place accordée aux assurances complémentaires privées dans le financement de certaines catégories de dépenses (ticket modérateur, franchises, dépassements d'honoraires, etc.). En 2019, elles contribuent ainsi à 13,4 % de la CSBM et cette part atteint 21,5 % pour les seuls soins de ville (Drees, 2020a:40-41). Si seulement 4 % de la population est sans couverture complémentaire en 2017, cette situation entretient toutefois des renoncements aux soins pour raisons financières : en 2014, 5,4 % des individus de plus de 18 ans et 19,6 % de ceux sans complémentaire ont renoncé à une consultation médicale pour ce motif durant les 12 derniers mois (Célant *et al.*, 2017:137). Afin de lever les barrières financières dans l'accès aux soins liés au Covid-19, ceux-ci sont en partie soumis à des règles dérogatoires de remboursement qui garantissent une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie publique comme les téléconsultations médicales (décret du 19 mars 2020), les tests virologiques sur ordonnance, puis sans (décrets du 27 mai et du 24 juillet 2020). Cette extension du financement public peut aussi cibler certaines catégories de la population, comme c'est le cas pour les masques de protection que

l'assurance maladie distribue gratuitement aux populations les plus précaires et aux individus fragiles du fait de leur comorbidité à partir du mois d'août. Ces différentes mesures n'empêchent pas la formation de restes à charge liés au Covid-19 qui peuvent atteindre, pour les séjours hospitaliers prolongés de patients sans assurance complémentaire, des niveaux très élevés – jusqu'à plusieurs milliers d'euros – mais dont les effets en termes de non-recours ou recours tardifs aux soins restent encore à investiguer (Dubost *et al.*, 2020:22-23).

Hôpitaux

et hospitaliers en première ligne

La stratégie de confinement est complétée par des interventions étatiques centrées sur le système hospitalier qui visent à assurer la prise en charge des cas les plus aigus nécessitant des soins techniques mais qui sont aussi formatées par les propriétés du système de santé, à savoir sa dominante biomédicale et curative ainsi que les inégales capacités de pilotage étatique de ses différents compartiments.

Accroître les capacités d'un système hospitalier sous tension budgétaire

L'action des autorités étatiques se concentre sur les hôpitaux publics dont elles cherchent à augmenter les capacités d'accueil, entamées par une politique de maîtrise des dépenses de santé initiée dès la fin des années 1970 et pesant davantage sur le secteur hospitalier que sur la médecine de ville (Juven *et al.*, 2019). À partir des années 2000, l'articulation de nouveaux outils financiers et organisationnels (tarification à l'activité, regroupement des services hospitaliers en pôles d'activité, etc.) à cette contrainte budgétaire favorise une mise

en concurrence, organisée par l'État, des établissements de santé publics et privés qui sont conduits à réduire le coût et la durée des séjours pour améliorer leur « rentabilité » et présenter des finances équilibrées. Cette régulation marchande des hôpitaux est censée encourager la réalisation d'un « virage ambulatoire », dans un cadre budgétaire annuel de plus en plus contraint à partir de la fin des années 2000 ¹¹. Promue de longue date par les élites administratives de la santé, cette évolution consiste à réduire les capacités d'hébergement des hôpitaux au profit de soins de courte durée. De fait, ce sont 73 000 lits d'hospitalisation à temps complet qui sont supprimés entre 2003 et 2018 (-15,5 %), alors qu'environ 28 000 places d'hospitalisation à temps partiel sont créées sur la même période (+57 %) (Drees, 2020b:24-28). Cette réduction des capacités d'hébergement concerne inégalement les disciplines. Le nombre de lits en réanimation, utiles dans la prise en charge des cas graves de Covid-19, est ainsi resté relativement stable entre 2013 et 2018 au niveau national mais décroît dans certaines régions fortement touchées par l'épidémie en 2020 comme le Grand Est (-7 %) ¹².

Cette reconfiguration de l'offre hospitalière renforce les risques de saturation qui obligent les autorités étatiques à déployer différents moyens juridiques et techniques pour répondre aux besoins d'hospitalisation. Tout d'abord, une réorganisation des capacités hospitalières existantes est initiée avant la forte

accélération épidémique, à l'aide d'outils et de procédures comme « le guide méthodologique de préparation au risque épidémique Covid-19 », qui décrit la division du travail médical à mettre en place dans les hôpitaux et entre les acteurs du système de santé face à l'arrivée de malades (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Une même logique d'anticipation se retrouve dans l'activation le 12 mars par toutes les ARS du « plan blanc maximal », dispositif créé en 2004 pour la gestion de situations sanitaires exceptionnelles, qui conduit les hôpitaux à déprogrammer toutes les activités non urgentes et à redistribuer leurs lits entre services. Supervisés par les professionnels hospitaliers, ces réagencements permettent de doubler le nombre de lits en réanimation qui atteignent les 10 000 à la fin du mois de mars mais sont parfois sous-équipés (voir *infra*). L'usage uniforme de ces outils sur le territoire apparaît toutefois en partie inadapté à une épidémie qui se révèle très concentrée au plan géographique et conduit les autorités à mobiliser des moyens extraordinaires, notamment militaires, pour désengorger les services hospitaliers les plus sévèrement touchés. Dans le cadre de l'« opération Résilience » lancée le 25 mars, l'armée contribue à l'effort sanitaire avec notamment l'installation d'un hôpital de campagne dans la ville de Mulhouse par son service de santé dont les capacités d'action sont cependant affaiblies par d'importantes réductions de personnel dans les années 2010 ¹³.

11. Alors que le taux de croissance annuel de l'enveloppe budgétaire consacrée aux établissements de santé reste supérieur à 3 % au cours des années 2000, celui-ci oscille entre 1,5 et 2,6 % depuis 2010.

12. <https://bit.ly/3ojX8yc>.

13. N. Guibert, « L'engagement décalé des armées dans la "guerre" contre le Covid-19 », *Le Monde*, 20 mai 2020 ; J. Droff, F. Richter, J. Malizard, « Le monde militaire face au Covid-19 », *The Conversation*, 23 juin 2020, <https://bit.ly/3lx2mVQ>. L'action de l'armée pendant l'épidémie revêt en outre des dimensions logistiques et de maintien de l'ordre (transport de matériels, sécurisation des sites de stockage, etc.).

Elle participe aussi aux opérations ferroviaires, aériennes et maritimes de transfert de patients entre régions (environ 500 personnes) et vers des pays frontaliers (environ 170 personnes) que favorise le travail de coordination des ARS.

Si les autorités étatiques s'appuient principalement sur les hôpitaux publics, elles intègrent aussi à leur politique les établissements privés qui constituent un ensemble hétérogène, représentant de longue date une part importante de l'offre sanitaire. En 2018, on compte 1 000 cliniques lucratives et 682 établissements privés non lucratifs disposant de 38 % des lits recensés sur le territoire (Drees, 2020b:21) (tableau 1). Concernés par l'application du plan blanc, les établissements privés ne font pas pour autant l'objet de mesures spécifiques renforçant leur implication dans la gestion de la crise à l'exception d'autorisations dérogatoires de réanimation délivrées par les ARS, malgré la volonté exprimée d'une plus forte intégration des deux fédérations de l'hospitalisation privée, soucieuses de se montrer à l'égal du secteur public. Dans l'accueil des malades, ces établissements sont ainsi cantonnés à un rôle d'appoint, plus ou moins important selon les régions, qui peut s'expliquer par

la part réduite du secteur privé parmi les lits de réanimation (16 % sur le territoire en 2018, 13 % dans le Grand Est, 0 % en Bourgogne-Franche-Comté) et par le maintien des circuits habituels d'adressage des patients pour des soins médicaux urgents vers les hôpitaux publics ¹⁴.

Le travail de coordination des professionnels de santé apparaît encore plus imparfait en matière de soins primaires. Ceux-ci sont dominés par l'exercice individuel et libéral et leur pilotage revient principalement à l'assurance maladie, les autorités étatiques cherchant cependant de plus en plus à organiser ce secteur par des dispositifs incitatifs (Hassenteufel *et al.*, 2020). Durant l'épidémie, l'action publique au niveau central accorde peu de place à ces professionnels des soins primaires, qui connaissent alors une forte chute de leur activité, préférant confier au Service d'aide médicale urgente (Samu) la fonction d'orientation et d'adressage des patients. Seules des incitations financières aux téléconsultations et des recommandations de soins semblent viser ces professionnels libéraux qui, localement, peuvent toutefois se coordonner à travers la création de « centres Covid-19 » chargés de diagnostiquer et d'orienter les patients, parfois avec le soutien de

Tableau 1. Les capacités d'hospitalisation des établissements publics et privés en France en 2018

	Secteur public	Secteur privé non lucratif	Secteur privé lucratif	Ensemble
Nombre de lits	243 417 (62 %)	56 270 (14 %)	95 983 (24 %)	395 670 (100 %)
<i>Dont lits de réanimation adultes</i>	4 247 (84 %)	542 (11 %)	261 (5 %)	5 050 (100 %)
Nombre de places (sans nuitée)	42 812 (55 %)	14 316 (19 %)	20 169 (26 %)	77 297 (100 %)

Sources : Drees (2020b) ; <https://bit.ly/3ojX8yc>.

14. M. Damgé, « Coronavirus : Pourquoi les établissements de soins privés sont restés en deuxième ligne », *Le Monde*, 10 avril 2020, <https://bit.ly/2TjpXge>.

FRANCE

leur ARS et d'acteurs politiques locaux, voire à leur initiative. Leur place évoluera cependant avec le déconfinement à partir duquel l'État et l'assurance maladie leur attribuent la mission stratégique de contribuer à l'identification des chaînes de contamination.

Intensification du travail soignant et augmentation provisoire des effectifs

L'accroissement des capacités hospitalières d'accueil se double d'une intensification du travail soignant, observée avant l'épidémie et que celle-ci accentue. Cette intensification se manifeste dans des rythmes de travail soumis à des « contraintes industrielles » (normes de production, délais brefs à respecter, etc.) de plus en plus fortes au cours des années 2000, dont rend compte l'enquête « conditions de travail » du ministère du Travail (Benallah, Domin, 2017). L'affirmation de ces contraintes est à relier aux transformations organisationnelles et financières affectant le système hospitalier à la même période, qui cherchent à augmenter la productivité des établissements par l'introduction d'outils de gestion et la standardisation de l'acte de soin et qui, ce faisant, contribuent à une « industrialisation » du travail soignant et à une dégradation de ses conditions d'exercice (Gheorghiu, Moatty, 2013). Celle-ci est aggravée par la politique de maîtrise des dépenses publiques de santé qui s'approfondit après la grande récession de 2008-2009 et porte en premier lieu sur l'emploi et les revenus du travail du secteur hospitalier public (Math, 2017). Si l'emploi hospitalier ne cesse de croître, cette évolution se réalise à un rythme plus faible que dans les années 2000 et inférieur à celle de l'activité des établissements, augmentant ainsi la charge de travail des personnels (Juven *et al.*, 2019:10-12). C'est en réaction à cette situation que

des mobilisations contestataires apparaissent dans les hôpitaux avant l'épidémie de Covid-19. D'abord sporadiques, elles s'élargissent et se structurent autour de collectifs qui se forment en 2019 (collectifs inter-urgences et inter-blocs des personnels paramédicaux, collectif inter-hôpitaux à l'initiative de médecins) et dont l'action culmine le 14 novembre 2019 avec l'organisation d'une manifestation nationale d'ampleur.

Alors que les professionnels mobilisés revendiquent des revalorisations de salaires, estimés parmi les plus bas au sein de l'Union européenne pour certaines catégories paramédicales, et des recrutements de personnels en réponse au surcroît de travail dans les hôpitaux, celui-ci prend une nouvelle dimension avec l'épidémie de Covid-19 à laquelle les autorités étatiques apportent trois types de réponse. La première consiste à allonger provisoirement le temps de travail des personnels de la fonction publique hospitalière grâce au déplaçonnement des heures supplémentaires (décision du 5 mars) ou encore à la possibilité, déjà prévue dans les textes en cas de circonstances exceptionnelles, de refuser une demande de congé. La deuxième correspond à des opérations de réaffectation des personnels dans les établissements, comme le prévoit le dispositif du plan blanc, mais aussi sur le territoire selon des modalités plus ou moins coercitives : mise en place de plateformes par le ministère de la Santé et les ARS dans le but de mettre en relation aux niveaux national ou régional les établissements de santé en attente de renfort et des professionnels hospitaliers volontaires mis à disposition par leur établissement ; réquisitions préfectorales de professionnels de santé (décret du 26 mars) qui s'avèrent cependant limitées (Mission d'information sur l'impact,

la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19, 2020:85-90). Troisièmement, les autorités cherchent à accroître le volume global des effectifs hospitaliers par l'intégration de plusieurs catégories de professionnels (professionnels libéraux, étudiants en médecine, médecins retraités, professionnels étrangers). En plus des plateformes déjà mentionnées, d'autres mesures concourent à cet objectif comme l'activation dès le 24 janvier de la « réserve sanitaire », dispositif créé en 2007 pour des interventions en renfort en cas de situation sanitaire exceptionnelle, et comme l'assouplissement des conditions d'exercice pour les médecins étrangers non européens (décret du 31 mars et communication du ministère de la Santé du 8 avril).

En contrepartie de l'engagement des professionnels de santé dans la lutte contre le Covid-19, plusieurs mesures sont prises qui portent spécifiquement sur leurs rémunérations. Tout d'abord, certaines ont pour objectif de sécuriser les revenus professionnels que le confinement et le redéploiement des services de santé ont pu affecter. Sous la pression de plusieurs syndicats médicaux, les médecins libéraux obtiennent une aide forfaitaire de 2000 euros de leur caisse de retraite et une indemnité variable pour compenser leurs pertes d'activité, tandis que le Covid-19 est automatiquement reconnu pour les professionnels de santé salariés et libéraux comme maladie professionnelle ouvrant droit à indemnité en cas d'incapacité (décret du 14 septembre). D'autres mesures financières visent à rémunérer le surcroît de travail des soignants lié à la lutte contre le coronavirus comme la majoration de 30 euros appliquée aux consultations des patients testés positifs pour les médecins libéraux et intégralement remboursée par

l'assurance maladie, afin de valoriser leurs missions d'éducation à la prévention et d'identification des « cas contacts ». Enfin, ces interventions sur les revenus peuvent prendre la forme de gratification compensatoire à l'image des « primes Covid-19 » accordées aux professionnels de santé hospitaliers (décret du 14 mai). Préférée dans un premier temps à une réévaluation des salaires et déjà activée en réponse au mouvement soignant de l'automne 2019, le principe de la prime suscite des critiques de la part de plusieurs organisations professionnelles qui remettent en cause ses modalités d'attribution, à savoir la variabilité de son montant (de 500 à 1 500 euros en fonction de l'implication dans la gestion de l'épidémie) et le périmètre professionnel auquel elle s'applique. Par la suite, cette gratification est amplifiée par les accords du « Ségur de la santé » conclus le 13 juillet. Ceux-ci prévoient un engagement financier de l'État de plus de 8 milliards d'euros par an pour la revalorisation des salaires et indemnités, qui concerne principalement les personnels paramédicaux et techniques exerçant dans les établissements de santé et les Ehpad publics et privés non lucratifs, mais aussi les médecins des hôpitaux publics et étudiants en médecine.

**L'improvisation face aux pénuries :
rationnement, commandes mondiales
et mobilisation domestique**

Si les autorités parviennent à augmenter les capacités d'accueil des établissements de santé, ceux-ci se trouvent cependant dans une indigence matérielle lorsque l'épidémie frappe. Équipements de protection individuelle, appareils médicaux et produits pharmaceutiques viennent à manquer, révélant la faible autonomie d'action des autorités étatiques dans le secteur de l'industrie médicale.

Faible autonomie productive et impréparation politique

Plusieurs types de matériels médicaux et équipements de protection sont concernés par des tensions dans leur approvisionnement, dues en premier lieu aux fortes interdépendances internationales dans la production de ces biens. En effet, l'explosion de la demande mondiale et le ralentissement des échanges liés à la pandémie rendent leur acquisition incertaine, comme l'illustrent les masques de protection dont la demande française est évaluée à 40 millions par semaine pour les seuls soignants pendant l'épidémie. Ceux-ci sont fabriqués essentiellement en Chine, tandis que seules quatre entreprises produisent en France 3 millions de masques par semaine. De fait, l'attention médiatique se concentre sur l'insuffisance de ces équipements que documentent aussi des organisations professionnelles comme le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs (SNPHARe) à l'origine d'une enquête à ce sujet¹⁵. Ces interdépendances internationales se révèlent particulièrement aiguës dans la production des médicaments, qui est organisée en chaînes de valeur impliquant de plus en plus d'acteurs répartis mondialement. Cette fragmentation productive au niveau mondial est à l'origine de tensions matérielles déjà relevées par plusieurs rapports publics avant l'épidémie (Daudigny, Decool, 2018 ; Biot, 2020) et exacerbées par la crise sanitaire pour

certaines produits comme le midazolam, un hypnotique utilisé en réanimation. Ces rapports de dépendance à l'égard de l'étranger sont renforcés dans le cas français par les processus poussés de délocalisation qui participent à la désindustrialisation de l'économie nationale et à l'approfondissement des déficits commerciaux en biens manufacturés à partir des années 2000, en particulier dans le secteur des produits et équipements médicaux¹⁶. Cette situation concerne notamment les matériaux de dépistage (écouvillons, réactifs, machines) dont la production domestique est limitée et qui sont en grande partie importés, à l'inverse de l'Allemagne où plus de 350 000 tests auraient été effectués durant la dernière semaine de mars contre environ 110 000 en France selon les données du Robert Koch-Institut et de l'agence Santé publique France¹⁷.

L'affaiblissement des capacités nationales de production de matériels sanitaires est aussi le résultat d'une dérive de la politique de gestion du risque pandémique (Bergeron *et al.*, 2020). Construite au cours des années 2000 sous l'impulsion de l'OMS et en réponse à plusieurs menaces sanitaires, cette politique est progressivement remise en cause en France à la suite de l'épidémie de H1N1 en 2009 dont la gestion est jugée disproportionnée. Alors qu'un plan « pandémie grippale » est créé en 2004 et actualisé pour la dernière fois en 2011, celui-ci voit ses moyens réduits au cours des

15. SNPHARe, « Protection des soignants, contamination des soignants : où en est-on ? Résultats de l'étude Covid-Pro », communiqué de presse du 21 avril 2020, <https://bit.ly/35ms3S1>.

16. P. Aghion, E. Cohen, T. Gigout-Magiorani, « Coronavirus : pourquoi l'Allemagne dispose de tests et pas la France », *Les Échos*, 30 mars 2020 ; C. Serfati, « France. Les choix industriels amplifient la catastrophe sociale. Contribution au débat pour le "plus jamais ça" », *À l'encontre*, 1^{er} avril 2020, <https://bit.ly/31zF6OP>.

17. S. Horel, « Pourquoi la France ne dépiste pas davantage », *Le Monde*, 26 mars 2020 ; M. Lyan, « Manque d'industriels et marché peu attractif, les handicaps de la France pour dépister le coronavirus », *Industrie et Technologies*, 31 mars 2020, <https://bit.ly/3knBoz4>.

années 2010 et n'est finalement pas activé pendant la crise sanitaire. Les stocks de masques de l'État, prévus par le plan pandémique, passent ainsi de plus d'1 milliard à 120 millions environ entre 2009 et 2019, fragilisant alors la filière nationale de production largement dépendante des commandes publiques¹⁸. En outre, la gestion des réserves de masques et d'autres produits de santé est confiée à l'Établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (Eprus) créé en 2007, dont l'absorption par la nouvelle agence Santé publique France en 2016 semble avoir marginalisé les services. L'affaiblissement des capacités organisationnelles et matérielles de l'État en matière de préparation aux crises sanitaires s'inscrit dans une réorientation de la stratégie de préparation aux risques sanitaires au début des années 2010 qui procède à une redistribution des responsabilités dans la constitution et l'entretien des stocks de masques. Les équipements destinés aux professionnels hospitaliers sont désormais gérés par les établissements de santé eux-mêmes, lesquels sont soumis au même moment à d'importantes contraintes budgétaires rendant la réalisation de ces opérations locales difficile.

Rationner, commander et reconvertir

En réponse aux difficultés d'approvisionnement en matériels médicaux, les autorités publiques multiplient dans l'urgence les interventions sur les processus

de production et de distribution. C'est une logique d'encadrement, voire de rationnement qui structure dans un premier temps l'action de l'État. L'accès à certains produits de santé est encadré par plusieurs mesures relatives à leur prix et à leur répartition dans le but de corriger les effets d'une demande qui croît plus vite que l'offre. Les prix de vente sont rapidement plafonnés pour les gels hydroalcooliques (décret du 5 mars complété par un arrêté du 4 avril) et un peu plus tard pour les masques chirurgicaux (décret du 2 mai). La distribution des produits peut aussi être limitée en quantité comme le paracétamol, ou réservée à certaines catégories de la population comme les masques de protection (arrêté du 23 mars). Dans un premier temps, ceux-ci sont destinés prioritairement aux professionnels de santé et sont distribués de manière différenciée entre catégories de professionnels (personnels hospitaliers, médecins de ville, pharmaciens, etc.)¹⁹. Le rationnement dans l'accès aux équipements de protection est unanimement dénoncé par les organisations médicales et paramédicales dont certaines vont jusqu'à saisir les 21, 23 et 30 mars le Conseil d'État en référé pour demander aux autorités de prendre les mesures d'approvisionnement et de réquisition industrielle nécessaires à la protection des professionnels de santé les plus exposés²⁰. Ces différents référés sont toutefois rejetés au motif que l'État a pris les mesures nécessaires

18. A. Rouquet, « La tragédie industrielle et logistique des masques : récit en cinq actes », *The Conversation*, 5 mai 2020, <https://bit.ly/2HuSWL3>.

19. Ministère des Solidarités et de la Santé, « Communiqué de presse : modalités de mise à disposition des masques pour les professionnels dans les zones où le virus circule activement », 16 mars 2020, <https://bit.ly/35o340D>.

20. Les deux premières procédures sont initiées séparément par deux syndicats professionnels (le Syndicat des médecins d'Aix-en-Provence et région et le syndicat infirmier Infin'idels), tandis que la troisième est portée par une coalition associant des organisations professionnelles (Collectif inter-urgences, Collectif inter-hôpitaux, Coordination nationale infirmière) et des groupes de patients et d'usagers (Act Up-Paris, AIDES, Observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, Association de défense des libertés constitutionnelles).

à l'augmentation du volume de masques disponibles, comme la possibilité que se donne le gouvernement de réquisitionner la production de masques sur le territoire national ainsi que les stocks détenus par des personnes morales de droit public ou privé (décrets des 3 et 13 mars).

L'accroissement des volumes d'équipement passe aussi, dès la fin mars, par une politique de soutien aux importations publiques et privées, en provenance principalement de Chine. Plusieurs mesures, parfois prises depuis peu et susceptibles d'entraver les échanges, sont ainsi levées : les réquisitions à l'importation sont finalement limitées aux commandes supérieures à 5 millions de masques (décret du 20 mars), les masques sans marquage CE sont autorisés à l'importation sous réserve d'un contrôle de leur qualité (circulaire du 27 mars), etc. Cette politique d'approvisionnement mondial mobilise à la fois les entreprises, qui sont aidées dans leurs importations par une « cellule masques » au ministère de l'Économie et des Finances, et plus directement par l'État qui procède à des commandes d'envergure, par exemple avec l'achat de plus d'1 milliard de masques à la fin mars et de 20 machines à la firme chinoise MGI capables d'analyser plus de 2 000 tests par jour au début du mois d'avril. Afin d'acheminer ces livraisons, les autorités mettent en place jusqu'à la fin juin un pont aérien avec la Chine, supervisé par la filiale de la SNCF Geodis. Médiatisée par le gouvernement, la politique d'importation produit toutefois des effets qui sont mal anticipés par les autorités publiques et enrayerent le rééquipement en matériels médicaux. Elle

tend en particulier à mettre en concurrence les acteurs nationaux publics et privés dans l'accès à ces biens sur les marchés étrangers, ce qui crée des incertitudes sur la qualité et la quantité des produits livrés²¹. De plus, le défaut de qualité constaté sur certains produits amène les autorités chinoises à durcir leurs contrôles douaniers et à limiter le nombre d'entreprises autorisées à exporter au début du mois d'avril, perturbant les circuits mondiaux d'approvisionnement. Ces dynamiques, amplifiées par les concurrences entre États, entraînent d'importants retards de livraison et une hausse du coût des produits importés que relève notamment la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la gestion de l'épidémie (Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19, 2020:99-100).

Les incertitudes autour de la politique de commandes conduisent l'exécutif à défendre le recouvrement d'une « souveraineté nationale et européenne » en se donnant pour « priorité de produire davantage en France et en Europe » (Emmanuel Macron le 31 mars). L'augmentation des capacités nationales de production et la reconversion, en urgence, d'une partie de l'industrie nationale dans une « économie sanitaire » sont ainsi soutenues par les autorités publiques qui adoptent à cette fin une stratégie plus incitative que coercitive. Tout d'abord, les conditions de fabrication de certains produits sont assouplies comme les solutions hydroalcooliques que les pharmacies (arrêté du 6 mars) et les producteurs de cosmétiques

21. L. Folliot Lalliot, « La concurrence entre États sur l'achat de matériel médical et sanitaire aggrave le problème », *Le Monde*, 30 mars 2020 ; Cellule investigation de Radio France, « Inter-médiaires douteux, concurrence entre États : révélations sur le "Far-West" de l'équipement médical », *France inter*, 6 avril 2020, <https://bit.ly/2FR4nwp>.

Encadré

Un regroupement industriel pour produire en urgence des respirateurs sous l'égide de l'État

Dès la fin du mois de mars, le ministère de l'Économie soutient la formation d'un consortium autour d'Air Liquide, seul fabricant de respirateurs sur le territoire, en vue d'accroître ses capacités de production de 3 000 appareils sur l'année à 10 000 entre avril et la mi-mai. L'entreprise bénéficie du renfort matériel et technique d'un spécialiste des équipements électriques, Schneider Electric, et de deux groupes majeurs de l'industrie automobile, PSA et Valeo. Financés par une dotation publique exceptionnelle de 4 milliards d'euros pour l'achat d'équipements sanitaires, ces nouveaux appareils doivent équiper les lits en réanimation dont le nombre a provisoirement triplé. Ils correspondent toutefois pour plus des trois quarts à des ventilateurs de transport, choisis pour leur rapidité de fabrication, qui semblent inadaptés aux prises en charge en réanimation.

et de biocides (arrêté du 13 mars) sont autorisés à fabriquer. En plus de fournir un cadre favorable aux reconversions, les autorités publiques cherchent à organiser les initiatives d'acteurs industriels qui se mobilisent pour répondre aux besoins des établissements et professionnels de santé, notamment en matière de masques. Tandis que les commandes publiques stimulent les capacités productives des usines dédiées à ces équipements de protection – celles-ci passant de 3,5 à 20 millions de masques par semaine entre mars et fin mai (Mission d'information, 2020:25) –, le ministère de l'Économie et des Finances s'appuie dès la mi-mars sur le Comité stratégique de filière « Mode et luxe » pour coordonner les entreprises du textile converties dans la fabrication de masques. Animateur des reconversions productives, le ministère de l'Économie peut enfin être à l'initiative de celles-ci comme c'est le cas, non sans difficulté, pour la fabrication de respirateurs (voir encadré).

Conclusion

La crise sanitaire joue comme un révélateur des propriétés de l'État sanitaire français, qui ont largement façonné la gestion de l'épidémie de Covid-19 par les autorités publiques et ont pu nuire à son efficacité. Trois aspects ressortent de l'analyse, sur lesquels pourrait porter une discussion publique relative aux transformations du système de santé et de son gouvernement.

De l'activation du plan blanc début mars aux accords du « Ségur de la santé » en juillet, la gestion étatique de l'épidémie rappelle la centralité de l'hôpital dans le système de santé français que l'incantatoire virage ambulatoire n'a pas fondamentalement entamée. L'hôpital apparaît comme la principale organisation du secteur sanitaire sur laquelle les autorités publiques ont prise et peuvent agir. C'est d'ailleurs sur ce compartiment du système de santé que l'État exerce une contrainte budgétaire croissante depuis les années 1980, dont la crise sanitaire

FRANCE

actuelle montre les effets néfastes sur les capacités matérielles et humaines d'accueil. La place donnée aux hôpitaux dans la gestion de la crise exprime, en outre, une approche curative et biomédicale qui domine historiquement le système de santé français et qui est particulièrement visible au début de l'épidémie à travers l'attention portée à la distribution de soins aigus plutôt qu'aux actions de prévention et de dépistage.

Ainsi, les autorités étatiques ont mobilisé de manière secondaire les instruments et les organisations de la santé publique, du moins dans un premier temps, alors même que celle-ci s'est profondément transformée à partir des années 1990 pour s'orienter vers la prévention des risques sanitaires, de type pandémique notamment, et que ses moyens administratifs ont été considérablement renforcés. Mais c'est justement la multiplication de ces organisations de santé publique, conjuguée à la faible structuration des soins primaires, qui pourrait expliquer leur relative marginalisation au début de la crise sanitaire, en posant des problèmes de coordination que tant les fusions d'organisations, à l'image de l'agence Santé publique France, que les incitations à la coopération adressées aux professionnels libéraux ne parviennent à résoudre. Internes au champ de la santé publique, ces difficultés de coordination concernent aussi ses relations aux autres services sanitaires, notamment hospitaliers, que complique le persistant fonctionnement en silos du système de santé.

Ces problèmes de coordination n'ont été que partiellement résolus par les ARS qui, en dépit de leur rhétorique territoriale, s'inscrivent dans des lignes hiérarchiques de commandement visibles dans la gestion de la crise sanitaire. De fait, celle-ci est apparue centralisée à la fois dans la mise

en place du confinement, dans le pilotage du système hospitalier et dans la réponse aux pénuries matérielles, reproduisant la logique napoléonienne de l'État sanitaire français. La modulation des mesures en fonction des territoires, telle qu'elle s'affirme depuis le mois de mai, ne se départit d'ailleurs pas de ce schéma d'action verticalisé à l'origine de nombreux conflits entre élus locaux et autorités centrales. Celui-ci soulève un enjeu démocratique d'ouverture de la décision publique qui interroge le rôle des organisations syndicales, tenues à l'écart de la gestion de l'épidémie.

En dévoilant à quel point la santé publique, les institutions de soins et l'économie productive sont reliées, l'épidémie pourrait justement ouvrir la voie à une plus grande implication dans la définition des politiques de santé des acteurs syndicaux confédéraux qui ont l'avantage de la transversalité, c'est-à-dire de ne pas être enfermés dans la seule logique du secteur sanitaire. Cette implication reste à conquérir et appelle d'importants investissements intellectuels dans les enjeux de santé face à un État sanitaire qui, par la technicisation de ses interventions et le renforcement de ses capacités d'action, s'est largement autonomisé.

Achévé de rédiger le 30 octobre.

Sources :

Bajos N., Warszawski J., Pailhé A., Counil E., Jusot F., Spire A., Martin C., Meyer L., Sireyjol A., Franck J.-E., Lydié N. (2020), « Les inégalités sociales au temps du Covid-19 », *Questions de santé publique*, n° 40, IRESP, octobre, https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IReSP_QSP40.web_.pdf.

Benallah S., Domin J.-P. (2017), « Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital : quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? », *Travail et Emploi*, n° 152, p. 5-31, <https://doi.org/10.4000/travail.emploi.7755>.

- Benamouzig D., Besançon J. (2005), « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, vol. 47, n° 3, p. 301-322, <https://doi.org/10.4000/sdt.26600>.
- Bergeron H., Borraz O., Castel P., Dedieu F. (2020), *Covid-19 : une crise organisationnelle*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Biot J. (2020), *Rapport au Premier ministre. Mission stratégique pour réduire les pénuries de médicaments essentiels*, <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/274702.pdf>.
- Brandily P., Brébion C., Briole S., Khoury L. (2020), « A poorly understood disease? The unequal distribution of excess mortality due to COVID-19 across French municipalities », *Working Paper*, n° 2020-44, Paris School of Economics, juillet, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02895908/document>.
- Brun S., Simon P. (2020), « L'invisibilité des minorités dans les chiffres du coronavirus : le détour par la Seine-Saint-Denis », Dossier, « Inégalités ethno-raciales et pandémie de coronavirus », *De facto*, mai, p. 68-78, http://icmigrations.fr/wp-content/uploads/2020/05/De-Facto-19-Brun_Simon.pdf.
- Buton F., Pierru F. (2012), « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire », *Gouvernement et action publique*, n° 4, p. 67-90, <https://doi.org/10.3917/gap.124.0067>.
- Célant N., Stéphanie G., Rochereau T. (2017), « L'enquête santé européenne : enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 », *Les rapports de l'Irdes*, n° 566, septembre, <https://bit.ly/35nnAOX>.
- Daudigny Y., Decool J.-P. (2018), *Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins*, Sénat, n° 737, 27 septembre, <http://www.senat.fr/rap/r17-737/r17-7371.pdf>.
- Dodier N., Camus A. (1997), « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, vol. 52, n° 4, p. 733-763, <https://doi.org/10.3406/ahess.1997.279597>.
- Drees (2020a), *Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé*, Panoramas de la Drees, <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/276352.pdf>.
- Drees (2020b), *Les établissements de santé*, Panoramas de la Drees, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2020.pdf>.
- Dubost C.-L., Pollak C., Rey S. (2020), « Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 », *Les Dossiers de la Drees*, n° 62, juillet, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd62.pdf>.
- Gascard N., Kauffmann B., Labosse A. (2020), « 26 % de décès supplémentaires entre début mars et mi-avril 2020 : les communes denses sont les plus touchées », *Insee Focus*, n° 191, 11 mai, <https://bit.ly/37udy11>.
- Gheorghiu M.D., Moatty F. (2013), *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*, Rueil-Malmaison, Liaisons sociales/Centre d'études de l'emploi.
- Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.-X. (dir.) (2020), Dossier « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>.
- Juven P.-A., Pierru F., Vincent F. (2019), *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir.
- Math A. (2017), « Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe », *La Revue de l'IRES*, n° 91-92, p. 17-47, <https://bit.ly/2IWzBDu>.
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2020), *Préparation au risque épidémique Covid-19. Établissements de santé, médecine de ville, établissements médico-sociaux*, Guide méthodologique, 20 février, <https://bit.ly/37x96yw>.
- Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19 (2020), *Rapport d'information*, Assemblée nationale, n° 3053, <https://bit.ly/3jq2oN3>.
- Morel S. (2016), « La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé », *Agone*, n° 58, p. 73-88, <https://www.cairn.info/revue-agone-2016-1-page-73.htm>.
- Palier B. (2005), *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Puf.
- Paton C. (2020), « Insouciance and inexperience: A deadly combination when dealing with Covid-19 », *The International Journal of*

FRANCE

Health Planning and Management, vol. 35, n° 5, p. 983-987, <https://doi.org/10.1002/hpm.2991>.

