

Benchmark international sur la gestion de la crise du Covid-19

Les réponses de 9 pays
asiatiques et européens





Avant-propos

L'épidémie de Covid-19 a frappé le monde entier au premier semestre 2020, avec un pic évoluant progressivement de l'Est vers l'Ouest. La première priorité des Etats a été de limiter puis d'enrayer le nombre de contaminations et de décès au sein de leur population. Les observateurs, notamment les médias, ont considéré que certains pays avaient mieux réagi que d'autres, plus rapidement, plus efficacement, ou avaient bénéficié d'une meilleure préparation. De fait, les stratégies déployées et le « mix » des mesures engagées s'avèrent très différents les uns des autres, s'appuyant sur les atouts, ou s'adaptant aux faiblesses et aux contraintes de chaque Etat.

Ce benchmark a été réalisé par nos consultants sur la période du pic de l'épidémie, et remonte ainsi à avril 2020. Le travail s'est concentré sur un nombre limité de pays, les plus touchés à cette période, et ne prend pas en compte les stratégies de déconfinement adoptées ultérieurement.

Avec plus de recul, l'analyse devra donc être actualisée pour ces mêmes pays, en intégrant les évolutions sanitaires les plus récentes, et en analysant les stratégies de déconfinement ainsi que les éventuels épisodes de rebond de la pandémie. De même, elle devra être élargie aux USA et aux pays d'Amérique de Sud les plus touchés, notamment le Brésil.

Néanmoins, ce retour spécifique sur le début de la crise, avec le recul de quelques mois, l'expérience du déconfinement et de la sortie de crise est essentiel, car ce sont les premières mesures prises qui ont engagé la suite des événements et qui demanderont des actions correctives pour mieux préparer de futurs événements liés à des crises sanitaires. Chaque pays a, ou va engager, des démarches de REX (par exemple, commissions parlementaires en France) pour tirer les conséquences de la crise. **L'éclairage international** apporté par ce type de benchmark **a le mérite de permettre à la fois de pointer et de relativiser les faiblesses constatées dans chaque pays**, dans un souci d'améliorer les dispositifs pour le futur en s'inspirant des meilleures pratiques constatées, et en évitant ainsi de tomber dans le piège de la chasse aux boucs émissaires.

Lors de la rédaction de ce rapport, nous avons eu principalement pour ambition d'objectiver les différentes stratégies/réactions adoptées par les pays étudiés.

« Dans l'incertitude, abstenons-nous de prononcer, de douter, de juger ou de condamner. »¹

¹ Citation de Henri-Frédéric Amiel ; Journal intime, le 24 mai 1875.

Sommaire

Un benchmark pour observer et pour agir	1
Comparaisons thématiques	5
Alerte précoce et délai des premières actions	6
Stratégie d'approvisionnement en matériel	7
Stratégie barrière adoptée	9
Mobilisation des établissements de santé	11
Monographies par pays	15
France	16
Espagne	21
Singapour	25
Italie	28
Allemagne	31
Corée du Sud	34
Taïwan	38
Royaume-Uni	42
Hong-Kong	45
Annexes	49

The background features several decorative purple elements: a large circle with a double-line border on the left, a smaller solid circle at the top center, a large solid circle on the right, and a large shaded sphere at the bottom center. Wavy purple lines and smaller solid circles are scattered throughout the white background.

**Un benchmark pour
observer et pour agir**

1

L'épidémie de Covid-19 a frappé l'ensemble du monde en ce début d'année 2020, entamant sa course en Asie avant de gagner rapidement l'Europe puis l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud et l'Afrique. Le premier enjeu pour les Etats a été de limiter puis d'enrayer le nombre de contaminations et de décès au sein de leur population. Certains pays sont considérés comme ayant mieux réagi que d'autres, plus rapidement, plus efficacement, et ayant bénéficié d'une meilleure préparation alors que l'on estime que d'autres étaient moins bien préparés. De fait, les stratégies déployées et les « mix » de mesures engagées s'avèrent très différents les uns des autres, jouant des atouts - ou des faiblesses - de chaque Etat.

Mais comment objectiver ?

L'équipe Santé-Social d'EY souhaite, en élaborant ce benchmark international sur la gestion de crise du Covid-19, apporter des éléments de comparaison de ces stratégies, comprendre les mécanismes de décision des Etats, et discerner les mesures les plus efficaces mises en place et les facteurs clés de succès face à l'épidémie.

L'ambition de cet exercice d'observation revient à décanter un retour d'expérience, en plein cœur de la crise : au moment où ce benchmark a été élaboré, notre équipe EY était elle-même en confinement. Notre souhait est que des enseignements puissent être tirés de cette analyse et que la France puisse bénéficier d'une préparation renforcée lors d'une prochaine épidémie.

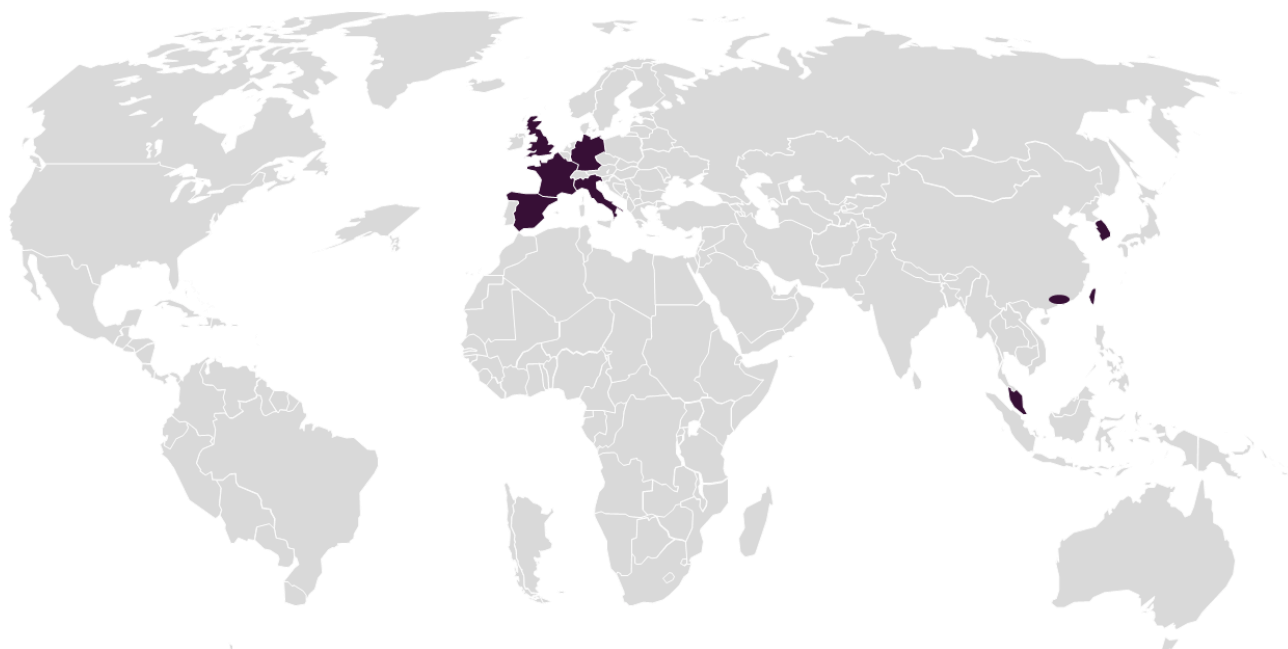
Le panel des pays étudiés

Notre panel d'étude comporte 9 pays choisis pour :

- ▶ Leur niveau d'avancement dans l'épidémie à date d'élaboration du benchmark (avril 2020) : nous avons ainsi sélectionné les zones géographiques asiatiques et européennes, premières touchées - pour rappel, à date d'élaboration, l'épidémie n'avait pas encore réellement touché le continent américain ;
- ▶ La virulence de l'épidémie ou, au contraire, l'atypie d'une faible morbi-mortalité : des pays comme l'Italie et l'Espagne, et à l'inverse l'Allemagne, ne pouvaient, à notre sens, être écartés ;
- ▶ L'accessibilité et la fiabilité des données.

Au total, 4 pays asiatiques et 5 pays européens sont étudiés. Par ordre d'apparition des premiers cas :

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. Taïwan | 6. Italie |
| 2. Hong-Kong | 7. Royaume-Uni |
| 3. Singapour | 8. Espagne |
| 4. France | 9. Corée du Sud |
| 5. Allemagne | |



Panel	Date du premier cas ²	Nombre habitants en millions ³	Densité de population 2018 (hab./km ²) ⁴	Part de plus de 65 ans ⁵	Nombre de cas million d'hab. ⁶	Nombre de décès million d'hab. ⁷
Taïwan	21-janv.	23,59	669,1	14,55 %	19	0,3
Hong-Kong	22-janv.	7,45	7 075,1	17 %	149	0,5
Singapour	24-janv.	5,64	8 274,1	11,80 %	7 005	4
France	25-janv.	66,99	119,1	19,84 %	2 411	451
Allemagne	28-janv.	82,9	236,1	21,47 %	2 245	106
Italie	31-janv.	60,42	201,6	22,68 %	3 924	568
Royaume-Uni	31-janv.	66,4	275,2	18,31 %	4 374	615
Espagne	1-févr.	46,8	93	19,29 %	6 228	580
Corée du Sud	21-févr.	51,8	526,2	14,29 %	237	5

La méthodologie du benchmark

- La décantation de 4 grandes thématiques**, assimilables à des facteurs clés de succès, pour structurer nos recherches et notre observation :
 - Alerte précoce et délai des premières actions ;
 - Stratégie d'approvisionnement en matériel ;
 - Stratégie barrière adoptée ;
 - Réponse médicale des établissements de santé.
- Une revue de littérature** : notre équipe a analysé données, articles, et études parus durant la crise, en répertoriant des détails sur la chronologie des événements, les mesures décidées par les Etats, la communication déployée, les dynamiques de l'opinion publique, les coopérations interacteurs et solidarités, etc.
En sont directement issues les monographies synthétiques par pays consultables en partie 3 du benchmark.
- L'élaboration d'analyses comparatives interpays**, sur chacune des thématiques clés (partie 2). Ces analyses sont de nature plus synthétique que les monographies, plus descriptives.
- La synthèse des enseignements du benchmark.

Les enseignements du benchmark

Les mesures prises par les Etats en réaction aux premiers cas de Covid-19 sur leur territoire ou dans les pays voisins ont rapidement mis en lumière des approches distinctes. D'un côté des mesures drastiques dans les pays asiatiques pour :

- ▶ Retarder l'entrée du virus sur le territoire : contrôle et dépistage aux frontières, mises en quarantaine ;

² Coronavirus Source Data, Our World in Data (ourworldindata.org), 16 juin.

³ Données Banque Mondiale, 2018.

⁴ Statistiques du Département des affaires économiques et sociales de l'ONU - population.un.org.

⁵ Ibid.

⁶ Worldometer, 16 juin.

⁷ Ibid.

- ▶ Optimiser la gestion des stocks stratégiques : interdiction des exports, relance de production locale d'équipements de protection individuelle et de matériel médical, réquisitions auprès d'entreprises privées, début de distribution des stocks stratégiques sur tout le territoire ;
- ▶ Coopérer au niveau international ;
- ▶ Limiter la transmission en rendant obligatoire le port du masque.

De l'autre côté, les pays européens ont mené des politiques de réaction plus que d'anticipation et n'ont pas pu mettre en œuvre précocement les mesures adaptées. La limitation du risque d'entrée du virus sur le territoire n'a pas fait l'objet de mesures particulières : fermeture tardive des frontières entre les pays de l'UE, simple information à l'arrivée des vols en provenance d'Asie sans mesures coercitives pour les passagers, etc. Le faible niveau des stocks stratégiques de masques a pu retarder leur distribution aux personnes les plus exposées sur le territoire (professionnels de santé libéraux, soutien aux établissements en pénurie, autres professions exposées) dans l'objectif de les préserver dans un premier temps. Malgré la coopération existante dans le cadre de l'UE, les pays européens n'ont pu prendre des décisions concertées et les mettre en œuvre de façon harmonisée : confinement total pris de manière successive en Italie puis en France, stratégie de l'immunité collective dans un premier temps au Royaume-Uni et absence de confinement strict en Allemagne.

Après la phase de montée épidémique, la phase de plateau a, de la même manière, montré des disparités dans les politiques mises en œuvre. Les pays d'Asie ont su mettre les technologies de tracking au service de la lutte contre l'épidémie, tandis que les pays européens n'ont tenté de les exploiter que lors de la phase de déconfinement. Les pays européens ont longtemps continué à gérer le manque de stocks stratégiques : les entreprises privées européennes sont venues en soutien de l'Etat de manière volontaire pour tenter de pallier certains manques, l'approvisionnement depuis les pays asiatiques s'est fait dans un marché en compétition (qualité moindre des masques produits, nécessité de contrôles douaniers) et la distribution a également généré son lot de problématiques (professions à fournir, mobilisation des points de vente, continuité).

Les réponses apportées à la crise par les différents pays ne peuvent s'analyser qu'en considérant, à la fois, les expériences de crise sanitaire similaire (SRAS), la structuration politique, l'influence des médias, l'offre de soins existante et sa capacité de réaction et, enfin, l'acceptabilité par la population des mesures recommandées par les conseils scientifiques. En revanche, cette étude confirme l'importance de la constitution de stocks stratégiques pour aborder la gestion de crise en étant en capacité de contrôler l'entrée du virus sur le territoire et d'en limiter les chaînes de transmission. Le partage d'expérience des acteurs, tant au niveau international que national (sanitaire, sécurité intérieure, économie et budget...), constituera la clef pour tirer les enseignements de cette épidémie et construire des stratégies de réponses partagées.

Avec plus de recul, l'analyse devra être actualisée pour ces mêmes pays en intégrant les évolutions sanitaires les plus récentes, et en analysant les stratégies de dé-confinement, ainsi que les éventuels épisodes de rebond de la pandémie. De même, elle devra être élargie aux USA et aux pays d'Amérique de Sud les plus touchés, notamment le Brésil.

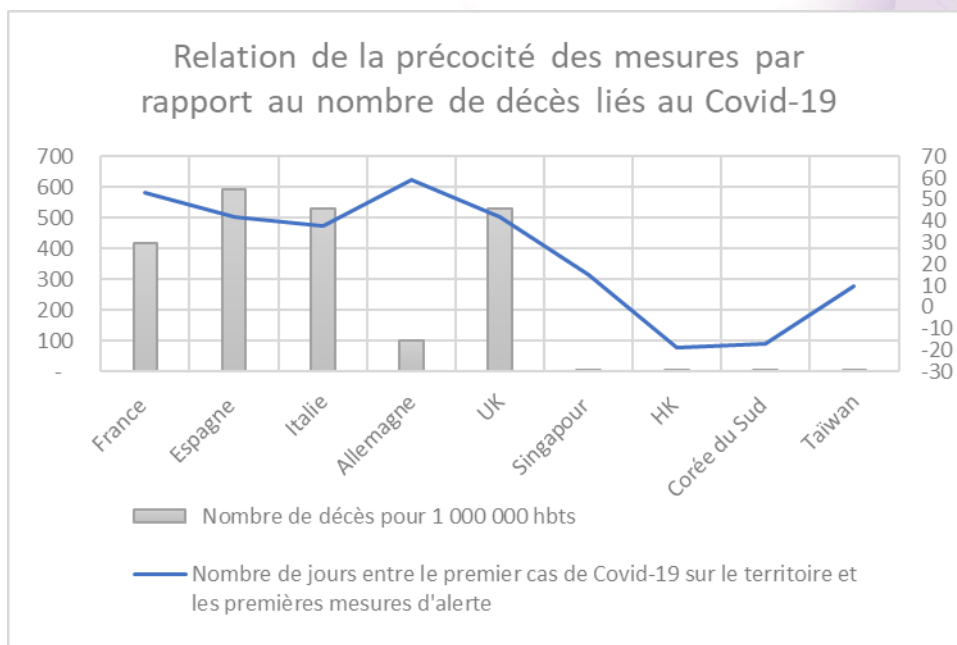
The background features a complex abstract design in shades of purple. It includes several overlapping circles of varying sizes, some with thin outlines and others with solid fills. Wavy, organic lines flow across the page, connecting and framing the circular elements. The overall aesthetic is clean and modern, typical of a contemporary graphic design.

Comparaisons thématiques

Alerte précoce et délai des premières actions

Le niveau de réactivité des gouvernements en place au sein des différents pays du monde, ainsi que la nature des décisions prises, ont largement influencé les conséquences de l'épidémie de Covid-19.

Le graphique présenté ci-dessous relate la corrélation entre le délai du premier cas constaté et les premières mesures d'alertes prises et le nombre de décès pour 1 000 000 d'habitants, à date du benchmark. Il peut être constaté que, plus le niveau d'alerte a été déclenché en amont de l'évolution du nombre de cas testés positivement au Covid-19, moins les conséquences ont été dramatiques sur le territoire.