Rosental P.-A. (2020), *Un balcon en forêt 2020 : essai comparatif sur l'épidémie de Covid*, Terra Nova, 6 mai 2020, <https://bit.ly/35AA3AI>.

Vassy C. (2001), « Categorisation and micro-rationing: Access to care in a French emer-

gency department », *Sociology of Health and Illness*, vol. 23, n° 5, p. 615-632, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01275608>.

Vigneron E. (2013), « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, n° 38, p. 41-53, <https://doi.org/10.3917/seve.038.0041>.

Irlande

Des fragilités du système de santé exacerbées par la crise sanitaire

Noélie DELAHAIE ¹

Avec 37,13 décès liés au Covid-19 pour 100 000 habitants en date du 28 septembre, la République d'Irlande se situe en 18^e position du classement mondial réalisé par l'Université Johns-Hopkins. Dans ce pays de 4,9 millions d'habitants, le premier cas de contamination est officiellement détecté le 29 février alors que l'Irlande se prépare depuis quelques semaines à affronter la pandémie. De fait, les autorités irlandaises craignent une certaine difficulté du Health of Service Executive (HSE), le système public de santé en charge de la gestion et de la délivrance des soins médicaux et hospitaliers, à absorber le choc de l'épidémie.

Depuis quelques années déjà, les hôpitaux publics se trouvent en effet dans une situation critique : leurs moyens et ressources ont été considérablement affaiblis par des plans d'austérité budgétaire mis en place dans les années 1980 puis durant la crise économique et financière de 2007-2008. La réduction des capacités hospitalières est également concomitante

aux vagues de privatisation initiées par les pouvoirs publics depuis le début des années 1990, avec pour résultat une forte intrication entre les secteurs privé et public tant en termes de financement que de fourniture de soins. En 2017, la part de l'assurance privée dans les dépenses de santé ² est désormais la plus élevée d'Europe après la Slovénie (12 %), tandis que la contribution des impôts et prélèvements, bien que majoritaire, est en-deçà de la moyenne européenne (73 % contre 77 %), de même que le reste à charge des ménages (12 % contre 16 %) (OECD, 2019). L'Irlande demeure également le seul pays d'Europe de l'Ouest sans couverture santé universelle, en particulier pour les soins primaires. Ainsi, plus de la moitié de la population dispose d'une assurance maladie privée individuelle, lui permettant un accès plus rapide aux soins, y compris dans les hôpitaux publics. Le pays fait enfin face à une carence importante en matière d'infrastructures de soins primaires, ce qui rend l'offre

1. Chercheure à l'IRES.

2. Les dépenses de santé (3406 euros par habitant) sont certes de l'ordre de 20 % supérieures à la moyenne européenne mais elles sont surtout imputables aux prix élevés des soins et des médicaments (OECD, 2019).

de soins très centrée sur l'hôpital. Conjugée à une insuffisance en lits d'hôpital, cette situation se traduit par des délais et des listes d'attente très importants, en particulier pour les patients relevant de l'assurance publique.

Compte tenu des faiblesses du système public de santé, le gouvernement met en place dès la fin du mois de janvier une cellule de crise, la National Public Health Emergency Team (NPHE, équipe nationale d'urgence en santé publique). Placée sous la responsabilité du ministère de la Santé, la NPHE joue un rôle majeur dans la gestion de la crise : elle coordonne les différents acteurs sanitaires et élabore un plan national d'action en suivant les recommandations d'un conseil d'experts indépendants mis en place à cet effet, le Coronavirus Expert Advisory Group (CEAG). La priorité de la NPHE est avant tout d'éviter un débordement des hôpitaux publics par des mesures de restriction sociale et économique tout en augmentant les capacités hospitalières, principalement par la mise à contribution des hôpitaux privés.

Maîtriser l'afflux de patients à l'hôpital

Face à une situation sanitaire déjà critique, la NPHE élabore au début du mois de mars, suivant les recommandations du CEAG et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un calendrier d'actions qui seront mises en œuvre au fur et à mesure que la pandémie prend de l'ampleur. Le gouvernement applique dans un premier temps une stratégie d'endiguement (« *containment phase* ») dans l'objectif de briser la chaîne de transmission et de prévenir la propagation du virus. La crainte de voir la situation s'aggraver comme en Italie fait rapidement passer le pays en phase de ralentissement (« *delay*

phase »), laquelle vise à freiner la transmission et à protéger les populations vulnérables par des mesures préventives et des soins adaptés. Les autorités décident finalement le confinement général de la population à partir de la troisième semaine de mars (« *mitigation phase* ») : il s'agit alors de diminuer l'impact de l'épidémie en fournissant les services essentiels avec l'accent mis sur la protection des plus vulnérables et la réduction de l'excès de mortalité. Comme ailleurs en Europe, les individus ne sont pas égaux face au risque d'infection : la maladie touche en premier lieu les personnes âgées, les habitants des grandes villes, les moins aisés financièrement, etc. Dans ce contexte, les autorités veillent à assurer un accès égalitaire et universel des citoyens aux soins primaires, de sorte que les médecins généralistes (*General Practitioners*) jouent un rôle majeur dans la gestion de la crise et la délivrance des premiers soins.

De l'endiguement de l'épidémie au confinement de la population

Fin février, les autorités irlandaises recommandent dans un premier temps à la population de faire preuve de vigilance et de respecter les gestes barrières et la distanciation physique. Le 7 mars, la NPHE publie un guide pour prévenir la diffusion de la maladie. Il est en parallèle demandé aux personnes ayant voyagé dans des zones à risques et présentant des symptômes de respecter un isolement de 14 jours et de contacter leur médecin généraliste en vue d'un test de dépistage. Le 9 mars, le gouvernement décide d'annuler la célèbre parade de la Saint Patrick (prévue le 17 mars) et annonce une série de mesures de soutien aux revenus des ménages (2,4 milliards d'euros) et des entreprises (200 millions d'euros) ainsi qu'une enveloppe de 435 millions

d'euros destinée à accroître les capacités du système de santé (équipements, traitements, traçage et tests). Le 12 mars 2020, l'Irlande entre dans une phase de « ralentissement de l'épidémie » : le gouvernement instaure pour une période initiale de deux semaines la fermeture des musées, des sites touristiques, des écoles, collèges, crèches et universités ainsi que l'annulation de tout évènement rassemblant 100 personnes ou plus en lieu clos (5 000 personnes en extérieur). Les employeurs sont encouragés à proposer du télétravail aux salariés. Le 15 mars est décrétée la fermeture des *pubs* et l'interdiction d'organiser des rassemblements privés chez soi. À partir du 24 mars, la fermeture de tous les restaurants, hôtels et commerces non essentiels est décidée. Une nouvelle mesure de soutien aux revenus des ménages, la « subvention salariale temporaire » (*temporary wage subsidy*) équivalant à 70 % du salaire net, ainsi qu'une allocation de chômage d'urgence sont introduites.

Sous la pression des maires des principales villes du pays (Dublin, Cork et Galway) particulièrement touchées par l'épidémie et au moment où survient le 22^e décès lié à la maladie, le gouvernement décide le confinement de la population le 27 mars pour une période initiale de 15 jours. Les citoyens sont ainsi appelés à rester chez eux ³ et les personnes âgées de plus de 70 ans ou présentant un état de santé fragile ont l'interdiction de quitter leur domicile. Le pic de l'épidémie est franchi mi-avril et les services de

soins intensifs dans les trois principaux hôpitaux de Dublin, qui concentre plus de la moitié des personnes contaminées par le nouveau coronavirus, arrivent à saturation. La prolongation du confinement est ordonnée jusqu'à ce que le nombre de personnes en soins intensifs baisse de 150 à 100 et que le taux de reproduction du virus baisse de plus d'1 à 0,6 ou 0,7 ⁴. Outre les mesures de restriction sociale et économique, les hôpitaux sont contraints d'annuler ou de reporter toute consultation ou opération chirurgicale non urgente. Les maisons de retraite, grandes oubliées de la gestion de la crise sanitaire, sont incitées à ne pas transférer leurs patients atteints du Covid-19 à l'hôpital. Comme ailleurs en Europe, c'est pourtant dans ces structures que les dégâts humains sont les plus lourds (voir annexe). Par ailleurs, les individus présentant des symptômes de la maladie sont sommés de s'auto-isoler, de contacter leur médecin généraliste et de ne pas se présenter à l'hôpital. Brick *et alii* (2020) estiment que l'ensemble des mesures mises en œuvre, qu'elles visent à restreindre la vie économique et sociale ou les consultations à l'hôpital, ont incontestablement contribué à éviter un engorgement des services d'urgence au niveau national : en mars 2020, 77 932 fréquentations des urgences sont enregistrées, soit une baisse de 32,5 % par rapport au mois de mars 2019.

Alors que le nombre d'hospitalisations et de nouvelles contaminations diminue,

3. Les sorties autorisées sont limitées aux déplacements entre le domicile et le travail pour les travailleurs des secteurs essentiels, à l'achat de denrées alimentaires, aux visites médicales et à l'achat de médicaments, à l'exercice physique individuel dans un rayon de 2 km autour du domicile, aux travaux agricoles ainsi qu'à l'aide aux personnes dépendantes ou vulnérables.

4. F. Kelly, J. Power, « The government will ease restrictions on trial basis when spread is curbed », *Irish Times*, April 13, 2020, <https://bit.ly/3jEJGTa>.

le gouvernement présente début mai les quatre étapes ⁵ du processus de déconfinement, lequel est amorcé le 18 mai. Pour la première fois, l'utilité du masque apparaît dans le débat public. Devenu obligatoire à partir du 10 juillet dans les transports publics et à partir du 10 août dans les commerces, le port du masque est dans un premier temps conseillé en cas de forte affluence. Si les trois premières étapes du déconfinement sont mises en œuvre suivant le calendrier initialement envisagé, la quatrième phase qui devait débiter le 19 juillet, puis le 20 août, est repoussée à deux reprises dans un contexte de recrudescence de l'épidémie : le taux de reproduction du virus dépasse à nouveau le seuil de 1 dès la mi-juillet avant d'atteindre 1,8 début août, avec pour conséquence des reconfinements dans trois comtés (Kildare, Laois et Offaly) qui concentrent plus de la moitié des infections. Fin septembre, de nouvelles restrictions sont en cours de discussion pour faire face à la hausse des cas de contamination dans la capitale du pays.

Des inégalités d'exposition au risque...

Durant les premières semaines de la crise sanitaire, peu de statistiques officielles permettent de mettre en évidence des inégalités d'exposition au risque d'infection, mises à part les données épidémiologiques communiquées quotidiennement depuis le 23 mars par le Health Protection Surveillance Center (HPSC, Centre de surveillance et de

protection de la santé). Dans son bulletin du 25 septembre ⁶, le HPSC (2020) annonce que l'épidémie a engendré au total 33 988 cas d'infection et 1 540 décès liés au Covid-19 ⁷. Les femmes apparaissent plus exposées au risque de contamination (55,25 % des cas confirmés) de même que le personnel soignant (près de 27 % des cas). Si l'âge médian des personnes malades est de 45 ans, le taux de létalité ⁸ augmente avec l'âge : il passe de moins de 2 % pour les moins de 64 ans à 11,12 % pour les 65-74 ans, 21,69 % pour les 75-84 ans, et enfin 27,22 % pour les plus de 85 ans. Comme ailleurs en Europe, c'est dans les grandes villes que se concentre la diffusion du virus : la capitale dubloise enregistre près de la moitié des cas de contamination (47,49 %) ; viennent ensuite les comtés de Kildare (7,41 %) et de Cork (5,58 %).

Depuis la mi-mai, les publications bimensuelles du Central Statistics Office (CSO, Institut national des statistiques) apportent des précisions sur les caractéristiques « typiques » des personnes contaminées et décédées après avoir contracté la maladie. Les dernières statistiques publiées fin septembre (CSO, 2020) suggèrent qu'il existe, depuis le début de la crise, une surreprésentation des femmes parmi les individus atteints du Covid-19 mais que celles-ci en décèdent moins souvent que les hommes. Comme ailleurs en Europe, toutes les classes d'âge, à l'exception des moins de 24 ans, sont exposées

5. Initialement, la NPHEt préconise 5 phases mais le gouvernement se démarque progressivement des conseils de santé publique (Thomas, Darker, Nolan *et al.*, 2020), sans doute pour répondre à une volonté d'accélérer la reprise d'activité. De même, d'autres préconisations telles que le respect obligatoire d'une quarantaine de 7 jours pour toute personne entrant en Irlande n'ont pas été adoptées par le gouvernement.

6. Dans un souci d'actualisation, les données les plus récentes sont mentionnées. Les tendances présentées ici diffèrent peu de celles qui prévalaient durant la « première vague » épidémique.

7. À ce chiffre s'ajoutent 99 cas « probables » et 158 cas « possibles » de décès dû à la maladie. Les bulletins quotidiens sont consultables sur le site du HPSC : <https://bit.ly/3jxNXaV>.

8. Le taux de létalité représente la part des décès liés au Covid-19 parmi les personnes contaminées.

au risque d'infection mais la mortalité liée au Covid-19 touche plus fréquemment les plus de 65 ans : parmi les personnes décédées, 28 % sont âgées de 65 à 79 ans et 65 % de plus de 80 ans alors qu'elles ne représentent respectivement que 10 % et 3 % de la population irlandaise. De même les habitants de grandes villes sont plus souvent affectés que ceux vivant en zone rurale : par exemple, les Dublinois représentent près de 50 % des cas de contamination et de décès alors qu'ils ne représentent que 28 % de la population totale. Contrairement à d'autres pays, le lien entre le risque d'exposition au virus et les caractéristiques socioéconomiques apparaît moins explicite. Si la part des malades parmi les individus vivant dans les circonscriptions où la population est moins aisée financièrement est plus importante, les données officielles ne font pas apparaître de phénomène de surreprésentation : autrement dit, les individus plus pauvres ne contractent pas plus fréquemment la maladie que les individus plus aisés. De fait, ce sont dans les circonscriptions où la part des ménages dépendant des minima sociaux ou des pensions de retraite publiques est faible que la population contaminée est surreprésentée. Si l'on considère les chiffres en évolution, le CSO (2020) met en évidence une évolution du profil des personnes contaminées. Plus précisément, les personnes vivant dans les circonscriptions où le revenu médian des ménages est inférieur ou égal à 30 000 euros par an représentaient 4 % des contaminations au début de la pandémie, mais cette part a atteint 7 % entre fin juillet et fin septembre 2020. Les données révèlent une montée des cas de contamination dans les zones où la part des ménages dépendant des minima sociaux est élevée : ils représentaient de 17 % à 19 % des cas entre début avril et fin juin, contre 27 % fin septembre.

Le métier apparaît enfin être un critère discriminant, en particulier en raison des caractéristiques des travailleurs qui les occupent. Ainsi, Walsh *et alii* (2020) suggèrent que la majorité des activités définies comme « essentielles » par le gouvernement durant la crise sanitaire exposent plus fortement les travailleurs au risque d'infection liée au Covid-19 : ces derniers sont susceptibles de développer des formes graves impliquant une hospitalisation, voire le décès. Ces travailleurs ont pour point commun de présenter au moins l'un des trois critères considérés comme facteurs de risque : ils souffrent de maladies chroniques les rendant vulnérables au virus, sont âgés de 50 ans ou plus ou encore vivent dans les zones les plus défavorisées. Leurs analyses montrent que 15,4 % des travailleurs effectuant des activités essentielles présentent des problèmes chroniques de santé, près de 28 % sont âgés de 50 ans ou plus et 17 % vivent dans les zones les plus défavorisées. Trois professions apparaissent particulièrement exposées dans la mesure où elles cumulent les trois dimensions à risque : les personnels soignants et aides à domicile, les transporteurs de voyageurs ainsi que les travailleurs du gardiennage et de la sécurité.

... mais une égalité d'accès aux soins primaires pour les patients atteints du Covid-19

Si les individus sont inégaux face à la maladie, les autorités sanitaires veillent à ce qu'ils soient égaux face aux soins. Ainsi, le HSE et l'Irish Medical Organisation (IMO), l'une des organisations professionnelles de médecins généralistes, signent mi-mars un accord prévoyant un accès universel aux consultations de médecine générale pour les malades atteints du Covid-19 pendant la crise sanitaire. Cet accord, qui attribue un rôle moteur aux

Encadré

Un système de santé à « deux vitesses »

L'accès aux soins primaires de santé publique s'opère de manière schématique selon deux catégories d'éligibilité. La population relevant de la « catégorie 1 » bénéficie des services liés à la « carte médicale » (Medical Card), laquelle permet un accès gratuit aux soins primaires et aux services hospitaliers du secteur public ainsi qu'un copaiement modeste dans le cas de la prescription de médicaments (2 euros par boîte dans la limite de 20 euros par mois). La deuxième catégorie concerne la population éligible à la « carte de consultation d'un médecin généraliste » (General Practitioners visit card) : celle-ci permet de consulter gratuitement un médecin généraliste mais ne couvre pas les frais d'hospitalisation ni les médicaments. La détention de l'une des deux cartes est ouverte à tout citoyen résidant habituellement en Irlande ¹ et dépend de plusieurs critères socioéconomiques. Plus précisément, le HSE définit différents seuils de ressources hebdomadaires pour les deux catégories de couverture en fonction de l'âge et de la configuration du ménage (tableau 1) : les seuils de revenus pour bénéficier de la catégorie 1 sont inférieurs à ceux de la catégorie 2 et sont croissants avec l'âge. Par ailleurs, certaines dépenses peuvent être prises en compte pour abaisser le seuil maximal de ressources, en particulier les dépenses liées aux enfants (de 38 euros par enfant de moins de 16 ans à 78 euros par enfant en cours d'études universitaires), les frais d'hébergement (loyer ou remboursement d'emprunt immobilier) et de transports, etc. Depuis 2015, toute personne de 70 ans ou plus ne répondant pas aux critères d'éligibilité de la catégorie 1 ainsi que les enfants de moins de 6 ans sont automatiquement éligibles à la catégorie 2.

Tableau 1. Seuil maximal de ressources hebdomadaires ouvrant droit à l'une des deux catégories de couverture publique de santé

En euros

	Medical Card (Catégorie 1)			General Practitioners visit card (Catégorie 2)	
	Moins de 66 ans	De 66 à 69 ans	Plus de 70 ans	Moins de 66 ans	Plus de 66 ans
Personne célibataire vivant seule	184	201,50	500	304	333
Personne célibataire vivant en famille	164	173,50	500	271	286
Personne vivant en couple ou parent isolé avec enfants	266,50	298	900	441	492

Source : <https://www.citizensinformation.ie/en/>.

En 2017, 32 % de la population irlandaise dispose de la carte médicale et 10 % de la carte de consultation d'un médecin généraliste (OECD, 2019) ². Depuis 2012, la part de la population éligible à la Medical Card tend à décroître dans un contexte de durcissement des conditions d'accès (*i.e.* augmentation des seuils de ressources) justifié par la reprise économique et la progression du revenu des ménages.



Le reste de la population (58 %) ne bénéficie d'aucune couverture et doit financer elle-même ses frais de santé. Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont encouragé les Irlandais à recourir à l'assurance privée au moyen de crédits d'impôts et autres incitations fiscales. En 2017, 45 % de la population souscrit à l'assurance individuelle privée, ce qui n'est pas sans exacerber les inégalités dans l'accès aux soins. Les patients relevant de l'assurance privée bénéficient en effet d'un accès prioritaire aux soins de médecine générale et hospitaliers aussi bien dans le secteur privé que public. Une étude récente démontre d'ailleurs que les assurés privés attendent respectivement deux fois et trois fois moins longtemps que les bénéficiaires de l'assurance santé publique pour des consultations externes à l'hôpital public et une hospitalisation (Whyte *et al.*, 2020).

Au final, le rôle croissant de l'assurance privée a permis l'instauration d'un « système de santé à deux vitesses » (Thomas, Barry, Johnston *et al.*, 2020), qui se manifeste par de longues listes d'attente dans les hôpitaux publics du fait d'un manque persistant d'infrastructures de soins primaires. Les délais d'attente pour bénéficier des soins sont historiquement très longs, de plus d'un an pour 23 % de la population ayant besoin de soins thérapeutiques et pour 40 % de celle nécessitant des traitements ophtalmologiques (HSE, 2018). Dans les hôpitaux, environ 14 % des adultes et 12 % des enfants attendent plus de 15 mois pour une opération chirurgicale non urgente. De même 28 % des individus doivent attendre plus d'un an pour bénéficier d'une première consultation externe à l'hôpital. En conséquence, le renoncement aux soins est important en Irlande, en particulier pour les individus les moins aisés : en 2017, 4,9 % des personnes percevant un bas revenu déclarent ne pas satisfaire leurs besoins de santé (3 % en moyenne européenne) contre 1 % de la population la plus aisée (OECD, 2019).

1. Est considéré comme résidente toute personne vivant en Irlande depuis au moins un an ou qui démontre l'intention d'y vivre pour la même période.

2. Seulement 20 % de la population âgée de 15 à 34 ans a accès à la carte médicale tandis que 75 % des plus de 70 ans sont concernés.

médecins généralistes dans le freinage de l'épidémie, est inédit : il n'existe pas de couverture universelle en matière de santé primaire en Irlande où les infrastructures dédiées aux soins primaires sont insuffisantes. Dans ce contexte, le rôle croissant joué par l'assurance individuelle privée a permis l'instauration d'un système de santé à « deux vitesses » (voir encadré).

L'accord vise essentiellement à lever l'obstacle financier dans l'accès aux soins. Il prévoit que les médecins soient remboursés directement par le HSE et

plafonne le tarif des consultations liées au Covid-19 à 30 euros (contre 40 à 65 euros habituellement), quelle que soit la couverture santé (privée ou publique) des patients. Il est en outre prévu que les médecins puissent traiter les patients identifiés lors de téléconsultations comme étant à risque d'infection dans des cliniques disposant de matériel respiratoire dédié. Le montant de ce type de consultation est plafonné à 75 euros. Enfin, le montant des consultations non liées au Covid-19 est plafonné à 25 euros pour les patients

détenteurs d'une carte médicale ou d'une carte de visite d'un médecin généraliste (voir encadré). Il semblerait que les médecins généralistes aient été en mesure de répondre à la demande croissante de consultations et aient rapidement mis en place un processus d'orientation des patients (Thomas, Darker, Nolan *et al.*, 2020). Lorsqu'ils sont orientés vers l'hôpital, les patients atteints de Covid-19 sont suivis sans frais depuis le 1^{er} avril.

Enfin, selon les informations officielles disponibles, il n'y a pas eu d'inégalités dans la prise en charge par les hôpitaux des patients atteints du Covid-19, même si le ministère de la Santé s'était préparé à cette éventualité en élaborant, début avril, un guide destiné à aider le personnel soignant à prendre des décisions difficiles au regard de « la priorisation des ressources en soins intensifs dans le contexte du Covid-19 »⁹. Ce guide encourage à prendre en considération les facteurs de fragilité et de comorbidité ainsi que les chances de survie comme déterminants de l'accès des patients aux soins intensifs¹⁰.

Les hôpitaux publics à l'épreuve de la pandémie

Au moment où survient la crise sanitaire, la situation des hôpitaux est critique

depuis de nombreuses années. Pour pallier les faiblesses structurelles du secteur public, les hôpitaux privés sont appelés à la rescousse.

Des lits en nombre insuffisant au début de la crise

Le secteur public inclut les hôpitaux financés et gérés par le HSE ainsi que les hôpitaux à but non lucratif (« *voluntary hospitals* »), financés également par le HSE mais placés sous la responsabilité d'organismes indépendants, souvent caritatifs. Depuis le début des années 1980, les ressources et moyens alloués aux hôpitaux publics ont été considérablement réduits du fait du poids grandissant pris par les acteurs privés (Thomas, Barry, Johnston *et al.*, 2020 ; Mercille, 2018). Mercille (2018) identifie plusieurs facteurs d'affaiblissement : la possibilité pour les médecins sous statut privé d'exercer à la fois dans les hôpitaux publics et privés, avec pour conséquence un accès prioritaire réservé aux patients disposant d'une assurance privée ; les exonérations de taxes et impôts allouées aux assurés privés ; les politiques de rigueur budgétaire mises en place dans les années 1980 et durant la crise de 2008¹¹ ; l'instauration entre 2002 et 2010 d'un programme d'incitations fiscales à destination des investisseurs dans les hôpitaux privés à but lucratif¹²

9. Department of Health, « Ethical considerations relating to critical care in the context of COVID-19 », 2020, <https://bit.ly/3l7X1nc>.

10. Des critères tels que l'âge ou le handicap ne doivent en revanche pas entrer en considération pour éviter toute discrimination. Le personnel soignant est invité à utiliser le score « d'évaluation de la défaillance organique séquentielle » (Sequential Organ Failure Assessment score). Ce système de *scoring* permet de déterminer le taux de défaillance d'une personne sur la base de six indicateurs liés au fonctionnement des systèmes respiratoire, cardiovasculaire, hépatique, de coagulation, rénal et neurologique. Autrement dit, la probabilité pour un patient d'être pris en charge augmente avec les chances de survie.

11. Entre 1980 et 1989, les dépenses publiques de santé ont diminué de 7,5 %, dont une baisse de 9,5 % des montants alloués à l'hôpital. Entre 2008 et 2014, la rigueur budgétaire s'est accompagnée d'une diminution de 10 % des dépenses de santé et de 27,8 % des dépenses hospitalières.

12. Pour 100 millions d'euros engagés dans la construction d'un hôpital, les investisseurs bénéficient de 44 millions d'euros d'allègements fiscaux.

(« *Private for-profit hospitals* ») ; et enfin la création d'un fond national d'achat de soins (National Treatment Purchase Fund, NTPF) à travers lequel le gouvernement rémunère les hôpitaux privés qui prennent en charge les patients inscrits sur les listes d'attente de l'hôpital public. L'une des spécificités du système réside ainsi dans l'intrication forte entre les secteurs privé et public : le HSE est à la fois acheteur et fournisseur de soins et dans de nombreux cas, il achète des soins à des médecins généralistes relevant du secteur privé ou aux hôpitaux privés.

Conjuguées à l'absence de couverture universelle et à l'insuffisance de structures en matière de soins primaires (encadré 1), les évolutions à l'œuvre depuis quatre décennies se répercutent de manière mécanique sur les capacités des hôpitaux publics. De fait, en comparaison européenne, le nombre de lits par habitant est l'un des plus faibles en Irlande (2,9 lits pour 1 000 habitants contre 5,1 en moyenne dans les pays européens). Il en résulte un taux d'occupation des lits parmi les plus hauts d'Europe (95 %), soit 20 points de plus que la moyenne européenne et des délais d'attente très élevés (OECD, 2019). Dans son analyse, Mercille (2020) souligne d'ailleurs que le nombre de lits a globalement baissé depuis les années 1980, signalant que l'expansion du secteur privé n'a pas permis de combler le recul du secteur public : entre 1980 et 2015, le nombre de lits y a baissé de près de 31 % (de 15 111 à 10 473) tandis qu'il a progressé de 26 % (de 1 518 à 1 910 lits) dans le secteur privé.

Récemment, le constat, partagé par l'ensemble des partis politiques, d'une inadéquation du système de santé, et *a fortiori* du secteur public, à la demande croissante de soins dans un contexte de vieillissement de la population a abouti à la nécessité d'une réforme profonde. À la suite de la publication d'un rapport parlementaire, le Sláintecare Report (Houses of the Oireachtas, 2017), une réforme de grande ampleur est lancée en 2018, dont l'achèvement est prévu à l'horizon 2028. Parmi les actions préconisées, l'accent est mis sur le renforcement des soins primaires, la séparation des systèmes public et privé de santé ainsi que l'apport de 2 600 lits supplémentaires¹³ en 10 ans. Néanmoins, lorsque la crise sanitaire éclate, la réforme n'a pas eu le temps de produire ses effets.

Les hôpitaux privés à la rescousse

Au début de la crise, le HSE dispose de 12 250 lits (dont 250 en soins intensifs) avec un taux d'occupation proche de 100 %. 650 lits ont pu être libérés par l'annulation et le report d'opérations non urgentes¹⁴ mais le manque de places demeure trop important. Plusieurs mesures sont alors mises en œuvre. Le HSE demande dès le 24 mars à l'association des hôpitaux privés (Private Hospital Association) de mettre à disposition ses infrastructures. Conclu le 30 mars pour une durée de trois mois, l'accord prévoit que les 18 hôpitaux privés du pays fonctionnent « suivant les règles du secteur public », de sorte que les patients du secteur public et du secteur privé soient traités de manière identique. Il permet l'apport supplémentaire de 2 500 lits, de

13. Une récente estimation montre que la réforme, bien qu'ambitieuse, ne suffira pas à faire face à la demande de soins. Keegan *et al.* (2019) estiment que les capacités en lits devraient être accrues de 4 000 à 6 300 unités, dont 3 200 à 5 600 lits pour l'hôpital public.

14. HSE media release, June 2, 2020, « Covid-19 Committee Meeting Tuesday 2 June 2020 », <https://bit.ly/3d2ZNav>.

1 000 chambres individuelles dédiées à l'isolement de patients, de 194 respirateurs, de neuf laboratoires d'analyses et de 8 000 soignants, dont 600 médecins seniors (« *consultants* »). Les conditions financières de l'accord, non mentionnées dans l'accord initial, ont fait l'objet de nombreux débats entre les acteurs. Ce n'est que courant avril que les coûts sont divulgués par la presse ou lors de débats parlementaires : mi-avril, le quotidien *Irish Times* rapporte que le coût dû à la contribution des hôpitaux privés s'élève à 115 millions d'euros par mois (hors rémunération des soignants). La facture sera finalement revue à la baisse pour atteindre 300 millions d'euros entre début avril et fin juin. Ce sont les conditions de rémunération des médecins qui constituent le point de blocage le plus important. Initialement, le HSE propose que les médecins relevant du privé se voient offrir un contrat de trois mois, par lequel ces derniers s'engagent à réserver la fourniture de soins aux patients du public seulement pour un salaire compris entre 141 000 et 195 000 euros par an (contrat catégorie A). Cette proposition est vécue comme injuste dans la mesure où de nombreux médecins exerçant habituellement en hôpital public sont souvent sous contrats plus avantageux financièrement (connus sous les termes de catégories B et C), leur permettant de traiter des patients relevant du privé. Sans remettre en cause l'accord initial, l'organisation représentant les médecins hospitaliers (Irish Hospital Consultants' Association, IHCA) exhorte ses membres à ne pas signer les contrats proposés par le HSE. Fin mai, seulement la moitié des

médecins auraient accepté le contrat proposé par le HSE. Au final, si l'approche de l'État en matière de santé publique face à l'urgence sanitaire fait l'objet d'un consensus parmi les acteurs et la population, les avis divergent sur les conditions financières de l'opération et ce, d'autant plus que les hôpitaux privés auraient fonctionné à hauteur de 33 % de leurs capacités.

Outre l'apport du secteur privé, le gouvernement réquisitionne début avril 1 100 lits en chambre d'isolement et 450 lits d'urgence dans de nouvelles constructions à l'ouest de Dublin. Dans le même temps, le gouvernement prévoit la construction d'une quarantaine d'hôpitaux de campagne dont un seul aurait vu le jour début juin selon les informations disponibles. D'une capacité de 68 lits, l'hôpital de campagne de Limerick a été construit par des militaires en 15 jours pour prendre en charge les patients non atteints du virus et ceux qui pourraient s'être rétablis après contamination. L'objectif recherché est de soutenir les hôpitaux de la région¹⁵ qui s'attendent à une deuxième vague de contamination. Ces différentes opérations permettent d'obtenir près de 6 000 lits d'hôpital et plus de 250 lits en soins intensifs supplémentaires.

En termes de personnel, face à la crainte d'une vague sans précédent de contamination du personnel soignant¹⁶, le gouvernement lance dès le 17 mars une campagne de recrutement « *Be on call in Ireland* » ouverte à toute personne souhaitant contribuer à la lutte contre l'épidémie. Début avril, cet appel attire 70 000 candidatures, dont 12 000 répondant aux qualifications exigées sont

15. En particulier l'hôpital universitaire de Limerick qui, avant la pandémie, était le plus surpeuplé du pays.

16. Le 4 avril, 27 % des cas de contamination concerne le personnel infirmier. Fin juin, le principal syndicat infirmier, Irish Nurses and Midwives Organisation (INMO), annonce que 66 % du personnel aurait été contaminé.

retenues par le HSE. Début mai, le HSE annonce 2 000 recrutements, dont 57 % seulement sont effectifs¹⁷. Par ailleurs, l'ensemble des étudiants en école d'infirmière et d'infirmier sont recrutés en tant qu'assistants. Si le travail des personnels soignants a été rendu particulièrement éprouvant durant la crise sanitaire, peu de contestations ont vu le jour, si ce n'est contre la promesse du HSE, non respectée six semaines après la fermeture des écoles, de leur verser une allocation de garde d'enfants. Dans ce contexte, de nombreux personnels ont été contraints de prendre des congés payés ou de déclarer un arrêt maladie pour s'occuper de leurs enfants. Fin avril, le HSE annonce finalement le versement d'une allocation aux conjoints et conjointes des personnels de la fonction hospitalière, une mesure jugée « au mieux partielle » par l'un des principaux syndicats du secteur, Forsa, et injuste par le principal syndicat infirmier, Irish Nurses and Midwives Organisation (INMO), puisqu'elle ne prend pas en considération le cas des familles monoparentales.

Une pénurie généralisée de tests et d'équipements

En Irlande, si les pénuries ont particulièrement affecté la politique de dépistage, des tensions sont également apparues dans la fourniture de matériel médical et d'équipements de protection personnelle.