Nous comprenons par cette analyse que les pays asiatiques ont réagi immédiatement suite aux annonces du gouvernement chinois, parfois même en amont de l'apparition de la maladie sur leur territoire. Par exemple, des pays tels que Hong Kong et la Corée du Sud ont mis en place des mesures restrictives avant même l'apparition du premier cas de Covid-19 sur leur territoire. Ces mesures se sont traduites notamment par le déclenchement de l'alerte sanitaire au niveau orange par Hong Kong dès le 4 janvier 2020 alors que le premier cas diagnostiqué positivement sur le territoire est daté du 23 janvier 2020. Les autres pays d'Asie du Sud-Est de notre étude ont également eu un temps de réaction réduit, de moins de 20 jours pour Singapour et Taïwan.

Cette réactivité trouve son explication principalement dans l'expérience liée au Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS). En effet, le SRAS avait frappé principalement la Chine et Hong Kong entre 2002 et 2003 et avait provoqué 774 décès. Il avait conduit les différents pays d'Asie du Sud-Est à développer des politiques de gestion des urgences sanitaires.

Au sein des pays européens, on constate une corrélation entre le niveau de victimes et le délai de prise de décision, à l'exception de l'Allemagne. Bien que les premières mesures d'alerte fortes en termes de confinement aient été prises à la même période que les autres pays européens, la différenciation allemande repose sur la stratégie de dépistage mise en œuvre par les pouvoirs publics. Le pays a ainsi pu rapidement s'appuyer sur les laboratoires indépendants afin de mettre en place des tests avec pour objectif d'atteindre 100 000 tests par jour. Ainsi, les personnes testées positivement au Covid-19 ont pu faire l'objet de mesures d'isolement.

Enfin, un délai de prise de décision plus important dans les autres pays européens peut s'expliquer par :

- ▶ **La durée de prise de conscience du risque par les pouvoirs publics et l'organisation existante du système de santé :**
 - Une sous-évaluation du risque de contagion de la maladie,
 - Un niveau d'accessibilité au matériel de détection et protection (tests, masques) et au matériel de réanimation (appareils respiratoires) différent selon les pays.

- ▶ **Un facteur aléatoire** : la tenue d'évènements devenus de réels clusters et ayant généré une propagation du virus plus importante. En effet, des matchs de football au Royaume-Uni, en Espagne et en Italie, et un évènement religieux de grande ampleur en France, ont été des foyers non négligeables dans la propagation de la maladie au sein des territoires. La participation à ces évènements de personnes porteuses du virus a créé de réels nids de propagation.
- ▶ **La clarté des préconisations scientifiques** : la combinaison de l'évaluation des conseils scientifiques en place et de la prise de conscience au niveau des décideurs n'a pas toujours été des plus lisibles et rapides. Ainsi, le gouvernement de Boris Johnson a tardé dans le déclenchement de mesures d'urgence.

Le niveau de précocité des prises de décisions a eu un large impact sur la propagation du Covid-19. La rapidité d'action des pouvoirs publics de chaque pays a été influencée par des facteurs historiques, organisationnels, aléatoires, mais également par le degré de clarté des préconisations apportées par les conseils scientifiques.

Stratégie d'approvisionnement en matériel

L'approvisionnement en matériel de protection (masques, lunettes, gants, blouses) et en tests de dépistage a été l'un des enjeux majeurs auxquels les pays touchés par l'épidémie de Covid-19 ont dû faire face au cours des derniers mois. Deux grandes tendances se dessinent concernant cette gestion des stocks et de l'approvisionnement :

- ▶ **Une optimisation des stratégies d'approvisionnements** en temps de crise dans les pays d'Asie (Hong Kong, Singapour, Taïwan, Corée du Sud) ayant pris la mesure du risque épidémiologique suite à l'épidémie de SRAS (2003).
- ▶ **Une pénurie quasi généralisée de ces équipements** dans les pays européens au début de la crise, et des stratégies d'approvisionnement mêlant mobilisation des moyens de production nationaux et sécurisation des importations

En Europe, la pénurie de matériel de protection au début de l'épidémie est un fait dans tous les pays en raison de stocks insuffisants et de capacités de production limitées

Dans l'ensemble des pays européens, les stocks de matériel de protection et les capacités de production des industries locales se sont avérés insuffisants dès le début de l'épidémie. Ces pays se sont retrouvés face à une augmentation inédite de la demande d'équipements, comme par exemple en France où certains hôpitaux ont multiplié par 20 leur consommation de masques au moment où le pic de contaminations a été atteint.

La question de l'approvisionnement s'est ainsi posée très tôt pour ces pays. En effet, les capacités de production de matériel médical (équipements de protection, mais également respirateurs) des pays européens sont relativement limitées : la France compte seulement quatre producteurs de masques, l'Espagne un seul site de production. L'Allemagne fait néanmoins office d'exception, puisque le pays dégage 20 milliards d'euros d'excédents commerciaux sur la vente de composants pharmaceutiques (réactifs, médicaments, principes actifs), de dispositifs médicaux (respirateurs) et d'équipements de protection (gants, masques, ...), sans pour autant que la production nationale d'équipements de protection n'ait permis de couvrir les besoins du pays en début de crise.

Les pays européens dans leur ensemble semblent ainsi avoir manqué de préparation face au risque épidémiologique, ou du moins avoir largement sous-évalué ce dernier. En atteste par exemple la réduction au cours des dernières années des stocks stratégiques d'équipements de protection détenus en France ou au Royaume-Uni. La France a ainsi vu son stock passer de 1,7 milliard de masques en 2009 (1 milliard de masques chirurgicaux et 723 millions de masques FFP2) à 150 millions de masques chirurgicaux au début de l'épidémie⁸. Au Royaume-Uni, la valeur du stock d'équipements de protection (masques, gants, blouses, ...) a diminué de 40 % au cours des six dernières années, passant ainsi de 831 millions de livres sterling (934 M€) en 2013 à 506 millions de livres sterling en mars 2019 (568 M€)⁹. Ces faits posent légitimement la question de la gestion des stocks stratégiques.

Le manque de préparation des pays européens a ainsi conduit à des situations de pénurie dans les établissements de santé alors au cœur de la crise. Au Royaume-Uni, une enquête de la *British Medical Association*¹⁰ publiée le 3 mai a révélé que la moitié des médecins avaient dû compter sur des équipements de protections trouvés par leurs soins et non fournis

⁸ Stanghellini Cédric, « Comment la France est passée d'un stock d'Etat de 723 millions de masques FFP2 à la pénurie », *LCI*, 21 mars 2020.

⁹ Harry Davies, Pegg David et Lawrence Felicity, « Revealed: value of UK pandemic stockpile fell by 40% in six years », *The Guardian*, 12 avril 2020.

¹⁰ « BMA survey reveals almost half of doctors have relied upon donated or self-bought PPE and two thirds still don't feel fully protected », *British Medical Association*, 3 mai 2020

par le NHS. Après avoir parlé de problèmes liés à la distribution des équipements de protection, le gouvernement a admis que le Royaume-Uni faisait face à une pénurie¹¹. Les indications données par *Public Health England* concernant l'utilisation des équipements ont, quant à elles, évolué afin de prendre en compte cette pénurie, et préconisent dans certains cas de réutiliser des blouses ou d'utiliser des équipements alternatifs¹². Des situations de manque de matériel de protection ont également été observées en France, en Italie, en Espagne et en Allemagne.

Afin de répondre à la demande grandissante des besoins en équipements de protection, en tests de dépistage et en respirateurs, les pays européens ont mobilisé, lorsque cela était possible, les capacités de production qui étaient disponibles sur leur territoire. Par exemple en France, l'unique producteur de respirateurs Air Liquide Medical Systems a collaboré avec Renault, Michelin et ST Microelectronics¹³. Toujours en France, LVMH a reconverti ses usines de parfum afin de fournir du gel hydroalcoolique. En Espagne, le constructeur automobile Seat s'est également mobilisé pour produire des respirateurs,¹⁴ tandis qu'au Royaume-Uni, la maison Burberry s'est initiée à la fabrication de masques chirurgicaux pour le NHS¹⁵. De son côté, l'Allemagne pu s'appuyer sur des entreprises comme Dräger et Lowenstein qui comptent parmi les principaux fabricants mondiaux de respirateurs artificiels.

Cette mobilisation des moyens de productions présents sur le sol européen n'a néanmoins pas été suffisante pour couvrir la totalité des besoins auxquels les pays ont dû faire face. Il a donc été nécessaire de trouver et de sécuriser des sources d'approvisionnement extérieures.

En Asie-Pacifique, les autorités ont organisé très tôt l'approvisionnement et la distribution du matériel de protection ainsi que des tests de dépistage.

Ayant pris la mesure du risque épidémiologique à la suite de l'épidémie de SRAS en 2003, les pays d'Asie-Pacifique (Corée du Sud, Singapour, Taïwan, Hong Kong) étaient déjà préparés d'un point de vue logistique et ont su réagir rapidement dès l'apparition de l'épidémie en Chine. De manière générale, les quatre pays étudiés avaient des stocks stratégiques de matériel préalablement constitués et/ou ont pris très tôt des mesures visant à sécuriser la production, l'approvisionnement ainsi que la distribution de ce matériel.

A la différence des pays européens, les stratégies de mise en réserve et d'approvisionnement ou de production d'urgence de matériel de protection des pays d'Asie-Pacifique étaient prévus pour faire face à une épidémie de grande ampleur. Certains pays disposaient avant la crise d'équipements de protection en quantité, comme Singapour qui avait en réserve 16 millions de masques N95 soit environ 3 masques par habitant (pour le seul usage de la population civile). Pour faire face à l'augmentation de la demande et éviter les pénuries, les gouvernements de ces différents pays ont mobilisé les moyens de production qui étaient à leur disposition : à Singapour, la société Wellchem Pharmaceuticals a été sollicitée pour fournir et stocker des masques pour les soignants, tandis que l'entreprise Veredus a développé conjointement le premier test PCR avec une agence publique afin qu'il soit utilisé aux contrôles des frontières¹⁶ ; en Corée du Sud, l'Etat a pris le contrôle de la production de masques début mars et a choisi de distribuer quotidiennement dans les pharmacies 80 % des 10 millions de masques produits, tandis que les autorités autorisaient en urgence début février le test développé par Kogene Biotech Bio Ltd et le rendaient disponible trois jours plus tard ; à Taïwan, l'Etat a réquisitionné l'armée pour produire des masques sur les chaînes de production et a également nationalisé les services postaux pour les distribuer ; à Hong Kong, le gouvernement a instauré une subvention à la production locale de masques permettant ainsi la production de plus de 12 millions de masques par mois par 8 sites de production autorisés.

A cette mobilisation de l'industrie se sont ajoutées des mesures de limitation des exportations comme en Corée du Sud, ou même de réquisition des équipements de protection chez les voyageurs arrivant sur le territoire, comme à Singapour.

Une pénurie mondiale de matériel qui fait peser des tensions sur les approvisionnements

L'accélération de la diffusion du Covid-19, et la forte augmentation de la demande d'équipements qui en a résulté, ont fait apparaître des tensions entre les pays importateurs d'équipements de production et de matériel de tests. Si les pays asiatiques qui étaient dépendants de la Chine pour se fournir en matériel de protection ont vite réussi à atteindre l'autosuffisance, ce n'a pas été le cas des pays européens ainsi que des Etats-Unis. On a ainsi assisté à une course entre

¹¹ Molly Blackall, « PPE including gowns and masks running out, admits UK government », *The Guardian*, 18 avril 2020.

¹² « Coronavirus: Concern over protective kit guidance change », *BBC*, 18 avril 2020.

¹³ Eric Bergerolle, « Covid-19 : comment les constructeurs auto se reconvertissent dans les respirateurs », *Challenges*, 31 mars 2020.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Parija Kavilanz, « Louis Vuitton, Burberry and Chanel put their fashion muscle behind face masks », *CNN Business*, 14 avril 2020.

¹⁶ Teo Joyce, « Coronavirus: Singapore scientists on the front lines of fight against Covid-19 », *Strait Times*, 25 mars 2020.

ces Etats pour s'approvisionner auprès des producteurs chinois ou d'autres pays.

Pour s'assurer du bon approvisionnement, les gouvernements ont parfois fait appel aux entreprises pour acheter et importer à l'étranger du matériel. En Allemagne par exemple, les grandes entreprises ont été appelées à soutenir l'action du gouvernement pour acheter des masques en Chine. L'Union européenne a même mis en place des achats groupés pour les Etats membres afin de sécuriser l'approvisionnement en équipements de protection^{17 18}.

Dans cette course aux approvisionnements s'est aussi posée la question de la fiabilité des équipements importés et de leur certification. Nombreux sont les cas de commandes s'étant avérées non conformes aux normes européennes au moment de la livraison : le Royaume-Uni a ainsi réglé 20 millions de dollars à un fournisseur chinois pour des tests qui ne fonctionnaient pas¹⁹, et a également reçu 400 000 blouses en provenance de la Turquie qui ne respectaient pas les standards britanniques²⁰. Afin d'éviter de telles situations, les autorités ont parfois préféré faire retenir par les douanes certains produits pour s'assurer de leur fiabilité, comme par exemple en France avec le blocage de certains arrivages de masques pendant parfois plusieurs jours.

Stratégie barrière adoptée

Les stratégies barrière définies par chaque pays ont évolué avec l'épidémie. Des mesures préventives, telles qu'un contrôle strict aux frontières, une stratégie de dépistage massif et un traçage de la population apparaissent comme des moyens efficaces de contrôle de la propagation du virus. Deux tendances majeures peuvent être distinguées entre les pays asiatiques, forts de leur expérience de l'épidémie du SRAS, qui ont mis en place de telles mesures préventives et les pays européens (à l'exception de l'Allemagne). Ces derniers ont en effet réagi moins précocement et ont ainsi dû appliquer des mesures temporaires pour freiner la montée de l'épidémie à l'instar du confinement des populations. Les pays européens appliquent néanmoins progressivement ces mesures préventives (dépistage, traçage) pour leur phase de déconfinement.

Malgré la diversité des situations observées dans chaque pays, plusieurs tendances et mesures phares peuvent être identifiées. La combinaison de ces mesures semble être une bonne pratique à appliquer dans la lutte contre une épidémie virale.

Du contrôle à la fermeture des frontières

Dans le contexte d'une épidémie venant d'un pays voisin, le contrôle aux frontières apparaît comme un facteur clé de contrôle de la propagation du virus. De contrôles stricts à la fermeture pure et simple des frontières, les mesures adoptées par les pays du panel sont multiples et fonction de la situation géographique de chaque pays et de la gravité de l'épidémie.

L'interdiction totale d'entrée sur le territoire représente l'une des mesures les plus répandues parmi les pays asiatiques. Hong-Kong, Singapour et Taïwan ont, dès le mois de janvier, interdit l'entrée sur leur territoire à tout voyageur ou ressortissant de Chine continentale, et à tous les non-ressortissants durant le mois de mars au regard de la hausse du nombre de cas. En Europe, les frontières de l'espace Schengen ont été fermées dès le 17 mars. L'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et la France ont également choisi de fermer leurs frontières. Le Royaume-Uni a, quant à lui, conservé ses frontières ouvertes. Avec le déconfinement de sa population, l'Union européenne semble rouvrir progressivement ses frontières.

Les pays asiatiques ont également mené un **contrôle strict des frontières** couplé avec des moyens préventifs tels que la prise de température, la déclaration de santé à l'arrivée des voyageurs, la réalisation de tests dès l'aéroport pour les passagers présentant des symptômes (fièvre et gênes respiratoires). La Corée du Sud et Singapour ont mis en place des dépistages aux aéroports (dispositif *drive-through* de 30 minutes en Corée du Sud et salles de dépistage dédiées à Singapour).

A Hong Kong ainsi qu'en Allemagne, un dépistage a été rendu obligatoire pour toute personne arrivant de régions à risque dans un premier temps. Par la suite, les cas suspects ont été, soit placés en quarantaine, soit se sont vu imposés un traçage de leurs déplacements.

Il est à noter que les pays asiatiques ont semblé mieux préparés pour un contrôle strict de leurs frontières. En effet, forts

¹⁷ Press release, "[Coronavirus : Commission bid to ensure supply of personal protective equipment for the EU proves successful](#)", site de la commission Européenne, 24 mars 2020, consulté le 9 juin 2020.

¹⁸ Patrick Wintour et Daniel Boffey, « UK government accused of cover-up over EU scheme to buy PPE », *The Guardian*, 22 avril 2020.

¹⁹ David Kirkpatrick et Jane Bradley, « U.K. Paid \$20 Million for New Coronavirus Tests. They Didn't Work », *The New York Times*, 16 avril 2020.

²⁰ Kevin Rawlinson, « Coronavirus PPE : all 400,000 gowns flown from Turkey for NHS fail UK standards », *The Guardian*, 7 mai 2020.

de l'expérience des épidémies du SRAS, du MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*) et de la grippe H1N1, les pays asiatiques possédaient déjà des outils de contrôle de température (tels que les pistolets thermomètres) et des salles de dépistage. Les pays européens comme l'Italie, l'Espagne et la France ne semblent pas avoir encore adopté un tel contrôle à leurs frontières pour la période de déconfinement.

La mise en quarantaine des cas suspects

La Corée du Sud, Singapour, Hong Kong et Taïwan ont appliqué la mise en quarantaine de 14 jours pour tous les voyageurs entrants, pour les résidents et nationaux de retour sur le territoire ainsi que pour les cas testés positifs et cas contact. Taïwan a basé toute sa stratégie de lutte contre l'épidémie sur la mise en quarantaine.

Le succès de la **quarantaine** repose sur deux axes :

- ▶ La mise en place de sanctions dissuasives en cas de violation de la quarantaine : Taïwan constitue le pays avec la sanction la plus élevée avec une amende de 33 241 dollars US en cas de non-respect de la quarantaine. Suivent ensuite la Corée du Sud avec 8 257 dollars US et Singapour avec 7 168 dollars US. La Corée du Sud et Singapour ont instauré également des peines de prison (respectivement un an et six mois) en cas de non-respect de la quarantaine²¹.
- ▶ Le **suivi du respect de la quarantaine par un outil numérique (*tracking*)** : le numérique est apparu comme une solution idoine pour vérifier les mouvements des personnes placées en quarantaine. Taïwan distribue des smartphones pour surveiller les déplacements, Hong Kong impose le port d'un bracelet électronique, la Corée du Sud localise les personnes par l'application « *self-quarantine safety protection* » et Singapour utilise les données GPS et mobilise les hôtels et réseaux de surveillance vidéo²². Taïwan applique également une sanction morale en rendant publics les noms de ceux ayant enfreint la quarantaine²³.

La mise en quarantaine des cas suspects est désormais à l'œuvre en Europe, avec l'Italie qui impose à ses ressortissants de retour une déclaration sur l'honneur de respecter la quarantaine et la communication de l'adresse du lieu de confinement. Néanmoins, faute de surveillance poussée, cette mesure semble encore peu appliquée pour les cas suspects ou ressortissants venant de l'étranger.

Un dépistage de la population

Un **dépistage régulier de la population** apparaît également comme une mesure nécessaire à l'identification des cas positifs pour rompre les chaînes de contamination. Tous les pays n'ont pas eu la même capacité pour réaliser des tests. Alors que les pays asiatiques ont très vite développé des kits de dépistage, l'Europe, à l'exception de l'Allemagne, a pris du retard dans la réalisation de tests opérationnels.

Des pays asiatiques comme la Corée du Sud, ainsi que l'Allemagne, ont misé sur une **stratégie de dépistage massif de la population** en testant toute personne avec des symptômes ou ayant été en contact avec des cas positifs, atteignant une capacité de 20 000 tests PCR par jour pour la Corée du Sud dès le début de la crise et 300 000 à 500 000 tests réalisés par semaine pour l'Allemagne. Les autres pays asiatiques tels que Taïwan ou Singapour ont mis en place des stratégies de tests moins massives mais disposent de kits de tests PCR ou sérologiques développés en grande partie par un partenariat public-privé. Hong Kong a, quant à lui, mis à disposition quatre centres de dépistage et des unités mobiles pour les personnes placées en quarantaine souhaitant être dépistées.

Le succès des campagnes de dépistage repose sur la mise en place de lieux dédiés au dépistage et le ciblage des populations les plus exposées au virus. Ainsi, en Corée du Sud, près d'une quarantaine de centres « *drive-through* » ont été rapidement opérationnels, permettant aux citoyens coréens de se faire dépister sans sortir de leur voiture. En Allemagne et au Royaume-Uni, des lieux divers ont été mobilisés, tels que les hôpitaux ou des parkings, sous forme de *drive-in*. Par ailleurs, le Royaume-Uni s'est inspiré du modèle asiatique pour développer une stratégie de dépistage ciblée. Au 1^{er} mai, 100 000 tests par écouvillon étaient réalisés chaque jour pour les personnes présentant des symptômes²³, le personnel soignant, les personnes âgées et les personnes occupant des professions stratégiques (transports etc.).

L'Espagne, l'Italie et la France n'ont pas réussi à mener des tests au début de la crise. Une hausse de la capacité a pu être observée depuis, avec un million de tests acquis par l'Espagne depuis le début du confinement ou l'Italie qui réalisait au 26 avril, 29,7 tests pour 1 000 personnes, un chiffre plus important que l'Allemagne (25,1)²⁴.

²¹ Institut Montaigne, Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie, Avril 2020.

²² Ibid.

²³ Cabinet Office Briefing Room, "Covid-19 press conference", 3 mai 2020.

²⁴ Alexandre Robinet-Borgomano, « Les états face au coronavirus - L'archétype italien », *Blog de l'Institut Montaigne*, 29 avril 2020, consulté le 7 mai 2020.

Un contact tracing de la population

Outre le suivi numérique (*tracking*) destiné aux individus placés en quarantaine, un **traçage (contact tracing)** précis de la population et l'identification des contacts de toute personne infectée permettent de remonter les différentes chaînes de contamination.

Cette stratégie est effective dès lors que la propagation du virus est contrôlée sur le territoire et s'appuie en grande partie sur des outils numériques. A Hong Kong, le centre de protection de la santé mène de véritables enquêtes pour identifier les personnes contact ou à risque, en s'appuyant sur des bracelets électroniques ou, par exemple, sur des contrôles par vidéo. Singapour a mis en place une application *Trace Together* fonctionnant grâce au Bluetooth et permettant de repérer les cas suspects. La Corée du Sud est le pays le plus intrusif dans le traçage de sa population avec un contrôle des données des téléphones mobiles et bancaires.

Les pays européens envisagent eux aussi de mettre en place de telles mesures avec l'application *StopCovid* en France (lancée depuis le 2 juin 2020)²⁵ et la création par la société *Bending Spoons* de l'application *Immuni* en Italie.

De la distanciation physique au confinement de la population

Les stratégies barrière mises en place contre l'épidémie du Covid-19 ont toutes impliqué des **mesures strictes de distanciation physique** afin de contrôler la propagation du virus entre individus. Fermetures des lieux de rassemblements publics, des écoles, confinement total ou partiel de la population..., les mesures préventives mises en place ont été nombreuses et impliquent toutes une **restriction des déplacements et des libertés individuelles**. Le confinement total de la population a représenté la mesure la plus drastique et devient une nécessité dès lors que les mesures précédemment citées ne sont plus efficaces et que l'épidémie n'est plus contrôlable.

Des pays tels que la Corée du Sud, Hong Kong ou l'Allemagne ont réussi à ne pas confiner leur population en fermant les lieux de rassemblement, les écoles, et en incitant sa population à rester au maximum chez elle. Néanmoins, les situations sont différentes entre ces pays : la Corée du Sud n'a jamais fermé ses commerces alors qu'en Allemagne tout regroupement de plus de deux personnes était prohibé.

En Europe, l'Italie a été le premier pays à confiner sa population : alors que les régions du Nord, les plus touchées par la crise, ont été confinées le 8 mars, le confinement a été élargi à tout le territoire national le 10 mars. L'Espagne et la France ont ensuite suivi l'exemple de l'Italie en confinant leur population respectivement les 14 et 17 mars.

Les cas de Singapour et du Royaume-Uni sont représentatifs de pays n'ayant pas souhaité confiner leur population dès le départ mais y ayant été contraints au regard de l'évolution de l'épidémie. Alors que Singapour avait misé sur des mesures d'autodiscipline et avait incité sa population à rester au maximum chez elle (publication d'un *Stay-Home-Notice* le 18 février), la cité-Etat a été contrainte de confiner sa population dès le 3 avril au regard d'une hausse des cas parmi les travailleurs migrants. Le Royaume-Uni misait, quant à lui, sur une stratégie d'immunité collective mais a été forcé de confiner sa population le 23 mars.

Mobilisation des établissements de santé

La prévention « efficace » de la contagion par les pays asiatiques et l'Allemagne a permis de limiter la saturation du système de soins

Sensibilisés par la précédente épidémie du SRAS en 2003-2004, la combinaison de plusieurs mesures préventives adoptées par les pays asiatiques (contrôle aux frontières, mise en quarantaine stricte, stratégie de dépistage massive, traçage minutieux de la population) est apparue comme **un moyen efficace pour lutter contre la propagation du virus, et par voie de conséquence, retarder et limiter l'afflux de patients à l'hôpital, donc limiter le risque de saturation du système hospitalier. Ces pays n'ont en effet pas connu de situations critiques à l'hôpital.**

A Hong Kong, le système de soins n'a pas été saturé et aucun membre du personnel hospitalier n'a été contaminé²⁶. Le système de soins singapourien est également resté intact malgré une « deuxième vague » de contamination qui a frappé le pays mi-mars²⁷. En Corée du Sud, le système hospitalier n'a été que brièvement surchargé dans la ville de Daegu où se

²⁵ « StopCovid », site du portail de l'Economie, des Finances, de l'Action et des Comptes publics, mis à jour le 2 juin 2020.

²⁶ Le Monde, « A Hongkong, la prise en charge au plus tôt des malades a permis d'éviter la crise sanitaire »

²⁷ Yeh Woei Chong, « Covid-19 : la méthode singapourienne expliquée par l'un des médecins en chef de la cité Etat », *Atlantico*, 15 avril 2020.

concentrait la totalité des cas.

Les hôpitaux taïwanais ont eu le temps d'anticiper l'arrivée des personnes contaminées et de penser l'optimisation du flux de patients (ex. garantir l'isolement des patients contaminés en cas d'augmentation soudaine du nombre de cas). Taïwan disposait de 943 lits dans les chambres d'isolement à pression négative (dont seulement 47 % étaient occupés début mars²⁸) et les autorités taïwanaises ont annoncé que cette capacité d'isolement pouvait être augmentée si nécessaire, notamment par la reconfiguration de salles. Taïwan s'est ainsi retrouvé prêt mi-mars à affronter la vague de contamination²⁹.

En Allemagne, le déploiement rapide et précoce du dépistage massif a permis d'identifier les porteurs du virus et de les isoler, et a contribué à ralentir le rythme de propagation du virus tout en donnant le temps au système de soins d'accroître ses capacités³⁰. Les hôpitaux allemands n'ont été saturés à aucun moment et ont été en capacité à partir du 23 mars 2020 d'accueillir des patients contaminés par le Covid-19 venant d'autres pays européens (la France et l'Italie).

En contrepoint, les autres pays européens (l'Italie, l'Espagne, la France, et le Royaume-Uni) ont connu des situations critiques : la saturation de certains hôpitaux, un manque criant d'équipement médical et de matériel de protection du personnel soignant. L'Italie, en dépit de la solidité du système de soins dans les régions les plus touchées, n'a pu aplanner suffisamment tôt la courbe des contaminations, provoquant ainsi une saturation de ses hôpitaux et une accélération du rythme des décès. En Espagne, la vague de contamination début mars a conduit à une saturation rapide du système de soins dans certaines régions³¹, accélérant le rythme des décès liés au Covid-19. Dans ces deux pays, face à un afflux massif de patients, et en raison du manque de matériel et de personnel formé pour y répondre, les services de soins se sont alors retrouvés confrontés à des choix cornéliens : ceux de la priorisation des patients à traiter³². Le personnel soignant espagnol est également l'un des plus touchés d'Europe avec un taux de près de 14 % sur l'ensemble des contaminations de Covid-19³³. Le Royaume Uni a également été confronté à un manque critique d'équipement, particulièrement pour le personnel soignant (blouses)³⁴. En France, les hôpitaux dans les régions les plus touchées ont connu une situation critique en raison d'un manque de lits de réanimation et d'une pénurie de masques et d'équipements de protection³⁵.

Une forte capacité d'adaptation des systèmes de soins au cours de la crise

En période de crise, le nombre de lits n'apparaît pas comme le seul déterminant de la réponse médicale : d'abord parce que les régions les plus frappées par le Covid-19 n'étaient pas forcément celles les moins équipées. **Ce qui est déterminant dans cette période c'est la capacité d'adaptation du système de santé.**

Les pays européens, comme les pays d'Asie, ont démontré une capacité d'adaptation remarquable qui est illustrée par la reconfiguration des services hospitaliers. Le Royaume-Uni a ainsi réalisé des efforts considérables pour augmenter sa capacité d'accueil en libérant 33 000 lits (soit le tiers du nombre de lits du système de santé britannique et l'équivalent de 50 hôpitaux, dont 10 000 lits de soins intensifs³⁶) et en développant des hôpitaux temporaires.

Fin avril, ce dispositif exceptionnel n'avait alors accueilli qu'une poignée de patients Covid-19 et la capacité de lits libérés par la NHS était encore loin d'être saturée. En Espagne, dès la déclaration de l'état d'urgence tous les moyens sanitaires civils et militaires (publics et privés) ont été mis à disposition pour faire face à la pandémie et plusieurs hôpitaux de campagne ont été construits (comme l'illustre le Centre des expositions à Madrid transformé en hôpital de campagne). En France, un hôpital militaire annexe a été installé fin mars à Mulhouse. L'Italie a également eu recours à la création de

²⁸ Institut Montaigne, Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie, Avril 2020.

²⁹ Jean-Marc Egly, « Prévission, réactivité... Pourquoi Taïwan a si bien su gérer la crise sanitaire », *Le Figaro*, 11 mai 2020.

³⁰ Alexandre Robinet-Borgomano, « Les Etats face au coronavirus - L'Allemagne, un modèle résilient », *Blog de l'Institut Montaigne*, 8 avril 2020.

³¹ Cécile Thibaud, « Coronavirus : A Madrid, les unités de soins intensifs sont complètement saturées », *Les Echos*, 1 avril 2020.

³² « Épidémie de coronavirus : de l'Italie à la France, l'inquiétude monte sur la capacité de réponse dans des hôpitaux saturés et sous-dotés », *France Culture*, 11 mars 2020.

Elena G. Sevillano, « Las UCI darán prioridad a los enfermos que tengan más esperanza de vida si se colapsan », *El País*, 20 mars 2020.

³³ Cécile Thibaud, « Coronavirus : A Madrid, les unités de soins intensifs sont complètement saturées », *Les Echos*, 1 avril 2020.

³⁴ D. Campbell, « NHS staff told 'wear aprons' as protective gowns run out », *The Guardian*, 17 avril 2020.

³⁵ Alexandre Robinet-Borgomano, « Les Etats face au coronavirus - La France : crise sanitaire et crise de confiance », *Blog de l'Institut Montaigne*, 11 mai 2020.

³⁶ Institut Montaigne, « Les Etats face au coronavirus : le Royaume-Uni, un laissez-faire coûteux », 28 avril 2020

nouveaux lits, financés en grande partie par des dons privés : l'hôpital Fiera di Milano, contenant 53 lits de réanimation, a été ouvert le 1er avril et a été construit en 10 jours. Enfin, l'Allemagne a aussi été en mesure d'augmenter rapidement sa capacité pour atteindre début avril 40 000 lits de soins intensifs dont 30 000 avec respirateurs³⁷. Le pays a pu en particulier compter sur ses capacités et savoir-faire nationaux, comme l'illustrent les entreprises allemandes Dräger et Löwenstein, qui comptent parmi les principaux fabricants mondiaux de respirateurs artificiels.

Les pays asiatiques ont également démontré leur capacité à renforcer leurs structures sanitaires au cours de la crise. A titre d'illustration, à Hong Kong, 1200 lits isolés pour les patients contaminés par le Covid-19 ont été mobilisés (avec seulement 30 % de taux d'occupation au 3 avril 2020). A cela s'est ajouté l'objectif de conversion de certaines salles d'hôpitaux publics en chambres isolées pour disposer de 500 lits supplémentaires³⁸. Par ailleurs, des camps de vacances ont été utilisés pour permettre la mise en quarantaine des personnes contaminées.

Face au risque de saturation des hôpitaux dans les régions les plus touchées, la France, l'Italie, l'Espagne ont également organisé des transferts de patients entre régions et vers d'autres pays européens moins touchés. En France, ces transferts se sont effectués notamment par trains TGV médicalisés et avec une mobilisation importante du Ministère des armées. En Espagne, les communautés autonomes les plus touchées ont, quant à elles, reproché au gouvernement central son incapacité à transférer les patients vers les hôpitaux des régions les moins affectées³⁹.

En France, si la mutualisation entre régions s'est mise en place en réponse à la crise, la coopération entre établissements publics et privés est apparue moins évidente à mettre en œuvre au tout début de cette crise : en effet, des établissements privés qui avaient reconfiguré leurs services conformément aux injonctions gouvernementales ne recevaient pourtant aucun malade alors que les hôpitaux voisins apparaissaient débordés⁴⁰.