Une politique de dépistage difficile à mettre en œuvre

Au début du mois de mars, le test de dépistage est réservé aux individus

présentant des symptômes et ayant voyagé dans une zone à risques ainsi que les personnes ayant été en contact avec une personne infectée. Ces restrictions sont sans aucun doute imputables au manque de structures disposant des compétences pour analyser les résultats du test de détection du Covid-19 : l'ensemble des tests sont en effet pratiqués et analysés par un seul laboratoire, The National Virus Reference Laboratory (NVRL) de l'University College Dublin. Pour faire face à la demande croissante, les autorités sanitaires décident d'investir massivement pour accroître les capacités de dépistage dans l'objectif de réaliser 15 000 tests par jour. Fin mars, pas moins de sept *drive-tests* sont installés dans des parcs à travers le pays et 47 nouveaux centres de dépistage sont créés dans des structures de soins, gymnases et aéroports fermés. Les autorités font également appel à la marine nationale qui met cinq navires à disposition jusqu'à la mi-mai (trois à Dublin, un à Cork et un autre à Galway). Par ailleurs, le HSE charge 27 laboratoires hospitaliers ainsi que deux autres structures relevant du ministère de la Santé et du ministère de l'Agriculture d'aider le NVRL à analyser les résultats des tests.

Néanmoins, les autorités sanitaires font rapidement face à des pénuries de tests de dépistage et de réactifs de laboratoire dans un contexte de rationnement généralisé pratiqué par les fournisseurs internationaux. Début avril, seuls 1 500 tests sont réalisés chaque jour, soit 10 fois moins que l'objectif initial et 40 000 personnes sont en attente de dépistage. Les délais d'attente

17. Ce faible nombre de recrutements doit être mis en relation avec le fait que l'Irlande souffre d'un manque de médecins, dont le nombre s'élève à 3,1 pour 1 000 habitants (contre 3,6 en moyenne européenne). Le nombre de personnel infirmier est en revanche plus élevé que la moyenne : 12,2 infirmières et infirmiers contre 8,5 en moyenne européenne (OECD, 2019).

et d'obtention des résultats demeurent très longs (7 à 10 jours) et de nombreux centres sont contraints de fermer temporairement, faute de matériel. En conséquence, les tests sont réservés aux cas les plus vulnérables ou présentant au moins deux symptômes d'infection au Covid-19 ainsi qu'au personnel soignant. Courant avril, le HSE renforce ses capacités en signant un contrat avec une entreprise allemande, laquelle est en mesure d'effectuer 2000 tests par jour. Avec la progression du nombre de cas, le gouvernement annonce le 26 avril un nouvel objectif de 100000 tests par semaine et promet l'accès au test de dépistage à toute personne présentant au moins un symptôme d'infection. Officiellement, il est avancé que les délais d'attente sont réduits (1 à 3 jours) mais de nombreux médias rapportent des problèmes encore persistants fin juin.

En dépit des pénuries, il semblerait que les capacités de dépistage se soient améliorées à partir d'avril. Selon les résultats de L'Estrange (2020) établis sur la base des données du Worldometer Coronavirus, le nombre de tests pour 1 million d'habitants a progressé de 6,1 à 31,1 au mois d'avril, classant l'Irlande au 14^e rang européen (contre le 24^e rang début avril). Au 21 septembre, l'Irlande a pratiqué plus d'1 million de tests depuis le début de la crise, avec un taux de résultats positifs de l'ordre de 2,28 % sur les sept derniers jours (contre 20 % début avril).

Des tensions sur la fourniture de matériel médical et surtout d'équipements de protection personnelle

Historiquement, les unités de soins intensifs sont peu nombreuses en Irlande : au début de la crise, le pays ne dispose

que d'environ 6 lits pour 100000 habitants contre 11,5 en moyenne européenne¹⁸. Le HSE, qui dispose alors de 250 lits de soins intensifs, annonce début mars l'acquisition de 145 lits supplémentaires (hors apport du privé). Cet objectif ne semble pas avoir été atteint puisque seuls 28 lits ont été livrés le 19 avril, à un moment où l'épidémie a déjà atteint son pic. S'agissant des respirateurs et autres matériels médicaux, la presse irlandaise n'a pas relevé de problèmes majeurs. Dès le mois d'avril, le HSE, qui dispose alors de 500 respirateurs artificiels et de plus de 900 machines d'assistance respiratoire, annonce un investissement massif visant l'acquisition de 1500 respirateurs artificiels. Début juin, 2200 respirateurs artificiels sont mis à disposition des hôpitaux. Il convient de rappeler que ces tensions surviennent alors que de nombreux groupes pharmaceutiques et de matériel médical ont choisi de s'implanter en Irlande pour des raisons d'optimisation fiscale (Coron, Sauviat, dans ce numéro).

La pénurie est particulièrement marquée en ce qui concerne les équipements de protection personnelle (EPP). Habituellement, le pays dispose d'un stock de 500000 masques, de 200000 lunettes de protection, de 100000 blouses et de 4 millions de gants. Avec la crise, les besoins sont considérablement revus à la hausse : le HSE doit acquérir 36 millions de masques, 24 millions de lunettes de protection et de blouses ainsi que 56 millions de gants. Le HSE a certes commandé pour 30 millions d'euros d'EPP début février mais les stocks sont vite épuisés. Durant le mois de mars, le personnel soignant est donc contraint de réduire l'utilisation d'EPP en n'y recourant qu'en cas inévitable d'exposition aux risques ou en

18. G. Curley, « Intensive care units cannot cope with another wave of COVID-19 », *The Irish Times*, September 8, 2020, <https://bit.ly/210rJAn>.

prolongeant la durée d'utilisation au-delà des recommandations du fabricant. Ce n'est que fin mars que les premières commandes en provenance de Chine sont enfin livrées en Irlande. Si, dans un premier temps, des problèmes de rationnement persistent, du fait d'un contrôle strict par le HSE de la répartition des stocks, il semble que les autorités soient parvenues à faire face à la pénurie. Depuis le début de la crise, 60 millions d'euros auraient été investis dans les EPP et le HSE prévoit une dépense de l'ordre de 240 millions d'euros pour l'année 2020.

Conclusion

La crise sanitaire démontre avec acuité que le système public de santé existant demeure insuffisant pour répondre à une situation d'urgence de grande envergure : capacité insuffisante en lits d'hôpital et de soins intensifs, coexistence de deux systèmes de santé, l'un public et l'autre privé, avec pour résultat des délais d'attente parmi les plus longs d'Europe et des inégalités dans l'accès aux soins. Conscient des faiblesses structurelles du HSE, le gouvernement a investi 1 milliard d'euros pour mettre en place, le temps de la crise, un service national hospitalier unique, sans distinction entre les secteurs privé et public. La mobilisation temporaire des hôpitaux privés, qui a permis de renforcer les capacités du secteur public et de soigner les patients de manière équitable, a sans conteste permis au pays de faire face à la « première vague » épidémique.

En exacerbant les fragilités de l'État sanitaire, la crise liée à la pandémie de Covid-19 pose de sérieux enjeux et défis pour l'avenir du système public de santé. Les listes d'attente qui étaient déjà parmi les plus longues d'Europe ont été considérablement allongées par le report

des soins non urgents : fin septembre, plus de 612 000 personnes sont en attente d'une première consultation à l'hôpital, soit une progression de 15 % depuis le début de l'année. Dans ce contexte, des initiatives émergent, à l'instar de la campagne pour un service de santé national et unique en République d'Irlande et en Irlande du Nord (Campaign for « An All-Ireland National Health »), soutenue par le parti socialiste People Before Profit. L'un des axes de revendication porte sur la nécessité de nationaliser le système privé de santé, de développer les infrastructures de soins primaires et d'en universaliser l'accès.

Achevé de rédiger le 29 septembre.

Sources :

Brick A., Walsh B., Keegan C., Lyons S. (2020), « COVID-19 and emergency department attendances in Irish public hospitals », *ESRI Special Article*, Economic and Social Research Institute, Dublin, https://doi.org/10.26504/qec-2020may_SA_lyons.

CSO (2020), « COVID-19 deaths and cases from 28 February to 18 September 2020 », *Series 12*, Central Statistics Office, September 25, <https://bit.ly/3ldvQY7>.

Houses of the Oireachtas (2017), *Committee on the Future of Healthcare*, Sláintecare Report, Dublin, May, <https://bit.ly/3cZgDHc>.

HPSC (2020), *Epidemiology of COVID-19 in Ireland*, Report prepared by HPSC on 25/09/2020 for National Public Health Emergency Team, <https://bit.ly/2GW0yX7>.

HSE (2018), *Annual Report and Financial Statements 2017*, Health Service Executive, Dublin, <https://bit.ly/3iyuXaS>.

Keegan C., Brick A., Walsh B., Bergin A., Eighan J., Wren M. (2019), « How many beds? Capacity implications of hospital care demand projections in the Irish hospital system, 2015-2030 », *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 34, n° 1, p. 569-582, <https://doi.org/10.1002/hpm.2673>.

L'Estrange S. (2020), « COVID-19 testing practices: Why they matter. And why they don't »,

IRLANDE

Paper of University College Dublin, April 30, <https://www.ucd.ie/sociology/t4media/Testing%20Matters.pdf>.

Mercille J. (2017), « Neoliberalism and health care: The case of the Irish nursing home sector », *Critical Public Health*, vol. 28, n° 5, p. 546-559, <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1371277>.

Mercille J. (2018), « Privatization in the Irish hospital sector since 1980 », *Journal of Public Health*, vol. 40, n° 4, p. 863-870, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy027>.

OECD (2019), « Ireland: Country health profile 2019 », *State of Health in the EU*, Paris/Brussels, OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies, <https://doi.org/10.1787/2393fd0a-en>.

Thomas S., Barry S., Johnston B., Siersbaek R., Burke S. (2020), « Embracing and disentangling from private finance: The Irish system », in Flood C.M., Thomas B. (eds.), *Is Two-Tier*

Health Care the Future?, Ottawa, University of Ottawa Press, p. 291-314, <https://doi.org/10.2307/j.ctv5vdctx.16>.

Thomas S., Darker C., Nolan A., Barry S., Kelleher K., Burke S. (2020), « Ireland's response to the Coronavirus pandemic », *HEPL Blog Series*, <https://bit.ly/3nlAOUu>.

Walsh B., Redmond P., Roantree B. (2020), « Differences in risk of severe outcomes from COVID-19 across occupations in Ireland », *ESRI Survey and Statistical Report Series*, n° 93, <https://doi.org/10.26504/sustat93>.

Whyte R., Connolly S., Wren M.-A. (2020), « Insurance status and waiting times for hospital-based services in Ireland », *Health Policy*, July 11, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.07.001>

Autres sources : Plateforme WHO/European Commission sur les réponses sanitaires à la crise, *The Irish Times*.

Annexe

Les maisons de retraite : une prise de conscience tardive ?

Fin juin, les maisons de retraite enregistrent près de 62 % des décès liés à la maladie ¹. Contre l'avis du HSE qui considérerait encore le 10 mars que les restrictions sociales nuiraient « au bien-être social des résidents », les établissements ordonnent l'interdiction des visites dès le début de la crise sanitaire.

Dans une note d'orientation du 25 mars, le HSE exclut dans un premier temps les maisons de retraite de son plan d'action en leur demandant de traiter les patients infectés par le Covid-19 dans leurs propres structures et de ne les transférer vers des hôpitaux que dans des cas où cela « conférerait un avantage supplémentaire ». Ce n'est que début avril que l'ampleur de l'épidémie est révélée au moment où le nombre de foyers d'infection ² passe de 9 à 50 durant la dernière semaine de mars. Le gouvernement annonce alors une série de mesures pour aider les maisons de retraite à faire face à l'épidémie : un soutien financier pour l'achat de matériel de protection (jusqu'à

72 millions d'euros), le contrôle de la température du personnel deux fois par jour, et la priorité aux résidents et aux personnels pour les tests de dépistage. Mi-avril, face aux problèmes d'absentéisme des personnels (contaminés ou sans mode de garde des enfants), le HSE propose le redéploiement de son personnel, sur une base volontaire, dans les maisons de retraite privées. Ce nouvel accord précise toutefois que ce déploiement doit être « un dernier recours absolu après avoir épuisé toutes les autres options pour trouver du personnel », de sorte que le secteur public ne soit pas lésé. Néanmoins, selon les informations disponibles et de l'aveu même des autorités publiques, peu de personnel a effectivement été déployé dans les maisons de retraite. La prise de conscience tardive de la situation de ces établissements doit avant tout être lue au regard des vagues de privatisation qu'a connues le secteur depuis plusieurs décennies, avec pour conséquence un affaiblissement de ses moyens et un désengagement de l'État (Mericille, 2017).

1. Aujourd'hui, il existe 440 maisons de retraite privées et 120 établissements gérés par le HSE, avec environ 30 000 résidents.

2. Un foyer est constitué de deux ou plusieurs cas positifs.

Italie

Après le choc initial, des ressources renouvelées pour le système sanitaire, en attendant une réforme plus ambitieuse ?

Mara TOGNETTI-BORDOGNA, Battista Roberto POLILLO et Jean-Olivier MALLET¹

L'Italie dispose d'un système de soins, majoritairement public et universaliste, qui a été l'objet depuis au moins une décennie d'une érosion progressive de sa capacité à protéger la santé d'une population vieillissante et soumise aux pathologies chroniques. Les pouvoirs publics en Italie, premier pays européen touché par la pandémie de Covid-19, ont cherché à y faire face avec rapidité et détermination, comme en témoigne la décision rapide d'isolements collectifs (« zones rouges »), puis de confinement généralisé. Mais les tensions entre l'État central, responsable en situation d'urgence, et les Régions, responsables des systèmes de soins, ainsi que l'affaiblissement d'une culture de « soins primaires » territoriaux et de santé publique, ont entravé les réponses à l'épidémie. Néanmoins, après une période de sidération, les autorités sont parvenues à maîtriser la contagion et à éviter une expansion incontrôlée du virus, non sans conséquences irréversibles du point de vue du nombre de

décès qui lui sont liés (plus de 35 000 à la mi-septembre).

Nous décrivons d'abord l'histoire récente de l'organisation des soins et de leur financement en rappelant brièvement l'origine du système de santé italien et ses principales réformes et en soulignant la diversité des modèles régionaux. Nous analysons ensuite l'impact de l'épidémie et les réactions publiques qu'elle a suscitées. Nous évoquons enfin les propositions avancées dans le débat public pour adapter le système de santé aux défis démographiques et épidémiologiques du XXI^e siècle.

Un système de santé universaliste, sous-financé et différencié selon les régions

Premier pays européen à subir l'épidémie de Covid-19, l'Italie doit improviser une réponse sanitaire en s'appuyant sur un Service national de santé (SSN) créé

1. Mara Tognetti Bordogna est professeure de sociologie à l'université Federico II de Naples : maragraziella.tognetti@unina.it ; Battista Roberto Polillo est médecin expert en santé publique : r.polillo@libero.it ; Jean-Olivier Mallet est membre de l'association Marginalités et Société à Talence : jomamalfi@gmail.com.

en 1978 mais appauvri depuis au moins une décennie (encadré 1).

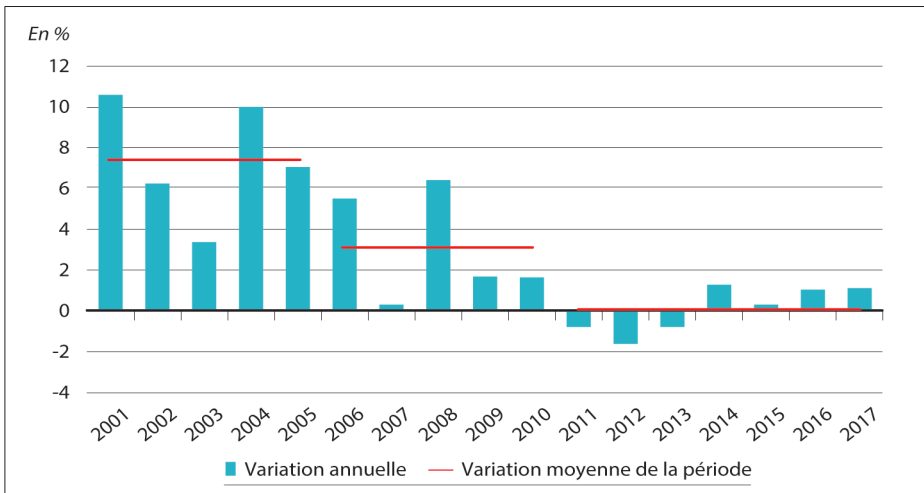
La dépense publique de santé, qui atteignait 7,2 % du PIB en 2000, tombe à 6,6 % en 2017 (tableau 1). Mais dans le même temps, le PIB italien a pratiquement stagné : à cette réduction relative de la dépense publique de santé correspond ainsi un appauvrissement de 37 milliards d'euros entre 2009 et 2017 pour le secteur de la santé. Si le taux de croissance moyen annuel était de 7,4 % entre 2001 et 2005, il tombe à 3,1 % dans la période 2006-2010 et stagne de 2011 à 2015 (-1 % en 2013) (graphique 1). Mais ces taux nominaux annuels de 0,9 % entre 2000 et 2019 doivent être en outre déflatés de l'inflation annuelle moyenne sur la période (+1,07 %), supérieure à l'inflation générale dans le secteur de la santé en raison de l'innovation (équipements, pharmacie, etc.).

Ce progressif désengagement financier du service public a deux conséquences : d'une part, un décrochage de la dépense par habitant de l'Italie par rapport aux pays du Nord de l'Europe ² ; d'autre part, une augmentation de la dépense privée directe, peu intermédiée : +2,2 %, soit 25 % de la dépense totale de santé, qui représente 9 % du PIB.

Une dimension de cet appauvrissement concerne le personnel : entre 2008 et 2017, 46 000 postes sont supprimés (-6,2 %), ce qui touche d'abord les personnels non soignants pénalisés par l'externalisation des tâches annexes, mais aussi les médecins (-6,2 %) et les infirmiers (-4,8 %) (tableau 1).

De surcroît, l'émigration professionnelle des jeunes, précarisés, vers les pays du Nord concerne plus de 9 000 médecins dans les années 2010 ³.

Graphique 1. Dépenses publiques de santé * (2001-2017)



* En termes nominaux.

Source : Rapport de l'agence comptable de l'État (2018).

2. Alors qu'elle est en Italie de 2 400 euros par an et par habitant en 2016, elle est située entre 3 000 et 4 000 euros au Royaume-Uni, en France et en Allemagne et est supérieure à 5 000 euros en Suède (OCDE, 2017).

3. M. Bartoloni, B. Gobbi, « Italia senza medici, ma ogni anno 1.500 fuggono all'estero », *Il sole 24 ore*, 16 settembre 2019, <https://bit.ly/2SCAhPV>.

Encadré 1

Une brève histoire de la santé en Italie

Le SSN italien a été institué par la loi de réforme de la santé 833, adoptée en 1978. Il arrive tardivement par rapport aux pays d'Europe septentrionale. Le service est universel, couvrant toute la population, et il est associé à un secteur privé conventionné.

Une première organisation sanitaire voit le jour en Italie à partir des années 1920 avec le développement d'un système mutualiste. D'autres mutuelles de professions et de métiers sont créées par la suite, dans un contexte où le régime fasciste décide, en 1929, de ne pas développer de programme d'assurance maladie de type universaliste. Cette même année paraît le texte unique des lois sanitaires n° 1265, qui constituera pendant des décennies le texte de référence en matière de couverture santé. Le dernier moment de la « saison mutualiste » est l'institution en 1943 de l'Institut national d'assurance maladie (Inam), la plus grande organisation par son nombre d'assurés et sa présence sur le territoire : elle est dissoute en 1978 avec les autres mutuelles lors de l'entrée en vigueur de la réforme qui crée le SSN. Dans les décennies d'après-guerre, se développe dans le pays un mouvement de masse porteur d'une lutte démocratique multisectorielle dans le but de faire de la santé un droit individuel et une obligation collective, comme le prévoit l'article 32 de la Constitution de 1946. Sous la pression, le gouvernement démocrate-chrétien dirigé par Aldo Moro décide de ne réformer que le seul secteur hospitalier, et fait adopter la loi 132 du 12 février 1968. Malgré son caractère limité, certaines mesures conséquentes sont prises, comme le transfert aux Régions des responsabilités en matière de couverture hospitalière, qui débouche sur la mise en place au 1^{er} janvier 1975 du Fonds national pour les soins hospitaliers selon des paramètres spécifiques à chaque région : dans les hôpitaux publics, au financement au prix de journée (maintenu pour le secteur privé conventionné) est substitué un budget global, tandis que la liste des médicaments pris en charge par l'ex-Inam est étendue à l'ensemble des mutuelles.

Ce n'est qu'avec la loi 833 de 1978 que le long processus vers la mise en place d'un SSN finit par aboutir, comme conséquence de la phase historique de « solidarité nationale », dans laquelle le Parti communiste entre dans la majorité parlementaire sans toutefois faire partie du gouvernement. Les organisations mutualistes sont dissoutes, les unités locales de santé (Unità sanitaria locale, USL) sont constituées, qui gèrent les hôpitaux et les structures ambulatoires. Ce qui relevait auparavant d'un ensemble de structures d'offre de soins fragmenté et hétérogène acquiert une dimension unitaire et cohérente, systémique. L'intervention publique devient prioritaire, dans ce nouveau modèle dont la mission est dédiée à la protection de la santé, hors déterminants de revenu, de condition sociale, et s'inscrit entre prévention, soins et réhabilitation. De plus, l'intervention sanitaire dans son principe doit s'articuler avec le champ médico-social et avec l'action sociale des collectivités locales. Enfin, la source principale de financement passe avec la nouvelle loi des cotisations professionnelles à la fiscalité générale.



Mais au cours des années 1990, d'autres exigences s'imposent aux conceptions et aux pratiques des décideurs. Les décrets-lois 502 de 1992 et 517 de 1993 introduisent une conception managériale de l'activité des USL, rebaptisées à l'occasion Aziende Sanitarie Locali (ASL, entreprises locales de santé) afin d'en améliorer l'efficacité et de résoudre certaines carences économiques de leur gestion. Ils introduisent aussi une nouvelle modalité de financement des structures hospitalières basée sur la tarification à l'activité.

À la fin de cette décennie, une nouvelle dynamique de réformes est engagée par le gouvernement de centre-gauche. Le Parlement adopte alors deux lois-cadres : le décret-loi 229/1999, dit « réforme ter », qui vise à corriger les excès entrepreneuriaux des précédents décrets-lois 502 et 517, et la loi 328/2000 de réforme de l'assistance et de l'action sociales, qui vise à adapter une législation vieille de 30 ans aux changements sociaux et institutionnels.

Ces deux lois, nourries par le débat public sur le « fédéralisme institutionnel et fiscal », cherchent à intégrer la santé et l'assistance sociale dans le mouvement réformateur et modernisateur de l'époque.

Le SSN doit assurer, par des ressources publiques et en cohérence avec les objectifs d'universalité et d'équité fixés par la loi 833/78, des niveaux essentiels et uniformes de soins définis par le Plan national de santé dans le respect de la dignité de la personne humaine et des besoins de santé. Les compétences des Régions sont renforcées : ce sont elles qui doivent assurer un panier légal de prestations de soins préventifs et curatifs (Livelli essenziali di assistenza, LEA), par le moyen des ASL ¹, des hôpitaux publics autonomes et des instituts de recherche scientifique.

Enfin, la réforme du Titre V de la Constitution en 2001 fait de l'État italien un « État fédéral », selon l'expression commune mais impropre juridiquement. Certes, de nouveaux pouvoirs sont délégués aux collectivités territoriales : la commune, la communauté de communes, la Région et l'État sont considérés comme « paritaires dans une logique de subsidiarité, cependant qu'aux Régions sont attribués les pouvoirs législatifs sur toute matière non expressément réservée à l'État ». Mais l'État est désormais garant de l'universalité des droits des citoyens et de l'unité sociale et politique de la Nation, tandis que le mode de financement principal des Régions, en ce qui concerne la santé, passe d'un « budget historique » à un système par capitation, modulé selon un certain nombre de variables sociodémographiques.

Les aspects négatifs de cette réforme apparaissent au grand jour avec la crise de 2008-2009, quand l'État opère des coupes dans le financement public à la santé. À partir de là, les écarts historiques entre régions s'accroissent, entre un Nord aux services de qualité similaires aux pays d'Europe septentrionale et un Sud incapable de garantir les services sanitaires essentiels (Benigni, Polillo, 2008).

1. Les ASL deviennent des entreprises à personnalité juridique publique et à autonomie de gestion par la définition d'un statut privé, qui en fixe les missions et l'organisation.

Tableau 1. Dépenses publiques de santé, effectifs et lits hospitaliers (2000-2017)

	2000	2005	2008	2017
Dépenses publiques de santé/PIB	7,2 %		7,1 %	6,6 %
Personnel ETP		648 000	742 000	696 000
Lits hospitaliers/1 000 habitants	6,5	7,2	3,6	3,3

Source : élaboration des auteurs d'après Ministero della Salute (2019) ; voir aussi <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-l-evoluzione-della-spesa-sanitaria> ; http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3835&area=statisticheSSN&menu=pubb.

Parallèlement, le nombre de lits de soins intensifs à l'hôpital passe de 7,2/1 000 habitants en 2005 à 3,6/1 000 en 2017 (dont un quart dans le privé), sans que l'hospitalisation de jour ne vienne compenser l'ensemble de ces pertes (tableau 1). Le nombre de lits de soins intensifs atteint 5 100 fin 2019 ; même ajoutés aux soins intensifs néonataux et aux lits des unités cardiologiques, ces ressources seront insuffisantes pour répondre à l'épidémie de Covid-19, générant un fort taux d'hospitalisation, en particulier en soins intensifs.

L'impact des coupes budgétaires sur le système de soins est connu : augmentation des listes d'attente, renoncement aux soins d'une partie de la population, recours au privé conventionné. Dès les années 1980 sont introduits des tickets modérateurs. Ceux-ci varient selon les régions et en fonction de l'âge, des revenus et des pathologies ; ils concernent la pharmacie, les examens médicaux et d'imagerie médicale et les visites chez les spécialistes (Sarti *et al.*, 2014). Ils sont en règle générale directement payés par les ménages, ne sont que peu pris en charge par les mutuelles individuelles et d'entreprise, et sont généralement plus substitutifs (soins dentaires,

appareillage, thérapies alternatives...) que complémentaires. De 2012 à 2019 sont ajoutés des « super-tickets modérateurs », finalement supprimés par la loi de finances 2020, qui programmait aussi quelques modestes mesures de relance du SSN. L'ensemble de ces copaiements a eu pour effet d'inciter le patient à recourir au secteur privé conventionné⁴ ou à se rendre aux services d'urgence des hôpitaux, au risque de les saturer.

Si l'État détient une responsabilité en matière de santé internationale, d'établissement des standards des prestations exigibles sur tout le territoire national (LEA), ainsi qu'en cas d'urgence sanitaire, les 20 Régions, c'est-à-dire leur exécutif et leur président, ont une large autonomie en matière d'organisation des soins, de financement supplémentaire (impôts régionaux et tickets modérateurs) et de nomination discrétionnaire des personnels de direction des ASL (Tognetti Bordogna, Ornaghi, 2011). Les modèles organisationnels peuvent être si différents que certains observateurs ont pu qualifier l'Italie de « pays aux 20 systèmes de soins », comme le montrent les cas contrastés de modèles régionaux de santé (encadré 2).

4. L'accès au secteur privé conventionné peut se faire à un tarif moindre en cas de couverture complémentaire avec accords de limitation des augmentations tarifaires ou dans le cadre de paquets de prestations « *low cost* » négociés par la mutuelle. Par ailleurs, les files d'attente sont réduites par rapport à l'hôpital public.

Encadré 2

Modèles sanitaires régionaux

Si la réforme 833 de 1978 met en place une gouvernance des USL qui repose largement sur les municipalités, la « réforme de la réforme » de 1992-1993 (D. lgs 502/517) a pour objectif de renforcer le rôle des Régions, le management des unités locales et des hôpitaux (devenus significativement « *aziende* », entreprises) et leur mise en concurrence. Enfin, la modification du titre V de la Constitution en 2001 établit une compétence concurrente entre État et Régions, attribuant au premier les standards minimaux (LEA) des prestations légales, mais laissant aux secondes la détermination du modèle organisationnel et la fourniture de prestations complémentaires à charge du budget régional. C'est dans un contexte où la santé constitue 80 % environ des dépenses régionales que les Régions, en tant que collectivités territoriales élues, choisissent des modèles d'organisation des soins.

a) Le modèle de « quasi-marchés » de la Région Lombardie, inspiré de la réforme Thatcher du National Health System en 1991, insiste sur la séparation entre financeurs-régulateurs et prestataires de soins, ces derniers étant en concurrence face aux patients-clients. Le modèle lombard repose ainsi sur la séparation entre la fonction de production des services qu'ont en charge les ex-entreprises hospitalières (Aziende socio-sanitarie territoriali, ASST) et celle de financement attribuée aux « agences de garantie de la santé » (Agenzie di Tutela della Salute, ATS) sous la surveillance depuis 2015 d'une agence régionale de contrôle des comptes. La réforme lombarde de 1997 a effectivement généré un système de soins d'excellence technique du secteur public et privé accrédité (ce dernier recevant environ 40 % des crédits régionaux), mais a partiellement délaissé le « territoire », les maladies chroniques et les secteurs moins rentables d'intervention.

b) Le modèle intégré, développé en Émilie, en Toscane, mais aussi en Vénétie, insiste au contraire sur la coordination des organisations sanitaires dans une programmation régionale impliquant des acteurs aux statuts différents, de la programmation à la réalisation des programmes. Cette implication est considérée comme une condition de l'engagement durable des acteurs, ainsi mis à égalité, dans la réalisation des objectifs.

c) Les Régions du Sud, souvent qualifiées de « bureaucratiques de type hiérarchique », parce que leur intervention peut se limiter aux seuls programmes de santé prévus par la réglementation nationale, ont connu entre 2007 et 2019 sous la direction de l'État central des « plans de retour » à l'équilibre comptable, en fait des plans de réajustement financier, couronnés de succès d'un point de vue quantitatif, mais facteurs de dégradation qualitative des soins. En raison du manque de structures et des files d'attente (dues à un rationnement implicite), les Régions méridionales ne peuvent le plus souvent garantir le respect des LEA, ce qui conduit à une migration sanitaire vers les régions du Nord.

Le résultat est double : les ressources correspondant au coût des prestations partent vers les Régions d'accueil des patients au Nord à travers un mécanisme de compensation sanitaire à charge des Régions de résidence au Sud, tandis que ces dernières s'appauvrissent et réduisent en conséquence les services.

L'état d'urgence sanitaire est décrété

Une des images médiatiques de l'épidémie est celle de convois de camions militaires à Bergame, évacuant des centaines de cercueils hors de la région pour qu'ils soient incinérés. Le ministère de la Santé italien a dénombré plus de 248 803 personnes contaminées, dont 209 976 ont été guéries et 35 181 sont décédées.

Le 31 janvier 2020, le gouvernement italien déclare « l'état d'urgence sanitaire » pour six mois malgré la défiance initiale de la population, qui par la suite suivra avec discipline les mesures de confinement. Au début, le virus semble relever d'un phénomène exotique. La mise au jour dans les semaines précédentes de petits *clusters* de pneumonie atypique en Émilie-Romagne ne fait pas l'objet d'une attention particulière : le nouveau coronavirus, qui frappe Wuhan et le Hubei, paraît alors un phénomène étranger à l'Europe. Cependant, l'accumulation de cas suspects puis identifiés interpelle progressivement les autorités sanitaires régionales puis nationales, avant que ne s'impose la perspective d'une pandémie (*clusters* de Lodi et Codogno en Lombardie et de Vò Euganeo en Vénétie). En revanche, début mars, la vallée Seriana dans le département de Bergame, où l'expansion du virus provoque la saturation des urgences de deux petits centres hospitaliers d'Alzano et Nembro, n'est pas isolée en « zone rouge ». Ni le gouvernement central, ni la Région Lombardie ne s'y résignent. Zone industrielle dense, particulièrement intégrée par ses fournisseurs de composants dans l'industrie automobile allemande, cette vallée échappe au blocage grâce à l'intervention de l'organisation patronale régionale Assolombarda, la plus puissante de la Confindustria, le Medef

italien. La crainte de la perte de marchés allemands face à la concurrence de l'Europe de l'Est semble avoir été décisive. La surprise de l'épidémie, sous-estimée lorsqu'elle frappait certaines régions chinoises, avec lesquelles la Lombardie était en relations commerciales, provoque un choc local de sidération, mais la suspension précoce des vols avec la Chine n'interrompt pas les échanges indirects, sources de contagion.

Tandis que le modèle hospitalo-centrique classique – tempéré par une responsabilité collective d'équipe accrue – domine dans l'organisation des soins (urgences, soins intensifs et réanimation...) aux cas suspects et aux patients pour la fourniture du matériel et la gestion du confinement, l'État central, par le biais de la Présidence du Conseil des ministres, impose immédiatement le pouvoir de la Protection civile nationale à ses organes régionaux. Le gouvernement s'appuie alors pour établir les décrets de la Présidence du Conseil des ministres (DPCM) sur un comité technico-scientifique, composé de membres de l'Institut Supérieur de la Santé (virologues, immunologues, épidémiologistes, infectiologues, statisticiens...), d'experts de renom (auprès de l'OMS, d'universités italiennes ou étrangères...) et du Commissaire au Covid-19 (chargé de la logistique des approvisionnements : équipements de protection individuelle ou EPI, tests, oxygène, respirateurs, etc.). Pendant plusieurs semaines, la réunion quotidienne du comité à 18 heures à la Présidence du Conseil, retransmise en direct sur toutes les chaînes de télévision, constitue un moment collectif national, solennel et dramatique, de l'épidémie. Sont ainsi pris jusqu'en avril les actes scandant les décisions des autorités centrales. Certaines Régions (en particulier la Vénétie) ont aussi constitué des comités analogues,

dont les avis ont pu contraster avec ceux du Comité national. La légitimation scientifique des comités techniques national et régionaux en aide à la décision politique souffre cependant d'une forte incertitude concernant le virus et de tensions manifestes entre écoles académiques s'agissant des traitements et des perspectives de santé publique. Ce n'est qu'après les communications des experts sanitaires puis des économistes que le Parlement est impliqué dans le débat public, et que d'autres acteurs que les experts sont invités à leur tour à se prononcer sur les perspectives de sortie de crise dans un contexte de moindre visibilité gouvernementale. La présentation devant le Parlement comme l'édiction d'un décret-loi en mai intervient tardivement. L'état d'urgence autorisant le recours aux décrets gouvernementaux est néanmoins prolongé bien au-delà du 31 juillet 2020.

**Les hôpitaux au centre
de la crise sanitaire
en Italie du Nord**

Au contraire des travailleurs de certains secteurs industriels allant jusqu'à la grève pour réclamer la sécurité des conditions de travail, ceux des hôpitaux sont d'abord enclins aux protestations individuelles et collectives par voie de presse et sur les réseaux sociaux contre les carences initiales, notamment la rareté des EPI dans certains services. Ce n'est que bien plus tard que des mouvements de revendication, portés par les organisations syndicales, émergent dans les établissements.