Enfin, le cas de l'Allemagne et de la région de Vénétie en Italie sont également représentatifs du rôle majeur de la médecine de ville et de l'importance de la coopération entre la médecine de ville et le système hospitalier dans la lutte contre l'épidémie. En Italie, à la différence de la Lombardie où la contagion s'est accrue à cause de l'impréparation des petits hôpitaux, la Vénétie a tenté de limiter les hospitalisations en privilégiant les soins à domicile, ce qui explique en partie le succès de la stratégie de cette région⁴¹. En Allemagne, la prise en charge des patients infectés par le Covid-19 a été majoritairement supportée par la médecine de ville (6 patients sur 7) permettant ainsi aux hôpitaux de se concentrer sur les cas les plus graves. En revanche, en France, il a pu être reproché une absence de directives adressées aux médecins de ville et aux laboratoires⁴².

La résilience, c'est l'art de naviguer dans les torrents⁴³

« Ce que révèle cette pandémie, c'est qu'il est des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché. Déléguer notre alimentation, notre protection, notre capacité à soigner notre cadre de vie au fond à d'autres est une folie. Nous devons en reprendre le contrôle... »⁴⁴

³⁷ Stanislas Vasak, « Y a-t-il un modèle allemand dans la lutte contre le coronavirus ? », France Culture, 3 avril 2020.

³⁸ « Hospitals to set up hundreds more isolation beds », *RTHK*, 4 mars 2020.

³⁹ Alexandre Robinet-Borgomano, « Les Etats face au coronavirus - L'Espagne, une guerre sans bombe », *Blog de l'Institut Montaigne*, 27 avril 2020.

⁴⁰ Philippe François et Sandrine Gorreri, « Crise sanitaire : tout ne se résume pas au nombre de lits d'hôpitaux », *Fondation IFRAP*, 25 avril 2020.

⁴¹ Alexandre Robinet-Borgomano, « Les états face au coronavirus - L'archétype italien », *Blog de l'Institut Montaigne*, 29 avril 2020, consulté le 7 mai 2020.

⁴² Philippe François et Sandrine Gorreri, « Crise sanitaire : tout ne se résume pas au nombre de lits d'hôpitaux », *Fondation IFRAP*, 25 avril 2020.

⁴³ Boris Cyrulnik, médecin, psychanalyste, psychiatre, scientifique

⁴⁴ Emmanuel Macron, président de la République française, allocution du 12 mars 2020

The background features several decorative purple elements: a large double-lined circle on the left, a smaller solid circle at the top, a large solid circle on the right, and a large shaded sphere at the bottom center. Various thin purple lines and smaller solid circles are scattered throughout the white space.

Monographies par pays

3



France

Chiffres clés

Indicateurs	Données 2020
Population en millions de personnes	66,9 ⁴⁵ millions
Part de la population de plus de 65 ans	19,84 %
Budget consacré à la santé avant la crise en % du PIB	11,2 %
Nombre de lits de réanimation / 100 000 habitants	16,3
Etat du stock de masques	150 millions de masques chirurgicaux au début de la crise.
Date de début de l'épidémie (premier cas)	24 janvier 2020 ⁴⁶
Délai en jours avant les premières mesures barrière, à compter du premier cas de contamination	30 jours - plan de réaction en 4 étapes lancé par le ministre des solidarités et de la santé Olivier Véran le 23 février avec le déclenchement du stade 1 visant à freiner l'introduction du virus.
Fermeture des frontières	Oui
Stratégie de dépistage	Ambition de réaliser 700 000 tests hebdomadaires à partir de début mai (difficulté à vérifier) - 1500 drive-tests.
Stratégie de confinement	Confinement total mis en place le 17 mars : déplacements autorisés avec attestation.
Port du masque obligatoire	Non
Taille des plans de soutien en % du PIB	11,2 %

Enseignements principaux

1. Un début de propagation relativement moins rapide et une réaction plus tardive que dans d'autres pays

En France, la courbe des contaminations suit une courbe moins exponentielle que dans les pays voisins⁴⁷. Les premières mesures sont néanmoins prises plus tardivement : 30 jours après l'apparition du 1^{er} cas, et 16 jours après avoir atteint la barre des 100 premiers cas contre 12 jours en Espagne et 14 jours en Italie.

⁴⁵ OCDE, Données 2018.

⁴⁶ « Coronavirus : un troisième cas d'infection confirmé en France », *Le Monde*, 24 janvier 2020.

⁴⁷ Victor Poirier et Gauthier Simon, « Les Etats face au coronavirus - La France : crise sanitaire et crise de confiance », *Blog de l'Institut Montaigne*, 11 mai 2020.

2. Un manque de préparation logistique et une forte dépendance aux importations

La pénurie d'équipements de protection devient une réalité dès le mois de mars comme le déplore entre autres la FHP dans son communiqué de presse du 22 mars 2020⁴⁸, alors même que quelques semaines plus tôt le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, annonçait des déstockages de plusieurs millions de masques chirurgicaux⁴⁹ pour les EHPAD et les professionnels de santé de ville. Une pénurie notamment imputable à l'érosion des stocks stratégiques de masques constitués au moment de l'épidémie de grippe H1N1 : ces stocks sont passés de 1,7 milliard de masques en 2009 (1 milliard de masques chirurgicaux et 723 millions de masques FFP2) à 150 millions de masques chirurgicaux au début de l'épidémie⁵⁰. Le non-renouvellement de ces stocks est dû à un changement de doctrine du secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN) qui depuis 2013 considère entre autres que la constitution de stocks de masques de protection des personnels de santé (notamment FFP2) est désormais à la charge des employeurs⁵¹, et transfère ainsi la responsabilité de constituer ces stocks aux établissements de santé et médico-sociaux⁵². Afin de pallier le manque d'équipements de protection, de gel hydroalcoolique, et de respirateurs, les grandes entreprises françaises s'organisent rapidement afin de participer à l'effort national en mettant à profit leurs outils de production : l'unique producteur de respirateurs en France, Air Liquide Medical Systems collabore avec Renault, Michelin et ST Microelectronics⁵³ afin d'augmenter les volumes de production tandis que LVMH reconvertit ses usines de parfum pour fournir du gel hydroalcoolique aux hôpitaux français. Mais la principale source d'approvisionnements demeure la Chine avec laquelle un véritable pont aérien est établi à partir de mi-mars⁵⁴.

Les hôpitaux doivent également faire face à des difficultés d'approvisionnements en médicaments, notamment en anesthésiants et en antibiotiques largement utilisés dans les services de réanimation⁵⁵, l'épidémie de Covid-19 ayant considérablement perturbé les chaînes d'approvisionnements de ces médicaments produits pour beaucoup à l'étranger. L'Etat a ainsi pris le contrôle de l'achat et de la distribution d'un certain nombre de molécules par décret le 27 avril 2020.

En plus de la pénurie de matériel, les critiques concernent également l'organisation de la distribution par les autorités : la FHP⁵⁶ déplore un mode de distribution inefficace qui se base sur les GHT pour organiser sur chaque territoire la distribution de masques dans tous les établissements de santé.

3. Une mobilisation de moyens sans précédent autour du système de santé et des hôpitaux publics mais un recours insuffisant à l'offre de soins privé

Les autorités sanitaires ont dû rapidement organiser la montée en capacité d'accueil des services de réanimation initialement de 5000 lits et portées à 14 000 lits, soit un ajout de 9000 lits de réanimation en l'espace de seulement quelques semaines⁵⁷. Cette montée en capacité a été rendue possible par la double casquette des anesthésistes-réanimateurs et par l'apport des infirmiers spécialisés en anesthésie et des infirmiers spécialisés en salle de réveil⁵⁸. L'ouverture d'un hôpital de campagne à Mulhouse le 21 mars comptant 30 places de réanimation et une centaine de soignants⁵⁹ a permis d'augmenter les capacités de réanimation en région Grand Est particulièrement affectée. L'armée est également intervenue pour transférer des patients des zones les plus touchées vers des régions relativement épargnées et a ainsi évacué par avion dès le 18 mars des patients de la région Grand Est⁶⁰.

⁴⁸ « Covid-19 - Etablissements privés et praticiens libéraux : Faites appel à nous ! », *Communiqué de presse de la Fédération de l'hospitalisation privée*, 22 mars 2020.

⁴⁹ « Coronavirus : Véran annonce le déstockage de 15 à 20 millions de masques supplémentaires », *Le HuffPost*, 3 mars 2020.

⁵⁰ Cédric Stanghellini, « Comment la France est passée d'un stock d'Etat de 723 millions de masques FFP2 à la pénurie », *LCI*, 21 mars 2020.

⁵¹ Fabien Magnenou, « Coronavirus : pourquoi la France manqué-t-elle de masques de protection respiratoire ? », *Franceinfo*, 19 mars 2020.

⁵² Ibid.

⁵³ Eric Bergerolle, « Covid-19 : comment les constructeurs auto se reconvertissent dans les respirateurs », *Challenges*, 31 mars 2020.

⁵⁴ Franck Bouaziz et Marc Chaumeil, « Approvisionnement en masques : dans les coulisses du pont aérien », *Libération*, 1 mai 2020.

⁵⁵ « Coronavirus : Des médecins s'alarment face à une potentielle pénurie d'anesthésiants », *CNews*, 14 mai 2020.

⁵⁶ « Covid-19 - Etablissements privés et praticiens libéraux : Faites appel à nous ! », *Communiqué de presse de la Fédération de l'hospitalisation privée*, 22 mars 2020.

⁵⁷ Delphine Chayet, « Coronavirus : les prouesses des lits de réanimation éphémères », *Le Figaro*, 18 mai 2020.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ « Coronavirus : l'hôpital de campagne militaire à Mulhouse est en cours de montage », *Le Figaro*, 21 mars 2020.

⁶⁰ Nicolas Barotte, « Première évacuation militaire de malades du coronavirus », *Le Figaro*, 18 mars 2020.

A ces transports opérés par l'armée se sont ajoutés des transferts via des TGV médicalisés à partir du 26 mars⁶¹. Les acteurs de l'offre de soins privés ont néanmoins déploré avoir été trop peu sollicités même dans les régions les plus touchées, comme l'a exprimé le président de la FHP Lamine Gharbi dans un communiqué de presse publié le 22 mars 2020 et intitulé « Covid-19 établissements privés et praticiens libéraux : 'Faites appel à nous ! ' »⁶².

4. Des capacités de dépistage déployées plus lentement que dans d'autres pays

La France a été pénalisée par un relatif retard au démarrage dans le déploiement de ses capacités de dépistage, ne réalisant que 35 000 à 85 000 tests par semaine fin mars et choisissant de ne pas dépister les formes bénignes de Covid-19⁶³. Ce retard persiste jusqu'à début mai, puisque selon les chiffres de l'OCDE du 4 mai 2020⁶⁴, la France réalisait 11,1 tests pour 1000 habitants, bien en-dessous de la moyenne de l'OCDE s'établissant à 27,7 tests pour 1000 habitants, ou encore au nombre de tests pratiqués en Espagne (28,9/1000 hab.), en Allemagne (30,4/1000 hab.) ou en Italie (34,9/1000 hab.). Le gouvernement a annoncé son ambition de tester 700 000 personnes par semaine à partir du 11 mai, date de début du déconfinement, et a bien augmenté les capacités de dépistage avec notamment la mise en place de plus de 1 500 drive-tests de dépistage⁶⁵. Mais il apparaît pourtant difficile d'évaluer à quel point l'objectif a été atteint en l'absence de système d'information permettant de connaître de manière exhaustive le nombre de tests pratiqués dans les différents types de laboratoires (laboratoires hospitaliers, laboratoires de biologie médicale privés, laboratoires publics de recherche, laboratoires vétérinaires)⁶⁶.

5. Un confinement généralisé suivi d'une phase de déconfinement progressif

Dès le 12 mars est annoncée la fermeture des écoles, collèges, lycées et universités. Le samedi 14 mars au soir, le Premier ministre annonce la fermeture des bars, cafés, restaurants et l'interdiction des rassemblements. Enfin le 16 mars, le Président de la République annonce la mise en place d'un confinement total à partir du 17 mars et la limitation des déplacements hors du domicile au strict nécessaire. Cette stratégie de confinement généralisé semble avoir porté ses fruits puisque la situation sanitaire s'améliore au moment où la France entame la phase de déconfinement le 11 mai : le solde de patients admis à l'hôpital pour Covid-19 est négatif depuis le 9 avril (i.e. le nombre de patients atteints du Covid-19 sortant de l'hôpital chaque jour est supérieur au nombre de patients entrant à l'hôpital pour ce même motif⁶⁷). Au confinement s'est ajoutée la décision de fermer les frontières françaises, mesure qui s'ajoute elle-même à la fermeture des frontières de l'espace Schengen entrée en vigueur le 17 mars.

6. Un plan de soutien à l'économie sans précédent afin de préserver l'emploi et de protéger les entreprises du risque de faillite

Les mesures de soutien à l'économie ont été prises avant même l'annonce du confinement. Le plan d'urgence pour l'économie déployé par l'Etat représente au total 5 % du PIB soit 110 milliards d'euros assortis de 315 milliards d'euros de garantis de prêts bancaires. Dès le 12 mars 2020, Emmanuel Macron annonce la mise en place d'un mécanisme exceptionnel et massif de chômage partiel pour les entreprises et la prise en charge par l'Etat de l'indemnisation des salariés contraints à rester chez eux afin de préserver l'emploi⁶⁸. Ce sont ainsi 12,9 millions d'employés qui ont été couverts par le chômage partiel de mars à mai 2020 en France⁶⁹. L'Etat se porte également garant de prêts consentis aux entreprises afin de faciliter l'accès à des liquidités pour ces dernières et de tenter de limiter les risques de faillites : 57 milliards d'euros de prêts garantis par l'Etat ont été accordés à 350 000 entreprises entre le 25 mars et début mai 2020. A ces prêts se sont ajoutés des reports de cotisations et d'impôts.

⁶¹ « TGV médicalisé : l'évacuation des patients est en cours », *Le Parisien*, 26 mars 2020.

⁶² « Covid-19 - Etablissements privés et praticiens libéraux : Faites appel à nous ! », *Communiqué de presse de la Fédération de l'hospitalisation privée*, 22 mars 2020.

⁶³ Victor Poirier et Gauthier Simon, « Les Etats face au coronavirus - La France : crise sanitaire et crise de confiance », *Blog de l'Institut Montaigne*, 11 mai 2020.

⁶⁴ OECD, *Testing for COVID-19: A way to lift confinement restrictions*, 4 mai 2020.

⁶⁵ « Covid-19 : plus de 1500 drive tests de dépistage en France », *Franceinfo*, 4 juin 2020.

⁶⁶ Gary Dagorn et Léa Sanchez, « Coronavirus : le difficile comptage des tests effectués en France », *Le Monde*, 15 mai 2020.

⁶⁷ Victor Poirier et Gauthier Simon, « Les Etats face au coronavirus - La France : crise sanitaire et crise de confiance », *Blog de l'Institut Montaigne*, 11 mai 2020.

⁶⁸ « Adresse aux Français, 12 mars 2020 », site de l'Elysée, 12 mars 2020, consulté le 9 juin 2020.

⁶⁹ William Plummer, « 12,9 millions de personnes ont été couvertes par le chômage partiel en France », *Le Figaro*, 27 mai 2020.

7. Une crise qui exacerbe la défiance vis-à-vis de l'exécutif et le mécontentement à l'égard des lourdeurs administratives

Parmi les sujets ayant certainement contribué à fragiliser la confiance qu'ont les Français dans leur gouvernement et leurs institutions, la gestion des stocks de masques fait office de symbole. L'érosion des stocks stratégiques de masques de protection et les lenteurs d'approvisionnements qui ont marqué le début de la crise ont sans nul doute largement contribué à détériorer la confiance dans la gestion de la crise.

8. La gestion de la crise du Covid-19 a également été l'occasion de pointer certaines lourdeurs administratives

Une enquête France Info publiée le 20 mai 2020 et intitulée « Comment la rigidité et les lenteurs de l'administration ont plombé la gestion française de la crise du Covid-19 »⁷⁰ met notamment en lumière comment ces lenteurs ont retardé le recours aux laboratoires publics de recherche, aux laboratoires départementaux et aux laboratoires vétérinaires pour effectuer des tests de dépistage du fait d'un problème de « norme réglementaire ». Le président du syndicat de l'industrie du médicament et réactif vétérinaire (SIMV), Jean-Louis Hunault, dit avoir contacté le DGS sans succès et avoir pris plusieurs semaines à faire remonter l'information selon laquelle ses adhérents voulaient effectuer des tests.