La difficulté des hôpitaux lombards à faire face à l'afflux de malades symptomatiques début mars, notamment dans les départements de Bergame puis de Brescia, constitue un signal fort, qui provoque la mise en place de mesures rapides de renforcement des services de soins intensifs

et l'extension du confinement, généralisé à l'ensemble du pays le 9 mars 2020.

Ces mesures de renforcement sont pour une part internes aux hôpitaux : double accès aux urgences avec un pré-triage sous tente devant l'hôpital, réorganisation des services (transformation temporaire de l'infectiologie et de la pneumologie en services de traitement des patients atteints du Covid-19, transformation parallèle de lits de soins en lits de pré-sortie après réanimation, voire intubation). Mais ces transformations d'initiative interne souvent appuyées par les directions hospitalières, comme les initiatives spontanées de reconversion temporaires d'entreprises textiles en fabriques de masques et d'usines métallurgiques en production de respirateurs, n'auraient pu répondre à la pression épidémique sans une intervention combinée du ministère de la Santé, de la Protection civile et des Régions : avec le décret Cura Italia dès mars, des EPI, du matériel de réanimation (respirateurs, parfois rapportés en Italie par le ministre des Affaires étrangères) et surtout du personnel ont pu arriver dans les hôpitaux des régions touchées. De surcroît, des étudiants en médecine ayant passé l'examen de 6^e année et des internes de diverses spécialités sont affectés aux services dédiés au Covid-19, leur période de soins étant validée sur le plan universitaire dans le stage hospitalier. Deux appels à volontaires médicaux (9000) et infirmiers (5000) sur contrat à durée déterminée ont été par ailleurs lancés avec succès : médecins remplaçants disponibles, mais aussi jeunes retraités, et, dans un pays au faible nombre d'infirmiers, intérimaires ou titulaires acceptant une disponibilité pour cause d'intérêt majeur.

La Région Lombardie, en pleine crise épidémique, inclut les hôpitaux publics

et privés accrédités-conventionnés dans le Plan Covid. Mais faute de services d'urgence suffisants et de structures de soins intensifs dans le privé, ce sont surtout ses laboratoires d'analyse biologique qui sont mobilisés pour les tests, lesquels sont limités cependant aux cas suspects et non élargis aux membres asymptomatiques des familles. La Région Vénétie procède en revanche à une campagne de tests sur ces derniers, qui se révèle efficace.

L'apport du service de santé des armées est double : des médecins militaires interviennent en appui dans des services hospitaliers, cependant que l'armée procède à l'installation d'hôpitaux temporaires de campagne à Brescia, Crémone et Crema. Mais la présence la plus médiatisée est celle de l'arrivée à Rome et à Milan de deux équipes médicales chinoises en provenance directe de Wuhan, d'une équipe russe dans des avions-cargos lourdement chargés de matériel de réanimation, de la brigade internationale médicale cubaine Henry Reeve spécialiste du virus Ebola et enfin d'une trentaine de personnels albanais accompagnés du Premier ministre italo-phonie de Tirana : cette aide internationale vient en appui localement des personnels hospitaliers et élargit les échanges thérapeutiques et scientifiques sur les virus ; elle a aussi un impact dynamisant au moment le plus dramatique de l'épidémie, quand l'Italie se sent alors isolée de l'Europe à cause de la contagion, ailleurs mal perçue. Et ce, malgré quelques donations de matériel et le transfert de 47 patients soignés dans des hôpitaux allemands.

**Maisons de retraite
et médecins généralistes
à la peine**

L'impact sur le système hospitalier est celui qui a marqué le plus les esprits

dans la phase initiale de l'épidémie, mais progressivement, en fin de cette phase aiguë, deux angles morts sont révélés : les maisons de retraite et les décès à domicile. Malgré la suspension des visites des familles dès début mars, l'invasion de l'épidémie dans les maisons de retraite (residenza sociali assistite, RSA) des départements de Bergame et de Brescia puis rapidement de Milan est favorisée par plusieurs facteurs : la faiblesse du contrôle médical et infirmier dans ces établissements peu médicalisés, l'absence prolongée d'EPI et la décision de certains d'entre eux (16 sur 400 en Lombardie) de recevoir sur demande de la Région (délibération du 8 mars) des patients atteints du Covid-19 sortis de l'hôpital contre paiement d'un prix de journée supplémentaire, alors même que les locaux et l'organisation des équipes ne se prêtent pas à l'isolement. L'effet est dramatique pour les résidents de ces établissements, pour les personnels livrés à eux-mêmes et pour les familles interdites d'accès même lorsque leurs proches sont mourants. De nombreuses familles constituées en comités dénoncent ainsi les établissements et les autorités sanitaires régionales. La faiblesse de la médecine territoriale, particulièrement en Lombardie, disposant de peu d'EPI et de tests naso-pharyngés et sans procédures coordonnées d'intervention, rend difficile son intervention au domicile des patients suspects de signes cliniques Covid. Ceux qui ne sont pas transportés à l'hôpital avec les conséquences parfois catastrophiques déjà soulignées (notamment dans le département de Bergame) peuvent être laissés sans visite ni intervention à domicile, au risque d'une contamination des membres de la famille et d'une aggravation du tableau clinique. Un certain nombre d'entre eux décèdent à domicile sans qu'un test ait

été effectué ni durant la maladie ni *post mortem*. Il s'en suit un re-calcul des décès liés au Covid-19 non seulement basé sur les décès confirmés à l'hôpital et publiés chaque jour par la Protection civile, mais aussi sur celle de la surmortalité constatée à partir des certificats utilisés par l'institut national de statistiques (Istat) et l'Institut national de la prévoyance sociale (INPS), principale entité du système public de retraite italien. Les médecins généralistes, qui ont poursuivi les visites durant cette période, connaissent un taux de morbidité et de mortalité exceptionnel⁵. L'ordre des médecins départemental de Bergame, puis celui de la Région Lombardie dénoncent la gestion régionale « irresponsable » de l'épidémie. Dès fin mars, le décret Cura Italia met en place les unités spéciales de continuité des soins (unite speciale di continuità assistenziale, USCA), chargées de suivre téléphoniquement, *via* Skype ou à domicile, les cas suspects, les malades ou ceux sortis de l'hôpital : formées d'internes en médecine, de médecins de santé publique, de « garde médicale » (SOS Médecins publics, souvent en CDD), ces équipes, qui viennent en appui des généralistes, se constituent assez lentement. Au printemps, lors de l'élaboration d'un document d'organisation des USCA sur le territoire national, les tensions sont vives entre fonctionnaires du ministère de la Santé et représentants syndicaux de l'organisation majoritaire des généralistes (FIMMG) : les premiers sont favorables à l'attribution de la responsabilité des unités aux districts (structures publiques de soins primaires), tandis que les seconds

revendiquent l'hégémonie des médecins généralistes, au point de provoquer un ralentissement dans la mise en place de ces structures⁶, voire leur suspension dans certaines régions. Enfin, la faiblesse des services de prévention est manifeste, freinant le traçage de la contagion et le contrôle des mesures d'isolement.

Si la Lombardie connaît une explosion de l'épidémie, d'autres régions du Nord sont moins touchées, qui réagissent distinctement et avec plus ou moins d'efficacité selon les cas (encadré 3). C'est vrai notamment de la Vénétie qui conserve un réseau de médecine territoriale dense et qui choisit dès le début, contre les recommandations des experts du gouvernement, une stratégie large de dépistage des malades légers puis asymptomatiques par tests rhinopharyngés. Ces mesures ralentissent la diffusion du virus et attirent l'attention internationale sur cette stratégie régionale efficace⁷. Les Régions du Sud, au système de soins fragile, font pression pour limiter pendant tout le confinement les déplacements en provenance du Nord et évitent ainsi la catastrophe sanitaire redoutée.

Lent déconfinement et mesures en prévision d'une seconde vague

Le passage progressif au déconfinement consiste en la mise en place de ressources et de mesures de stabilisation de la situation. Il est sanctionné par le décret-loi Rilancio de mai, converti en loi par le Parlement le 24 juillet.

5. Sur 169 décès enregistrés au sein du personnel de santé début mai, près de la moitié concerne des médecins généralistes, selon la FNOMCeO (Ordre national des médecins italien).

6. En Lombardie, début mai, sur 170 équipes prévues, seules 40 sont opérationnelles.

7. *Financial Times*, 6 avril 2020.

Encadré 3

Lombardie et Vénétie : deux visions, deux modalités d'action

L'incidence des décès liés au Covid-19 représente 0,16 % de la population en Lombardie et 0,04 % en Vénétie. Les deux Régions réagissent diversement à l'épidémie. Les différents modèles de système sanitaire historiquement mis en place ainsi que leur configuration organisationnelle singulière ont entraîné des choix différents, notamment dans le poids assigné à l'hôpital et au « territoire » – médecine de ville, secteur sanitaire et social – avec des temps et des stratégies spécifiques. L'impact de l'épidémie est beaucoup plus fort en Lombardie où sont concentrés 40 % des cas de contamination et presque la moitié des décès du pays.

Le système de santé lombard se présente comme un système hospitalier « high tech » de qualité, doté d'une efficacité gestionnaire reconnue. Mais il fait difficilement face à l'épidémie, car les réseaux de services territoriaux et la médecine générale ont été précédemment négligés. Malgré l'extension des thérapies intensives et la construction de structures dédiées, comme « l'Hôpital de la Foire » (Milan) sur financement et contributions privés et appuyé sur la technostructure de l'hôpital privé-accrédité San Raffaele, l'impréparation et le manque de dispositifs de protection dans les hôpitaux et les maisons de retraite, où se diffuse d'abord le virus, sont patents.

La Vénétie, avec un modèle actif d'identification des ressources en EPI et de stratégie de blocage de la contagion, montre au contraire son efficacité. La Région s'est en effet dotée de services ambulatoires de terrain, structurés en districts sanitaires et sociaux, la médecine générale y est valorisée et les isolements systématiques et rapides constituent une barrière efficace au virus : les tests-tampons (rhino-pharyngés) nombreux et ciblés comme l'institution précoce de « zones rouges » (Vò Euganeo) limitent la contagion pendant le printemps.

Enfin, l'attitude des deux présidents de Régions diffère : attentiste en Lombardie, elle se veut décisionnaire en Vénétie. Pour les mesures comme le confinement, l'État central, malgré un gouvernement fragile, manifeste temporairement un interventionnisme remarqué, de même que les Régions pour l'appuyer comme d'ailleurs pour le freiner.

Redéploiement et réorganisation du système de soins

À partir de fin avril et au cours du mois de mai, les structures temporaires sont progressivement démontées (hôpitaux militaires de campagne, méga-hôpital régional de 21 millions d'euros à la Foire de Milan ⁸, fermeture de la plupart des « hôtels Covid », redimensionnement

des parcours Covid des services d'urgence). Les équipes médicales étrangères quittent les hôpitaux lombards et retournent dans leurs pays. Peu à peu, les examens et soins non-Covid, ceux qui concernent en particulier les pathologies chroniques, souvent suspendus depuis début mars en raison de la réorganisation des services et de l'appréhension des

8. Sous-utilisé, cet hôpital n'a accueilli que 15 patients au lieu des 300 prévus, et n'a jamais été achevé.

patients, reprennent en fin de printemps à un rythme plus ordinaire. Mais la persistance de l'épidémie (inégalement selon les régions) et la crainte d'une résurgence avec le déconfinement (en particulier interrégional début juin) ou d'une seconde vague à l'automne 2020 génèrent une série de décisions aux niveaux régional et national, qui constituent un véritable redéploiement du système de soins au-delà de l'urgence épidémique immédiate. Le rôle des comités d'experts technico-scientifiques, visible pendant la phase précédente, comme l'ont été les positions souvent contradictoires de leurs membres, se poursuit au milieu de critiques croissantes, cependant que des comités d'experts économiques, au statut plus connu, les rejoignent.

Nouvelles ressources pour le système de santé

« Le gouvernement investit dans la santé plus que cela n'a été fait dans les cinq dernières années », affirme à l'été 2020 Roberto Speranza, ministre de la Santé du gouvernement Conte 2. Avec le décret Cura Italia en mars et surtout le décret-loi Rilancio en mai, les sommes supplémentaires dédiées au SSN par l'intermédiaire des Régions sont passées de 2,8 à 4,6 milliards (8,4 milliards au

total) : certainement un chiffre important, qui compense pour une part les coupes budgétaires des dix années précédentes (tableau 2). En attendant peut-être d'autres investissements fléchés santé permis par les prêts du Mécanisme européen de stabilité ou du Recovery Fund (New Generation UE).

Un renforcement des ressources humaines à l'hôpital et dans les territoires est également programmé. De nouveaux lits de soins intensifs sont créés, dont la moitié doivent être disponibles au cours de l'automne. Outre le bonus général pour le personnel hospitalier de 2000 euros, un « bonus spécial baby » de 1000 euros sera distribué aux parents concernés. Les internes de 3^e et 4^e année verront validés leurs stages prolongés en services Covid et bénéficieront d'une augmentation de leur bourse d'étude. Leur revendication historique, « Ma bourse d'étude est ton droit à la santé », a stabilisé pour le moment la formation médicale soumise à une pénurie de postes et de bourses d'internat entre second et troisième cycle. On passe donc de mesures temporaires (rappel de médecins retraités, volontaires d'équipes médicales étrangères, service de santé militaire, mobilisation d'étudiants en médecine diplômés) à des mesures vouées à

Tableau 2. Investissements et recrutements à court-moyen terme

	Décret Cura Italia 2020	Décret Rilancio Italia 2020	Décret Rilancio Italia 2021
Financements supplémentaires	+2,8 milliards d'euros	+4,6 milliards d'euros (prime >2000 euros personnel mars-avril 2020)	+0,05 milliard d'euros
Prévision recrutement personnel		+9600 infirmiers et +600 assistants sociaux, psychologues dans les USCA (en CDD)	Titularisation des CDD en CDI
Lits soins intensifs supplémentaires	5000	3130	

Source : élaboration des auteurs d'après les annexes techniques des décrets.

être pérennisées (recrutement en CDI, régularisation de parcours d'internes après le doctorat en médecine au bout de 6 ans (« *laurea in medicina* »)).

Le décret-loi prévoit aussi de créer des milliers de postes nouveaux de soignants, d'assistants sociaux et de psychologues d'ici fin 2020. Une partie de ces postes nouveaux est destinée à renforcer la figure encore rare de l'« infirmier de communauté », chargé de la coordination territoriale. Depuis les années 1990, certaines Régions ont constitué des « districts sanitaires et sociaux », structures de santé territoriale coordonnant les cabinets de groupe de médecins généralistes parfois réorganisés en maisons pluridisciplinaires de santé, les dispensaires là où ils existent, les services sociaux des communes éventuellement. Mais le manque chronique d'infirmiers favorise leur affectation prioritaire en hôpital et peu de postes sont attribués en « districts ». Quelques postes de médecins et d'infirmiers iront aussi demain compléter les USCA, ces unités spécialisées de continuité des soins créées pendant l'épidémie et qui pourraient se révéler importantes aussi pour le soutien à la médecine de ville dans le suivi des pathologies chroniques.

Le modèle global de réorganisation des soins primaires n'est en revanche pas encore défini. Au-delà des ressources financières mises à disposition reste la résolution d'une série de problèmes : le « district sanitaire et social » comme espace d'organisation et de planification des interventions extra-hospitalières est souvent demeuré une coquille vide, dont les fonctions n'ont pas été remplies ou ont été déléguées par défaut aux médecins généralistes. Or ces derniers, professions

libérales conventionnées, sont demeurés jaloux de leur autonomie et sans rapport organisationnel étroit avec les autres personnels salariés de soins primaires, aux objectifs et procédures parfois divergents. Ce conflit historique est réapparu à l'occasion de la discussion du document d'organisation des USCA et pèsera dans le débat sur la réforme annoncée pour l'automne 2020 par le ministre de la Santé (« États Généraux de la Santé »).

Enfin, à l'instar du StopCovid français, l'application digitale volontaire « Immuni », basée sur le Bluetooth et non la géolocalisation, doit accompagner le traçage des équipes dédiées. Lancée début juin, elle a vu s'y connecter en 72 heures 2 millions de personnes. Progressivement, le rythme de connexion s'est ralenti, comme celui de l'adhésion à l'enquête sérologique conjointe de l'Institut supérieur de santé et de l'Institut national de statistiques (ISS-Istat) sur le contact de la population au virus : un motif commun pourrait être lié à la crainte – en cas de positivité – de délai d'attente prolongé avant le test-tampon rhinopharyngé, contraignant à une mise en quarantaine au délai incertain dans certaines régions faute de réactivité⁹. Néanmoins, en fin d'été, les connexions à l'application atteignent 3,5 millions.

Le débat et les propositions sur la restructuration du service de santé

Les réactions à l'épidémie suscitent des réflexions et de nombreuses propositions transversales. Un consensus temporaire et fragile se dessine autour de la nécessité d'un repositionnement du système de soins à travers la fenêtre d'opportunité

9. Comme le montrent encore fin août les retards aux tests obligatoires sur les touristes italiens revenant de pays européens considérés « à risque » par le gouvernement.

ouverte par l'urgence et la possibilité d'un financement exceptionnel. Les propositions avancées par de nombreux experts, acteurs associatifs, syndicaux et politiques cherchent à stimuler ce débat quasi consensuel (Tognetti, 2020 ; Geddes da Filicaia, 2020). En voici les principales orientations.

Le système de soins gagnerait selon ces acteurs à être recentré sur les soins primaires et les services territoriaux, non seulement pour faire face à cette pandémie et aux suivantes, mais aussi pour tenir compte des pathologies chroniques et invalidantes croissantes, qui requièrent des soins de longue durée (Geddes da Filicaia, 2020). La pandémie de Covid-19 montre que la médecine générale en cabinets de groupe, en réseau avec d'autres professions sanitaires et médico-sociales peut et doit garantir de manière efficace la continuité des soins, la coordination des spécialistes ainsi que le rapport avec la population. Le renforcement du système de contrôle médical et d'inspection en milieu de vie et de travail, c'est-à-dire les activités d'hygiène, de santé publique et de prévention, sera un élément important au niveau local, régional et national en raison du caractère mondialisé de pathologies comme la récente pandémie. En effet, cette intrication vie privée-vie professionnelle, mais aussi les caractéristiques particulières de l'actuelle épidémie (toujours sans traitement majeur ni vaccin), incitent à donner la priorité à la promotion de la santé (Proia, Polillo, 2020). À cette fin, il serait nécessaire de renforcer fortement les ressources des professionnels concernés, mais aussi d'introduire des méthodologies d'enquête comme des pratiques d'implication et d'activation des travailleurs sur des sujets de santé et de qualité au travail longtemps subordonnés à de seuls critères économiques : la

valorisation de la figure légale et conventionnelle du représentant des travailleurs pour la sécurité et la santé au travail (*Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza*, RLS), élu par les salariés et impliqué dans la validation du rapport d'évaluation des risques dans l'atelier ou l'entreprise, pourrait en être une étape.

À la suite de l'expérience de l'épidémie, une meilleure coordination des différents services pourrait permettre d'éviter la fragmentation des interventions en amont des urgences, donc de moins surcharger les hôpitaux et de diminuer les hospitalisations tardives en soins intensifs : coordination entre centre et périphérie, comme sur le terrain entre médecine de ville, médecins urgentistes et services hospitaliers d'une même région (Tognetti, 2020). Concernant la population, il apparaît souhaitable de lui permettre d'atteindre un niveau de compréhension individuel et collectif des problèmes de santé, et de l'inciter à une modification volontaire des styles et des conditions de vie (Health Literacy).

Le développement de la télémédecine, domaine où les services de santé italiens ont longtemps été en retard, s'appuie sur la diffusion de technologies dans les différents lieux de prévention et de soins. L'épidémie a montré l'intérêt de pouvoir suivre l'évolution des conditions cliniques des patients à distance, particulièrement pour les personnes âgées atteintes de pathologies plurielles, sans besoin d'hospitalisation (au risque effectif d'infections nosocomiales), mais nécessitant une surveillance régulière ou bien pour les personnes isolées dans des « déserts médicaux » (comme des territoires de montagne) ou des zones mal desservies en services ou en transports. Enfin, la robotique pourrait être mobilisée, non seulement en chirurgie, mais aussi en soins

Encadré 4

Le projet de rénovation du Service national de santé

Selon le forum de discussion Tina Anselmi ¹ (Polillo, 2020), deux objectifs sont proposés : retrouver les valeurs de 1978 ² et réviser la réforme du Titre V de la Constitution de 2001, qui a établi une forte régionalisation de la santé (De Bonis, Rappellino, 2020).

Le projet d'une médecine adéquate au vieillissement et à la chronicité, d'une médecine d'initiative sinon prédictive, et d'une médecine intégrée est au cœur de ces réflexions réformistes (French, Mykhalovskiy, 2013). La promotion de la médecine générale, comme des services de prévention (observatoires épidémiologiques) est réclamée, ainsi que le développement d'une participation professionnelle et associative aux décisions collectives en santé (Maccacaro, 1979), contre le modèle d'« entreprise » au management autocratique instauré depuis 1993. Le modèle proposé, qui actualise le projet de la loi 1978 instaurant le SSN, est celui d'une organisation systémique, où les différents éléments articulés coopèrent (Tognetti Bordogna, 2017). Selon les auteurs de ces propositions, la promotion de la télémédecine permettrait de modifier la gouvernance globale, comme d'accélérer la coordination organisationnelle entre secteurs de la santé (Tognetti, 2020).

L'organisation imaginée

Pour le « territoire », les groupes professionnels (médecins, infirmiers et infirmières, etc.) et de pression favorables à une réforme (syndicats et administrations publiques) ont proposé un retour aux districts sanitaires et sociaux, où s'insère la médecine en cabinet de groupe, voire un développement des maisons de santé pluridisciplinaires. L'actuel statut de profession libérale conventionnée des médecins généralistes pourrait être alors en question.

Pour les hôpitaux, est préconisé le passage d'un modèle d'« entreprise » vertical et hiérarchisé au management quantitatif centré sur l'efficacité comptable, où le directeur est nommé et dépend du pouvoir politique régional, à un modèle collectif ouvert à la représentation professionnelle et citoyenne, à un management plus qualitatif (concertation, dialogue social) et participatif (notamment, éducation thérapeutique) centré sur l'efficacité sanitaire. La tension entre spécialisation et continuité des soins est un problème à résoudre.

Une gouvernance renouvelée

Le modèle de gouvernance nationale du SSN italien pourrait être repensé à partir des relations institutionnelles entre l'État central et les Régions. L'épidémie a mis au jour les carences importantes en ce qui concerne la médecine générale et la prévention au point de submerger, lors de son pic, le système de soins de la plus riche région italienne, la Lombardie, dont les standards hospitaliers sont les meilleurs du pays et sont en tout point comparables aux pays avancés du Nord de l'Europe. Aujourd'hui est ainsi mise en avant la proposition de confier à l'État une compétence exclusive en matière sanitaire, privilégiant la distribution directe



de soins de la part des structures publiques et laissant au secteur privé accrédité un rôle secondaire. L'épidémie a montré la supériorité de services publics par rapport à un dispositif privé, souvent plus coûteux. Le rôle du ministère de la Santé s'est révélé fondamental dans la gestion de l'épidémie et il devrait être favorisé en réduisant celui, actuellement prépondérant, du ministère des Finances, qui de fait dispose des ressources et détermine leur affectation.

Au niveau local des ASL, la gouvernance mériterait selon le forum Tina Anselmi une révision. Aujourd'hui, le pouvoir est dans les mains d'un directeur général (nommé par le président de Région), sans participation du personnel au processus décisionnel. En outre, lors de la redéfinition du rôle des collectivités locales (communes), un avis contraignant dans la phase de programmation des services et dans celle de l'évaluation (par la Région) du directeur général de leur ASL de référence pourrait leur être attribué. Ainsi, le personnel sanitaire et médico-social a subi au cours des années une progressive dévalorisation, qu'il convient d'interrompre, par exemple en privilégiant la gestion des parcours de soins intégrés par pathologie par rapport à celle des prestations par filière. Le renforcement au niveau de l'ASL, comme aux niveaux régional et national, des institutions de dialogue social avec les syndicats passe par son caractère contraignant sur des thèmes comme l'organisation et la sécurité du travail ou le tableau des personnels titulaires, actualisé selon les besoins des services et les évolutions techniques, sociales et culturelles. Enfin, les professionnels de santé (médecins et infirmiers surtout) pourraient se voir confier un rôle de supervision dans la programmation, le contrôle ainsi que la vérification des services.

Pour mener une politique de santé publique efficace, il convient notamment d'augmenter les actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé de la population, en particulier à travers la création et la coordination d'organismes spécifiques, les services de santé publique existants étant souvent devenus résiduels. Articulés avec les dispositifs d'information, le renforcement des soins primaires, des districts médico-sociaux et des centres de santé féminins (*consultori*) est un axe central de la rénovation souhaitée. En ce sens, un contrat unique du personnel, incluant les médecins généralistes et les spécialistes en dispensaires serait à envisager, pour appliquer la loi 328/2000 et articuler l'action médico-sociale avec les soins en cabinet et à domicile.

1. L'association Tina Anselmi, du nom de la ministre démocrate-chrétienne de la Santé, qui, dans les années 1980, a cherché à faire appliquer la loi de Santé 833/1978, est un forum de discussion, dont l'objectif est de proposer aux différents décideurs nationaux et régionaux un paquet de réforme à moyen et long terme.

2. Prise en compte des déterminants de santé : style de vie et conditions de vie et de travail.

primaires dans des situations simples et routinières. Les épidémies révèlent et aiguisent les inégalités sociales en santé : outre les mesures sociales, une action sur l'accès aux technologies de l'information et de la communication est nécessaire pour contribuer à les réduire.

Parallèlement, la structuration d'un système public de suivi de la santé de la population et de *big data* et le renforcement des observatoires épidémiologiques apparaissent indispensables (Dentico, 2020) : les systèmes d'information exigent des structures adaptées

sur le plan des spécialités et du personnel, mais de préférence intégrées dans une structure unique. La multiplicité et surtout la fragmentation des unités de santé publique n'ont pas permis d'avoir un tableau actualisé et systématique de la situation sanitaire du pays, de fournir des données utiles pour la programmation des services ni de mettre à disposition des décideurs, des chercheurs et des citoyens des données suffisamment fiables et utiles.

Après le choc traumatique de l'épidémie de Covid-19 en Italie, de nombreux observateurs et experts ont commencé à imaginer une rénovation du SSN (encadré 4), victime des coupes budgétaires (Blanchet *et al.*, 2017), puis héros de la lutte contre l'épidémie. Leurs propositions visent à préparer ce dernier à une éventuelle deuxième vague du virus ou à d'autres épidémies, que la dégradation de l'environnement et l'asymétrie des rapports homme-nature favorisent.

Conclusion

L'Italie possède un système de soins majoritairement – mais non exclusivement – public, doté de structures hospitalières souvent de qualité, mais de peu de services territoriaux suffisants, et clivé entre les « compétences concurrentes » de l'État et des Régions. Ce système, frappé par l'épidémie de Covid-19, a révélé des défaillances, mais il a résisté, non sans difficultés. Il a bénéficié de l'appui temporaire de l'État central, pour rebondir et chercher à sortir de la longue phase de régression financière, professionnelle et matérielle, qui l'avait caractérisé pendant une décennie. À l'occasion de l'épidémie, le cœur public du système, le SSN, universaliste en son principe, est désormais célébré par le gouvernement,

une partie des médias et des professionnels comme un « bien commun » insubstituable, qu'il faut repenser dans l'esprit de la réforme de 1978 contre la conception économiciste de « santé-entreprise » mise en avant en 1992-1993. Pourtant en décembre 2018, les cérémonies de commémoration du 40^e anniversaire du SSN avaient été limitées aux historiens et aux spécialistes de la santé : la vague prolongée des politiques d'austérité avait alors suscité des discours surtout nostalgiques sur les promesses perdues de la réforme de 1978. Il a fallu le choc traumatisant de l'épidémie pour ressusciter l'intérêt massif pour un système public et universaliste. Avec les décrets Cura et Rilancio, les fonds à court et moyen terme ne manquent pas. Les chantiers sont clairement définis : place du secteur privé dans le financement et l'offre de soins, renforcement de la coordination de l'État central et rôle des Régions, financement et péréquation interrégionale, revalorisation des professions. La pression publique sera-t-elle suffisamment forte et durable pour appuyer une réforme ambitieuse ?

Achevé de rédiger le 9 octobre.

Sources :

Benigni B., Polillo R.B. (2008), *Salut e cittadini nel servizio sanitario nazionale*, Roma, LiberEtà.

Blanchet K., Nam S.L., Ramalingam B., Pozo-Martin F. (2017), « Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework », *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 6, n° 8, p. 431-435, <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>.

De Bonis I., Rappellino P. (2020), « Sanità, un tesoro pubblico in rianimazione », *Salute diritto fondamentale*, 9 maggio, <https://salutedirittofondamentale.it/sanita-tesoro-pubblico/>.

Dentico N. (2020), « La lezione di Covid-19 al nostro sistema sanitario », *Il manifesto*,

21 aprile, <https://ilmanifesto.it/la-lezione-di-covid-19-al-nostro-sistema-sanitario/>.

French M., Mykhalovskiy E. (2013), « Public health intelligence and the detection of potential pandemics », *Sociology of Health & Illness*, vol. 35, n° 2, p. 174-187, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01536.x>.

Geddes da Filicaia M. (2020), *La sanità ai tempi del coronavirus*, Roma, Il Pensiero scientifico Editore.

Maccacaro G.A. (1979), *Per una medicina da rinnovare: Scritti, 1966-1976*, Milano, Feltrinelli.

Ministero della Salute (2019), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2879_allegato.pdf.

Polillo R.B. (2020), « Ridefinire assetti e regole del Servizio Sanitario nazionale », *Il diario del lavoro*, 18 maggio, <https://bit.ly/3cAat04>.

Proia S., Polillo R.B. (2020), « Contro Covid l'ospedale non basta, serve la sanità territoriale. Ma con nuove regole organizzative », *Quotidiano sanità*, 18 aprile, <https://bit.ly/3373UPt>.

Sarti S., Terraneo M., Tognetti Bordogna M., 2014, « Social inequalities and pharmaceutical cost-sharing in Italian Region », *International Journal of Health Services*, vol. 44, Issue 4, October, pp. 761-786.

Tognetti Bordogna M. (2017), *Nuovi scenari di salute: Per una sociologia della salute e della malattia*, Milano, FrancoAngeli.

Tognetti Bordogna M., Ornaghi A. (2011), « Regionalizing health systems public and private mix: The situation in Italy », *Sociology Study*, n° 5, p. 376-388.

Tognetti M. (2020), « Trasformiamo le avversità in opportunità, subito », *Quotidiano sanità*, 30 marzo, <https://bit.ly/2F6bosM>.

Royaume-Uni

Une sous-estimation initiale du risque, puis une gestion chaotique

Jacques FREYSSINET¹

Au Royaume-Uni, la sous-estimation initiale du risque engendré par la pandémie a laissé place à une gestion chaotique des étapes de mise en place du confinement puis du déconfinement. La brutale diffusion du virus a mis en évidence les défaillances d'un système de santé qui a été soumis depuis les années 1980 à des politiques de privatisation masquée et qui a été affaibli depuis 2010 par l'austérité budgétaire. Face à l'afflux des malades, les hôpitaux publics ont été handicapés par des sous-effectifs massifs et sont restés dépourvus, pendant de longues semaines, des équipements indispensables. Les mesures d'urgence ont certes permis de faire face, mais dans des conditions qui ont révélé l'ampleur des inégalités devant la pandémie.

Le contexte

Le gouvernement britannique maintient, aussi longtemps qu'il le peut, un

optimisme fondé sur une double affirmation : d'une part, le Royaume-Uni serait touché plus tardivement que les pays du continent européen, ce qui lui permettrait d'étaler jusqu'à l'été la gestion de la crise sanitaire ; d'autre part, le pays disposerait avec son National Health Service (NHS, Service national de santé) d'un outil efficace pour maîtriser la pandémie².

Une explosion décalée et longtemps sous-estimée

Si les deux premiers cas d'hospitalisation sont annoncés dès le 31 janvier, la pandémie ne connaît d'abord qu'une lente extension : le seuil de 10 décès n'est atteint que le 12 mars et le seuil de 1 000 n'est franchi qu'à la fin de ce mois. C'est en avril que les chiffres explosent, avec un pic des décès le 8 avril alors que se développe une polémique sur la sous-évaluation des données officielles. En effet, longtemps le gouvernement ne publie que le nombre de décès imputés

1. Chercheur associé à l'IRES.

2. Les compétences en matière de santé ont été transférées, plus ou moins complètement selon les cas, aux autorités élues de l'Écosse, du Pays de Galles et de l'Irlande du Nord. Dans cet article, les institutions décrites sont celles de l'Angleterre. Les chiffres produits par l'Office statistique national ne couvrent généralement que l'Angleterre et le Pays de Galles. Nous donnons aussi, lorsqu'ils sont disponibles, les chiffres pour l'ensemble du Royaume-Uni.

au Covid-19 survenus dans les hôpitaux. Très vite des informations circulent sur la mortalité due au Covid-19 dans les maisons de retraite ou à domicile. Deux méthodes complémentaires sont mises en œuvre pour un chiffre plus fiable. En premier lieu, l'Office for National Statistics (ONS, Office national de statistiques) s'appuie sur le dépouillement des motifs de décès indiqués lors de leur enregistrement à l'état-civil ; ce chiffre présente aussi un risque de sous-évaluation car, faute de tests, les décès hors hôpitaux peuvent ne pas avoir été attribués au virus. En second lieu, l'ONS calcule l'excédent des décès relativement à la moyenne des cinq années précédentes pour la même période de l'année. Enfin, il faut ajouter les décès en Écosse et en Irlande du Nord car les données de l'ONS ne couvrent que l'Angleterre et le Pays de Galles. Au total, des estimations concordantes ne sont données qu'à partir de la fin du mois d'avril. En réalisant des comparaisons internationales de surmortalité, un institut de recherche italien calcule pour le Royaume-Uni un coefficient de 1,9 relativement au nombre officiel de décès alors que ce coefficient est de 1,4 pour l'Italie et la France ou de 1,3 pour l'Espagne (Villa, 2020). En mobilisant les données de l'ONS et des techniques d'extrapolation, le *Financial Times* publie pour la première fois le 22 avril une méthode d'estimation qui depuis lors est constamment actualisée³. À cette date, on compte 41 102 décès excédentaires

alors que chiffre officiel est de 17 337. Sous les critiques, le gouvernement introduit le 29 avril dans son évaluation le nombre des morts liés au virus dans les maisons de retraite et à domicile.

À partir du 28 mai, le *Financial Times* publie une étude portant sur les excès de mortalité dans les 19 pays qui fournissent des informations statistiques fiables et comparables⁴. À partir de cette date, le Royaume-Uni alterne avec l'Espagne en tête du classement des taux de décès excédentaires par million d'habitants parmi les pays européens. Ce sont ces chiffres qui servent de référence dans le débat public. Depuis la fin du mois de juin, le nombre de décès excédentaires s'est stabilisé au voisinage de 65 000. Cependant de nouveaux foyers d'infection localisés sont apparus au depuis le mois de juillet.

Un système sanitaire en restructuration permanente

Les britanniques disposent d'un système de santé dont ils ont longtemps affirmé qu'il était le meilleur du monde. Créé au lendemain de la Seconde Guerre mondiale sur la base du célèbre rapport présenté en 1942 par William Beveridge, le NHS respecte trois principes fondateurs : l'universalité, la gratuité et l'accès à des soins complets de qualité sur l'ensemble du territoire. En ce sens, en référence aux typologies usuelles, le Royaume-Uni est souvent présenté comme représentatif du modèle beveridgien⁵. Une caractéristique de ce modèle

3. C. Giles, « UK coronavirus deaths more than double official figure », *Financial Times*, April 22, 2020, <https://www.ft.com/content/67e6a4ee-3d05-43bc-ba03-e239799fa6ab>. Pour l'actualisation quotidienne : « Coronavirus tracked : the latest figure », <https://www.ft.com/content/a2901ce8-5eb7-4633-b89c-cbdf5b386938>.

4. J. Burn-Murdoch, C. Giles, « UK suffers second-highest death rate from coronavirus », *Financial Times*, May 28, 2020, <https://www.ft.com/content/6b4c784e-c259-4ca4-9a82-648ffde71bf0>.

5. Remarquons cependant qu'il se distingue sur deux aspects majeurs des propositions de Beveridge. En premier lieu, pour ce dernier, une condition nécessaire à la mise en œuvre du système

est que l'appréciation des besoins et le choix des traitements sont de la seule responsabilité des médecins. Dès lors, la maîtrise des coûts n'est possible pour les pouvoirs publics que par l'action sur l'offre. L'instrument principal est sa limitation quantitative (retards dans la construction d'hôpitaux, sous-effectifs...) qui se traduit de la manière la plus visible par les longs délais d'attente pour l'accès aux soins non vitaux à l'hôpital.

À partir des années 1980, les gouvernements conservateurs privilégient la réduction des coûts au moyen de différentes techniques de privatisation, camouflée ou ouverte :

- introduction à l'hôpital des méthodes de gestion du secteur privé ;
- recours à la sous-traitance pour les fonctions annexes ;
- appel aux capitaux privés pour la construction des hôpitaux ;
- mise en concurrence des hôpitaux publics et privés auprès d'« acheteurs de soins » dotés d'un budget (aujourd'hui, les Clinical Commissioning Groups – CCG, qui réunissent dans une zone géographique les médecins de ville ou General Practitioners – GP).

Le gouvernement du New Labour conserve dans une large mesure cette logique avec la différence majeure qu'il l'accompagne, entre 2000 et 2010, d'une forte croissance du budget du NHS ⁶.

En parallèle, il existe un secteur privé auquel les patients peuvent s'adresser

librement en supportant le coût complet, généralement par l'intermédiaire d'assurances individuelles ou d'assurances collectives d'entreprises (Kober-Smith, 2011). Dans la période récente, les gouvernements conservateurs, au nom de la réduction des durées d'attente, ont permis aux hôpitaux privés de devenir prestataires du NHS pour des opérations routinières. Cette solution sera mobilisée face à la pandémie.

Parallèlement, la pandémie pose avec acuité la question des conditions de santé dans les maisons de retraite. Leur rôle s'y est révélé étroitement complémentaire de celui du NHS. Le gouvernement de Margaret Thatcher avait contraint les collectivités territoriales, en charge de ce secteur, à externaliser la gestion en recourant à des procédures d'appel d'offres. À côté de multiples petites structures du tiers secteur, quelques grands groupes privés ont pris une place dominante, attirés par la garantie d'un financement public et la perspective d'une demande croissante liée au vieillissement de la population. Le secteur occupe une main-d'œuvre essentiellement féminine, considérée comme non qualifiée avec de bas niveaux de salaire et sans perspective de carrière professionnelle. La différence de statut est radicale avec le personnel du NHS qui appartient au secteur public, même si la sous-traitance occupe dans ce dernier une place non négligeable. La pandémie engendre donc un choc asymétrique sur ces deux secteurs.

réside dans la réalisation du plein emploi. Or, le NHS a été confronté à plusieurs phases de chômage massif. En second lieu, pour Beveridge, le financement est assuré par des cotisations. Les contributions de l'État doivent être exceptionnelles et habituellement limitées à la période de montée en charge du nouveau régime. Or, le NHS est financé pour l'essentiel par le budget de l'État ; les contributions des salariés et des employeurs (National Insurance Contribution) n'interviennent que pour une faible part.

6. Sur l'histoire du NHS des origines jusqu'aux années 2010 : Klein (2013) ; Kober-Smith (2010). Sur la période récente : Volovitch (2002) ; Join-Lambert, Lefresne (2004) ; Lefresne (2014) ; Dalingwater (2015).

Hiérarchiser pour maîtriser l'afflux des patients

Dans un premier temps, le gouvernement considère prioritaire de retarder la diffusion du virus de façon à favoriser l'acquisition d'une immunité collective et à repousser le pic d'infection jusqu'à l'été, au moment où le NHS serait en meilleure position pour l'affronter. Cette option ne permettra pas au système de santé d'éviter les choix imposés par la saturation des capacités.

Une politique fluctuante face à la diffusion du virus

Il existe un contraste entre la réponse budgétaire rapide, massive et diversifiée du gouvernement aux conséquences économiques et sociales de la pandémie et son attitude attentiste et fluctuante quant aux mesures de protection sanitaire. Dès le 11 mars, dans le budget de printemps (*Spring Budget*), 12 milliards de livres (13,7 milliards d'euros) de mesures additionnelles sont annoncées avec trois priorités : le financement des dépenses de santé (5 milliards de livres), les aides ciblées aux entreprises (5 milliards de livres) et les aides aux ménages les plus vulnérables (1 milliard de livres). Très vite, des mesures de grande ampleur sont annoncées : prêts ou garanties de prêts aux entreprises, réductions d'impôts ou délais de paiement, indemnisation du chômage temporaire, aides aux travailleurs indépendants, amélioration du niveau et accélération ou élargissement de

l'accès à différentes prestations sociales. Même si des critiques sont portées sur certaines lacunes du dispositif ou sur certaines inégalités de traitement, tous reconnaissent l'ampleur des premières mesures adoptées en moins de 15 jours.

Le contraste est marqué avec la politique de santé⁷. Alors que les premières hospitalisations ont lieu fin janvier et que, dès le 10 février, le gouvernement reconnaît l'existence d'une « menace sérieuse et imminente pour la santé publique⁸ », il reste longtemps dans une position attentiste, semblant opter pour la stratégie de l'immunité collective⁹.

Le 2 mars, Boris Johnson incite la population à vaquer à ses occupations comme de coutume (« *To go about business as usual* »). Un premier plan est présenté le 3 mars : les mesures de distanciation sociale ne sont pas jugées nécessaires ; une loi d'urgence ne sera pas présentée avant fin mars car il se passera « des mois plutôt que des semaines » avant que de nouveaux pouvoirs soient nécessaires. Pour Boris Johnson, « le pays est très bien préparé ; il dispose d'un fantastique NHS ; il a une fantastique capacité de mener des tests à grande échelle¹⁰ ». Selon lui, la meilleure mesure que peuvent prendre ses concitoyens est de « laver leurs mains avec du savon pendant au moins 20 secondes¹¹ ». Le gouvernement affirme cependant qu'il prépare toutes les mesures nécessaires en cas de diffusion de la pandémie.

Le 12 mars, Boris Johnson change de ton. Il recommande l'auto-confinement

7. L. Boussaguet, F. Faucher, « Le yoyo de BoJo : la gestion symbolique de la crise du Covid-19 au Royaume-Uni », *The Conversation*, 24 juin 2020, <https://bit.ly/3b1fxtr>.

8. « *A serious and imminent threat to public health.* »

9. A. Mornington, « Ce que la stratégie d'immunité de groupe britannique révèle du gouvernement Johnson », *The Conversation*, May 13 2020, <https://bit.ly/2D2IF76>.

10. « *This country is very well prepared, we have a fantastic NHS, we have a fantastic ability to conduct large-scale testing.* »

11. « *Wash their hands with soap for at least 20 seconds.* »

pendant une semaine à celles et ceux qui présentent des symptômes. Les voyages scolaires à l'étranger doivent être annulés. Il conseille aux personnes de plus de 70 ans d'éviter les croisières. Le 13 mars, il modifie à nouveau sa position et annonce interdiction des rassemblements de masse à partir du prochain week-end, ceci 24 heures après avoir affirmé l'inefficacité de cette mesure.

Cependant les informations scientifiques alarmantes se multiplient (voir encadré). Le 13 mars, Patrick Vallance, premier conseiller scientifique du Premier ministre (*Chief scientific adviser*), déclare qu'environ 40 millions de personnes (60 % de la population) devraient être infectées pour créer une immunité collective (*herd immunity*) et éviter ainsi le retour du virus. Le 16 mars, une fuite dans la presse révèle le contenu d'un document de Public Health England¹² : dans un « scénario raisonnable du pire » (*reasonable worst case scenario*), 80 % de la population seraient infectés dans les 12 mois, dont 8 millions hospitalisés. Le même jour, l'Imperial College, consulté par le gouvernement, estime que la stratégie de l'immunité collective pourrait entraîner jusqu'à 250 000 décès. Cependant, le gouvernement reste dans le registre des conseils ciblés sur différentes catégories de population.

Ce n'est que le 18 mars qu'est annoncée la décision de fermer les écoles à partir du 20 mars au soir, sauf « pour les

enfants les plus vulnérables et ceux des personnels clés ». Les *pubs*, restaurants, théâtres et cinémas, centres de loisir, gymnases... suivent à partir du 21 mars, mais pas les parcs publics. Le confinement est annoncé le 23 mars, ainsi que la fermeture des magasins non essentiels et il est par la suite prolongé jusqu'au 7 mai.

Le 10 mai, Boris Johnson annonce un déconfinement en trois étapes en fonction de l'évolution de la pandémie¹³. Dès le 13 mai, les sorties sont libres en respectant une distance minimale de deux mètres. Le 1^{er} juin, ouvrent à nouveau les magasins non alimentaires, les crèches et une partie de l'enseignement primaire. Le 4 juillet, la mesure est étendue aux espaces publics, aux activités culturelles et de loisirs ainsi qu'aux cafés-hôtels-restaurants malgré les réserves et critiques exprimées par de nombreuses instances ou personnalités médicales à propos du risque d'une deuxième vague¹⁴. Après des messages contradictoires, le gouvernement décide que les masques seront obligatoires à partir du 24 juillet dans tous les commerces, mais pas dans les bureaux, les salles de classe ou les espaces publics.

Enfin, cédant à une pression croissante, Boris Johnson s'engage le 15 juillet, sans plus de précisions, à demander ultérieurement une enquête indépendante qui porterait sur la gestion de la pandémie par le gouvernement.

12. « Santé publique d'Angleterre » est une agence du ministère de la Santé.

13. Les exécutifs d'Écosse, d'Irlande du Nord et du Pays de Galles, qui jusqu'alors s'étaient alignés sur les choix du gouvernement britannique, rejettent ce changement de stratégie sur lequel ils n'ont pas été consultés. Ils maintiennent le principe du confinement, « *Stay at home* » (Restez chez vous), que Boris Johnson a décidé de remplacer par une vague recommandation, « *Stay alert* » (Restez vigilants).

14. Au risque d'une deuxième vague s'ajoute pour le NHS le retard accumulé sur les opérations non urgentes qui ont été repoussées. Le nombre de personnes sur les listes d'attente, qui était de 4 millions avant la pandémie, pourrait passer à 10 millions d'ici la fin de l'année (S. Neville, « NHS seeks to embed lessons of pandemic », *Financial Times*, June 29, 2020, <https://www.ft.com/content/7f4735f4-3242-40ac-9495-8627de9b2f91>).

Encadré

The Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE)

Un « Groupe de conseil scientifique en cas de situations critiques » a été créé auprès du gouvernement en 2009 ; depuis lors, il a été activé à 11 reprises. Son président est le Chief Scientific Adviser (Principal conseiller scientifique) du gouvernement et, s'il s'agit d'un problème de santé, son vice-président est le Chief Medical Officer (Principal responsable médical). Ils peuvent seuls s'exprimer au nom du Groupe. Ils choisissent les experts indépendants qui le constituent ; la composition varie en fonction de la nature des situations critiques auxquelles le pays doit faire face. Des fonctionnaires représentant les ministères concernés participent à ses réunions (GOV.UK, « The Scientific Advisory Group for Emergencies » ; Wikipedia, « Scientific Advisory Group for Emergencies »).

Dans un premier temps, le gouvernement refuse de rendre publique la liste des experts qui sont membres de SAGE dans le cas du Covid-19, selon lui afin de les protéger contre toute pression extérieure. Soumis à des critiques croissantes du Parlement et des médias, il publie le 4 mai une liste de plusieurs dizaines de membres. Les protestations de certains de ces experts révèlent que Dominic Cummings, le redoutable conseiller de Boris Johnson, a participé activement dès le mois de février à des réunions de SAGE et a pesé « de manière inappropriée » (*inappropriately*) sur ses avis.

Les critiques portées sur l'absence de transparence dans le fonctionnement de SAGE, notamment les délais dans la publication des rapports qui lui sont fournis, suscitent l'initiative d'un précédent Chief Scientific Adviser qui crée un groupe de 12 « scientifiques indépendants »¹. À plusieurs reprises, ce groupe met en cause le manque de rigueur de la politique du gouvernement.

Le gouvernement a constamment affirmé que ses décisions ne reposaient pas seulement sur les aspects sanitaires du dossier mais aussi sur l'ensemble des problèmes économiques et sociaux créés par la pandémie. Certains membres de SAGE et parfois son président ont fait connaître leurs regrets ou leurs réticences sur les retards dans la mise en œuvre du confinement et sur le caractère prématuré de son relâchement².

1. C. Hodgson, « UK should consider border controls, say independent scientists », *Financial Times*, May 4, 2020, <https://www.ft.com/content/08b7b3e9-22a3-479e-977d-c368575eb6fe>.

2. Par exemple : G. Parker, S. Neville, T. Powley, « Johnson suffers "back to work" blow from chief scientist », *Financial Times*, July 16, 2020, <https://www.ft.com/content/6ed00ea3-01b1-41da-a4d3-b872f1d07c56>.

De multiples sources d'inégalités

Il existe de nombreuses informations sur les inégalités sanitaires face à la pandémie, mais il est difficile d'identifier des variables explicatives pertinentes. En premier lieu, il existe trois étapes au

cours desquelles sont mises en évidence des inégalités et elles donnent des résultats différents : l'exposition au risque, l'accès aux soins, la probabilité de décès. En second lieu, si l'on met à part l'âge et le sexe, dont l'impact est bien identifié, les

autres variables explicatives potentielles sont fortement corrélées entre elles. Par exemple, les emplois peu qualifiés dans les secteurs d'activité les plus exposés au risque sont plus que proportionnellement occupés par des personnes appartenant aux minorités ethniques, qui vivent dans des zones défavorisées et sont déjà victimes de comorbidités les rendant plus vulnérables au virus.

L'Office statistique met à jour régulièrement des statistiques descriptives qui rendent compte de différents facteurs associés à ces inégalités et Public Health England a produit au mois de juin un document de synthèse (PHE, 2020). Pour l'instant, on ne dispose pas, sauf partiellement (voir *infra*), de travaux qui permettent d'imputer un poids spécifique à chacune des variables potentiellement explicatives. Notons cependant que les inégalités entre les différentes populations sont calculées après correction de leur composition par âge (*age-standardised mortality rates*).

- La prise en compte de l'âge, du sexe et des comorbidités aurait pu être génératrice d'inégalités dans l'accès aux soins. En effet, un document à l'entête du NHS a été dévoilé le 13 avril par le *Financial Times*¹⁵. Trois critères y sont combinés pour décider de l'admission en soins intensifs. L'âge est coté entre 0 point (moins de 50 ans) et 6 points (plus de 80 ans). Le degré de fragilité (*frailty*) vaut entre 1 point (« robuste, actif, énergique et motivé ») et 9 points (« approchant la fin de la vie »). Enfin, différentes comorbidités valent chacune un ou deux points. Le total des trois rubriques est diminué d'un point pour les femmes (sans

explication). En cas de pénurie d'équipements, seuls les patients ne dépassant pas 8 points seraient admis en soins intensifs. Il est donc souhaitable d'être jeune, robuste et sain. Certes, le document précise qu'il peut exister des cas particuliers et que la souveraineté de décision du médecin est maintenue (*clinical discretion will continue to apply*). Néanmoins, l'impact de la divulgation a été suffisant pour que le NHS doive préciser qu'il ne s'agissait pas d'un « document approuvé ». Cet exemple témoigne de la crainte d'être débordé qu'éprouvait au début d'avril le service de santé. À notre connaissance, on ne dispose pas d'informations contrôlables sur l'utilisation effective de ce « support à la décision ». En pratique, il semble qu'une modalité de sélection, non explicite mais brutale, ait été la « libération » de lits d'hôpitaux par transfert massif des personnes âgées dans les maisons de retraite où la mortalité a été considérable (voir *infra*).

- Le secteur d'activité et la profession interviennent d'abord dans l'inégalité d'exposition au risque. L'ONS a créé un indice d'exposition potentielle sur la base de l'intensité des proximités physiques et de l'exposition aux maladies (ONS, 2020a). Sans surprise, les deux groupes principaux sont constitués d'abord par l'ensemble des professions médicales et des soins aux personnes (*social care*) qui combinent les deux caractéristiques ; viennent ensuite les métiers des hôtels-cafés-restaurants, coiffeurs et analogues très concernés par la proximité physique et peu par l'exposition aux maladies. Ce second groupe se situe dans des activités qui ont été, pendant un temps, fermées au

15. NHS, « Covid-19 Decision Support Tool », <http://prod-upp-image-read.ft.com/765d3430-7a57-11ea-af44-daa3def9ae03> ; P. Foster, B. Staton, N. Rovnik, « NHS score tool to decide which patients receive critical care », *Financial Times*, April 13, 2020, <https://www.ft.com/content/d738b2c6-000a-421b-9dbd-f85e6b333684>.

public. Les populations non blanches occupent 20 % des emplois les plus exposés alors qu'elles ne représentent que 10 % de l'emploi total. Les inégalités d'exposition au risque se traduisent-elles dans les décès ? Les inégalités entre les catégories professionnelles (*occupations*) sont mesurées, dans la tranche d'âge 20-64 ans, par le ratio des décès pour 100 000 personnes (ONS, 2020b). Si le personnel de santé a un ratio identique à la moyenne, ce n'est pas le cas pour les personnels du *social care* (soins aux personnes) pour lesquels il est environ le double¹⁶. Les écarts les plus forts s'observent pour les professions peu qualifiées (ratio plus que double de la moyenne), par exemple, pour le personnel de sécurité (plus que quadruple) ou pour les chauffeurs (plus que triple).

- Les inégalités spatiales ont une double composante (ONS, 2020c ; Davenport *et al.*, 2020 ; McCurdy, 2020). En premier lieu, en lien avec la facilité de propagation du virus, le taux de mortalité pour 100 000 habitants, corrigé de la composition par âge (*age-standardised mortality rate*), est fortement corrélé à la dimension des agglomérations urbaines¹⁷ avec un pic à Londres qui a un taux de 137,6 alors que la moyenne est de 81,2 pour l'Angleterre et le Pays de Galles et que les zones rurales d'habitat isolé ont un taux de 22,2. L'écart est maximum pour le mois d'avril qui correspond au pic de la pandémie. Il est fortement réduit en mai avec le confinement. Pour ce mois seulement, le taux de la région du Nord-Est devient

double de celui de Londres. En second lieu, et l'observation précédente nous y invite, il faut prendre en compte la situation plus ou moins défavorisée des zones géographiques. L'ONS utilise un indice multidimensionnel de « privation » (*deprivation*) qui combine la prise en compte d'indicateurs des revenus, de l'emploi, de la santé, de l'éducation, de la criminalité, de l'environnement et de l'accès au logement dans chaque zone géographique. Pour l'Angleterre, les taux de mortalité varient du simple à plus du double entre les zones les plus défavorisées (1^{er} décile) et les plus favorisées (10^e décile) avec respectivement 128,3 et 58,8.

- Les inégalités selon les groupes ethniques¹⁸ sont surtout fortes aux dépens de deux catégories : les Noirs et les Bangladais-Pakistanaï (ONS, 2020d). Pour la période du 2 mars au 15 mai, après correction selon la composition par âge, la probabilité de mortalité est 2,4 fois plus élevée pour les femmes noires et 3,3 fois pour les hommes noirs que pour leurs homologues blanches et blancs. Pour les Bangladais et Pakistanaï, les ratios correspondants sont de 2,0 et 2,5. Si l'on réalise une analyse statistique de type « toutes choses égales par ailleurs »¹⁹, le ratio est encore de 1,4 pour les femmes noires et de 2,0 pour les hommes noirs ; pour les Bangladais-Pakistanaï, il est de 1,1 pour les femmes et 1,5 pour les hommes. Il existe donc une disparité qui résiste à la prise en compte de toutes les autres variables explicatives

16. L'écart s'explique principalement par les différences dans les qualifications professionnelles et les dotations en équipements personnels de protection (voir *infra*).

17. Taux calculés sur la période allant du 1^{er} mars au 31 mai.

18. Les statistiques distinguent sept catégories : White, Mixed, Indian, Bangladeshi-Pakistani, Chinese, Black, Other. La catégorie des Whites se distingue des six autres qui sont regroupées sous l'appellation de BAME (Black and minority ethnic groups).

19. En plus des différences d'âge, le modèle corrige des variables suivantes : région, densité démographique, degré de « privation » de la zone (voir *supra*), composition du ménage, ménages multi-générationnels, position socio-économique, statut d'occupant du logement, qualification, type d'emploi (exposition au virus).

disponibles. Les écarts sont nettement plus faibles pour les autres groupes ethniques (ONS, 2020d ; voir aussi : Fisher, 2020 ; Platt, Warwick, 2020).

À une pandémie d'ampleur longtemps sous-estimée, le gouvernement a réagi par des affirmations à chaque fois démenties et par des décisions constamment remises en cause²⁰. L'intense effort de mobilisation des ressources a subi l'impact de ce contexte perturbateur, ce qui contribue à expliquer qu'aient été reproduites ou amplifiées les inégalités qui caractérisent la société britannique.

Mobiliser les ressources

Face à une situation initiale de pénuries généralisées, d'importantes mesures d'urgence ont été adoptées pour les hôpitaux tandis que les foyers de personnes âgées sont restés dans une situation de détresse.

Une situation critique au départ

De longue date, le NHS connaît des déficits dans le personnel et dans le nombre de lits qui engendrent de longues durées d'attente pour l'accès aux soins sauf cas d'urgence. Un pic est atteint à la fin des années 1990 avec des scandales de forte surmortalité dans certains hôpitaux. Il conduit alors le gouvernement du New Labour à adopter un plan d'une ampleur exceptionnelle (Volovitch, 2002). En valeur réelle, le taux de croissance annuel moyen du budget du NHS est de 6 % jusqu'en 2010. La politique de coupes budgétaires massives menée par les gouvernements conservateurs à partir de 2010

épargne relativement le domaine politiquement sensible du NHS. Cependant depuis lors le taux de croissance réel moyen est tombé à 1 %. Compte tenu du vieillissement de la population et de l'augmentation du coût des soins, un taux de 4 % est estimé nécessaire pour maintenir le niveau de qualité. La dégradation des indicateurs est telle qu'en 2019 le gouvernement de Theresa May présente un plan de long terme pour le NHS. Au début de 2020, sa mise en œuvre n'a pas commencé.

En ce qui concerne les foyers de personnes âgées, la situation est plus grave encore au moment où éclate la pandémie. La politique d'externalisation imposée aux collectivités territoriales par les gouvernements conservateurs au cours des décennies 1980 et 1990 (voir *supra*) a attiré des investisseurs institutionnels et des fonds de placement. Ils étaient intéressés par un marché en croissance tendancielle assurée et par un financement public supposé garanti. Le retour des conservateurs au pouvoir en 2010 engendre un double choc. D'une part, la politique d'austérité budgétaire engendre une chute brutale des ressources des collectivités territoriales²¹ qui prenaient en charge, sous conditions de ressources, la majorité des pensionnaires. D'autre part, un nouveau salaire minimum, le National Living Wage, est introduit en 2016 avec une trajectoire qui l'amène en 2020 au niveau de 60 % du salaire médian. Comme l'essentiel du personnel est payé au salaire minimum, les maisons de retraite enregistrent une forte augmentation des coûts salariaux qu'elles ne peuvent reporter, partiellement, que sur

20. Un article de presse a fait l'inventaire des 12 « virages à 180 degrés » de Boris Johnson face à la pandémie : J. Pickard, « U-turns by the dozen : Boris Johnson's pandemic response », *Financial Times*, August 26, 2020, <https://www.ft.com/content/00c5b1ed-a9ba-4a44-bde6-670135f9ef7e>.

21. Le gouvernement central assure en moyenne les trois quarts de leurs recettes et fixe les règles de la fiscalité locale.

les tarifs de leur clientèle privée. Les dernières années voient se succéder faillites et fermetures de maisons de retraite avec une dégradation de tous les indicateurs de qualité mesurés lors des inspections. Des scandales de maltraitance sont mis en lumière ²².

Globalement, en 2020, un rapport montre pour l'Angleterre une amplification des inégalités en matière de santé au cours des dix dernières années (Marmot *et al.*, 2020). Les coupes budgétaires ont plus fortement frappé les zones les plus défavorisées (*most deprived areas* ; voir *supra*). Le rapport définit une mesure de la « mortalité évitable » (*avoidable mortality*) : elle est trois fois plus élevée dans le premier décile (zones les plus défavorisées) que dans le dixième décile (zones les plus favorisées).

Une allocation prioritaire des moyens au NHS

En principe, sauf urgences, l'entrée dans le système de santé s'opère au niveau des *General Practitioners* (GP, médecins de ville) qui peuvent prescrire, si nécessaire, le recours à des spécialistes et l'hospitalisation. Cette procédure n'a pu fonctionner correctement (Salisbury, 2020 ; Thornton, 2020). Dépourvus d'équipements de protection individuelle, les GP ont privilégié les consultations par téléphone ou par vidéoconférence. Dans certaines régions, les Clinical Commissioning Groups qui les regroupent (voir *supra*) ont financé l'activité de *hot hubs* (plateformes d'urgence) mais leur efficacité a été mise en doute ²³. Enfin, leur intervention a été limitée par le fait qu'ils n'avaient pas le pouvoir de prescrire

des tests de dépistage. En pratique, sauf formes bénignes, l'envoi à l'hôpital s'est imposé.

Au moment où éclate la pandémie, le NHS compte environ 100 000 postes vacants, dont 50 000 d'infirmières et infirmiers, et il ne dispose que de 3 700 lits de soins intensifs ²⁴. Fin février, 4,4 millions de patients sont en attente de traitement dont 80 % depuis plus de 18 semaines. Des mesures d'urgence sont prises pour accroître les capacités d'accueil.

En ce qui concerne le personnel, la pénurie est accrue par l'auto-confinement des personnels qui présentent des symptômes soit pour eux-mêmes, soit parmi leurs proches ; le phénomène est amplifié par la pénurie de tests (voir *infra*). Deux types de ressources sont mobilisées. En premier lieu, un appel est lancé aux retraités récents (moins de trois ans) parmi les médecins (15 000) et les infirmières et infirmiers (50 000). Au 10 mai, 30 000 ont répondu à l'appel et près de 12 000 ont été réintégrés dans le NHS. En second lieu, des étudiantes et étudiants en médecine en dernière année (5 500) ainsi que les élèves des écoles d'infirmières et infirmiers (18 000) sont intégrés aux équipes soignantes.

La pandémie favorise une prise de conscience de la dépendance du système de santé britannique à l'égard de personnels étrangers : 37 % des médecins du NHS ont obtenu leur diplôme hors du Royaume-Uni. De plus, il est apparu qu'ils couraient des risques supérieurs. Ainsi, une étude portant sur 106 décès enregistrés jusqu'au 22 avril dans le secteur de la santé et du *social*

22. G. Plimmer, « Private equity and Britain's care home crisis », *Financial Times*, February 9, 2020, <https://www.ft.com/content/952317a6-36c1-11ea-a6d3-9a26f8c3cba4>.

23. E. Philpotts, « GPs set to diagnose Covid-19 face to face in "hot hubs" », *Pulse*, April 2, 2020, <https://bit.ly/2QwYYfw>.

24. Soit deux fois moins de lits pour 100 000 habitants que la France et l'Italie.

care (soins aux personnes) constate que 63 % concernent des minorités ethniques alors qu'ils ne représentent que 21 % des effectifs du NHS ; plus de 50 % des morts sont nés hors du Royaume-Uni alors que cette catégorie ne représente que 18 % des effectifs du NHS (Cook *et al.*, 2020). Le 6 mai, le NHS annonce le lancement d'une étude pour évaluer la spécificité des risques courus par ces populations.

En ce qui concerne les lits disponibles, trois mesures sont successivement mises en œuvre :

- en premier lieu, un objectif de libération de 30 000 lits est poursuivi d'une part, par l'arrêt des admissions non urgentes liées à d'autres morbidités, d'autre part, par la sortie anticipée de patients lorsqu'elle est jugée possible pour un retour vers des soins soit à domicile, soit pour les personnes âgées en maison de retraite médicalisée ;

- en deuxième lieu, des « hôpitaux Nightingale ²⁵ » sont installés dans quelques grandes agglomérations urbaines en utilisant des locaux inutilisés du fait de la pandémie. Par exemple, à Londres, un centre de conférences est équipé avec l'aide de l'armée ; il est ouvert

après huit jours de travaux ; il est prévu avec une capacité finale de 4 000 lits ²⁶ ;

- en troisième lieu, un accord est passé avec l'organisation qui représente les hôpitaux privés pour la mise à disposition de 8 400 lits (dont seulement 138 en soins intensifs). Cet accord est jugé intéressant par les représentants du secteur privé car celui-ci souffre d'une chute des entrées pour soins non urgents et surtout de l'interruption de l'arrivée de la très rentable clientèle étrangère. L'accord lui permet de fonctionner à pleine capacité ²⁷.

Fin avril, le nombre de nouveaux cas se stabilise avant de baisser fortement en mai. Plusieurs centaines de lits de soins intensifs redeviennent disponibles ; les opérations non urgentes reprennent progressivement. Au total, le NHS semble avoir tenu le choc pendant le pic de la pandémie, mais à un coût humain élevé et non sans de sévères contreparties dont la principale concerne les foyers de personnes âgées.

Une hécatombe dans les foyers de personnes âgées ?

La priorité accordée au NHS, en particulier dans l'attribution des tests et des équipements de protection personnelle (voir *infra*), s'accompagne longtemps

25. Florence Nightingale (1820-1910) est une figure historique au Royaume-Uni. Cette infirmière a tenu une place exceptionnelle dans le perfectionnement des soins, l'utilisation des statistiques, ainsi que dans le mouvement féministe.

26. Cette opération a connu initialement, à l'initiative du gouvernement, un considérable impact médiatique. Cependant, des doutes se sont rapidement exprimés puisque le fonctionnement reposait sur le prélèvement de personnel dans des hôpitaux déjà en situation de pénurie. Ultérieurement, les taux de remplissage se sont révélés faibles. L'Institute for Public Policy Research a calculé que le coût des Nightingale Hospitals correspond à près d'un million de coûts moyens de journée dans les hôpitaux. Il y voit l'illustration du caractère court-termiste et inefficace de la politique de fermeture des lits imposée au NHS depuis 2010 par les coupes budgétaires successives (Thomas, 2020).

27. Cette mesure d'urgence prend place dans une longue évolution qui a favorisé le recours aux hôpitaux privés présenté tantôt en termes de complémentarité (réduire les files d'attente), tantôt en termes de concurrence (stimuler l'accroissement de l'efficacité des hôpitaux publics). En l'occurrence, le rôle des hôpitaux privés a été limité car ils fonctionnent principalement grâce au concours des médecins des hôpitaux publics autorisés à compléter ainsi leurs revenus. Or, débordés par la pandémie dans leur emploi principal, ces médecins ne pouvaient contribuer à accroître l'intervention des hôpitaux privés.

d'une minoration par le gouvernement des risques qui pèsent sur les foyers de personnes âgées²⁸. Ce risque sera amplifié par l'obligation faite à ceux-ci de contribuer à la libération de lits dans les hôpitaux en acceptant le transfert de 25 000 personnes sans qu'elles aient subi de test²⁹. L'absence de tests provoque aussi un important absentéisme du personnel qui doit pratiquer l'auto-confinement à domicile en cas de symptômes.

La situation est d'abord masquée par la non-publication du nombre de décès dus au Covid-19 dans ces établissements. Même lorsque ces chiffres commencent à être publiés à partir du 29 avril, ils sont sous-estimés du fait de l'absence de tests de détection de l'infection. Selon l'ONS, pour l'Angleterre et le Pays de Galles, les *care homes* ont enregistré entre le 2 mars et le 1^{er} mai 23 000 décès excédentaires relativement à la même période de 2019 alors que le chiffre officiel est de 12 500 décès associés à des tests positifs. Selon les termes de Sebastien Payne : « Le spectre des morts solitaires dans les maisons de santé plane au-dessus de gouvernement³⁰. »

Faire face aux pénuries aiguës de matériels

La pandémie est le moment d'une prise de conscience par l'opinion publique de

la dépendance dans laquelle se trouve le Royaume-Uni à l'égard de fournisseurs étrangers, principalement asiatiques, parfois américains, pour l'ensemble des matériels sanitaires : respirateurs, équipements de protection personnelle et tests. Différentes mesures d'urgence sont improvisées au fil des jours dans chacun de ces domaines.