Luc Rouban, directeur de recherche au CNRS et spécialiste de la fonction publique, pointe un problème de dispersion des compétences qui explique la lenteur des décisions alors même que la situation de crise exige de la réactivité : *"Les ARS s'occupent des hôpitaux, mais pas du médico-social géré par les départements ; les préfets prennent des mesures d'ordre public, mais ils n'ont pas de compétence sur les ARS ; les maires ont certes une compétence générale, mais la loi d'urgence sanitaire redonne la main à l'Etat"*⁷¹.

Chronologie des principaux jalons de la gestion de crise

1°) Janvier-Mars : début de l'épidémie et premières mesures

- ▶ **24 janvier** : confirmation des trois premiers cas de coronavirus sur le sol français.
- ▶ **17-24 février** : lors d'un rassemblement évangélique à Mulhouse réunissant plus de 2000 fidèles venus de toute la France, plus de 1000 personnes sont contaminées et diffusent ainsi l'épidémie à l'ensemble du territoire⁷².
- ▶ **24 février** : déclenchement du premier stade du plan de réaction visant à freiner l'entrée du virus.
- ▶ **28 février** : déclenchement du stade 2 du plan de réaction visant à freiner la propagation du virus sur le territoire, notamment en interdisant les manifestations de plus de 5000 personnes en milieu confiné.
- ▶ **5 mars** : 1^{er} cas de Covid-19 à l'Assemblée nationale.

2°) Mars-Avril : accélération de l'épidémie et débuts difficiles de gestion de crise

- ▶ **11 mars** : création d'un conseil scientifique *ad hoc* auprès du ministère de la santé présidé par Jean-François Delfraissy et comptant 10 autres experts.
- ▶ **12 mars** : annonce de la fermeture des écoles mais maintien du premier tour des élections municipales prévu le 15 mars ; annonce de la généralisation du recours au chômage partiel et du report du paiement des cotisations sociales et des impôts⁷³.
- ▶ **14 mars** : le Premier ministre annonce la fermeture des cafés, restaurants, bars et autres lieux de rassemblement - déclenchement du stade 3.
- ▶ **17 mars** : début du confinement annoncé la veille lors d'une allocution d'Emmanuel Macron.
- ▶ **18 mars** : premiers patients évacués par l'armée en avion avec l'opération « Morphée ».
- ▶ **21 mars** : ouverture de l'hôpital de campagne à Mulhouse comptant 30 lits de réanimation et une centaine de soignants.
- ▶ **26 mars** : premiers transferts de patients en TGV médicalisé.

⁷⁰ Margaux Duguet, « Enquête Franceinfo. Comment la rigidité et les lenteurs de l'administration ont plombé la gestion française de la crise du Covid-19 », *Franceinfo*, 21 mai 2020.

⁷¹ Ibid.

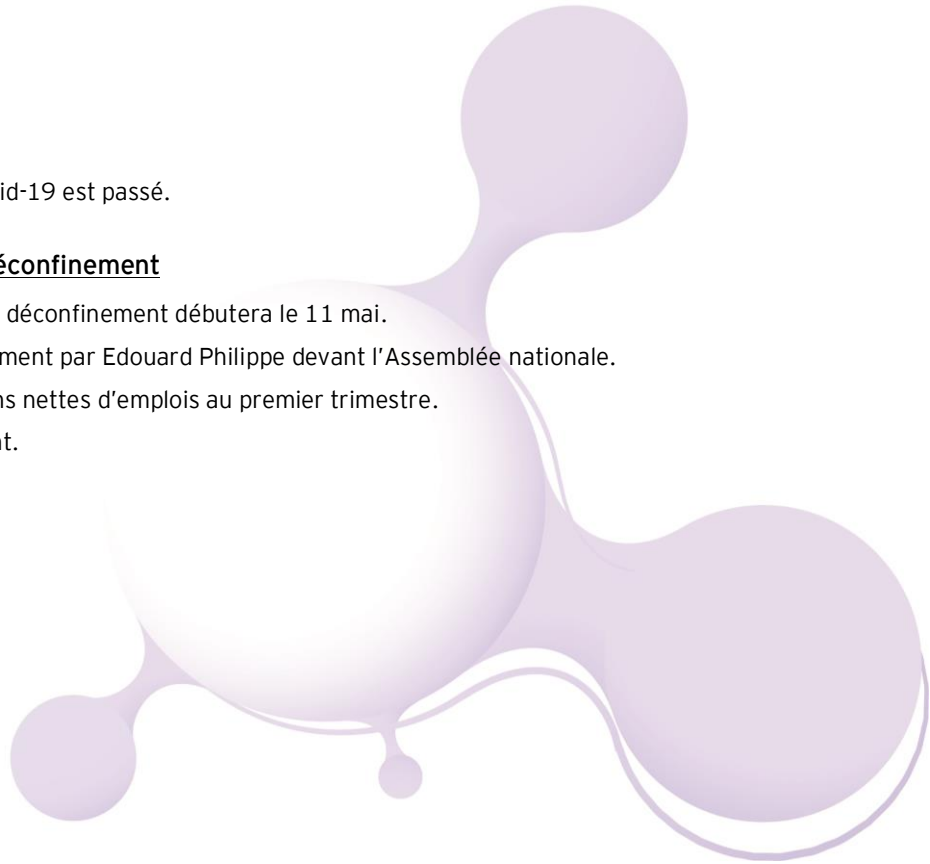
⁷² « Enquête Franceinfo. La majorité des personnes étaient contaminées : de la Corse à l'outre-mer, comment le rassemblement évangélique de Mulhouse a diffusé le coronavirus dans toute la France », *Franceinfo*, 30 mars 2020.

⁷³ « Adresse aux Français, 12 mars 2020 », site de l'Élysée, 12 mars 2020, consulté le 9 juin 2020.

- ▶ **7 avril** : le cap des 10 000 décès liés au Covid-19 est passé.

3°) Avril-Mai : contrôle de l'épidémie et déconfinement

- ▶ **13 avril** : Emmanuel Macron annonce que le déconfinement débutera le 11 mai.
- ▶ **28 avril** : présentation du plan de déconfinement par Edouard Philippe devant l'Assemblée nationale.
- ▶ **7 mai** : l'Insee annonce 453 800 destructions nettes d'emplois au premier trimestre.
- ▶ **11 mai** : début de la phase de déconfinement.





Espagne

Chiffres clés

Indicateurs	Données 2020
Population	46,7 millions ⁷⁴
Part de la population > 65 ans	19,29 % ⁷⁵
Budget consacré à la santé avant la crise	8,9 % du PIB
Nombre de lits de réanimation	9,7 / 100 000 habitants ⁷⁶
Etat du stock de masques avant la crise	Insuffisant
Date de début de l'épidémie (premier cas)	31 janvier 2020
Délai en jours avant les premières mesures barrière, à compter du premier cas de contamination	39 jours : premières mesures prises le 10 mars 2020
Fermeture des frontières	Oui à compter du 16 mars 2020
Stratégie de dépistage	Un dépistage progressif a été mis en œuvre depuis le début du confinement (1 million de tests ont été acquis dès le début du confinement).
Stratégie de confinement	Oui, confinement total jusqu'au 9 mai
Port du masque obligatoire	Oui à partir du 4 mai dans les transports publics. Auparavant, l'utilisation n'avait été que hautement recommandée.
Taille des plans de soutien en % du PIB	10,7 % du PIB (total de 132,8Mds€ avec 30Mds de mesures budgétaires et 102,8Mds de garanties).

Principaux enseignements

1. Un système de santé décentralisé et déjà fragilisé par le contexte économique difficile installé depuis 2008⁷⁷

Si l'Espagne dispose d'un Ministère national de la Santé, la gouvernance prévoit que les politiques de santé soient sous la responsabilité des régions autonomes. Par ailleurs, la crise économique de 2008 a conduit à un nombre important de privatisations d'établissements de santé, à une réduction du nombre de lits (298 pour 100 000 hab. en 2015 contre 368 en 2000⁷⁸) ainsi qu'à un exode important de médecins vers l'étranger⁷⁹. Les investissements dans le secteur de la santé décidés par le gouvernement au cours des dernières années n'ont pas constitué une priorité : les investissements ne représentent plus que 1,3 % des dépenses de santé en 2014 contre 3,1% en 2010⁸⁰.

⁷⁴ OCDE, 2018.

⁷⁵ Données de l'OCDE, 2018.

⁷⁶ OCDE, Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD, Avril 2020.

⁷⁷ CLEISS - Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, « Le Système de santé espagnol », Avril 2020.

⁷⁸ European Observatory on Health Systems and Policies, *Spain Health System Review*, 2018

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Ibid.

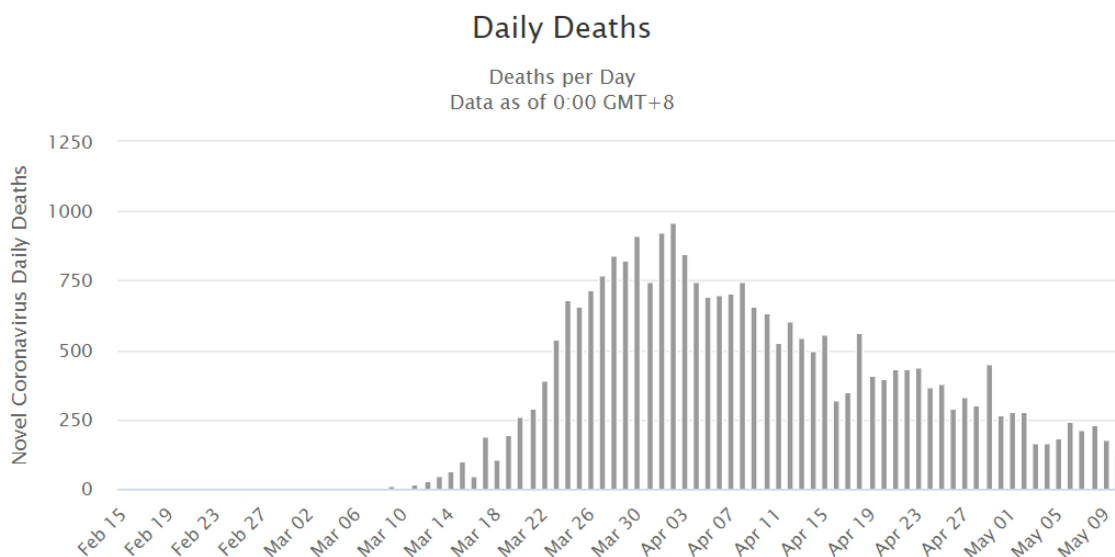
Au moment où les hôpitaux sont le plus sollicités, des témoignages dénoncent des pénuries d'équipements de protection pour les soignants devant parfois se protéger avec des sacs poubelles⁸¹. Certains hôpitaux ont également dû faire des ajustements en interne afin de faire face à l'afflux de patients, comme par exemple le plus gros hôpital de l'autonomie Madrilène qui est aussi le troisième plus gros établissement du pays, lequel a fait passer son nombre de lits d'hospitalisation de 1 349 à 1 565⁸².

2. Une critique forte du gouvernement en place et l'impossible unité nationale⁸³ durant la crise

La gestion de crise liée au Covid-19 a nécessité une intervention centralisée du gouvernement avec une nouvelle implication de l'Etat. Cette intervention du pouvoir central a été décriée par les provinces espagnoles notamment au sujet des achats de matériel médical et de l'impartialité de leur répartition. Le gouvernement de Pedro Sánchez n'a pas bénéficié d'une « union nationale » comme dans d'autres pays et a au contraire été largement critiqué par les partis de l'opposition dénonçant notamment l'absence de concertation quant aux décisions prises.

3. Des mesures tardives pour faire contrer le développement de l'épidémie

Alors que le premier cas de Covid-19 est dépisté le 31 janvier sur le sol espagnol, les premières annonces et mesures pour faire face à l'épidémie n'interviennent que le 10 mars soit 39 jours plus tard. Le 9 février, le Dr Fernando Simón, directeur du centre des alertes et des urgences sanitaires du ministère de la santé, dit que l'Espagne ne connaîtra que quelques cas de coronavirus⁸⁴. Le 8 mars, seulement une semaine avant le début du confinement, les événements sportifs, conférences de partis politiques, ou encore des manifestations rassemblant 5 millions de personnes pour la journée internationale de la femme étaient maintenus dans le pays. Les premières mesures sont prises à partir du 10 mars avec la première prise de parole du président du gouvernement, puis la décision de confiner le 14 mars et de fermer les frontières le 16 mars⁸⁵.



Source : Site Internet Worldometer - Espagne - Dernière consultation : 11/05/2020

⁸¹ Clara Nugent, "It's like being a war medic.' A Madrid doctor speaks out about grave shortages in protective gear", *Time*, 25 mars 2020.

⁸² Isabel Valdés, « El 'milagro Marañón' o la multiplicación de las camas y las UCI », *El País*, 27 avril 2020.

⁸³ Fondation Robert Schumann, La Gestion Politique de la crise de Covid-19 en Espagne, Avril 2020.

⁸⁴ Giles Tremlett, "How did Spain get its coronavirus response so wrong?", *The Guardian*, 26 mars 2020.

⁸⁵ Alexandre Robinet-Borgomano, « Les Etats face au coronavirus - L'Espagne : une guerre sans bombe », *Blog de l'Institut Montaigne*, 27 avril 2020.

4. Des pénuries d'équipements de protection dues à des capacités de production limitées et à l'absence de politique d'achats centralisés

L'Espagne a été rapidement victime d'une rupture de stocks des masques notamment du fait de la quasi-inexistence de capacité de production de masques sur son territoire, une seule entreprise de production ayant été recensée en Espagne. A partir du mois d'avril, l'entreprise Bexen Medical implantée au Pays Basque a commencé à produire 10 millions de masques par mois afin de pallier au manque⁸⁶. Le pays a ainsi rapidement subi la pénurie mondiale de masques et le rationnement réalisé aux douanes. A cela s'ajoute la gouvernance décentralisée du système de santé et l'absence de politique d'achats centralisée au cours des années précédentes. Cette situation n'a pas permis au pays de bien anticiper une pandémie de ce type, bien que l'Etat ait mis en place, début 2020, une politique centralisée concernant les masques et les appareils respiratoires.

5. Une relance budgétaire sans précédent

Le gouvernement espagnol a adopté une série de mesures afin de soutenir les entreprises et les particuliers⁸⁷. Pour venir en aide aux entreprises, l'Etat a simplifié le recours au chômage technique et au financement du chômage partiel (3,4 milliards d'euros) et a reporté le délai de dépôt de déclarations de plusieurs impôts pour les PME et les travailleurs indépendants (14 milliards d'euros). L'Etat garantit également 100 milliards d'euros de crédits aux entreprises via la banque publique ICO, 0,4 milliards d'euros de garantie pour le secteur du tourisme toujours via la banque ICO, et 2 milliards d'euros de garanties pour les PME exportatrices via la CESCE (équivalent BPI France Crédit Export). Les communautés autonomes ont également bénéficié de 3,4 milliards d'euros de transferts financiers. L'Etat a également débloqué 600 millions d'euros pour que les communautés autonomes renforcent les services sociaux, 25 millions d'euros pour lutter contre la pauvreté infantile, a interdit les coupures d'eau et de ligne téléphonique tout en reportant les mensualités de crédit de 3 mois, et a garanti 400 millions d'euros pour les locataires vulnérables via la banque publique ICO. Enfin, un soutien de 4,6 milliards d'euros a été apporté au secteur de la santé, et un soutien de 30 millions d'euros octroyé à la recherche d'un vaccin.

Chronologie des principaux jalons de la crise

1°) Fin Janvier-Mars : apparition du virus et premières mesures

- ▶ **31 janvier** : premier cas de Covid-19 sur le sol espagnol : il s'agit alors d'un touriste allemand.
- ▶ **4 février** : création d'un comité interministériel pour la lutte contre le coronavirus.
- ▶ **13 février** : premier décès lié au Covid-19 d'un homme de retour de voyage.
- ▶ **19 février** : un match de football réunit à Milan 40 000 fans de l'équipe d'Atalanta à Bergamo en Italie et 2 500 fans de l'équipe de Valence. Le maire de Bergamo qualifie ce match de « bombe » à l'origine de nombreuses contaminations en Lombardie.
- ▶ **25 février** : début officiel du dépistage et premiers cas constatés à Madrid, Barcelone et Castellón.
- ▶ **10 mars** : prise de parole du président du gouvernement ; Madrid, le Pays Basque et la Catalogne annoncent la fermeture des crèches, écoles, universités et institutions culturelles ; le gouvernement suspend les vols en provenance d'Italie et appelle les régions les plus touchées à mettre en place des mesures de distanciation sociale.
- ▶ **12 mars** : fermeture des écoles.
- ▶ **13 mars** : l'Espagne compte 5200 cas confirmés contre 500 le 7 mars.