Respirateurs

Le NHS disposerait au départ de 8 175 respirateurs tandis que les besoins sont d'abord estimés à 30 000 puis à 60 000. À l'appel du gouvernement, les industriels sont mobilisés à la mi-mars pour une production de 20 000 respirateurs dans un délai de deux semaines, ce qui est jugé peu réaliste. Des programmes se mettent en place principalement sur la base de groupes de l'automobile et de l'aérospatiale (Ventilator Challenge UK) ou encore d'un fabricant d'aspirateurs et de sèche-cheveux (Dyson). Le gouvernement se porte garant en cas d'actions en justice contre les fabricants pour mauvais fonctionnement ou violation des droits de propriété. En revanche, les petits producteurs nationaux de respirateurs se plaignent de n'avoir pas été sollicités. Les ambassades sont mobilisées pour rechercher des fournisseurs étrangers, mais le Royaume-Uni ne s'associe pas aux appels d'offres lancés par l'Union européenne. Au 21 mai, 2 000 respirateurs seulement ont été livrés³¹.

28. Un document gouvernemental du 25 février indique qu'il est très peu vraisemblable que les pensionnaires des foyers de personnes âgées soient infectés (« *It remains very unlikely that anyone receiving care in a care home or the community will become infected* »).

29. Les documents britanniques utilisent les termes *care homes*, c'est-à-dire littéralement « maisons de soins ». En pratique, la surmortalité touche essentiellement les foyers de personnes âgées.

30. S. Payne, « The spectre of lonely care home deaths hang over the government », *Financial Times*, June 15, 2020, <https://www.ft.com/content/cd62bbf0-a73a-11ea-92e2-cbd9b7e28ee6>.

31. Fin juin, un rapport d'experts conclut que la construction précipitée de respirateurs rudimentaires se révèle non seulement inutile, mais dangereuse pour les patients (P. Foster, « Medical experts warned UK watchdog against "basic" ventilator drive », *Financial Times*, June 23, 2020, <https://www.ft.com/content/a4574c5c-52f2-4c28-91ef-cd0a0ea2bb9b>).

Équipements de protection personnelle

Dans ce domaine (vêtements, masques, gants...), les pénuries sont criantes malgré les alertes déclenchées l'année précédente par certaines instances scientifiques. Elles font l'objet de plaintes répétées du personnel du NHS et, plus encore, de celui des foyers de personnes âgées. Des substituts de fortune doivent être imaginés, des équipements d'usage unique doivent être réutilisés, le personnel cherche à s'approvisionner sur Internet... La presse est remplie de descriptions surréalistes. Ici encore, appel est fait aux ambassades pour des achats à l'étranger et à l'industrie nationale pour imaginer des solutions de substitution.

Tests

Au début du mois de mars, la capacité est de 1 500 tests d'infection par jour ; ils sont réservés aux cas de difficultés respiratoires aiguës. Les critiques sont violentes aussi bien de la part du personnel que des personnalités scientifiques. L'une des conséquences, en conjugaison avec les pénuries d'équipements personnels de protection, est un absentéisme élevé puisque, en cas de symptômes, les personnels des hôpitaux et des foyers de personnes âgées doivent s'auto-confiner pendant 14 jours. Le 1^{er} avril, le gouvernement reconnaît qu'au sein du NHS, 2 000 personnes seulement ont bénéficié d'un test alors que 500 000 sont en contact avec les malades.

Le 11 mars, le gouvernement avait annoncé que le nombre quotidien de tests

passerait à 10 000 ; le 26 mars, l'objectif devient 25 000 pour mi-avril, puis le 2 avril 100 000 pour fin avril. Ce chiffre semble, selon le gouvernement ³², avoir été atteint ponctuellement le 30 avril avant une rechute au mois de mai.

Les réactions des organisations syndicales et professionnelles

Le Trades Union Congress (TUC) et les grands syndicats généraux comme Unite et GMB mettent l'accent sur les insuffisances globales du système de santé et sur les inégalités qu'elles engendrent parmi les victimes de la pandémie. Les problèmes propres aux personnels des secteurs de la santé et du *social care* sont mis en avant par les syndicats qui y sont fortement implantés comme UNISON et par les organisations professionnelles des médecins (British Medical Association, BMA) et des infirmières et infirmiers (Royal College of Nursing, RCN).

L'engorgement initial des hôpitaux et le sous-équipement des foyers de personnes âgées alimentent la mise en cause des politiques, interrompues seulement dans la décennie 2000, de réduction des moyens du NHS et du financement public des établissements de *social care*. Il en résulte en particulier un volume considérable de postes laissés vacants soit pour réaliser des économies budgétaires, soit parce que les bas salaires découragent les candidatures et favorisent les départs.

Les pénuries globales ont des effets inégalitaires déjà mis en évidence par les constats des syndicalistes ³³ avant d'être

32. Le contrôleur des statistiques (Statistical Regulator) a adressé au ministre de la Santé une inhabituelle et sévère mise en garde sur la non-fiabilité du nombre de tests annoncés : L. Hughes, C. Giles, « Matt Hancock criticised by regulator over UK coronavirus testing figures », *Financial Times*, June 2, 2020, <https://www.ft.com/content/2c32d72f-8bf3-4a46-8c2a-8781721cc0db>.

33. A. Collinson, « The new class divide – how Covid-19 exposed and exasperated workplace inequality in the UK », TUC, May 18, 2020, <https://bit.ly/31zCUr0>.

mesurés par l'Office national des statistiques (voir *supra*). Les taux d'exposition et de mortalité sont fortement supérieurs pour les personnes peu qualifiées, les minorités ethniques³⁴ et les immigrés, catégories qui se recoupent largement (TUC, 2020). Par ailleurs, les personnels en première ligne dans les hôpitaux et les foyers de personnes âgées sont très majoritairement des femmes.

La manque d'équipements de protection personnelle et de tests est vivement critiqué par les syndicats directement concernés, ceux des hôpitaux mais plus encore ceux des foyers de personnes âgées. Ces derniers dénoncent de plus le fait que, pour libérer des lits dans les hôpitaux, des personnes âgées aient été transférées dans ces foyers sans tests d'infection ni moyens de traitement³⁵. Ils s'élèvent aussi contre le fait qu'au nom de l'objectif d'éviter l'entrée du virus, les personnels de certaines maisons de retraite aient été interdits de sortie et donc confinés sur place³⁶. Dans les hôpitaux, l'absence d'équipements de protection personnelle est encore plus criante pour le personnel non médical des entreprises sous-traitantes, par exemple celui chargé du nettoyage³⁷.

Le 15 mai, 17 syndicats du NHS ont adopté conjointement un texte qui définit neuf conditions qui doivent être respectées lors de la réouverture des services

fermés pour faire face au pic de la pandémie³⁸. Depuis lors, les critiques syndicales se sont multipliées quant aux conditions de réouvertures de divers services : agences pour l'emploi, transports publics, écoles³⁹...

Conclusion

La crise du Covid-19 a révélé l'impact de tendances de long terme qui ont conduit, en premier lieu, à la mise en œuvre de modalités diversifiées de privatisation des secteurs de la santé et des soins aux personnes (*social care*) et, en second lieu, sauf sous les gouvernements du New Labour, à la réduction drastique de leur financement. Les logiques de marchandisation et la pénurie de ressources ont amplifié de multiples formes d'inégalités dans un système qui est présenté comme universel et comme garantissant à toutes et à tous l'accès à des soins de qualité.

Il est difficile de mesurer le poids respectif de l'incompétence, de la démagogie et de la pression des intérêts économiques sur le comportement apparemment erratique du gouvernement britannique : une menace d'abord sous-estimée, un confinement à retardement et un déconfinement probablement trop précoce font que le Royaume-Uni se situe actuellement dans les premiers rangs

34. R. Hussain, « Coronavirus – why structural racism is putting BAME lives at risk », TUC, April 22, 2020, <https://www.tuc.org.uk/blogs/coronavirus-why-structural-racism-putting-bme-lives-risk>.

35. Joint statement ADASS, UNISON, Unite, GMB and TUC, « Critical lack of PPE and testing has allowed coronavirus to sweep through the care sector », April 16, 2020, <https://bit.ly/3lLeT3> (Note : ADASS = Association of Directors of Adult Social Services ; PPE = Personal Protective Equipment).

36. Royal College of Nursing, « RCN position on staff living in care homes », s.d. (mars ou avril 2020), <https://bit.ly/2D3poT4>.

37. Entretien avec Helen O'Connor, *GMB organiser*, « Grande-Bretagne : Si vous voulez arrêter le coronavirus, répondez aux exigences du personnel hospitalier », *À l'encontre*, 16 mars 2020, <https://bit.ly/32v249x>.

38. NHS Trade Unions' Blueprint for Return.

39. « Unions question pace of lockdown easing », *FACT Service*, 82(26), July 2, 2020.

mondiaux quant à l'excédent par million d'habitants des décès liés à la pandémie.

Achévé de rédiger le 14 septembre.

Sources :

- Cook T., Kursumovic E., Lennane S. (2020), « Exclusive: Deaths of NHS staff from Covid-19 analysed », *Health Service Journal*, April 22, <https://bit.ly/31zZ0d7>.
- Dalingwater L. (2015), « The NHS at the Heart of the Election Campaign », *Revue française de civilisation britannique*, vol. XX, n° 3, <https://doi.org/10.4000/rfcb.568>.
- Davenport A., Farquharson C., Rasul I., Sibieta L., Stoye G. (2020), « The geography of the COVID-19 crisis in England », *Briefing Note*, Institute for Fiscal Studies, June 15, <https://doi.org/10.1920/BN.IFS.2020.BN0294>.
- Fisher B. (2020), « The impact of the pandemic on BAME populations and the implications for policy and plans going forward », Briefing Topic 1 – BAME, Socialist Health Association, May 27, <https://www.sochealth.co.uk/2020/05/27/briefing-topic-1-bame/>.
- Join-Lambert O., Lefresne F. (2004), « Royaume-Uni : le National Health Service: Une institution pérenne en pleine transformation », n° spécial, « Les syndicats face aux réformes de l'assurance maladie », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 91, novembre, p. 80-91, <https://bit.ly/3jc1VP4>.
- Klein R. (2013), *The New Politics of the NHS: From Creation to Reinvention*, 7th edition, Oxford, Radcliffe.
- Kober-Smith A. (2010), *Le système de santé anglais à l'épreuve des réformes managériales*, Rennes, PUR.
- Kober-Smith A. (2011), « La place et le rôle de l'assurance privée dans le système de santé britannique », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, mars-avril, p. 257-266.
- Lefresne F. (2014), « Royaume-Uni : le triomphe du New public management dans la crise », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 104-120, <https://bit.ly/3aZKiPH>.
- Marmot M., Allen J., Boyce T., Goldblatt P., Morrison J. (2020), *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*, Institute of Health Equity, February, <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>.
- McCurdy C. (2020), « Local differences. Responding to the local impact of coronavirus », Resolution Foundation, June 14, <https://www.resolutionfoundation.org/publications/local-differences/>.
- ONS (2020a), « Which occupations have the highest potential exposure to the coronavirus (COVID-19)? », May 11, <https://bit.ly/3hBdv5J>.
- ONS (2020b), « Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: Deaths registered up to and including 20 April 2020 », May 11, <https://bit.ly/34Dx9KY>.
- ONS (2020c), « Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation: Deaths occurring between 1 March and 31 May 2020 », June 12, <https://bit.ly/3huAvU2>.
- ONS (2020d), « Coronavirus (COVID-19) related deaths by ethnic group, England and Wales: 2 March 2020 to 15 May 2020 », June 19, <https://bit.ly/3k8f9b>.
- PHE (Public Health England) (2020), « Disparities in the risk and outcomes of COVID-19 », August, <https://bit.ly/2QrxlVe>.
- Platt L., Warwick R. (2020), « Are some ethnic groups more vulnerable to COVID-19 than others? », Institute for Fiscal Studies, May 1, <https://bit.ly/2D3gmp8>.
- Salisbury H. (2020), « Helen Salisbury: GPs still have no access to coronavirus testing », *British Medical Journal*, 369:m1881, <https://doi.org/10.1136/bmj.m1881>.
- Thomas C. (2020), *Resilient Health and Care. Learning the Lessons of Covid-19 in the English NHS*, Institute for Public Policy Research, July, <https://www.ippr.org/files/2020-07/resilient-health-and-care-july20.pdf>.
- Thornton J. (2020), « Covid-19: How coronavirus will change the face of general practice forever », *British Medical Journal*, 368:m1279, <https://doi.org/10.1136/bmj.m1279>.
- TUC (2020), « TUC response to inquiry on Coronavirus (Covid-19) and the impact on people with protected characteristics », <https://bit.ly/3b0QDu4>.
- Villa M. (2020), « Fase 2: Morti sommerse, "eccesso" di zelo? », Istituto per gli studi di politica internazionale, 28 aprile, <https://bit.ly/31vC6DB>.

UNE SOUS-ESTIMATION INITIALE DU RISQUE, PUIS UNE GESTION CHAOTIQUE

Volovitch P. (2002), « Royaume-Uni : le gouvernement britannique affiche sa volonté de financer une ambitieuse réforme du système de santé », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 76, mai, p. 1-8, <https://bit.ly/34QuLAL>.

Médias britanniques, notamment *The Guardian*, *The Financial Times*, BBC News.

Sites des organisations syndicales et professionnelles : TUC, GMB, Unite, UNISON, RCN, BMA.

Suède

Une gestion singulière de la crise sanitaire, un système de santé décentralisé sous forte tension

Annie JOLIVET¹

La Suède a réagi rapidement et au niveau national à l'épidémie provoquée par le SARS-CoV-2. Début février 2020, l'Agence de santé publique suédoise (Folkhälsomyndigheten) classe le Covid-19 comme un risque important, activant ainsi le processus de gestion de crise. Alors que fin février, elle considère encore que la probabilité de diffusion dans le pays est faible, sa position évolue au cours des premiers jours de mars avec l'augmentation du nombre de cas. Le 11 mars, date du premier décès, elle formule ses premières recommandations, le 16 mars les premières restrictions. Le 18 mars se tient un Conseil extraordinaire avec un gouvernement réduit.

La stratégie de gestion de la crise sanitaire mise en place à partir du 11 mars se distingue de celle de la plupart des autres pays européens par l'absence de recours à un confinement total et obligatoire. Ce choix est très critiqué et très commenté. Pendant les premières semaines de la crise sanitaire, les taux d'incidence et de

mortalité du Covid-19 atteignent en effet des niveaux nettement plus élevés que dans la plupart des autres pays, et surtout trois à quatre fois plus élevés qu'au Danemark et en Norvège et sept fois plus qu'en Finlande.

Cette stratégie repose sur une combinaison de dispositions, certaines relevant de recommandations et d'autres d'obligations assorties de sanctions, et sur la volonté à la fois d'anticiper et de s'inscrire dans une temporalité longue. L'objectif est, comme dans d'autres pays, de limiter le nombre de malades et en particulier le nombre de patients hospitalisés en soins intensifs. Les réformes mises en œuvre en Suède à partir des années 1980 ont privilégié la prise en charge des patients au niveau local par les centres de soins, une spécialisation et une concentration des hôpitaux, et des séjours plus courts avec le développement des soins ambulatoires. La crise sanitaire a donc mis sous pression l'organisation et les capacités du système de santé.

1. Chercheure au Centre d'études de l'emploi et du travail (CEET) – Cnam et au CRTD-Cnam, chercheure associée à l'Ires.

Après avoir rappelé les principales caractéristiques de l'épidémie de Covid-19, nous mettons en évidence la singularité du mode de gestion et de pilotage des réponses des autorités suédoises. Puis nous soulignons la mise sous tension des capacités sanitaires du pays et la réorganisation des soins pour affronter l'afflux des patients contaminés tout en signalant l'échec des autorités suédoises à protéger les personnes âgées, notamment dans les maisons de retraite. Enfin, nous abordons dans une dernière partie les pénuries de matériels de protection, de tests de dépistage et de produits pharmaceutiques et leurs causes.

**L'épidémie de Covid-19 en Suède :
une mortalité particulièrement
élevée ²**

L'incidence du Covid-19 est d'abord très marginale avec un petit nombre de cas relevant d'une contamination extérieure à la Suède. Le premier cas est recensé le 31 janvier 2020 ³. Au 27 février, sept cas sont identifiés. Jusqu'au début du mois de mars, la progression de la maladie est donc très limitée. La situation évolue rapidement au cours du mois de mars, avec une première accélération modérée, puis une seconde accélération beaucoup plus marquée du nombre de nouveaux cas confirmés (graphique 1). Début avril, 500 cas en moyenne sont confirmés par jour. Un pic est atteint au cours de la seconde quinzaine d'avril avec environ 800 nouveaux cas, puis ce nombre se stabilise jusqu'à la fin du mois

de mai. Le nombre de décès progresse de façon exponentielle au cours du mois de mars et atteint un maximum au cours de la première quinzaine d'avril (graphique 2). Au total, entre le 31 janvier et le 10 juin 2020 ⁴, 46 814 personnes sont testées positives au SARS-CoV-2, soit 462 cas pour 100 000 habitants, 4 795 personnes décèdent de Covid-19, soit 47,3 décès pour 100 000 habitants.

Début juin, une nouvelle progression très rapide se produit, avec un doublement du nombre de nouveaux cas confirmés en deux semaines (graphique 1), alors qu'une décrue s'observe dans la plupart des autres pays européens. Cette augmentation est liée en partie à l'accroissement du nombre de tests. Toutefois la plupart des cas ne nécessitent pas d'hospitalisation et le nombre de décès poursuit sa décrue.

Les comtés de Stockholm et de Västra Götaland (où se trouve Göteborg, la deuxième ville la plus peuplée du pays) comptent le plus grand nombre de cas. Toutefois la maladie se diffuse dans plusieurs régions au fil des semaines. L'épidémie est donc nationale bien qu'inégalement répartie, avec des rebonds épisodiques dans certaines régions et une variation de semaine en semaine des régions qui connaissent le plus grand nombre de nouveaux cas.

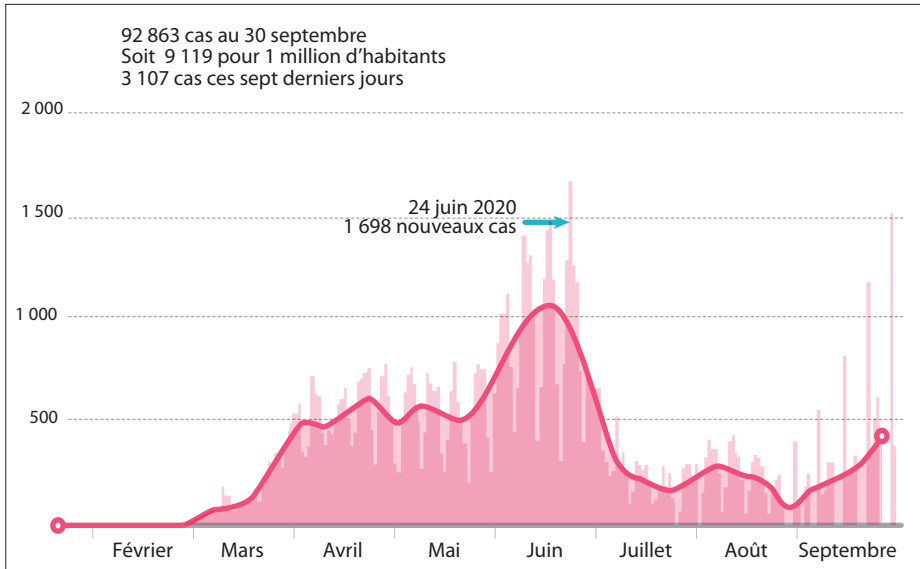
Au 2 octobre 2020, le bilan de l'épidémie s'établit à 94 283 personnes (53 226 femmes, 41 057 hommes) testées positives au Covid-19, soit 931 cas pour 100 000 habitants, 5 895 décès

2. Selon les informations disponibles au 6 octobre 2020.

3. <https://www.krisinformation.se/en/news/2020/january>, consulté le 12 juin 2020. La chronologie des événements est retracée à partir des informations fournies par les sites officiels et d'une recension des informations établie au jour le jour sur le site <https://www.lasuedeenkit.se/le-covid-19-en-suede/>.

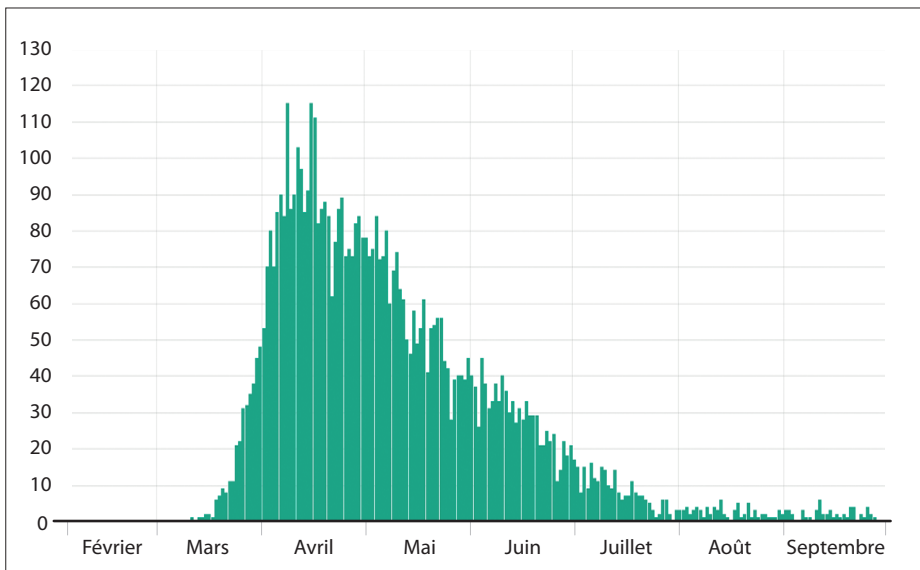
4. Date à laquelle les conférences de presse deviennent bi-hebdomadaires et non plus quotidiennes.

Graphique 1. Nombre de nouveaux cas quotidiens et moyenne glissante par semaine (février-septembre 2020)



Source : P. Breteau, « Coronavirus : seconde vague, reflux, maîtrise... visualisez l'évolution de l'épidémie dans 140 pays », *Le Monde*, publié le 27 mars 2020, mis à jour toutes les 24 heures, <https://bit.ly/2SIWVWJ>, consulté le 5 octobre. À partir des données de l'université Johns-Hopkins. Moyenne des infections par semaine en semaine glissante, du vendredi au vendredi précédent.

Graphique 2. Nombre de décès quotidiens (février-septembre 2020)



Source : Folkhälsomyndigheten, <https://bit.ly/2GCavcb>.

Tableau 1. Comparaison du nombre de cas et de décès pour 5 pays, 6 octobre 2020

	Nombre de cas	Nombre de morts	Taux de mortalité (par million d'habitants)
Danemark	30 546	659	113,7
Finlande	10 702	346	62,7
Norvège	14 605	275	51,7
Suède	94 283	5 895	578,9
France	664 289	32 317	482,4

Source : Johns Hopkins University, <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>.

(2 670 femmes, 3 225 hommes) soit 58,25 décès pour 100 000 habitants, 2 611 patients (709 femmes, 1 902 hommes) passés par les soins intensifs. Le taux de mortalité reste très supérieur à celui des pays voisins et dépasse même celui de la France (tableau 1).

Une gestion décentralisée et coordonnée de la crise sanitaire, des mesures de restriction limitées

L'épidémie de Covid-19 déclenche un processus de gestion de crise conforme aux dispositions et aux grands principes de la loi de 2006. Le pilotage de ce processus et les modalités d'action privilégiées expliquent en grande partie la stratégie suédoise.

Les principes de gestion de crise inscrits dans la loi de 2006

La loi 2006:544 « sur les mesures des communes et des régions avant et pendant les événements extraordinaires en temps de paix et la préparation renforcée » définit une crise, ce qu'elle appelle un « événement extraordinaire », comme tout événement qui s'écarte de la norme, constitue une perturbation sérieuse ou un risque de rupture d'importantes fonctions

sociétales, et nécessite une action urgente d'une municipalité ou d'un *Landsting* (conseil de comté ou de région). Trois principes fondent l'organisation de la gestion de crise : tout acteur responsable d'une activité en temps normal est aussi responsable de cette activité en situation de crise ; l'organisation et le lieu des activités doivent être autant que possible les mêmes en temps normal et en temps de crise ; une crise doit être d'abord traitée là où elle survient, par ceux qui en sont les plus proches.

Comme le soulignent Becker et Bynander (2017), ces trois principes ont pour conséquences une organisation matricielle du système de gestion de crise, croisant domaine de responsabilité et zone territoriale, et la coordination des acteurs impliqués, forcément très nombreux. La loi de 2006 prévoit ainsi six domaines de coordination. Le domaine des matières dangereuses, le plus manifestement concerné par le nouveau coronavirus, regroupe dix agences gouvernementales, dont les trois agences qui sont mobilisées dans la crise sanitaire : le Conseil national de la santé (Socialstyrelsen), l'Agence de santé publique (Folkhälso-myndigheten) et l'Agence de protection civile (Myndigheten för samhällskydd och beredskap, MSB). MSB est l'agence

gouvernementale chargée en principe de la gestion des crises, de la protection civile, de la défense civile et de la sécurité publique, sauf si la gestion d'une crise ou d'une situation d'urgence est dévolue à une autre agence. Or depuis janvier 2015, Folkhälsomyndigheten a la responsabilité de la lutte contre les maladies transmissibles dans le pays et les menaces internationales à la santé publique. Cette agence gouvernementale qui dépend du ministère de la Santé et des Affaires sociales dispose d'un conseil d'administration indépendant. Sa mission est de produire et de diffuser les connaissances en santé publique à tous les acteurs du système de santé. Elle tient les conférences de presse sur la progression de l'épidémie avec Socialstyrelsen et MSB.

Trois points sont à souligner. Il n'existe pas de loi sur l'état d'urgence qui octroierait des pouvoirs étendus au gouvernement, les procédures normales de discussion au Parlement continuent à s'appliquer. Un ministre ne peut pas décider directement de ce qu'une agence gouvernementale doit faire ou pas, même si elle relève de son champ d'action. Enfin, les autorités territoriales sont dotées de compétences importantes pour faire face aux crises. Dans le cas de la crise sanitaire actuelle, l'essentiel des actions pour ajuster les capacités sanitaires relève des autorités des comtés. Or l'étendue de l'épidémie et les tensions sur le système de santé accroissent la nécessité d'une coordination des acteurs et des ressources ⁵. Cela se traduit par la création au niveau national d'une coordination des soins intensifs notamment et par une re-coordination de la gestion des matériels de protection et des tests (voir *infra*).

Recommandations et interdictions : un partage des tâches entre agence et gouvernement

La gestion de la crise sanitaire en Suède repose beaucoup plus largement que dans les autres pays sur des recommandations, assez largement suivies, formulées par les experts de l'Agence de santé publique (Folkhälsomyndigheten). Les interdictions sont ponctuelles et du ressort du gouvernement, seul légitime à poser des limites aux libertés individuelles, sous le contrôle du Parlement.

C'est donc Folkhälsomyndigheten qui pose les premières recommandations les 10 et 11 mars. Les personnes qui présentent des premiers symptômes doivent contacter le 1177 (numéro d'appel habituel des services de santé et de soins) et rester chez elles sauf si leur correspondant juge nécessaire qu'elles se rendent à l'hôpital. La consigne est de ne pas aller au centre médical pour éviter la contamination en salle d'attente, de rester chez soi aussi longtemps qu'on se sent malade et de ne retourner à l'école ou au travail qu'après au moins deux jours de guérison. Les visites non indispensables à l'hôpital ou dans les maisons de retraite sont à éviter. Les personnes qui travaillent au contact de personnes âgées ne peuvent aller travailler si elles toussent ou sont enrhumées.

À partir du 11 mars, le gouvernement supprime le jour de carence pour le paiement des congés maladie afin d'inciter les personnes qui commencent à ressentir des symptômes, même bénins, à ne pas se rendre sur leur lieu de travail. Cette mesure prise d'abord pour six semaines est ensuite reconduite. Un certificat médical n'est plus obligatoire pour

5. Ce besoin de coordination a déjà été relevé dans le bilan dressé en 2019 des actions répondant à la canicule exceptionnelle de 2018.

justifier d'un congé maladie de plus de cinq jours afin de ne pas surcharger les services médicaux. À partir du 12 mars, le gouvernement interdit tous les rassemblements publics de plus de 500 personnes, qu'il s'agisse de manifestations, de concerts, d'événements sportifs, y compris pour les lieux de culte. L'interdiction ne s'applique pas aux fêtes privées, aux bibliothèques, aux salles de sport et aux piscines. Les transports en commun, les centres commerciaux et les marchés restent ouverts. Les prisons suédoises interdisent les visites et les permissions. Le ministère des Affaires étrangères déconseille fortement tous les voyages à l'étranger à partir du 14 mars⁶ et le 19 mars Folkhälsomyndigheten recommande d'éviter les voyages à l'intérieur du territoire suédois pour limiter la propagation du virus.

Les premières recommandations de Folkhälsomyndigheten déclenchent des décisions d'adaptation rapides, certaines anticipant des recommandations ultérieures. De nombreuses entreprises autorisent le travail à domicile, certaines mettent leurs salariés en quarantaine pour deux semaines. Des bibliothèques et salles de sport ferment temporairement, alors qu'elles ne sont pas concernées par une interdiction d'ouverture. Le 16 mars, Folkhälsomyndigheten recommande aux personnes de la région de Stockholm qui peuvent travailler à domicile de le faire. Le même jour, les universités de Stockholm mais aussi de Malmö et de Linköping proposent à leurs étudiants de suivre un enseignement à distance. C'est le lendemain que le gouvernement annonce que les universités, les lycées et les écoles communales pour adultes (*komvux*) dispenseront leurs

cours uniquement à distance à partir du 18 mars. Le Parlement vote le 19 mars une loi permettant au gouvernement de fermer les écoles si cela s'avère nécessaire, sans la recommandation d'un médecin ou d'une autorité.

Le 27 mars, le Premier ministre Stefan Löfven annonce que le seuil d'interdiction des rassemblements publics est abaissé à plus de 50 personnes. Toutefois l'interdiction ne s'étend pas à de nouvelles activités. Löfven souligne dans son discours qu'il est impossible de légiférer sur tout et d'interdire tous les comportements préjudiciables et rappelle que chacun doit prendre ses responsabilités. Le 31 mars est toutefois annoncée l'interdiction, dès le lendemain, de rendre visite aux personnes âgées dans les maisons de retraite (ce qui était auparavant uniquement déconseillé).

La stratégie retenue par Folkhälsomyndigheten repose très largement sur le respect des distances, que ce soit sur le lieu de travail, dans les commerces, dans les transports, dans les réunions et les activités sportives. Comme l'explique Anders Tegnell, épidémiologiste au Folkhälsomyndigheten, dans une interview le 20 avril, la distanciation sociale peut générer les mêmes résultats qu'un confinement, en évitant ses coûts économiques et sociaux. Les écoles maternelles, primaires, les collèges continuent d'accueillir les élèves. Les bars, cafés et restaurants restent ouverts à condition de respecter les distances minimales sous peine de fermeture. Des campagnes de contrôle sont organisées par les communes. La Suède ne prend finalement pas de mesures plus strictes, et ne met pas en place de confinement généralisé et obligatoire.

6. Le Danemark ferme ses frontières dès le 13 mars. Les autres pays voisins de la Suède ferment leurs frontières dans la foulée (Norvège le 16 mars, Lettonie le 17 mars).

Une stratégie d'immunité collective rapidement très critiquée

La stratégie privilégiée face à la crise semble être la recherche d'une immunité collective. En témoignent les propos très controversés d'Anders Tegnell, qui pilote la gestion de la crise sanitaire. Il déclare le 8 avril : « Tout épidémiologiste sérieux sait que seule l'immunité collective pourra éventuellement ralentir la propagation du virus. Rien d'autre ne le ralentira à long terme... et nous sommes loin d'un vaccin. » Le recours privilégié à des recommandations est cohérent avec le principe de responsabilité et avec l'idée que ces recommandations seront suivies d'effet. Il y a en effet eu une adaptation des comportements. Ainsi la fréquentation des transports publics a très rapidement et fortement chuté malgré l'absence d'interdiction de se déplacer.

Cependant, plusieurs constats suscitent une critique en Suède de cette stratégie de non-confinement obligatoire, y compris de la part d'autres épidémiologistes : la progression rapide du nombre de cas déclarés entre la fin du mois de mars et le début du mois d'avril ; le nombre de décès rapidement très supérieur à celui des pays voisins ; le nombre important de décès dans les établissements d'accueil de personnes âgées ⁷ ; le ratio beaucoup plus élevé entre le nombre de cas et le nombre d'habitants dans les quartiers nord de la région de Stockholm.

L'association médicale somali-suédoise alerte dès le 24 mars sur le fait que 6 des 15 décès alors recensés dans la région de Stockholm concernent des personnes d'origine somalienne ⁸. Des données publiées par l'autorité de santé de la région de Stockholm montrent que le nombre de cas atteint 47 pour 10 000 habitants à Rinkeby-Kista et 37 à Spånga-Tensta contre 13 en moyenne ⁹. Sont notamment mises en avant les conditions de logement de familles souvent de plus grande taille et les difficultés à comprendre les recommandations en suédois pour des personnes d'origine étrangère, plus fréquentes dans ces quartiers. L'Agence de santé publique diffuse alors des informations en plusieurs langues et certaines autorités locales offrent des possibilités de logement temporaire pour réduire la promiscuité, en particulier en cas de contamination ¹⁰.

Les mesures prises apparaissent incomplètes et insuffisamment strictes : le port du masque n'est pas mis en avant ; peu de tests sont réalisés au début de l'épidémie ; il n'y a pas eu de quarantaine systématique pour des personnes ayant fait des séjours dans les pays touchés par l'épidémie ou présentant des symptômes ; il n'y a pas de traçage des cas constatés. Le 14 avril, dans une tribune du grand quotidien *Dagens Nyheter* ¹¹, 22 médecins, virologues et chercheurs dénoncent la stratégie de l'Autorité de santé publique et appellent à des mesures

7. Sur les 5 370 décès enregistrés au 1^{er} juillet, 89 % touchent des personnes de 70 ans et plus, et 67 % des personnes de 80 ans et plus. Un peu moins de la moitié des décès sont survenus dans les établissements pour personnes âgées (Socialstyrelsen).

8. « Swedish Coronavirus deaths increase, with concerns about Somali-Swedes in particular », Sveriges Radio, March 24, 2020, <https://bit.ly/3nureyH>.

9. A.G. Franssen, « Why are there so many coronavirus cases in Stockholm's northern suburbs? », *The Local*, April 9, 2020, <https://bit.ly/3iHggtx>.

10. A.G. Franssen, *op. cit.*.

11. Sous le titre « Folkhälsomyndigheten har misslyckats - nu måste politikerna gripa in » (« L'Autorité de santé publique a échoué - maintenant les politiciens doivent intervenir »), *Dagens Nyheter*, 24 avril 2020, <https://bit.ly/2FcgZ0N>.

plus strictes pour faire baisser le nombre de morts. C'est aussi ce que demandent 2300 médecins et scientifiques, dont le président de la Fondation Nobel, Carl-Henrik Heldin, dans une lettre adressée au gouvernement le 25 mars ¹².

Faire face au risque de saturation des services sanitaires

Le système de santé suédois est un système largement public, décentralisé et hiérarchisé en fonction de la gravité des pathologies à prendre en charge. Son organisation actuelle est le produit de profondes réformes au début des années 1980, puis d'ajustements continus pour contenir la croissance des coûts et améliorer son efficacité (Jolivet, 2014 ; Palier, 2006 ; Desjourdy, 2009 ; Anell *et al.*, 2012). L'une des conséquences les plus visibles est que la Suède a l'un des plus faibles nombres de lits hospitaliers pour 1 000 habitants de l'OCDE : 2,2 lits pour 1 000 habitants en 2017 (OCDE, 2019). De plus, la répartition des hôpitaux et des lits dépend des choix faits par les *Landstings*. Le nombre de cas pris en charge par les hôpitaux, et en particulier le nombre de cas en soins intensifs, sont donc une préoccupation majeure.

Un système de santé très décentralisé et des capacités d'hospitalisation au plus juste

La décentralisation du système de santé a été engagée en 1982 et n'a pas été remise en cause depuis. Le système de santé suédois est régulé au niveau national et administré au niveau local.

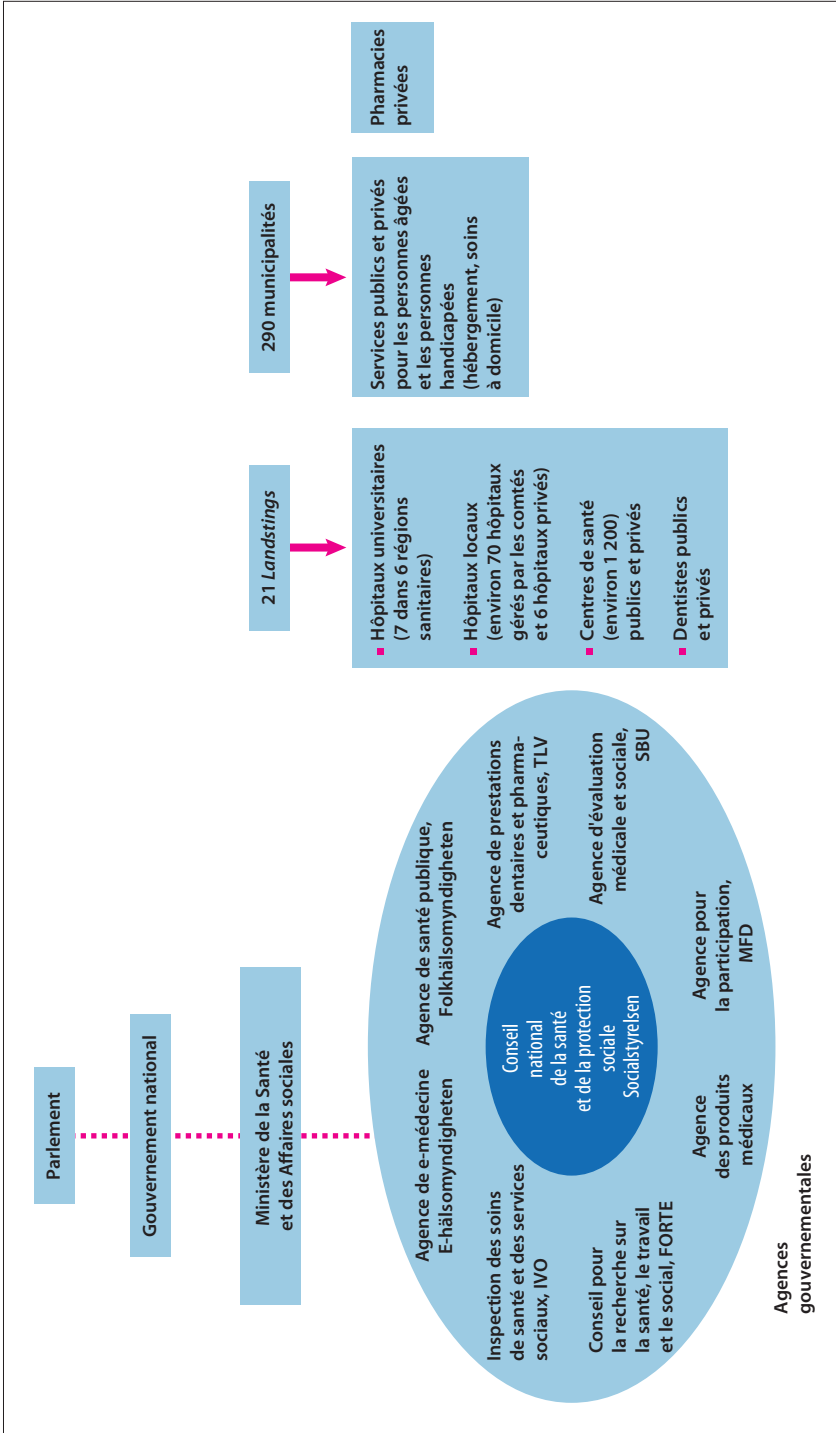
Au niveau national, le ministère de la Santé et des Affaires sociales définit les grandes lignes de la politique de santé, fixe les budgets des agences gouvernementales et les subventions accordées aux régions, en coordination avec les agences gouvernementales existantes (voir *infra*). Huit agences gouvernementales sont directement impliquées dans le système de santé mais sont indépendantes du gouvernement. Ce principe d'indépendance est considéré comme un gage d'efficacité, les décisions des agences n'intégrant pas de considérations politiques. Chaque agence intervient dans un champ de compétences mais elles travaillent en coordination, le Conseil national de la santé (Socialstyrelsen) jouant le rôle de pivot central (schéma 1). C'est Socialstyrelsen qui développe les normes et les procédures de soins, qui s'assure que ces normes sont respectées, qui certifie et supervise l'ensemble des personnels de santé, qui gère les statistiques officielles et les bases de données sur la santé. Parmi ces agences figure l'Agence de santé publique (Folkhälsomyndigheten) qui joue un rôle central dans la gestion de la crise sanitaire.

Au niveau des comtés ou régions, 21 autorités (*Landstings*) ont la responsabilité du financement et de la fourniture des soins de santé aux habitants ¹³. Au niveau des communes, les 290 municipalités sont en charge des soins et des services aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux personnes qui sortent d'une hospitalisation et sont en charge de la médecine scolaire. Le financement public prédominant (84 % des

12. D. Robertson, « "They are leading us to catastrophe": Sweden's coronavirus stoicism begins to jar », *The Guardian*, March 30, 2020, <https://bit.ly/36X3QEr>.

13. Les *Landstings* sont élus tous les 4 ans dans des comtés et des régions comptant entre 60 000 et 2 millions d'habitants. Depuis janvier 2020, on ne parle plus que de régions.

Schéma 1. Organisation du système de santé suédois



Source : schéma adapté de Anell et al. (2012), en intégrant des informations sur le fonctionnement des agences gouvernementales (Socialstyrelsen).

dépenses de santé en 2016 ¹⁴) est presque totalement assuré par les autorités régionales (57 % des dépenses de santé) et les municipalités (25 %). Les autorités régionales et les municipalités lèvent des taxes locales proportionnelles aux revenus pour financer les services dont elles ont la responsabilité. Le gouvernement central n'intervient donc que très marginalement (2 %), pour redistribuer des ressources entre les régions et les municipalités selon les besoins ou pour financer des projets spécifiques.

Le partage des tâches entre les autorités régionales, pour tout ce qui relève du traitement médical (hôpitaux et centres de soins primaires) et les municipalités pour tout ce qui relève des soins ambulatoires, de la rééducation, des soins de suite (cliniques, établissements d'accueil, services de soins à domicile) nécessite une coordination des acteurs. Il n'y a pas de relation hiérarchique entre eux, chacun ayant sa propre instance de gouvernance et ses propres champs de compétences. Depuis 2015, les subventions attribuées par le ministère de la Santé et des Affaires sociales sont ciblées sur l'amélioration de la coordination et de la coopération au niveau régional. Par ailleurs, les différents acteurs ont une assez grande marge de manœuvre pour organiser la fourniture des soins, ce qui explique que des variations existent selon les régions.

Toute personne résidant en Suède depuis plus d'un an, immatriculée et inscrite auprès de la Caisse d'assurance sociale (Forsäkringskassan) a accès aux soins et à leur prise en charge par les comtés/régions ¹⁵. Le système de soins est hiérarchisé en fonction de la gravité des pathologies à traiter ¹⁶. Les soins primaires sont délivrés dans les centres de consultation (*vårdcentraler*) après un appel au 1177 pour obtenir un rendez-vous (dans un délai maximum d'une semaine), être dirigé vers un hôpital ou obtenir une ordonnance ¹⁷. Les hôpitaux locaux (en quasi-totalité propriété des *Landstings*) assurent des soins hospitaliers courants, principalement programmés et un service d'urgence plus ou moins limité. Enfin, les hôpitaux universitaires concentrent les services très spécialisés et assurent la prise en charge des urgences à tout moment. Les soins intensifs sont fournis à la fois par les hôpitaux universitaires et par deux tiers des 70 hôpitaux régionaux. Les 21 comtés ou régions sont regroupés en six régions en ce qui concerne la santé, pour organiser la coopération entre les fournisseurs de soins (hôpitaux et centres de soins primaires) et pour assurer un haut niveau de soins. Ces six régions sanitaires sont coordonnées par Socialstyrelsen ¹⁸.

Depuis les années 1990, les ajustements ont privilégié la prise en charge des soins en ambulatoire en dehors

14. Chiffres issus de Statistics Sweden, Systems of Health Accounts (SHA) 2001-2016, cités par Glenngård (2020).

15. La participation des patients est plafonnée par période de 12 mois. Des assurances privées sont fournies par des employeurs essentiellement pour garantir un accès plus rapide aux soins ambulatoires et éviter les listes d'attente le cas échéant (Glenngård, 2020). Elles ne financent qu'1 % des dépenses de santé en 2017.

16. La région de Stockholm a ainsi mis en place une organisation structurée en *consistent care chain* (Graph, 2017).

17. La Suède est l'un des rares pays où le passage par un centre de consultation joue un rôle de tri, pas de barrière. Les patients sont libres de choisir leur centre de santé, de s'adresser à un spécialiste, et de choisir l'hôpital dans lequel ils souhaitent être traités.

18. <https://bit.ly/3jGc8nq>. Ces six régions préfiguraient une fusion des comtés qui n'a pas eu lieu.

Tableau 2. Évolution du nombre de lits et de lits en soins intensifs des hôpitaux

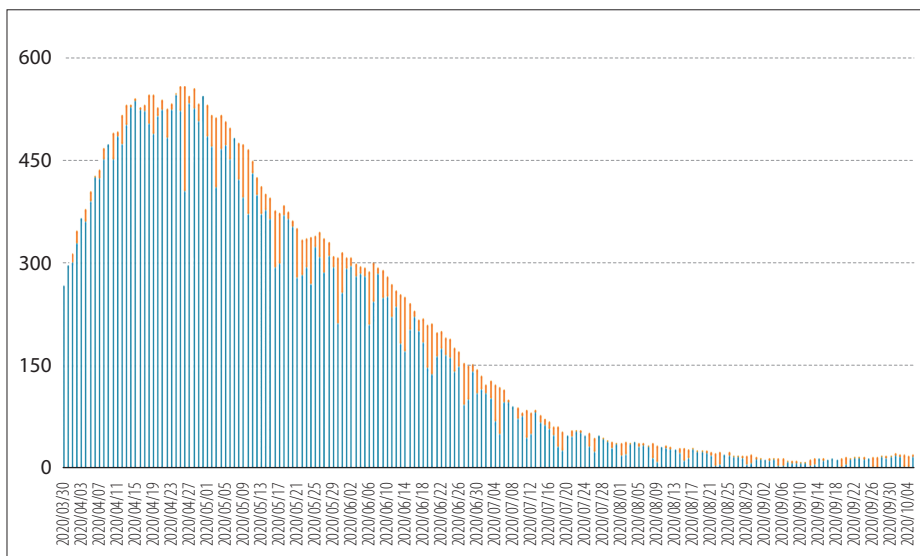
	1970	1985	1990	1991	1992	1995	2000	2005	2010	2017
Lits pour 1000 habitants *	15,3	14,6	12,4	11,9	7,6	4,9	3,6	2,9	2,7	2,2
Lits de soins intensifs pour 100 000 habitants **	-	713,68	583,45	544,52	502,8	399	310,3	266,47	249,56	nd

Sources : * Banque mondiale ; OCDE pour 2017.
 ** OMS (série HFA_478).

des hôpitaux et le développement des centres de soins primaires pour réduire le nombre de personnes s'adressant à l'hôpital et réduire les coûts de santé. Parallèlement, il y a eu pour les hôpitaux un triple mouvement de fusion, de concentration des services spécialisés et de spécialisation des hôpitaux (Anell *et al.*, 2012). Le ratio entre le nombre de

lits et la population a ainsi très fortement baissé depuis 1985 (tableau 2). Depuis les années 1990, le nombre de lits a été réduit au-delà de la moitié. Le nombre de lits en soins intensifs a connu la même évolution. Il est passé de 900 lits au début des années 1990 à 576 lits en 2018. Rapporté à la population, le ratio est passé de plus de 963,6 lits pour 100 000 habitants

Graphique 3. Nombre de personnes atteintes de Covid-19 en soins intensifs par jour (30 mars-4 octobre 2020)



Note : les cas figurant en jaune n'ont pas été comptabilisés le jour de leur admission.
 Source : Registre suédois des soins intensifs (Svenska Intensivvårdsregistret, SIR), <https://bit.ly/30MVuLD>.

en 1973 à 234,5 en 2014 ¹⁹ selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'un des plus bas en Europe.

La crise sanitaire arrive donc dans un contexte où les capacités hospitalières sont ajustées au plus bas (Graph, 2017 ; IMT, 2020) et où les centres de santé assurent la prise en charge de la plupart des patients. Or entre le 12 avril et le 5 mai, le nombre de personnes atteintes de Covid-19 en soins intensifs dépasse le seuil des 526 lits existant avant l'épidémie (graphique 3). Une augmentation rapide et forte des capacités des établissements est donc nécessaire au fur et à mesure de la propagation de l'épidémie.

L'augmentation anticipée mais pas toujours suffisante des capacités hospitalières

L'augmentation des capacités est gérée par les *Landstings* et les hôpitaux eux-mêmes. Ceux-ci augmentent de leur propre initiative le nombre de lits disponibles en déprogrammant les opérations non urgentes et en convertissant des services pour accueillir les malades atteints de Covid-19. L'hôpital universitaire Karolinska, l'un des plus importants du pays, adapte ainsi ses capacités dès la fin du mois de janvier compte tenu des informations dont les médecins disposent *via* leurs réseaux professionnels. La région de Stockholm annonce le 30 mars que l'hôpital d'Ersta et le Sophiahemmet se réorganisent pour proposer plus de lits. Le 31 mars, l'Akademiska Sjukhuset, hôpital universitaire d'Uppsala, annonce l'ouverture d'un nouveau service de soins intensifs pour les malades du Covid-19 avec neuf lits. Le 7 avril, le représentant du Folkhälsomyndigheten, Anders

Tegnell, indique lors de sa conférence de presse que le nombre de places en soins intensifs atteint 937 lits (+80 % en quatre semaines), le 20 avril qu'il est passé à 1 098, avec toujours un taux d'occupation de 80 % (quelle que soit la pathologie), et le 22 avril à 1 130.

Des éléments de coordination supplémentaires sont mis en place au niveau national. Le 20 mars, une mission de coordination des places en soins intensifs est dévolue à Socialstyrelsen par le gouvernement ²⁰. Par ailleurs, un groupe de travail, composé de médecins spécialistes en maladies infectieuses, d'épidémiologistes et d'analystes de l'Autorité de santé publique livre aux régions le 23 mars des estimations de propagation par zone pour estimer les besoins de soins maximaux en soins hospitaliers et en soins intensifs jour après jour pendant l'épidémie ²¹. On retrouve ici le fonctionnement décentralisé et coordonné de la gestion de crise en Suède, avec une coordination nationale renforcée pour une meilleure répartition des ressources.

Trois hôpitaux provisoires sont déployés à Stockholm (Älvsjö), Göteborg et Helsingborg. Le premier est mis en place au centre des expositions de Stockholm, le Stockholmsmässan, à Älvsjö. L'objectif de la région de Stockholm est de doubler la capacité d'accueil de la région en soins intensifs avant qu'elle soit saturée et avant le pic de cas confirmés, avec 600 lits supplémentaires (460 lits pour des patients à symptômes graves et 140 places de soins intensifs avec respirateurs). Les soins et le personnel soignant sont gérés par l'hôpital Karolinska. Cette décision est prise alors que le nombre de cas augmente mais que les hôpitaux de la

19. Selon les données issues de la base HFA (Health for All) de l'OMS, <https://bit.ly/34FNEEN>.

20. <https://bit.ly/3iPEMI3>.

21. <https://bit.ly/2GCuc3B>.

région n'ont pas encore atteint leur niveau d'alerte ²². L'hôpital provisoire ouvre ses 10 premiers lits le 6 avril mais n'est toujours pas en activité le 16 avril puisque les sept hôpitaux de la région ne sont pas saturés. Un second hôpital provisoire est construit à Göteborg et ouvert le 8 avril. Il ne s'agit pas de pallier un manque de places dans les hôpitaux de la ville mais de mieux organiser les soins. Le 11 avril, il accueille huit personnes en soins intensifs. Situés dans des zones où l'incidence du Covid-19 est élevée mais où les structures hospitalières sont denses, les hôpitaux provisoires n'accueillent finalement pas autant de patients que prévu. Le 8 juin, la région de Stockholm décide de démonter l'hôpital d'Älvsjö, qui n'a jamais fonctionné.

C'est donc l'augmentation et la réorganisation des capacités des hôpitaux existants qui permettent de faire face à la crise sanitaire. La difficulté reste de prévoir le nombre de patients qui arrivent, en particulier aux urgences. La diffusion du coronavirus n'étant pas uniforme sur tout le territoire, et la répartition géographique des hôpitaux étant inégale, les places créées ne sont pas toujours suffisantes (Löfgren, 2020). Ainsi les hôpitaux de la région de Stockholm ont augmenté très fortement leurs capacités d'accueil et n'ont jamais été débordés par l'afflux de patients. En revanche, la situation est beaucoup plus tendue dans des hôpitaux locaux qui n'ont en temps normal qu'un petit nombre de lits de soins intensifs. La concentration de ces lits et des services spécialisés dans les grands hôpitaux accroît les inégalités d'accès à ces soins selon les régions compte tenu de l'étendue du territoire suédois.

Une réorganisation temporaire des soins et du temps de travail

La création de lits supplémentaires augmente les besoins en personnel. Or la pénurie et la rotation rapide des personnels soignants sont des problèmes structurels. Le 25 mars, la région de Stockholm, en charge des soins médicaux, demande au personnel à temps partiel d'augmenter son temps de travail et aux retraités du secteur de revenir. Le 30 mars, elle annonce lors d'une conférence de presse que 6 500 personnes se sont portées volontaires pour renforcer le personnel soignant actuel. Des personnes mises au chômage économique ont parfois renforcé les effectifs hospitaliers. Alors que la compagnie aérienne Scandinavian Airlines System (SAS) a mis en chômage temporaire 10 000 personnes, soit 90 % de ses salariés, l'hôpital universitaire Sophiahemmet a commencé fin mars à former en trois jours un premier groupe de 30 personnes pour apporter une aide aux médecins et aux infirmiers et infirmières ²³. La formation est financée par la fondation Marianne and Marcus Wallenberg.

Le 3 avril, l'organisation patronale des autorités locales et régionales (Sveriges Kommuner och Regioner – SKR, anciennement SALAR) active l'accord de crise pour les soins intensifs dans la région de Stockholm. Cet accord a été négocié après l'expérience de feux de forêts exceptionnels de l'été 2018 qui avaient sollicité les services d'urgence et soulevé des questions de conditions d'emploi et de compensation salariale. Il a été progressivement signé en 2019 par différentes organisations patronales et syndicales, et par le syndicat des médecins

22. La construction est annoncée le 22 mars pour une ouverture le 1^{er} avril.

23. « Laid-off SAS airline staff offered fast-track healthcare training », Reuters, March 19, 2020, <https://reut.rs/2SESxs4>.

suédois (Sveriges Läkarförbund, SL) le 18 mars 2020 ²⁴. L'accord ne peut être déclenché qu'en cas d'urgence, avec l'accord du Conseil régional et de SKR, qui décident à qui il s'applique. Il permet une augmentation du temps de travail jusqu'à 48 heures par semaine, la possibilité de déplacer le personnel soignant vers les communes et les régions qui en ont le plus besoin. En contrepartie, un supplément substantiel de rémunération est versé : 120 % de la rémunération habituelle. Comme l'explique Erik Kjellin, porte-parole du syndicat SL, « activer l'accord de crise est extrêmement coûteux », « il n'est activé que si c'est jugé absolument nécessaire » ²⁵. Au 15 avril, il n'est activé que pour 100 médecins en soins intensifs et uniquement à Stockholm.

Par ailleurs, la concentration des moyens sur les malades du Covid-19 met au jour des besoins nouveaux de prise en charge. Ainsi la ville de Stockholm met en place début avril deux nouveaux centres de soins de courte durée pour les patients qui n'ont plus besoin d'être hospitalisés mais ne peuvent pas être soignés à domicile (Frista Servicehus, Bromsten et Edö Servicehus, Farsta). Deux unités mobiles de dentistes sont mises en place le 13 avril pour traiter les patients atteints de Covid-19 qui ont besoin de soins dentaires d'urgence.

Après avoir passé le pic de contamination, l'enjeu pour les hôpitaux est assez rapidement de reprendre une activité normale, et en particulier de traiter

les soins reportés. Le 17 avril, la région de Stockholm commence à s'organiser pour rattraper le retard pris dans les opérations programmées, par exemple les opérations de la cataracte, les mammographies, et autres tests de prévention qui ont dû être repoussés à cause de la crise sanitaire.

**Les plus âgés confinés
mais mal protégés
et peut-être moins soignés**

Les personnes qui décèdent du Covid-19 sont essentiellement des personnes âgées de 70 ans et plus, et près de la moitié des personnes décédées résident dans des maisons de retraite. Au 28 avril, 39 % des 7315 personnes de 70 ans et plus testées positives vivent dans des maisons de retraite ²⁶. Mi-juin, les maisons de retraite de 234 des 290 communes suédoises rapportent être contaminées par le Covid-19.

Le nombre de décès dans les maisons de retraite met en cause la privatisation des établissements accueillant des personnes âgées et la précarité des emplois dans le secteur. Le recours à l'intérim et à des petites durées de travail accroît le risque de contamination et le risque de propagation en augmentant le nombre de personnes qui passent dans un établissement. C'est ce que dénonce le syndicat des salariés des municipalités, Kommunal ²⁷. Selon l'Association des communes et des régions SKR, un employé municipal sur quatre aux soins des personnes âgées ou handicapées est un travailleur temporaire, et un sur cinq est employé à l'heure

24. Les personnels médicaux, y compris les médecins, sont pour la plupart des salariés des comtés et des municipalités.

25. M. Jankowicz, « Dozens of ICU workers in Stockholm are being paid 220% of their salary during the coronavirus pandemic, thanks to a "crisis situation" deal that goes back to long before the outbreak », *Business Insider*, April 15, 2020, <https://bit.ly/30Ht2uj>.

26. <https://bit.ly/2G06a29>. Ce taux est de 27 % pour les personnes du même groupe d'âge bénéficiant de l'aide à domicile.

27. <https://www.marxist.se/kommunal-hotar-skyddsstopp>.

en novembre 2019 ²⁸. Dans la région de Stockholm, ces chiffres atteignent respectivement 43 et 39 %. Des employés à l'heure disent leur crainte de propager le virus en passant d'une maison de retraite à l'autre, mais ne pas avoir les moyens de refuser de travailler, avec ou sans symptômes. D'après une enquête menée par le service infectieux de la ville de Stockholm ²⁹, au moins 30 % du personnel est employé à l'heure ou en intérim dans plus de la moitié des maisons de retraite affectées par le coronavirus. Près d'un employé sur 5 aurait travaillé alors qu'il ressentait des symptômes.

Une autre interrogation porte sur une sélection à l'entrée en soins intensifs qui écarterait davantage les plus âgés dans un contexte de tension lié à l'afflux de patients. Le 24 avril, l'Inspektionen för vård och omsorg (IVO, Inspection de la santé et des soins), alerté par le personnel soignant, lance un audit de l'hôpital universitaire Karolinska. L'hôpital est soupçonné d'avoir refusé les soins intensifs à des patients avec des problèmes rénaux, en dépit d'un nombre suffisant de lits. Parmi les patients de son unité de soins intensifs atteints par le nouveau coronavirus, 9,3 % sont âgés de 70 ans ou plus contre 22,9 % en moyenne dans les unités de soins intensifs. Le 4 mai, l'enquête initiée par IVO s'étend à tous les hôpitaux de Stockholm (Danderyd, Norrtälje, St Görans, Södersjukhuset et Södertälje). Une autre piste est le non-recours à l'hospitalisation par les établissements d'accueil de personnes âgées.

Finalement, les seules personnes totalement confinées ont été mal protégées de la contamination en raison des conditions d'emploi et de travail dans des établissements pour la plupart privés ³⁰. Si une plus grande partie de ces personnes avaient été transportée dans les hôpitaux, cela aurait pu accroître la sollicitation des services de soins intensifs. Reste que ces services, en augmentant leur nombre de lits, ont pu afficher un volant de lits disponibles. Le 7 mai, le Premier ministre Stefan Löfven reconnaît que les conditions de travail pour les employés et de vie pour les résidents dans les maisons de retraite doivent être améliorées. Il annonce la mise en place d'une commission d'enquête après la crise, pour passer en revue les mesures prises, faire le bilan, tirer les conclusions des conséquences de la crise, analyser le modèle de gestion suédois, et déterminer ce qu'il faut améliorer. En attendant, l'interdiction de visite aux personnes âgées en établissement est prolongée jusqu'au 31 août, puis jusqu'au 1^{er} octobre.

Pénuries de masques et de certains produits pharmaceutiques

La Suède a été confrontée au manque de matériel de protection au début de l'épidémie et au manque de tests, même si le gouvernement et les autorités locales n'en ont pas fait état. Alors qu'elle disposait de réserves stratégiques pendant la guerre froide, ces stocks ont été progressivement supprimés/réduits au cours des

28. K. Martinsson, « Var fjärde är tillfälligt anställd i den kommunala äldrevården », *Arbetet*, 15 April 2020, <https://bit.ly/34Dg02o>.

29. Information signalée le 23 juin sur <https://www.lasuedeenkit.se>.

30. La privatisation des établissements accueillant des personnes âgées est une des conséquences des réformes engagées au début des années 1990.

vingt dernières années ³¹. Les stocks de masques dont disposaient les hôpitaux se sont révélés insuffisants face aux besoins massifs. La progression rapide du nombre d'hospitalisations et du nombre d'entrées en soins intensifs a créé des tensions et même des pénuries de certains médicaments utilisés dans le traitement des symptômes.

Des matériels de protection en quantité insuffisante, y compris pour les personnels exposés

Avec l'afflux de patients et l'augmentation du nombre de lits et de soignants, les stocks de matériels de protection, notamment de masques, s'avèrent insuffisants. Le 11 mars, le manque de masques de protection et de gel désinfectant dans les hôpitaux contraint les dentistes à repousser toutes les opérations non urgentes jusqu'à fin juin. Le 30 mars, les syndicats du personnel soignant font part de l'inquiétude des médecins, infirmiers et infirmières de ne pas être suffisamment protégés en raison du manque de matériel. Les tabliers de protection à manches longues par exemple commencent à manquer et sont remplacés par des tabliers à manches courtes, ce qui oblige à utiliser plus de savon et de gel pour se nettoyer. Les visières doivent aussi être réutilisées et donc nettoyées à l'alcool. Le 17 avril, le syndicat Kommunal demande des équipements de protection adaptés dans les

établissements gérés par les municipalités lorsque les personnes effectuent des tâches où elles risquent d'être contaminées (masque, visière, gants et veste de protection à manches longues). L'absence d'équipement de protection ou un niveau de protection insuffisant donne lieu à des arrêts de travail dans de nombreux établissements et à des manifestations d'inquiétude, voire de colère sur les réseaux sociaux ³² et dans la presse.

Le 4 mai, le syndicat Kommunal porte plainte contre Arbetsmiljöverket ³³ auprès du justitieombudsman (JO), le médiateur du Parlement, pour avoir pris parti pour SKR, l'organisation des communes et des régions suédoises, quant à l'utilisation des masques dans les maisons de retraite. Alors qu'Arbetsmiljöverket avait décidé qu'il était important pour le personnel d'être équipé de masques et de visières, SKR a convoqué Arbetsmiljöverket et trois autres administrations à une réunion, à l'issue de laquelle l'utilisation du masque a été supprimée. Le 29 avril, la mort d'une infirmière de l'hôpital Karolinska (âgée de 39 ans) qui soignait des patients atteints de Covid-19 fait l'objet d'une enquête de la part de la police. Une plainte pour homicide est déposée par le représentant syndical en matière de santé et de sécurité au travail (*skyddsombud*), qui considère que l'équipement de protection fourni par l'hôpital

31. C. Anderson, H. Pryser Libell, « Finland, "Prepper Nation of the Nordics", isn't worried about masks », *The New York Times*, April 5, 2020, <https://nyti.ms/3defZ8P>. Parmi les pays nordiques, la Finlande a été le seul pays à maintenir des stocks stratégiques et à disposer des réserves nécessaires pour faire face aux besoins suscités par l'épidémie. Voir aussi IMT Sweden (2020).

32. Le groupe Facebook #vägrasänkahygienkraven Covid-19 (refuser d'abaisser les exigences d'hygiène contre le Covid-19) a dépassé 60 000 membres une semaine après sa création.

33. L'Office suédois de l'environnement du travail est une autorité missionnée par le gouvernement et le Parlement suédois pour faire en sorte que les entreprises et les organisations appliquent les lois sur la santé et la sécurité au travail. Il vérifie entre autres que les entreprises et les organisations appliquent les lois et les règles en inspectant des sites professionnels à travers toute la Suède.

n'était pas à la hauteur des normes fixées par Folkhälsomyndigheten.

Des entreprises sont sollicitées ou décident elles-mêmes de réorienter leur activité vers la production de masques et de gel hydroalcoolique. Le 26 mars, le géant H&M annonce vouloir produire des masques de protection dans ses usines en Chine et les importer ensuite vers l'Europe. Le 8 avril, Essity, une entreprise suédoise spécialisée dans la fabrication de produits d'hygiène, adapte la production de son usine près de Göteborg pour bientôt fournir 3 millions de masques par mois après l'été. Cela se fait dans le cadre d'un dialogue étroit avec le gouvernement et Socialstyrelsen. Le 13 avril, les autorités annoncent que Perstorp va produire du gel hydroalcoolique et Mölnlycke des masques. Le producteur de vodka Absolut donne aussi de l'éthanol pour permettre la production de désinfectant.

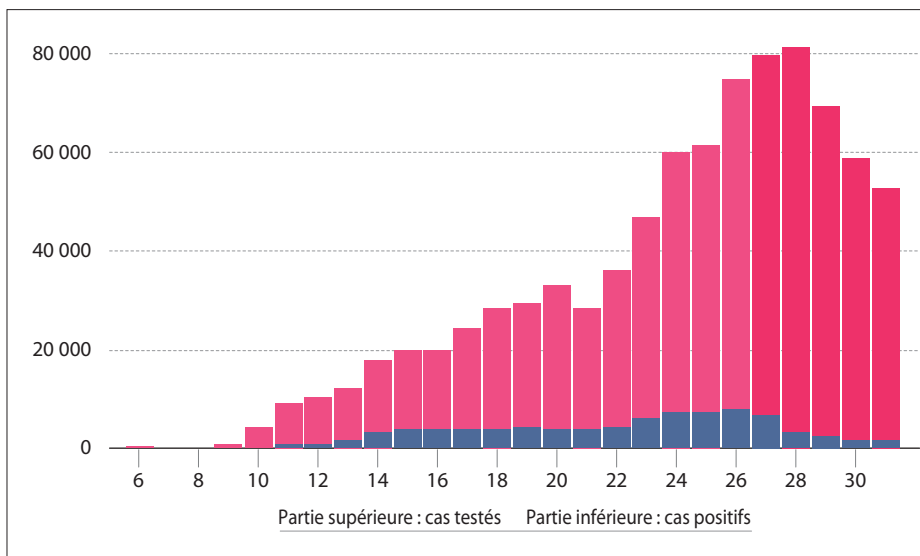
Socialstyrelsen concentre finalement l'achat des équipements de protection individuelle et assure la distribution des masques et du gel hydroalcoolique aux établissements de santé et d'accueil des personnes âgées. Fin mai, l'accès plus important au matériel de protection permet de reprendre les opérations planifiées avant la crise sanitaire. Cette reprise est très variable selon les régions.

Une stratégie tardive et limitée de dépistage au plus fort de l'épidémie

Le nombre de tests disponibles a pesé sur leur utilisation. Celle-ci a progressé de semaine en semaine (graphique 4), avec plusieurs phases qui s'enchaînent et parfois se recouvrent. Les données publiées par Folkhälsomyndigheten couvrent donc un échantillon dont la composition évolue.