2°) Mars-Avril : confinement et ralentissement de l'activité économique du pays

- ▶ **14 mars** : le gouvernement déclare l'état d'urgence permettant de centraliser les décisions en matière de santé et de police ; les déplacements sont limités au strict minimum, les manifestations interdites et la plupart des magasins contraints de fermer.
- ▶ **16 mars** : fermeture des frontières terrestres avec les pays voisins⁸⁸.
- ▶ **17 mars** : annonce d'un plan de 200 milliards d'euros par Pedro Sánchez.

⁸⁶ Mikel Ormazabal, « Diez millones de mascarillas hechas en España al mes », *El País*, 18 avril 2020.

⁸⁷ « Espagne - Covid-19 : Mesures économiques », site de la Direction générale du Trésor, consulté le 11 mai 2020.

⁸⁸ Alexandre Amandine, Blaise Lilia, Cheviron Nicolas, Debarge Cécile, El Azzouzi Rachida, Léotard Corentin, Ojardias Frédéric, Schnee Thomas, Bastin Côme, Buisson Alexis, Hume-Ferkatadji François, Lorin Vianey, Macadré Olivia et Parent-Rachdi Salomé, « Un tour du monde du déconfinement », *Mediapart*, 10 mai 2020.

- ▶ **21 mars** : création d'un comité scientifique et technique pour la lutte contre le coronavirus.
- ▶ **28 mars** : interruption de toutes les activités économiques non essentielles.
- ▶ **29 mars** : mise en place d'un pont aérien avec la Chine pour acheminer du matériel.
- ▶ **14 avril** : le FMI prévoit une récession de 8 % pour l'Espagne.
- ▶ **20 avril** : la BCE prévoit une chute du PIB entre 6,6 % et 13,6 % (variable selon la date de fin de confinement) du PIB en raison de la pandémie⁸⁹.
- ▶ **23 avril** : l'Espagne dépasse la barre des 22 000 décès⁹⁰.

3°) **Fin Avril-Juin : assouplissement des mesures**

- ▶ **26 avril** : les enfants sont autorisés à sortir de chez eux pour la première fois depuis le 14 mars.
- ▶ **4 mai** : initiation d'un déconfinement en 4 phases avec un retour à la normale estimé à fin juin et port du masque obligatoire dans les transports en commun.
- ▶ **16 juin** : seconde semaine consécutive au cours de laquelle le nombre de cas de Covid-19 augmente en Espagne, avec 1 751 cas confirmés au cours des 7 derniers jours⁹¹.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Emilio de Benito, "Spain reports second consecutive rise in weekly coronavirus cases", *El País*, 16 juin 2020.



Chiffres clés

Indicateurs	Données 2020
Population	5,64 millions d'habitants ⁹²
Part de la population > 65 ans	11,8 % ⁹³
Budget consacré à la santé avant la crise	4,5 % du PIB ⁹⁴
Nombre de lits de réanimation	11,7 pour 100 000 habitants ⁹⁵
Etat du stock de masques avant la crise	Haut - En septembre 2019, l'Etat singapourien disposait d'un stock de 16 millions de masques N95 soit environ 3 masques par habitant. ⁹⁶
Date de début de l'épidémie (premier cas)	23 janvier 2020 ⁹⁷
Délai en jours avant les premières mesures barrière, à compter du premier cas de contamination	21 jours avant le premier cas de contamination
Fermeture des frontières	Oui à compter du 1 ^{er} février pour les voyageurs arrivant de Chine et du 22 mars pour tout voyageur arrivant pour un séjour court.
Stratégie de dépistage	Oui, mise en place à l'aéroport de tests par écouvillon pour les arrivants sur le territoire de Singapour Au 12 mai, Singapour avait mené 3 900 tests pour 100 000 habitants, l'un des taux les plus importants au monde ⁹⁸ .
Stratégie de confinement	Oui depuis le 3 avril - prolongé jusqu'au 1 ^{er} juin le 21 avril.
Port du masque obligatoire	Oui depuis le 14 avril.
Taille des plans de soutien en % du PIB	11 % du PIB ⁹⁹

Principaux enseignements

La centralisation des décisions exécutives par le Ministère de la santé ainsi que l'utilisation des institutions préexistantes créées suite à l'épidémie du SRAS de 2003 (Centre national des maladies infectieuses, laboratoire national de santé publique, centres de quarantaine etc.) ont permis **une réactivité très précoce, avec une force de frappe significative**. Des réponses ont ainsi été formulées 21 jours avant la détection du premier cas sur le territoire singapourien telles que :

- ▶ La mise en quarantaine systématique des patients infectés ;
- ▶ La restriction d'entrée pour les voyageurs ;
- ▶ La réalisation de tests par écouvillon aux aéroports sur les passagers suspects ;

⁹² Données Banque Mondiale, 2018.

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Jason Phua et al., "Critical Care Bed Capacity in Asian Countries and Regions", *Critical Care Medicine*, Janvier 2020.

⁹⁶ « 16 million N95 masks available in national stockpile as haze covers Singapore », *Today Online*, 19 septembre 2019.

⁹⁷ Institut Montaigne, Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie, Avril 2020.

⁹⁸ "Controlling the outbreak, preparing for the next phase", Site du Ministry of Health, 12 mai 2020.

⁹⁹ Ibid.

- ▶ Le traçage intrusif de la population ;
- ▶ La réactivation des cliniques de préparation à la santé publique créées durant l'épidémie de SRAS.

1. Un contrôle très strict des frontières

Singapour interdit l'entrée sur son territoire aux ressortissants de la province du Hubei dès le 29 janvier et à tout voyageur souhaitant effectuer un séjour court le 22 mars. Par ailleurs, des tests par écouvillon (*swab tests*) ont été réalisés aux aéroports dans des salles de dépistages dédiées. Une mise en quarantaine de 14 jours a été rendue obligatoire le 21 mars pour toute personne entrant sur le territoire. Des centres de quarantaine dédiés ont ainsi été mis en place.

2. Un traçage intrusif des mouvements de population comme clé du succès de la méthode singapourienne

Les habitants placés en quarantaine ont l'obligation de communiquer leur localisation GPS au gouvernement. L'application *TraceTogether*, fonctionnant grâce au Bluetooth, permet d'informer les citoyens par SMS ayant été en contact avec un cas positif (*contact tracing*). Par ailleurs, l'exploitation des vidéo-surveillances des hôtels et de certaines entreprises assure l'identification des interactions entre cas suspects et citoyens.

3. Une gestion des stocks fine malgré un risque de pénurie des masques

Un site web national informe les citoyens des lieux et des moments où ces masques peuvent être récupérés. Le gouvernement effectue également un contrôle strict des prix pratiqués par le biais d'avertissements aux entreprises et en exigeant que les voyageurs entrants déclarent leurs masques et équipements de protection individuelle dès leur arrivée sur le territoire. Ainsi, 1,6 millions de masques non-réclamés par les ménages singapouriens ont été rapidement restitués au gouvernement¹⁰⁰.

4. Le repositionnement par l'Etat des forces locales de production industrielles privées pour la confection de masques et de tests de dépistage

Le Ministère de la Santé (Ministry of Health - MoH) a capitalisé sur ses producteurs locaux, telle que la société Wellchem Pharmaceuticals afin de reconstituer rapidement le stock des masques pour les professionnels de santé dont les fournisseurs habituels connaissaient une pénurie¹⁰¹. L'entreprise Veredus a quant à elle développé conjointement avec l'agence publique Team Science and Technology Agency (HTX) le premier test PCR utilisé aux contrôles des frontières¹⁰².

Malgré ces mesures, Singapour fait face à une deuxième vague de l'épidémie parmi les travailleurs migrants des *dormitories*. Ces dortoirs, densément peuplés, abritent des travailleurs migrants venus pour la plupart d'Inde, du Bangladesh ou d'Indonésie œuvrant dans les chantiers de la cité-Etat. Au 28 avril, ces travailleurs représentaient 511 des 528 nouveaux cas identifiés.¹⁰³ Dès lors, Singapour mène des politiques massives de dépistage et mise en quarantaine des cas positifs au sein de ces populations vulnérables. Au 12 mai, près de 30 000 travailleurs migrants avaient été testés¹⁰⁴.

Chronologie des principaux jalons de la crise

1°) Janvier - Mi-Février : une épidémie maîtrisée par un contrôle strict des frontières

- ▶ 2 janvier : mise en place de contrôles de température de tous les passagers arrivant de Wuhan.
- ▶ 23 janvier : premier cas positif détecté, un touriste de Wuhan.
- ▶ 23 janvier : interdiction d'entrée sur le territoire pour tous les voyageurs venant de Wuhan.
- ▶ 29 janvier : suspension de tout voyage entre Singapour et la province du Hubei.
- ▶ 1^{er} février : tout visiteur ayant voyagé en Chine continentale est interdit d'entrée sur le territoire.
- ▶ 4 février : organisation d'une distribution hebdomadaire de quatre masques FFP2 par foyer.
- ▶ 7 février : le niveau d'alerte de la crise sanitaire *Disease Outbreak Response System Condition* est classé niveau orange par le gouvernement singapourien.

¹⁰⁰ Institut Montaigne, Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie, Avril 2020.

¹⁰¹ Lim Joyce, "Singapore's stockpile of masks replenished from many sources", *Strait Times*, 8 mars 2020.

¹⁰² Teo Joyce, "Coronavirus: Singapore scientists on the front lines of fight against Covid-19", *Strait Times*, 25 mars 2020.

¹⁰³ "In full: PM Lee's address to Singapore on extending circuit breaker period to June 1", *Strait Times*, 21 avril 2020.

¹⁰⁴ "[News Highlight : Controlling the outbreak, Preparing for the next phase](#)", site du Ministry of Health, 12 mai 2020.

2°) Mi-Février - Avril : des mesures de dépistage, de traçage et de confinement de la population mises en place

- ▶ 18 février : publication d'un *Stay Home Notice* incitant les habitants de Singapour à rester chez eux.
- ▶ 18 février : annonce d'un premier plan de relance de 2,6 milliards de dollars US.
- ▶ 18 mars : tout non-ressortissant de Singapour est interdit d'entrer sur le territoire.
- ▶ 21 mars : mise en place d'une quarantaine obligatoire de 14 jours pour tous les Singapouriens revenant de l'étranger.
- ▶ 22 mars : tout passager souhaitant effectuer un séjour court est interdit d'entrer sur le territoire.
- ▶ 26 mars : annonce d'un second plan de relance de 33,7 milliards de dollars US.
- ▶ 3 avril : début du confinement avec la fermeture des entreprises non-essentiels, des écoles et des universités au regard d'une hausse des cas observés chez les citoyens singapouriens de retour de l'étranger.
- ▶ 6 avril : annonce d'un troisième plan de relance de 3,6 milliards de dollars US.

3°) Avril - Juin : une deuxième vague de l'épidémie observée chez les travailleurs migrants

- ▶ 20 avril : des tests révèlent que 1 426 ouvriers étrangers sont porteurs du virus. Ces nouveaux cas portent à plus de 10 000 le nombre de personnes infectées sur le territoire alors qu'au début d'avril, le total des cas positifs n'excédait pas le millier¹⁰⁵.
- ▶ 21 avril : prolongement du confinement jusqu'au 1^{er} juin au regard de la hausse des cas chez les travailleurs migrants résidant dans les *dormitories*.
- ▶ 26 avril : durant la semaine du 20 avril, 686 travailleurs des *dormitories* étaient testés positifs chaque jour.
- ▶ 4 mai : le Ministre de la Santé Gan Kim Yong annonce que 22 patients sont en soins intensifs. Au total, 150 lits de soins intensifs restent disponibles¹⁰⁶.
- ▶ 8 mai : durant la semaine du 4 mai, une moyenne de 700 travailleurs des *dormitories* étaient testés positifs chaque jour¹⁰⁷.
- ▶ 19 mai : annonce par la *taskforce* multi ministérielle de la fin de la levée du confinement (dit *Circuit Breaker*) à partir du 2 juin. Ce déconfinement sera progressif et composée de trois phases : *Safe Re-opening* ; *Safe Transition* et *Safe Nation*¹⁰⁸.
- ▶ 2 juin : début de la première phase du déconfinement *Safe Re-opening* pour une durée de quatre semaines. Les écoles et activités avec un faible risque de transmission du virus peuvent rouvrir, le port du masque est obligatoire, les personnes âgées sont incitées à rester chez elles et les foyers peuvent recevoir deux visiteurs par jour.

¹⁰⁵ Bruno Philip, "A Singapour, l'épidémie de Covid-19 révèle la précarité des travailleurs migrants", *Le Monde*, 23 avril 2020.

¹⁰⁶ "[News Highlight : Ministerial Statement by Mr Gan Kim Yong, Minister for Health, at Parliament, on the second update on whole-of-government response to Covid-19](#)", site du Ministry of Health, 4 mai 2020.

¹⁰⁷ "[News Highlight : Controlling the outbreak, Preparing for the next phase](#)", site du Ministry of Health, 12 mai 2020.

¹⁰⁸ "Ending circuit breaker: phased approach to resuming activities safely : What you need to know about the three phases after the circuit breaker ends on 1 June 2020", site du gouvernement, *A Singapore Government Agency Website*, 28 mai 2020, consulté le 10 juin 2020.



Chiffres clés

Indicateurs	Données 2020
Population	60,42 millions d'habitants ¹⁰⁹
Part de la population > 65 ans	22,68 % ¹¹⁰
Budget consacré à la santé avant la crise	8,8 % du PIB ¹¹¹
Nombre de lits de réanimation	8,6 / 100 000 habitants ¹¹²
Etat du stock de masques avant la crise	Insuffisant
Date de début de l'épidémie (premier cas)	30 janvier 2020
Délai en jours avant les premières mesures barrière, à compter du premier cas de contamination	30 jours
Fermeture des frontières	Oui
Stratégie de dépistage	Stratégie inégale selon les régions - les tests n'ont été adoptés que par certaines régions telles que la Vénétie.
Stratégie de confinement	Oui - Le confinement a été adopté par décrets progressifs. Le confinement s'est d'abord appliqué aux régions du Nord les plus touchées pour ensuite être généralisé à l'ensemble du pays.
Port du masque obligatoire	Le port du masque sera obligatoire pour le déconfinement.
Taille des plans de soutien en % du PIB	Plans de soutiens successifs annoncés par décrets : <ul style="list-style-type: none"> - Premier plan de 25 milliards d'euros annoncé le 11 mars ; - Deuxième plan de 55 milliards d'euros annoncé le 13 mai (décret pas encore adopté)¹¹³.

Principaux enseignements

1. Une réaction tardive et tâtonnante, malgré la découverte des premiers cas et une propagation très rapide du virus

L'Italie a été le premier pays européen à connaître une intensité de crise significative. Les régions industrielles du Nord de la Lombardie, de l'Emilie Romagne et du Piémont, les plus prospères économiquement sont les plus touchées par la crise. La Lombardie présente de loin le bilan le plus lourd avec près de la moitié des décès en Italie concentrée sur cette région. Densité de population des villes lombardes, zone de passages internationaux ou taux de pollution, les scientifiques recherchent encore les raisons d'une propagation aussi rapide sur ce territoire.

¹⁰⁹ Données Banque Mondiale, 2018.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Données de l'OCDE, 2018.

¹¹² OCDE, Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD, Avril 2020.

¹¹³ Olivier Tosséri, « Le gouvernement italien promet 55 milliards supplémentaires pour faire face à la récession », *Les Echos*, 12 mai 2020.

Pourtant, les premières mesures n'ont été décidées que tardivement (30 jours après la découverte des premiers cas). De plus, le gouvernement italien a mis en place sa stratégie de confinement très progressivement et par décrets successifs¹¹⁴. Ces mesures progressives ont probablement contribué à la rapide propagation du virus.

2. Un confinement qui donne le la en Europe

L'Italie constitue le premier pays européen à avoir confiné sa population et a ainsi préempté un modèle de réponse européenne à l'épidémie.

3. Une gouvernance décentralisée de la santé qui produit des réponses hétérogènes et non coordonnées entre territoires

La gouvernance du système de santé italien, fortement décentralisée et administrée par les agences de santé régionales ne permet pas une réponse coordonnée et rapide de l'ensemble des territoires¹¹⁵. On observe ainsi des disparités dans les réponses apportées par les différentes régions. La Vénétie,¹¹⁶ région voisine de la Lombardie, a mis en place très tôt des tests pour les personnes symptomatiques comme asymptomatiques, un *tracing* des personnes infectées ainsi que des mesures de protections pour les professionnels de santé et les autres professions exposées au public. Le bilan y est ainsi beaucoup moins lourd que dans les autres régions du Nord.

4. La création de lits supplémentaires de soins intensifs et réanimation par redéploiement hospitalier ou grâce à des dons privés

Avec 8,6 lits en soins intensifs pour 100 000 habitants contre 16,3 en France¹¹⁷, le nombre de lits en soins intensifs était loin d'être suffisant en Italie, même dans les régions les plus prospères économiquement. L'Italie a ainsi eu recours à la création de nouveaux lits financés en grande partie par des dons privés (l'hôpital Fiera di Milano contenant 53 lits de réanimation a été ouvert le 1er avril et a été construit en 10 jours). Par ailleurs, des unités spécifiques au Covid-19 ont été créées réorganisant entièrement le fonctionnement courant des hôpitaux.