Du début de l'épidémie au 12 mars (semaine 11), les tests de détection du virus sont disponibles en petites quantités

Graphique 4. Nombre de cas testés et de cas positifs par semaine



Source : Folkhälsomyndigheten, rapport hebdomadaire jusqu'au 2 août (semaines 6 à 31).

et sont utilisés pour les cas importés et leurs contacts. À partir du 13 mars, les tests sont utilisés surtout pour les cas suspects nécessitant une hospitalisation et, dans une certaine mesure, pour les soignants. Le 31 mars (semaine 14), Folkhälsomyndigheten reçoit du gouvernement la mission d'établir une stratégie nationale pour augmenter le nombre de personnes testées. La ministre des Affaires sociales Lena Hallengren parle alors de passer de 10 000-12 000 tests à 20 000-30 000 tests par semaine. La stratégie présentée le 17 avril (semaine 16) se fixe l'objectif encore plus ambitieux de procéder à 50 000-100 000 tests par semaine, et de tester davantage de personnes travaillant dans des activités essentielles afin qu'elles puissent retourner travailler dès que possible. Trois groupes prioritaires sont définis : 1) les personnes à risque et hospitalisées ; 2) le personnel soignant ; 3) les professions critiques pour le bon fonctionnement de la société³⁴. Pour ces personnes, le test est pris en charge par l'État et non par les *Landsstings*³⁵. À partir du 19 mai, les personnes qui ont un rendez-vous dans un centre médical (*vårdcentral*) peuvent se faire tester. Le 5 juin (semaine 23), le gouvernement charge Folkhälsomyndigheten et les *Landstings* d'assurer des flux de tests à grande échelle. La capacité est progressivement augmentée, ce qui accroît à la fois le nombre de cas confirmés et la proportion de cas signalés qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers. Le 26 mai, l'objectif n'est toujours pas atteint : 28 800 tests de dépistage sont effectués au cours de la semaine précédente

(semaine 21), seulement 4 000 de plus que la semaine 20 (graphique 4). Les régions disent avoir rencontré des problèmes de logistique. De fait, elles testent plus ou moins largement. La région de Stockholm commence à tester le troisième groupe prioritaire et compte effectuer 40 000 tests cette semaine.

Les tests anticorps arrivent plus tardivement, sans que la durée de l'immunité soit bien connue. Fin avril, les tests anticorps disponibles sur Internet sont jugés non fiables et sont interdits par l'Agence du médicament et des produits de santé (Läkemedelsverket). L'objectif affiché est d'atteindre 100 000 personnes testées par semaine à la mi-mai, par exemple en mettant en place des *drive-in*. La chaîne de pharmacie Apotea commence à vendre des tests anticorps le 1^{er} juin.

Le 3 juin, Harriet Wallberg achève la mission de trois semaines confiée par le gouvernement pour coordonner les tests dans le pays. Elle recommande de tester massivement pour diminuer la propagation du SARS-CoV-2, afin d'être mieux préparés à la deuxième vague qui viendrait à l'automne.

Au pic de l'épidémie, des pénuries de médicaments ou matériels de soins intensifs

Le pic des hospitalisations en soins intensifs est atteint entre le 8 avril et le 5 mai. Il fait craindre notamment une pénurie de Propofol, utilisé pour endormir les patients sous respirateur, au cours du week-end de Pâques. Le 10 avril, l'Agence du médicament et des produits de santé (Läkemedelsverket) approuve qu'un médicament vétérinaire, de la

34. Une liste de 12 secteurs clefs a été identifiée le 20 mars par le gouvernement. MSB a ensuite identifié 39 professions le 26 mars. Il s'agit entre autres de la police, de l'armée, des services d'urgence, de l'approvisionnement énergétique et alimentaire.

35. Le 9 avril, le gouvernement autorise l'Institut vétérinaire à analyser les tests humains, en appui au système de santé.

même composition, soit utilisé comme substitut. Mi-mai, l'hôpital de Blekinge indique qu'il opère désormais uniquement sous anesthésie locale ou péridurale, pour réserver l'usage du médicament Propofol aux patients Covid-19 qui en ont besoin en soins intensifs. L'objectif est de ne pas repousser trop d'opérations dans le futur, pour éviter une file d'attente trop longue une fois la crise du coronavirus passée.

Ces pénuries remettent en lumière le changement d'organisation intervenu en 2009 pour l'approvisionnement des établissements de santé et de soins en produits pharmaceutiques (Anell *et al.*, 2012). Jusqu'en 2009, cet approvisionnement relevait de la pharmacie d'État qui détenait un monopole. Avec l'ouverture à la concurrence, les huit pharmacies centrales ont été dissoutes. Deux questions liées sont posées : la possibilité ou non de produire rapidement sur le sol suédois pour répondre à l'augmentation rapide des besoins et l'existence d'un acteur qui puisse commander pour l'ensemble des acteurs locaux, de façon à limiter la hausse des prix voire contribuer à ce qu'une production se mette en route.

La pénurie touche également le matériel de réanimation en raison du nombre de malades admis en soins intensifs et du doublement du nombre de places ouvertes dans ces services. Les salariés de Scania, constructeur automobile, dont l'usine était à l'arrêt sont ainsi envoyés travailler dans une entreprise qui produit des respirateurs.

Conclusion

L'afflux de patients entre la mi-mars et la mi-avril a mis sous tension très forte le système de santé. Les hôpitaux

ont accueilli directement beaucoup des personnes atteintes du Covid-19, en particulier dans les services de soins intensifs. La montée en charge a été rapide, forte et a nécessité des réorganisations importantes sur plusieurs semaines, une augmentation du temps de travail et le recours à du personnel supplémentaire non formé *a priori*. Cette montée en charge a été d'autant plus coûteuse que le nombre de lits avait été ajusté à un niveau minimal, résultat d'une longue série de réformes et de réorganisations. L'activation de l'accord de crise et la création d'hôpitaux provisoires n'ont permis que très marginalement de faire face à la crise sanitaire.

Le choix de ne pas confiner totalement et de façon obligatoire l'ensemble de la population apparaît cohérent avec le système de gestion de crise suédois, très décentralisé et reposant sur un principe de responsabilité individuelle. Les recommandations ont eu un impact fort et rapide sur les comportements. Il y a néanmoins eu quelques mesures contraignantes (confinement des personnes âgées, distances dans les lieux restés ouverts et les transports publics), avec des contrôles et des sanctions (dans le cas de non-respect des distances dans/par les bars, cafés, restaurants). L'objectif est davantage d'adapter que de contraindre les comportements.

La volonté d'anticiper et de gérer la crise sur un temps long a pris appui sur le partage clair et connu des responsabilités entre les agences gouvernementales (Folhälsomyndigheten au premier chef) et les acteurs locaux. La loi de 2006 a donné en effet un cadre à la définition d'une stratégie de gestion de la crise sanitaire. L'expérience dont dispose la Suède en matière d'événements de grande ampleur est cependant plutôt récente (les

exceptionnels feux de forêt de 2018, les épisodes de canicule). Cette crise sanitaire a rendu nécessaire un certain degré de centralisation pour gérer les pénuries, en rupture avec la décentralisation habituellement privilégiée : Socialstyrelsen a ainsi pris en charge la coordination entre régions des places de soins intensifs et l'achat des matériels de protection.

La crise sanitaire a révélé plusieurs points noirs. Il a d'abord été impossible de protéger les personnels soignants et les personnes susceptibles d'être exposées en raison de l'absence de stocks stratégiques. La difficulté à se procurer rapidement et en quantité des produits qui n'ont pas fait l'objet d'un stockage suffisant, dans un contexte d'explosion de la demande mondiale et de concurrence exacerbée entre les pays, interroge les conditions d'approvisionnement mises en place depuis la fin des années 2000. La très forte mortalité dans les établissements pour personnes âgées a mis en cause les conditions d'emploi précaires notamment liées à la privatisation. Enfin, la mise sous tension du système de santé a remis en lumière les besoins en personnel soignant des hôpitaux.

D'abord prévue par le gouvernement après la crise, la commission d'enquête sur la gestion de la crise sanitaire est finalement mise en place le 30 juin, à la demande de plusieurs partis d'opposition. Un premier rapport est prévu le 30 novembre 2020, deux autres s'échelonneront jusqu'à fin février 2022. Cette commission devrait fournir un bilan détaillé des dispositions mises en place et une évaluation de la gestion de la crise sanitaire par le gouvernement, les agences gouvernementales, les autorités des régions et des communes.

Achévé de rédiger le 26 octobre.

Sources :

Anell A., Glengård A.H., Merkur S. (2012), « Sweden health system review », *Health Systems in Transition*, vol. 14, n° 5, p. 1-159, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22894859/>.

Becker P., Bynander F. (2017), « The system for crisis management in Sweden: Collaborative, conformist, contradictory », in Madu C.N., Kuei C. (Eds.), *Handbook of Disaster Risk Reduction & Management*, Singapore, World Scientific, p. 69-95, <https://doi.org/10.1142/10392>.

Desjourdy A. (2009), « Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec ? », *Cahiers de recherche en politique appliquée*, vol. 2, n° 3, p. 17-51, <https://bit.ly/2Fc0CBf>.

Glengård A.H. (2020), « Country Profiles: Sweden », *International Health Care System Profiles*, The Commonwealth Fund, June 5, <https://bit.ly/33GRe1T>.

Graph (2017), « Le système de santé suédois », *Gestions hospitalières*, n° 568, septembre, p. 403-405, http://www.le-graph.com/images/publications_graph/graph_suede.pdf.

IMT Sweden (2020), « The slipping mask of Swedish capitalism », *Revolution*, May 1st, <https://www.marxist.com/the-slipping-mask-of-swedish-capitalism.htm>.

Jolivet A. (2014), « Suède : des réformes et des ajustements bien antérieurs à la crise », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 140-150, <https://goo.gl/VVD5qK>.

Löfgren E. (2020), « "The biggest challenge of our time": How Sweden doubled intensive care capacity amid Covid-19 pandemic », *The Local*, June 23, <https://bit.ly/3jHfIO1>.

OCDE (2019), *Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, Éditions de l'OCDE, <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>.

Palier B. (2006), « Un système régionalisé en constante évolution : le cas suédois », *Les Tribunes de la santé*, n° 3, p. 29-36, <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2006-3-page-29.htm>.

Sites

Agence de santé publique – Folkhälsomyndigheten : <https://bit.ly/3Iuh3Z1>

Conseil national de la santé – Socialstyrelsen : <https://www.socialstyrelsen.se>

SUÈDE

Svenska intensivvårdsregistret : <https://bit.ly/30MVuLD>.
Gouvernement central : www.regeringen.se
<https://www.lasuedeenkit.se>

Centre des Liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale - CLEISS (20-20), Le système de santé suédois, <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/suede.html>.

Résumés des articles

Numéro spécial : Les mobilisations sanitaires des États et de l'Union européenne face à la première vague de Covid-19

La gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États : recettes communes et logiques nationales

Renaud GAY et Kevin GUILLAS-CAVAN

L'article propose une lecture transversale du numéro qui porte sur les mobilisations sanitaires de neuf États et de l'Union européenne face à la « première vague » de l'épidémie de Covid-19. En s'intéressant aux interventions publiques sur l'accès aux soins, les services de santé et l'industrie médicale, il montre que la plupart des États ont recours à des recettes similaires (confinement, mobilisation des hôpitaux, etc.) qui s'inscrivent cependant dans des logiques nationales liées aux configurations institutionnelles et économiques des systèmes de santé.

Mots-clés : Covid-19, État, système de santé, hôpital, inégalités de santé, professionnels de santé, pénurie de matériel médical, accès aux soins, confinement, urgence sanitaire.

L'évolution de la surmortalité durant la pandémie de Covid-19 : éléments de comparaison internationale

Pierre CONCLALDI

Cette note se concentre sur l'évolution de la surmortalité qui constitue l'indicateur le plus robuste, notamment en comparaison internationale, pour observer la dégradation de l'état de santé durant la « première vague » de la pandémie de Covid-19 au printemps dernier. La surmortalité a augmenté plus fortement aux États-Unis qu'en Europe, avec des situations cependant très hétérogènes au sein des pays européens. Sur les huit premiers mois de l'année 2020, on peut estimer à moins de 20 000 le nombre de décès excédentaires en France.

Mots clés : Covid-19, statistique, comparaison internationale, surmortalité, pandémie.

Chine

La mobilisation sanitaire des pouvoirs publics locaux : le cas de la ville de Wuhan

Jingyue XING-BONGIOANNI, Jun CHU et Xuemin QI

En Chine, ce sont les gouvernements locaux, en particulier celui de la ville de Wuhan, épice de l'épidémie, qui ont joué un rôle clé durant la crise sanitaire. D'une part, c'est à cette échelle que les décisions importantes ont été prises ; d'autre part, la majorité des dépenses liées à la lutte contre le Covid-19, y compris les primes versées aux professionnels de santé mobilisés, a été majoritairement supportée par les gouvernements locaux. Le rôle de l'État central, sans être marginal, a consisté à coordonner la mobilisation des professionnels de santé et du matériel entre les territoires, à mobiliser l'industrie et à financer une partie limitée des dépenses liées à l'action publique. Ce régime de mobilisation des ressources, s'il a permis d'être au plus proche du terrain, pose problème en termes d'équité territoriale et de capacité d'endettement des gouvernements locaux, notamment pour les régions les plus pauvres.

Mots-clés : Chine, Covid-19, État, gouvernement local, Wuhan, système de santé, hôpital, inégalités de santé, professionnels de santé, pénurie de matériel médical, accès aux soins, confinement.

Argentine

Une mobilisation forte, précoce... mais insuffisante de l'État fédéral

Virginia MELLADO et Arnaud TRENTA

Dès les premiers cas de Covid-19, le gouvernement fédéral argentin a pris des mesures fortes pour freiner la transmission du nouveau coronavirus et accroître les capacités des institutions sanitaires. Cette stratégie préventive a permis, dans un premier temps, de circonscire l'épidémie à l'aire métropolitaine de Buenos Aires et de focaliser l'action de dépistage sur les quartiers populaires. Dans un second temps, la constitution fédérale de la République argentine et la fragmentation du système de santé ont limité la cohérence globale de l'action publique et favorisé l'accélération de l'épidémie de Covid-19 dans l'ensemble des provinces du pays.

Mots-clés : Argentine, Covid-19, État, système de santé, hôpital, inégalités de santé, professionnels de santé, pénurie de matériel médical, accès aux soins, confinement, urgence sanitaire.

États-Unis

Système hospitalier, assurance santé et fédéralisme étasunien à l'épreuve

Catherine SAUVIAT

C'est aux États-Unis que l'épidémie de Covid-19 s'est montrée la plus meurtrière, bien que les dépenses de santé par habitant y soient les plus élevées au monde. Elle aura

ainsi mis au jour de manière flagrante les apories chroniques du système de santé et de l'assurance santé (coût exorbitant, fortes inégalités d'accès, sous-financement de la santé publique, système hospitalier gouverné par des logiques de marché). Elle aura aussi révélé les revers du fédéralisme américain sous l'administration Trump, notamment sa capacité à gérer une crise sanitaire d'une telle ampleur, qui se sont illustrés tout particulièrement dans l'impéritie du *leadership* présidentiel.

Mots-clés : États-Unis, Covid-19, État, système de santé, hôpital, inégalités de santé, professionnels de santé, pénurie de matériel médical, accès aux soins, confinement, assurance santé, urgence sanitaire.

Union européenne

L'Europe de la santé au prisme du Covid-19 : quelles avancées ?

Gael CORON et Catherine SAUVLAT

Les actions de l'Union européenne face à la crise sanitaire ont été contraintes par les traités (incompétence juridique) et de fait, par les ressources politiques et financières très limitées qui peuvent être consacrées à la politique de santé européenne. La sécurité des approvisionnements d'équipements médicaux à l'échelle européenne n'a pu être assurée, dans un contexte de divergence des trajectoires industrielles des États membres qui rend difficile l'émergence d'une politique industrielle commune.

Mots-clés : Union européenne, Covid-19, politique de santé, politique industrielle, équipement médical, santé publique, DG Santé.

Allemagne

Une réponse coordonnée du système de santé sous l'impulsion de l'État fédéral

Marcus KAHMANN

L'Allemagne résiste relativement bien aux ravages de la pandémie. La crise sanitaire est l'occasion de révéler les importants moyens « proactifs » du système de santé, mais met aussi au jour des difficultés à les faire fonctionner. Si ces dernières n'ont pas produit davantage de dégâts sanitaires, c'est aussi parce que le fédéralisme a su faire preuve de sa capacité de coordination. Craignant que le système ne résiste pas à une deuxième vague, l'État fédéral injecte d'importants moyens financiers afin de surmonter les faiblesses d'ordre social et industriel.

Mots-clés : Allemagne, Covid-19, État, système de santé, hôpital, inégalités de santé, professionnels de santé, pénurie de matériel médical, accès aux soins, confinement.

France

Une gestion étatique centralisée et désordonnée

Renaud GAY et Monika STEFFEN

L'article analyse la gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les autorités étatiques françaises de février à août 2020. Il met en évidence le caractère centralisé et relativement désordonné des interventions publiques qui s'explique par des logiques institutionnelles, politiques et économiques de plus long terme. Le confinement général de la population, le rôle central donné aux hôpitaux et leur difficile approvisionnement matériel sont ainsi en grande partie dues aux spécificités d'un État sanitaire qui, malgré le renforcement organisationnel récent de la santé publique, reste marqué par une approche biomédicale et curative de la santé mais dont l'autonomie industrielle et technologique est faible.

Mots-clés : France, Covid-19, État, système de santé, hôpital, inégalités de santé, professionnels de santé, pénurie de matériel médical, accès aux soins, confinement, urgence sanitaire.

Irlande

Des fragilités du système de santé exacerbées par la crise sanitaire

Noëlie DELAHAIE

La survenance de la pandémie liée au Covid-19 a mis à l'épreuve le système public de santé qui se trouve déjà dans une situation critique : carence en lits d'hôpital, absence de couverture universelle pour les soins de santé primaire, forte intrication des secteurs public et privé, avec pour résultat des délais d'attente parmi les plus longs d'Europe et des inégalités d'accès aux soins. Pour tenter d'endiguer la « première vague » épidémique, les autorités misent sur des restrictions sociales et économiques, l'universalisation de l'accès aux soins primaires et la mobilisation des hôpitaux privés.

Mots-clés : Irlande, Covid-19, État, système de santé, hôpital, inégalités de santé, professionnels de santé, pénurie de matériel médical, accès aux soins, confinement.

Italie

Après le choc initial, des ressources renouvelées pour le système sanitaire, en attendant une réforme plus ambitieuse ?

Mara TOGNETTI-BORDOGNA, Battista Roberto POLILLO et Jean-Olivier MALLET

Premier pays européen touché par la pandémie de Covid-19, l'Italie a dû faire face à la crise en s'appuyant sur un système de santé affaibli par des coupes budgétaires après la grande récession de 2008-2009, et aux moyens variables selon les Régions. Les tensions entre l'État central, responsable en cas d'urgence sanitaire, et les Régions, en charge de l'organisation de soins, ont pu entraver les réponses à la pandémie. L'adoption rapide

de mesures d'exception (décrets Cura Italia et Rilancio) a permis néanmoins de renforcer temporairement les moyens financiers et humains du système national de santé en prévision d'une seconde vague épidémique, et le choc traumatique de l'épidémie de ressusciter l'intérêt pour une réforme sanitaire ambitieuse.

Mots-clés : Italie, Covid-19, État, système de santé, hôpital, inégalités de santé, professionnels de santé, pénurie de matériel médical, accès aux soins, confinement, urgence sanitaire.

Royaume-Uni

Une sous-estimation initiale du risque, puis une gestion chaotique

Jacques FREYSSINET

La sous-estimation initiale du risque engendré par la pandémie a laissé place à une gestion chaotique des étapes du confinement puis du premier déconfinement. La brutale diffusion du virus a mis en évidence les défaillances d'un système de santé soumis depuis les années 1980 à des politiques de privatisation et affaibli depuis 2010 par l'austérité budgétaire. Face à l'afflux des malades, les hôpitaux publics ont été handicapés par des sous-effectifs massifs et sont restés dépourvus, pendant de longues semaines, des équipements indispensables. Les mesures d'urgence ont certes permis de faire face, mais dans des conditions qui ont révélé l'ampleur des inégalités devant la pandémie.

Mots-clés : Royaume-Uni, Covid-19, État, système de santé, hôpital, inégalités de santé, professionnels de santé, pénurie de matériel médical, accès aux soins, confinement, urgence sanitaire.

Suède

Une gestion singulière de la crise sanitaire, un système de santé décentralisé sous forte tension

Annie JOLIVET

La Suède a mis en place une combinaison d'interdictions limitées et de recommandations. La volonté d'anticiper et de gérer la crise du Covid-19 sur un temps long s'est appuyée sur un partage des tâches clair et connu entre agences gouvernementales, gouvernement et acteurs locaux. Avec des capacités d'accueil ajustées à un niveau minimal, les hôpitaux ont dû se réorganiser, augmenter le temps de travail et recourir à du personnel supplémentaire. Une coordination centralisée s'est avérée nécessaire pour l'approvisionnement en matériels de protection et de soins et pour la gestion des places en soins intensifs.

Mots-clés : Suède, Covid-19, État, système de santé, hôpital, inégalités de santé, professionnels de santé, pénurie de matériel médical, accès aux soins, confinement.

English Abstracts

Special issue : State and European Union health measures in the face of the first wave of COVID-19

Public health management of the COVID-19 epidemic at the national level: Shared formulae and national mindsets

Renaud GAY and Kevin GUILLAS-CAVAN

This article offers a cross-reading of this issue focusing on the public health measures taken by nine states and by the European Union in the face of the “first wave” of the COVID-19 epidemic. By looking at state interventions in access to health care, health services and the medical sector, it illustrates how most states tend to resort to similar formulae (lockdown, expanding hospital capacity, etc.) albeit within the framework of national mindsets shaped by the institutional and economic set-up of their healthcare systems.

Keywords: COVID-19, state, healthcare system, hospital, health inequalities, health professionals, shortages of medical equipment, access to health care, lockdown, health emergency.

The progression of excess deaths during the COVID-19 pandemic: Points of international comparison

Pierre CONCLALDI

This article looks at the progression of excess deaths, which is the most robust indicator—particularly for the purposes of international comparison—for tracking the worsening public health situation during the “first wave” of the COVID-19 pandemic in spring 2020. Excess death rates have increased more dramatically in the United States than in Europe, although circumstances vary considerably across European nations. The number of excess deaths in France over the first eight months of 2020 is estimated at less than 20,000.

Keywords: COVID-19, statistics, international comparison, excess mortality, excess deaths, pandemic.

China

Local government public health measures: The case of the city of Wuhan

Jingyue XING-BONGIOANNI, Jun CHU and Xuemin QI

In China, local authorities, in particular that of the city of Wuhan, the epicenter of the outbreak, have played a key role throughout the health crisis. For one thing, the important decisions have been made at this level; for another, most of the spending to fight COVID-19, including bonuses paid to the health professionals called into action, has been borne by local authorities. The role of central government, while hardly negligible, has consisted of coordinating the deployment of health professionals and supplies across regions, of rallying industry, and of financing a limited proportion of public spending. While this system of mobilizing resources has allowed efforts to be directed at the grassroots level, it raises questions of interregional equality and of the borrowing capacity of local authorities, particularly those in the poorest regions.

Keywords: China, COVID-19, state, local government, Wuhan, healthcare system, hospital, health inequalities, health professionals, shortages of medical equipment, access to health care, lockdown.

Argentina

The federal government's measures: Strong, early ... but insufficient

Virginia MELLADO and Arnaud TRENTA

After the country's very first cases of COVID-19, the Argentinian federal government took strong measures to slow the spread of the new coronavirus and to boost the capacity of healthcare institutions. This preventative strategy succeeded, at first, in limiting the epidemic to the Buenos Aires metropolitan area and made it possible to focus testing on working-class neighborhoods. Later, the Argentine Republic's federal constitution and its fragmented healthcare system limited the general cohesiveness of public policy and enabled the COVID-19 epidemic to accelerate in all of the country's provinces.

Keywords: Argentina, COVID-19, state, healthcare system, hospital, health inequalities, health professionals, shortages of medical equipment, access to health care, lockdown, health emergency.

United States

Hospitals, health insurance, and the US federal system put to the test

Catherine SAUVIAT

It is in the United States that the COVID-19 epidemic has proved most deadly, even though its per capita health spending is the highest in the world. As such, the epidemic has brought into stark relief the chronic shortcomings of the country's healthcare and health insurance systems (with their exorbitant costs, high inequality of access,

underfunding of public health, and a hospital system governed by market logic). It has also revealed the drawbacks of the US federal system under the Trump administration, in particular its inability to manage a health crisis of such magnitude, most clearly exemplified in the incompetence of the president's leadership.

Keywords: United States, COVID-19, state, healthcare system, hospital, health inequality, health professionals, shortages of medical equipment, access to health care, lockdown, health insurance, health emergency.

European Union

The Europe of Health through the lens of COVID-19: What progress has been made?

Gael CORON and Catherine SAUVLAT

The actions of the European Union in the face of the health crisis have been limited *de jure* by the treaties (lack of legal authority) and *de facto* by the extremely limited political and financial resources available to be devoted to European health policy. Secure supply lines of medical equipment at the European level could not be ensured, against a backdrop of diverging industrial trajectories of Member States, making it difficult for a common industrial policy to emerge.

Keyword: European Union, COVID-19, health policy, industrial policy, medical equipment, public health, Directorate-General for Health and Food Safety.

Germany

A coordinated response by the healthcare system, powered by the federal government

Marcus KAHMANN

Germany has stood up relatively well to the ravages of the pandemic. The health crisis has presented an opportunity to showcase the considerable “proactive” means of the healthcare system, but it has also highlighted the difficulties of making them function well. While those difficulties have not given rise to further damage to public health, this is also because the federal system was able to demonstrate a capacity for coordination. Fearing that the system might not withstand a second wave, the federal government has injected considerable funding in order to overcome industrial and social weaknesses.

Keywords: Germany, COVID-19, state, healthcare system, hospital, health inequalities, health professionals, shortages of medical equipment, access to health care, lockdown.

France

A centralized, disorganized management by the state

Renaud GAY and Monika STEFFEN

This article analyzes the French state authorities' management of the COVID-19 epidemic between February and August 2020. It highlights the centralized and relatively

disorganized nature of state interventions, which can be explained by longer-term institutional, political, and economic rationales. The blanket lockdown of the population, the central role given to hospitals, and their supply problems are also in large part down to the peculiarities of a national healthcare system that, despite recent organizational improvements, remains characterized by a biomedical and curative approach to health care in which industrial and technological independence are lacking.

Keywords: France, COVID-19, state, healthcare system, hospital, health inequalities, health professionals, shortages of medical equipment, access to health care, lockdown, health emergency.

Ireland

Fragilities in the healthcare system exacerbated by the health crisis

Noélie DELAHAIE

The arrival of the COVID-19 pandemic has put to the test a public health system that was already in a critical state: hospital beds in short supply, no universal health coverage for primary care, and extensive entanglement of the public and private sectors, resulting in waiting times among the longest in Europe and inequality of access to health care. In an effort to hold back the “first wave” of the epidemic, the authorities put their faith in social and economic restrictions, the extension of universal access to primary care, and the drafting of private hospitals.

Keywords: Ireland, COVID-19, State, healthcare system, hospital, health inequalities, health professionals, shortages of medical equipment, access to health care, lockdown.

Italy

After the initial shock, renewed resources for the healthcare system, pending more ambitious reform?

Mara TOGNETTI-BORDOGNA, Battista Roberto POLILLO and Jean-Olivier MALLET

As the first European country hit by the COVID-19 pandemic, Italy had to face the crisis while relying on a healthcare system weakened by budget cuts following the Great Recession of 2008–2009, with varying levels of funding between Regions. Tensions between central government, responsible for dealing with health emergencies, and the Regions, which are in charge of organizing care, hampered responses to the pandemic. The rapid adoption of exceptional measures (the Cura Italia and Rilancio bills) nevertheless provided a temporary boost to the financial and human resources of the national healthcare system in anticipation of a second wave, while the traumatic shock of the epidemic served to revive interest in ambitious healthcare reform.

Keywords: Italy, COVID-19, state, healthcare system, hospital, health inequalities, health professionals, shortages of medical equipment, access to health care, lockdown, health emergency.

United Kingdom

Initial underestimation of the risk followed by chaotic management

Jacques FREYSSINET

The initial underestimation of the risk posed by the pandemic gave way to chaotic management of the various stages of lockdown and, later, of the first lifting of restrictions. The savage spread of the virus highlighted the failings of a healthcare system subjected to privatization policies since the 1980s and weakened by austerity from 2010 onward. Faced with the influx of patients, public hospitals were crippled by massive understaffing and suffered shortages of essential equipment, which lasted for many weeks. Emergency measures admittedly allowed those challenges to be addressed, but on terms that revealed the scale of inequalities in the face of a pandemic.

Keywords: United Kingdom, COVID-19, state, healthcare system, hospital, health inequalities, health professionals, shortages of medical equipment, access to health care, lockdown, health emergency.

Sweden

A unique response to the health crisis and a decentralised healthcare system under pressure

Annie JOLIVET

Sweden implemented a combination of limited prohibitions and recommendations. A willingness to plan ahead and to manage the COVID-19 crisis over the long term has been underpinned by a clear and transparent division of responsibilities between government agencies, government, and local actors. With capacity adapted to minimal levels, hospitals were forced to reorganize, to increase working hours, and to call on extra staffing. Centralized coordination proved necessary for the supply of protective and care equipment and for the management of intensive care spaces.

Keywords: Sweden, COVID-19, state, healthcare system, hospital, health inequalities, health professionals, shortages of medical equipment, access to health care, lockdown.

BULLETIN d'ABONNEMENT 2021

nom, prénom

fonction

adresse

tél.

e-mail

Désire m'abonner à :

- La Chronique internationale de l'IRES* au prix de 30,00 €.
- La Revue de l'IRES* au prix de 79,00 €.
- La Chronique internationale de l'IRES + Revue* au prix de 99,00 €.

Les étudiants (justificatif à l'appui) pourront bénéficier d'une remise de 50 % sur les abonnements et sur les publications achetées à l'unité.

Règlement par :

- Chèque bancaire (payable en France) à l'ordre de l'IRES
- Virement à l'ordre de l'IRES - Banque CDC
IBAN FR72 4003-1000-0100-0024-5046-D80 – BIC : CDCGFRPPXXX

date et signature

*Pour rester informé-e de l'actualité de l'IRES et de ses publications,
abonnez-vous à la newsletter sur www.ires.fr !*

L'IRES

L'Institut de Recherches Économiques et Sociales (IRES) a été créé en 1982 par l'ensemble des organisations syndicales représentatives françaises, avec le concours du gouvernement. La CFDT, la CFE-CGC, la CFTC, la CGT, la CGT-FO et l'UNSA-Éducation le gèrent en commun depuis cette date.

L'IRES est juridiquement constitué sous forme d'association. Son assemblée générale est composée de neuf syndicalistes, neuf personnalités scientifiques et quatre représentants du Premier ministre. Son bureau regroupe six syndicalistes, un par organisation constitutive. La présidence est assumée à tour de rôle par le représentant de l'une d'entre elles. Le directeur est un universitaire.

Ses ressources sont assurées par une subvention publique de l'État et par des conventions de recherche.

Ses missions

L'Institut a pour vocation d'apporter aux organisations syndicales des éléments d'appréciation et d'analyse sur l'ensemble des questions économiques et sociales.

Pour réaliser ses missions, l'IRES procède selon deux modalités.

- D'une part, un centre de recherche et de documentation regroupe une trentaine de personnes : chercheurs, documentalistes et administratifs. Il se consacre à la réalisation d'un programme à moyen terme approuvé par l'assemblée générale.

- D'autre part, il soutient l'effort de recherche propre à chaque centrale. Pour cela, après accord de l'assemblée générale, il finance des programmes réalisés par des équipes choisies par chacune des organisations. Les résultats de ces recherches sont mis à la disposition de l'ensemble d'entre elles. On peut se les procurer auprès de chaque centrale. L'ensemble de ces activités est regroupé sous l'appellation Agence d'Objectifs.

Les thèmes plus précis de recherche privilégient les questions relatives au travail, aux stratégies économiques, à la protection sociale et aux relations professionnelles.

Assemblée générale de l'IRES

Neuf syndicalistes

Membres du Bureau :

Marie-Laurence BERTRAND, CGT

Fabrice COQUELIN, UNSA-Éducation

Bernard IBAL, CFTC

Franck LOUREIRO, CFDT

Franck MIKULA, CFE-CGC

Éric PERES, CGT-FO

Membres de l'Assemblée générale :

Sébastien DUPUCH, CGT-FO

Philippe PORTIER, CFDT

Fabienne ROUCHY, CGT

Quatre représentants du Premier ministre

Didier BLANCHET, Directeur des études

et des synthèses économiques, INSEE

Gilles DE MARGERIE, Commissaire général, France Stratégie

Fabrice LENGART, DREES

Selma MAHFOUZ, Directrice de l'animation

de la recherche, des études et des statistiques, DARES

Neuf personnalités scientifiques

Denis ADAM, Délégué général du CHA

Mario CORREIA, Maître de conférences à l'université de Méditerranée

Cécile GUILLAUME, Maître de conférences à l'université de Lille 1

Donna KESSELMAN, Professeure

à l'université Paris-Est Créteil

Bernard LAURENT, Professeur à

l'École de management de Lyon

David MEYER, Conseiller économique, social et environnemental

Sandrine MICHEL, Professeure


à l'université Montpellier I

Angel PINO, Professeur à l'université

Michel de Montaigne Bordeaux 3

Frédéric REY, Maître de conférences

au Cnam - laboratoire Lise-Cnrs



La gestion sanitaire de la première vague de l'épidémie de Covid-19 par les États et par l'Union européenne, tel est le sujet du numéro spécial de la *Chronique internationale de l'IREs*. Cette crise, inédite par son ampleur et son caractère mondialisé, a appelé, dans un temps très court, une mobilisation sanitaire massive de la part des États. Il s'agissait avant tout d'éviter la saturation des services de santé, notamment hospitaliers, mais aussi de renforcer le personnel soignant pour assurer la prise en charge des malades du Covid-19, et de disposer du matériel médical et de protection nécessaire, marqué par des pénuries.

L'évaluation de la surmortalité lors du premier pic épidémique au printemps 2020 fait l'objet d'un premier article. Neuf monographies-pays analysent les réponses apportées par des États aux systèmes de santé variés, dans l'Union européenne et dans le monde : la Chine, l'Argentine, les États-Unis, l'Allemagne, la France, l'Irlande, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède. Un article sur l'Union européenne vient interroger l'existence (ou non) d'une réponse coordonnée à ce niveau, et plus largement d'une Europe de la santé.

L'analyse de ces différents cas permet d'apprécier le degré de ressemblance ou de divergence des réponses apportées par les exécutifs nationaux, et de voir dans quelle mesure les configurations institutionnelles et économiques des systèmes de santé ont influencé les interventions des États et pesé sur leur capacité à absorber le choc de cette première vague épidémique. À l'heure de la deuxième vague de l'épidémie, il est utile de revenir sur cette première vague afin de voir si des leçons en ont été tirées ou si au contraire, les mêmes errements ont été répétés.