5. La mise en place d'un dépistage massif bien que tardif (fin avril)

La stratégie de dépistage adoptée par l'Italie a fortement évolué depuis le début de la crise. Le 10 avril, Domenico Arcuri, le Commissaire extraordinaire du gouvernement italien pour le coronavirus indiquait qu'un million de tests avait été réalisés depuis le début du confinement¹¹⁸. Dès lors, l'Italie a développé une politique de dépistage massif à la hauteur de l'épidémie : 2,5 millions de tests ont été distribués la semaine suivant le 10 avril. Ainsi au 26 avril, l'Italie réalisait 29,7 tests pour 1 000 personnes, un chiffre plus important que l'Allemagne (25,1)¹¹⁹.

6. Un plan de déconfinement inspiré des pays asiatiques

L'Italie a su capitaliser sur l'expérience des pays asiatiques et sur les succès observés en Vénétie afin de proposer un plan de déconfinement respectant les gestes barrières et basé sur les axes suivants :

- ▶ Port du masque généralisé ;
- ▶ Distanciation sociale dans les lieux de vie et de travail ;
- ▶ Dispositif d'hôpitaux se consacrant uniquement au cas de Covid-19 ;
- ▶ Renforcement des réseaux sanitaires locaux ;
- ▶ Mise en place d'une application sur smartphone Immuni, créée par la société Bending Spoons de Milan avec le soutien du centre médical Santagostino¹²⁰ afin de localiser les mouvements des malades dans les 48 heures ayant précédé l'infection.

¹¹⁴ Alexandre Robinet-Borgomano, « Les états face au coronavirus - L'archétype italien », *Blog de l'Institut Montaigne*, 29 avril 2020.

¹¹⁵ Gary P. Pisano, Raffaella Sadun, Michele Zanini, « Lessons from Italy's Responses to Coronavirus », *Harvard Business Review*, 27 mars 2020.

¹¹⁶ Jérôme Gautheret, « Coronavirus : comment la Vénétie parvient à ralentir les progrès de l'épidémie », *Le Monde*, 20 mars 2020.

¹¹⁷ OCDE, *Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD*, Avril 2020.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ OCDE, *Testing for COVID-19 : A way to lift confinement restrictions*, 4 mai 2020.

¹²⁰ Alexandre Robinet-Borgomano, « Les états face au coronavirus - L'archétype italien », *Blog de l'Institut Montaigne*, 29 avril 2020.

Chronologie des principaux jalons de la gestion de crise

1°) Fin Janvier - Février : propagation de l'épidémie en Italie et adoption des premières mesures de confinement

- ▶ **30 janvier** : deux touristes chinois en visite à Rome sont testés positifs au Covid-19. Les vols en provenance et à destination de la Chine sont suspendus.
- ▶ **19 février** : le match entre l'Atlanta Bergame et FC Valence au stade San Siro de Milan réunit 45 000 supporters.
- ▶ **20 février** : la ville de Vo en Vénétie, présente le premier décès lié au Covid-19. Des mesures de confinement partiel dans les villes de Lombardie et de Vénétie sont alors prises par les élus locaux.
- ▶ **21 février** : dix villes de la région du Nord, neuf dans la province du Lodi en Lombardie et une dans la province de Padoue en Vénétie sont mises en quarantaine. Au total, ce sont 50 000 personnes qui ont été confinées dès cette date.

2°) Première quinzaine de mars : généralisation du confinement à l'ensemble du pays

- ▶ **4 mars** : le président du conseil Giuseppe Conte annonce la fermeture des écoles et des universités.
- ▶ **8 mars** : la zone de quarantaine est étendue au Nord de l'Italie, restreignant les déplacements vers et au départ de ces régions. Au total, c'est près d'un quart de la population italienne qui est confiné à cette date.
- ▶ **9 mars** : le décret généralisant le confinement à l'ensemble du pays est adopté.
- ▶ **10 mars** : le confinement national entre en vigueur, n'autorisant que les déplacements professionnels ou d'urgence familiale. Par ailleurs, tous les lieux publics ferment et les rassemblements sont désormais interdits et passibles d'amendes.
- ▶ **11 mars** : le confinement est annoncé jusqu'au 13 avril. Les mesures du décret du 9 mars sont renforcées avec la fermeture des commerces et restaurants et la restriction des déplacements des populations.
- ▶ **11 mars** : un plan de 25 milliards d'euros de soutien à l'économie est présenté par le gouvernement italien.

3°) Mi-mars - Avril : renforcement des mesures barrières

- ▶ **20 mars** : une étude de l'Université de Padoue et de la Croix rouge italienne prouve le succès du dépistage mené dans la ville de Vo (Vénétie).
- ▶ **22 mars** : le président du conseil Giuseppe Conte annonce la cessation de toutes les activités non essentielles à la vie du pays.
- ▶ **22 mars** : suite à l'adoption d'une ordonnance par les ministères de la Santé et de l'Intérieur, les Italiens n'ont plus le droit de quitter leur ville de confinement.
- ▶ **10 avril** : le confinement est prolongé jusqu'au 3 mai.
- ▶ **17 avril** : la ministre de l'Education, Lucia Azzolina, annonce la reprise des écoles, collèges et lycées pour septembre.

4°) Fin avril - Juin : un déconfinement progressif

- ▶ **26 avril** : Giuseppe Conte¹²¹ présente la stratégie de déconfinement de l'Italie qui débutera le 4 mai actée par la publication d'un décret.
- ▶ **27 avril** : reprise des premiers chantiers publics.
- ▶ **4 mai** : reprise du secteur manufacturier, du BTP et du commerce de gros.
- ▶ **13 mai** : annonce de la publication d'un décret pour le deuxième plan de soutien à l'économie d'un montant de 55 milliards d'euros. Ce décret est toujours en instance d'adoption.
- ▶ **18 mai** : réouverture des commerces de détail, des musées, des salles d'exposition et des bibliothèques.
- ▶ **1^{er} juin** : réouverture des bars, restaurants et autres activités jugées à risque telles que les coiffeurs, barbiers et salons d'esthétique.

¹²¹ Jérôme Gautheret, « Coronavirus : l'Italie amorce un déconfinement à pas comptés », *Le Monde*, 27 avril 2020.



Allemagne

Chiffres clés

Indicateurs	Données 2020
Population	82,9
Part de la population > 65 ans	21,47 % de la population en 2018 ¹²²
Budget consacré à la santé avant la crise	11,2 % de son PIB ¹²³
Nombre de lits de réanimation	34 pour 100 000 habitants ¹²⁴
Etat du stock de masques avant la crise	Insuffisant
Date de début de l'épidémie (premier cas)	27 janvier : premier cas de Covid-19 détecté en Allemagne dans le Land de Bavière.
Délai en jours avant les premières mesures barrière, à compter du premier cas de contamination	Seulement 3 jours après la détection du premier cas de Covid-19 en Allemagne , et environ 15 jours après la mise au point du premier test de dépistage à l'hôpital universitaire de la Charité à Berlin, la réalisation des tests par la médecine de ville débute en Allemagne.
Fermeture des frontières	15 mars : fermeture des frontières avec les pays frontaliers (transferts de marchandises et déplacements des travailleurs transfrontaliers restent autorisés) et mise en place du dépistage pour les nouveaux entrants.
Stratégie de dépistage	Oui, l'Allemagne a mis très tôt en place une stratégie de dépistage massif dont l'objectif est celui de tester à grande échelle toutes les personnes qui pensent avoir des symptômes du Covid-19 et celles qui ont été en « contact ». ¹²⁵
Stratégie de confinement	L'Allemagne a pris progressivement entre le 12 mars et le 23 mars des mesures de distanciation sociale et de restrictions exceptionnelles (fermeture des crèches et écoles et d'autres lieux de rassemblements). Les déplacements sont autorisés à condition de respecter une distance de sécurité d'au moins 1,5 mètre et les regroupements de plus de deux personnes sont proscrits. Chacun des 16 Länder a, en parallèle, adopté un panel d'amendes pour faire respecter ces mesures. Le Land de Bavière impose le 21 mars des mesures plus strictes à sa population.
Port du masque obligatoire	Non, le port du masque n'est obligatoire que dans une seule ville à partir du 6 avril : Iéna, en Thuringe ¹²⁶ . La question s'est posée pour la préparation du « déconfinement ». Le 22 avril, le port du masque devient obligatoire dans les différents Länder.
Taille des plans de soutien en % du PIB	Adoption d'un plan de soutien colossal de 1 100 milliards d'euros (soit près d'1/3 de la richesse totale produite par le pays en 1 an). Ce plan de sauvetage prévoit notamment des aides massives aux entreprises et aux salariés, ainsi que la possibilité pour l'État de nationaliser partiellement des groupes stratégiques qui seraient menacés de faillite.

¹²² « [Population âgée](#) ». Données de l'OCDE, 2018.

¹²³ Sandrine Gorreri, « Dépenses de santé : France versus Allemagne », *Fondation IFRAP*, 15 avril 2020.

¹²⁴ Thomas Wieder et Cécile Boutelet, « En Allemagne, la bonne gestion de la crise sanitaire due au coronavirus révèle les forces et les faiblesses du système hospitalier », *Le Monde*, 29 avril 2020.

¹²⁵ « Comment l'Allemagne arrive-t-elle à mettre en place un dépistage massif du coronavirus ? », *Europe 1*, 30 mars 2020.

¹²⁶ « Le port du masque à Iéna sert d'exemple à toute l'Allemagne », *Radio Télévision Suisse*, 27 avril 2020.

Principaux enseignements

1. Le déploiement précoce et rapide d'une stratégie de dépistage massif

L'Allemagne a commencé dès la fin janvier à réaliser des tests de dépistage au sein de sa population. Un délai de seulement 15 jours s'est écoulé entre la mise au point du premier test de dépistage « PCR » par le département de Virologie à l'hôpital de la Charité à Berlin, et le début des tests par la médecine de ville. L'Allemagne a également été en mesure de multiplier ces tests pour atteindre à la mi-mars entre 300 000 à 500 000 tests effectués par semaine¹²⁷. Ces tests ont été pratiqués massivement (y compris pour les personnes présentant des symptômes même bénins et celles ayant été « en contact » avec des patients infectés) dans différents lieux : centres hospitaliers, médecine de ville et parfois même sur des parkings sous la forme de « drive-in ». La généralisation du dépistage a ainsi permis d'identifier dès la fin janvier, parmi les personnes revenant des zones à risque (dont la Chine, l'Italie, le Tyrol autrichien), ses quelques clusters de contamination¹²⁸.

Cette pratique a permis d'obtenir très tôt une vision large des patients infectés par le Covid-19, de les isoler et les suivre à distance, limitant la propagation du virus, et donnant ainsi le temps au système de soins d'accroître ses capacités¹²⁹.

2. Des mesures régionalisées de distanciation sociale et des restrictions pour limiter les contacts

Entre le 12 et 22 mars, plusieurs mesures ont été adoptées telles que : la fermeture des lieux de rassemblements, le respect pour tout déplacement d'une distance de sécurité d'1,5 mètre et l'interdiction des regroupements de plus de deux personnes sous peine d'amende. Compte-tenu de la structure fédérale du pays et des nombreux domaines clés relevant de la compétence des Länder (notamment les écoles), ces mesures ont été prises de façon différenciée selon les régions. Par exemple, le Land de Bavière, l'un des plus touchés par l'épidémie, a instauré le 21 mars un confinement plus strict à sa population (interdiction de déplacement sauf urgence ou pour travailler). Cette structure fédérale a pu apparaître comme un obstacle à une gestion coordonnée de la crise, avec des divergences entre les Länder et leur volonté d'imposer chacun leur rythme à l'exécutif fédéral¹³⁰.

3. La solidité du système de soins allemand face à l'épidémie en dépit d'un déficit chronique de personnel soignant qualifié

Les hôpitaux allemands n'ont été saturés à aucun moment et le dispositif supplémentaire d'urgence mis en place est resté majoritairement inutilisé¹³¹. En outre, les hôpitaux allemands ont été en capacité à partir du 23 mars 2020 d'accueillir des patients infectés par le Covid-19 venant de France et d'Italie afin de soulager leurs hôpitaux. Avec une part du PIB consacrée à la santé parmi les plus élevée des pays de l'OCDE¹³², un système hospitalier abondant¹³³ (environ 1,69 hôpitaux et cliniques pour 100 000 habitants) et un nombre de lits de réanimation qui la place en tête des pays européens (34 lits pour 100.000 habitants)¹³⁴, l'Allemagne apparaît comme l'un des pays les mieux préparés avant la crise. Le pays a en outre été en capacité d'augmenter rapidement sa capacité pour atteindre début avril : 40 000 lits de soins intensifs dont 30 000 respirateurs¹³⁵. Ce constat est toutefois à nuancer compte-tenu du déficit chronique de personnel soignant qualifié auquel le pays doit faire face et au regard duquel une réponse que partielle n'a pu être apportée lors de cette crise : celle de la mise en place d'un dispositif exceptionnel de mobilisation du personnel de réserve (étudiants en médecine, médecins et infirmiers à la retraite, personnes réfugiées disposant d'une formation médicale).

¹²⁷ Jacques Pezet, « Covid-19 : l'Allemagne effectue-t-elle vraiment 500 000 tests par semaine ? », *Libération*, 3 avril 2020.
Violette Bonnebas, « Coronavirus, grâce au dépistage massif, l'Allemagne maîtrise l'épidémie », *Reporterre*, 23 avril 2020.

¹²⁸ Pierre Avril, « D'une région à l'autre, l'Allemagne hésite et cherche la bonne formule », *Le Figaro*, 28 avril 2020.

¹²⁹ Alexandre Robinet-Borgomano, « Les Etats face au coronavirus - L'Allemagne, un modèle résilient », *Blog de l'Institut Montaigne*, 8 avril 2020.

¹³⁰ « En Allemagne, le déconfinement en ordre dispersé », *Courrier international*, 5 mai 2020.

¹³¹ Cécile Boutelet, « « Les hôpitaux n'ont été saturés à aucun moment » : en Allemagne, l'épidémie de coronavirus est « sous contrôle » », *Le Monde*, 18 avril 2020.

¹³² « Dépenses de santé », Données de l'OCDE, 2018.

¹³³ Thomas Wieder et Cécile Boutelet, « En Allemagne, la bonne gestion de la crise sanitaire due au coronavirus révèle les forces et les faiblesses du système hospitalier », *Le Monde*, 29 avril 2020.

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ Stanislas Vasak, « Y a-t-il un modèle allemand dans la lutte contre le coronavirus ? », *France Culture*, 3 avril 2020.

4. Une prise en charge des patients infectés par le Covid-19 majoritairement supportée par la médecine de ville

Cela a permis aux hôpitaux de se concentrer sur les cas les plus graves : selon les données publiées par le ministère de la santé, le 17 avril, 6 patients sur 7 atteints du Covid-19 ont été soignés en ambulatoire¹³⁶. En effet, avec des dépenses de santé comparables à celles de la France, ces dépenses sont davantage focalisées en Allemagne sur la médecine de ville¹³⁷, qui gère les cas légers et la prévention.

5. La capacité industrielle de l'Allemagne et la mobilisation de ses industries constitue l'un des éléments clés de la réponse face à l'épidémie

L'Allemagne produit de nombreux produits liés au Covid-19 (composantes pharmaceutiques, appareils médicaux, équipements de protection)¹³⁸. Le pays a pu en outre compter sur ses capacités et ses savoir-faire nationaux, comme l'illustrent les entreprises allemandes Dräger et Löwenstein, principaux fabricants mondiaux de respirateurs artificiels.

Chronologie des principaux jalons de la gestion de crise

1°) Janvier-Mars : apparition des premiers cas en Allemagne, lancement et montée en charge du dépistage

- ▶ **17 janvier** : mise au point du premier test de dépistage à l'hôpital universitaire de la Charité à Berlin. Seulement 15 jours plus tard, le dépistage par la médecine de ville débute en Allemagne.
- ▶ **27 janvier** : premier cas de Covid-19 détecté en Allemagne dans le Land de Bavière.
- ▶ **4 mars** : l'Allemagne interdit l'exportation de matériel de protection médical.
- ▶ **11 mars** : la Chancelière allemande, qui s'exprimait pour la première fois devant la presse au sujet de cette épidémie, annonce qu'elle pourrait toucher à terme 60 % de la population. Le recours au chômage partiel est facilité pour les entreprises et mobilisation de liquidités pour les entreprises. **Il a pu être souligné à plusieurs reprises que la formation scientifique de la Chancelière aurait joué un rôle dans la précocité de cette prise de conscience.**

2°) 12 mars-22 mars : fermeture des frontières et des mesures de distanciation sociale et de restrictions régionalisées sont instaurées

- ▶ **12 mars** : les Länder décident progressivement de fermer leurs crèches et leurs écoles.
- ▶ **15 mars** : fermeture des frontières avec les pays frontaliers (transferts de marchandises et déplacements des travailleurs transfrontaliers restent autorisés) et mise en place des mesures de dépistage pour les nouveaux entrants.
- ▶ **16 mars** : la Chancelière détaille une liste de mesure exceptionnelles visant à freiner la propagation du virus : fermeture des bars et des clubs, des institutions culturelles, des terrains de jeu et des maisons closes, suspension des offices religieux et des voyages à l'étranger. La Bavière est le premier des Länder à déclarer l'état d'urgence.
- ▶ **20 mars** : le Land de Bavière instaure des mesures de confinement plus strictes.
- ▶ **22 mars** : l'État fédéral et les Länder s'accordent sur la fermeture des restaurants et des salons de coiffure. Les regroupements de plus de deux personnes dans l'espace public sont proscrits et peuvent être sanctionnés par des amendes.

3°) 25 mars-5 avril : les premières mesures d'une stratégie de sortie de crise

- ▶ **25 mars** : le plan de sauvetage de l'économie est adopté par le Bundestag et les freins à l'endettement prévus dans la Constitution sont levés. S'il rompt avec l'orthodoxie budgétaire qui caractérise le modèle allemand jusqu'à présent, ce plan de sauvetage visait tout particulièrement à rassurer les acteurs économiques.
- ▶ **30 mars** : l'annonce d'une récession qui apparaît inévitable.
- ▶ **1er avril** : le prolongement des mesures de restrictions au-delà des fêtes de Pâques.
- ▶ **15 avril** : l'État fédéral et les Länder s'accordent sur une stratégie progressive de déconfinement.

¹³⁶ Ibid.

¹³⁷ Sandrine Gorreri, « Dépenses de santé : France versus Allemagne », *Fondation IFRAP*, 15 avril 2020.

¹³⁸ « Masques, respirateurs, tests... Pourquoi la France doit repenser sa politique industrielle après la crise du coronavirus », *Challenges*, 8 avril 2020.



Corée du Sud

Chiffres clés

Indicateurs	Données 2020
Population	51,8 millions
Part de la population > 65 ans	14,29 % ¹³⁹
Budget consacré à la santé avant la crise	8,1 % du PIB ¹⁴⁰
Nombre de lits de réanimation	10,6 / 100 000 habitants
Etat du stock de masques avant la crise	Autosuffisance – production nationale de 10 millions de masques par jour réquisitionnée entièrement par l'Etat.
Date de début de l'épidémie (premier cas)	20 janvier 2020
Délai en jours avant les premières mesures barrière, à compter du premier cas de contamination	Premières mesures prises le 3 janvier 2020 (dépistage et quarantaine des voyageurs arrivant de Wuhan) soit 17 jours avant le premier cas ¹⁴¹ .
Fermeture des frontières	Non, à l'exception des voyageurs de la province du Hubei interdits d'entrer sur le territoire dès début février. Des mesures s'appliquent toutefois aux voyageurs en provenance de l'étranger : prise de température et déclarations sur l'état de santé, test de dépistage, isolement de 14 jours obligatoire ¹⁴² .
Stratégie de dépistage	Dépistage massif de la population : tests de dépistage disponibles et pris en charge par le gouvernement pour les cas suspects (i.e. présentant des symptômes).
Stratégie de confinement	Pas de confinement total : promotion de mesures de distanciation sociale, annulation d'évènements publics, fermeture de lieux de rassemblement, fermeture d'écoles.
Port du masque obligatoire	Port du masque largement répandu : masques fournis par l'Etat à un prix fixé et distribué dans les pharmacies. Port obligatoire dans certains lieux tels que le métro de Séoul ¹⁴³ .
Taille des plans de soutien en % du PIB	11,4 % - 175 milliards de \$ ¹⁴⁴

¹³⁹ Données de l'OCDE, 2018.

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ Institut Montaigne, Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie, Avril 2020.

¹⁴² Ibid.

¹⁴³ Kim Bo-gyung, "Face masks now mandatory on Seoul Metro during rush hour", *The Korea Herald*, 13 mai 2020.

¹⁴⁴ « Lutte contre le coronavirus (covid-19) - Pour un effort mondial », site de l'OCDE, consulté le 7 mai 2020.

Principaux enseignements

1. L'anticipation du gouvernement et la mise en place de mesures barrières avant même l'apparition des premiers cas de Covid-19 sur le sol coréen permettent d'expliquer en partie la maîtrise de l'épidémie

Dès l'apparition du virus dans la ville de Wuhan, le gouvernement a pris les devants en annonçant dès le 3 janvier l'interdiction d'entrer sur le territoire à tout voyageur en provenance de Wuhan, le premier cas de Covid-19 confirmé sur le sol sud-coréen n'étant apparu que dix-sept jours plus tard, le 20 janvier. L'approbation en urgence d'un kit de dépistage dès le 4 février et sa disponibilité dans plus de cinquante cliniques trois jours plus tard a permis de commencer très tôt à dépister un grand nombre de patients¹⁴⁵.

2. Une gouvernance de crise prévue dans le schéma institutionnel et forte de plusieurs expériences de gestion de crises (SRAS 2003, MERS 2015)

La Corée du Sud s'est dotée d'un arsenal législatif pour faire face à d'éventuelles épidémies : le *Infectious Disease Control and Prevention Act* de 2010 prévoit l'élaboration tous les cinq ans d'un plan de prévention et de contrôle des maladies infectieuses par le ministère de la santé (répartition des responsabilités, mesures de contrôle, ...). La loi est enrichie à la suite de l'épidémie de MERS-CoV de 2015 et prévoit notamment la coordination entre les différentes institutions sollicitées ainsi que la gestion des hôpitaux et des soignants. La coordination horizontale entre tous les acteurs sollicités est assurée par le *Central Safety Management Committee*, ainsi que par les bureaux du ministère de l'intérieur dédiés aux différents types de crises, comme la *Public Health Disaster Division* chargée de la coordination avec le ministère de la santé. Enfin, la coordination verticale est permise par la gouvernance décentralisée du pays divisé en 17 provinces ou métropoles. Les gouvernements locaux sont ainsi chargés de définir un plan de gestion de crise (*Safety Management plan*) ainsi qu'un plan spécifique pour la prévention des maladies infectieuses. Le pays peut également compter sur les 256 établissements de santé publics du pays.¹⁴⁶

3. Une politique industrielle volontariste ayant permis l'autosuffisance en masques et en tests de dépistage

Le gouvernement coréen a pris début mars le contrôle de la production de masques qui atteint 10 millions d'unité par jour, et en distribue 80 % à un prix fixe dans les pharmacies à raison de deux par semaine sur présentation d'une pièce d'identité¹⁴⁷. Concernant les tests de dépistage, ce dernier a été développé par Kogene Biotech Co Ltd, approuvé dès le 4 février et rendu disponible dès le 7 février dans 50 cliniques. Fin mars, cinq entreprises coréennes produisent ces kits et le pays commence à en exporter¹⁴⁸.

4. Un dépistage systématique et ciblé de la population permettant de gérer la propagation du virus

Avec l'apparition du cluster de Daegu suite à une réunion de l'Eglise Shincheonji, le gouvernement coréen s'engage dans une campagne de dépistage ciblée grâce à l'obtention le 25 février de la liste des 210 000 membres de l'organisation religieuse. Le 9 mars, le *Korean Center for Disease Control* annonce avoir bientôt terminé de dépister les 10 000 membres de l'organisation vivant à Daegu. Au-delà de Daegu, la gestion de l'épidémie repose sur une campagne à grande échelle qui combine gratuité et traçage, le gouvernement prenant à sa charge les tests pour les cas suspects depuis janvier, les frais d'hospitalisation et de traitement, et allant même jusqu'à offrir une indemnisation aux individus se plaçant spontanément en quarantaine. Une quarantaine de centres de tests « *drive through* » permettent de tester les patients sans que ces derniers ne sortent de leur véhicule, les résultats leur étant ensuite communiqués par SMS¹⁴⁹. Le dépistage systématique des voyageurs en provenance de l'étranger permet également de détecter les cas de Covid-19 importés¹⁵⁰.

¹⁴⁵ Institut Montaigne, Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie, Avril 2020.

¹⁴⁶ OCDE, OECD Reviews of Public Health: Korea, 31 mars 2020.

¹⁴⁷ Min-kyung Jung, "South Korean government takes full control of face mask supply, bans exports", *The Korea Herald*, 5 mars 2020.

¹⁴⁸ Institut Montaigne, Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie, Avril 2020.

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ « Lutte contre le coronavirus (covid-19) - Pour un effort mondial », site de l'OCDE, consulté le 7 mai 2020,

5. Un contact tracing approfondi et intrusif des cas positifs associé à une surveillance rigoureuse du respect des quarantaines

Afin d'identifier les personnes entrées au contact d'un porteur du virus, les autorités ont recours au *contact tracing* sans consentement en utilisant les données des téléphones mobiles, celles des cartes bancaires ainsi que les images fournies par les caméras de vidéosurveillance. Les cas suspects identifiés sont ensuite placés en quarantaine pendant 14 jours. Les passagers arrivant de l'étranger sont également placés en quarantaine pendant 14 jours. Les personnes placées sous quarantaine sont strictement surveillées grâce à une application du ministère de l'intérieur « *self-quarantine safety protection* » permettant de localiser l'utilisateur et de tenir les autorités informées de l'évolution de ses symptômes. Toute infraction à la quarantaine est sanctionnée d'une amende (2477\$ puis 8257\$) voire d'une peine d'un an de prison.¹⁵¹

6. La combinaison de l'ensemble de ces éléments a permis de ne pas imposer de politique de confinement total

Les mesures de distanciation sociale (annulation d'événements et fermeture de lieux publics), le port généralisé du masque, la politique de dépistage massif et le dépistage systématique des voyageurs en provenance de l'étranger, le « contact tracing » des cas suspects et la surveillance rigoureuse du respect des quarantaines sont autant d'éléments qui ont permis à la Corée du Sud de continuer à gérer la crise du Covid-19 sans avoir à imposer de confinement généralisé à sa population.

Chronologie des principaux jalons de la gestion de crise¹⁵²

1°) Janvier-février 2020 : naissance de l'épidémie en Chine et premières mesures précoces

- ▶ 3 janvier : premières mesures renforcées de dépistage et de quarantaine pour les voyageurs arrivant de Wuhan¹⁵³.
- ▶ 20 janvier : premier cas de Covid-19 diagnostiqué sur le sol coréen.
- ▶ 4 février : approbation du test de dépistage de Kogen Biotech Co Ltd.
- ▶ 7 février : le test est disponible dans 50 cliniques.

2°) Février 2020 : augmentation du nombre de cas de Covid-19 et débuts de la politique de dépistage et de tracking

- ▶ 21 février : multiplication du nombre de cas par six en trois jours - 204 cas pour plus de 16 000 patients testés, la plupart dans la région de Daegu (en lien avec la secte Shincheonji).
- ▶ 23 février : le gouvernement classe la région de Daegu (qui concentre alors 82% des cas) comme zone de gestion spéciale¹⁵⁴.
- ▶ 25 février : obtention de la liste des 210 000 membres de la secte Shincheonji par le Korean Center for Disease Control et contrôle épidémiologique grâce aux données des téléphones mobiles.
- ▶ 15 mars : le gouvernement classe la région de Daegu comme « zone de désastre » (Special disaster zone) afin de permettre le versement d'allocations dédiées.¹⁵⁵

3°) Mars 2020 : généralisation des mesures de dépistage et de tracking, et sécurisation des approvisionnements en masques

- ▶ 5 mars : annonce par le gouvernement de l'interdiction des exportations de masques et de la garantie d'une distribution équitable à la population.
- ▶ 19 mars : procédure d'entrées spéciale pour tous les voyageurs en provenance de l'étranger (prise de température, déclaration de santé, historique de déplacement et informations de contact).

¹⁵¹ Institut Montaigne, Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie, Avril 2020.

¹⁵² Ibid.

¹⁵³ Ibid.

¹⁵⁴ « Lutte contre le coronavirus (covid-19) - Pour un effort mondial », site de l'OCDE, consulté le 7 mai 2020,

¹⁵⁵ Ibid.

- ▶ **22 mars** : dépistage systématique des voyageurs en provenance d'Europe.
- ▶ **22 mars** : lancement d'une campagne de distanciation sociale par le gouvernement pour une durée prévue de deux semaines, incitation à l'interruption des activités religieuses, sportives et de loisirs.
- ▶ **26 mars** : lancement d'un nouveau programme de contact tracing utilisant le big data.
- ▶ **1 avril** : quarantaine obligatoire pour tous les voyageurs entrants.

4°) Avril-Mai 2020 : vers un ralentissement de l'épidémie ?

- ▶ **4 avril** : premier jour sans nouveau cas déclaré localement - le pays recense seulement 4 nouveaux cas tous importés par des voyageurs en provenance de l'étranger¹⁵⁶.
- ▶ **15 avril** : tenue d'élections nationales.
- ▶ **6 mai** : fin de la campagne intensive de « distanciation sociale » par le gouvernement coréen.
- ▶ **11 mai** : découverte d'un nouveau cluster, les autorités tentent de tracer 5 500 personnes s'étant rendues dans des bars et discothèques de Séoul entre le 24 avril et le 6 mai¹⁵⁷.

¹⁵⁶ Mark Zastrow, "How South Korea prevented a coronavirus disaster - and why the battle isn't over", *National Geographic*, 12 mai 2020.

¹⁵⁷ Kong Kanga et Lee Jihye, "Korea's virus strategy is tested by outbreak at nightclubs", *Bloomberg*, 11 mai 2020.



Taiwan

Chiffres clés

Indicateurs	Données 2020
Population	23,59 millions ¹⁵⁸
Part de la population > 65 ans	14,55 %, alors que les 0-14 ans représentent 12,9% de la population : le pays est donc vieillissant ¹⁵⁹
Budget consacré à la santé avant la crise	8,1 % du PIB ¹⁶⁰
Nombre de lits de réanimation	28,5 lits de soins critiques / 100 000 habitants ¹⁶¹
Etat du stock de masques avant la crise	Moyen : le pays disposait de masques en quantité suffisante et a rapidement engagé une politique de production massive.
Date de début de l'épidémie (premier cas)	Le premier cas apparaît le 21 janvier 2020 : il s'agit d'une femme d'affaire taïwanaise travaillant à Wuhan qui était de retour sur l'île.
Délai en jours avant les premières mesures barrière, à compter du premier cas de contamination	Taiwan a réagi dès le mois de décembre, bien avant le premier cas confirmé sur son territoire.
Fermeture des frontières	Fermeture progressive des frontières : le pays a peu à peu renforcé son contrôle des frontières avant de les fermer aux non-résidents à la mi-mars.
Stratégie de dépistage	Oui, mais un dépistage ciblé sur les personnes en quarantaine et qui présentent des symptômes.
Stratégie de confinement	Non : le pays a choisi d'appliquer une politique de quarantaine stricte plutôt qu'un confinement généralisé.
Port du masque obligatoire	Oui : le port du masque a été rendu obligatoire dans les transports publics.
Taille des plans de soutien en % du PIB	5,8 % du PIB (estimation en avril 2020).

Principaux enseignements

1. Une réponse antérieure au premier cas sur le territoire, liée à l'expérience du SRAS

Alors que l'intégration à la fois humaine et économique entre la Chine et Taiwan faisaient craindre une propagation record, l'expérience du SRAS a permis au gouvernement taïwanais de réagir rapidement, avant même la confirmation du premier cas sur le territoire. Le 31 décembre 2019, la présidente Tsai réunit un comité national de sécurité qui fixe un plan d'action. En janvier, la présidente réélue s'entoure de Chen Chien-jen, vice-président de l'exécutif, épidémiologiste de formation et ministre de la Santé lors de la crise du SRAS (2003). Le 15 janvier, le coronavirus est juridiquement reconnu comme une maladie infectieuse, cinq jours avant la Chine, ce qui permet au gouvernement d'appliquer des mesures d'isolement et de traçage des individus.

¹⁵⁸ Mathieu Duchâtel, François Godement et Viviana Zhu, « Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie », *Institut Montaigne*, Avril 2020.

¹⁵⁹ Statistical Year Book of the Republic of China 2018, édition 2019.

¹⁶⁰ François Chih-Chung Wu, « Pourquoi Taiwan est toujours exclu de l'Organisation mondiale de la Santé », *Le Nouvel Observateur*, 20 mai 2019.

¹⁶¹ Jason Phua, Mohammad Omar Faruq et alii., *Critical care bed capacity in Asian countries and regions*, *Critical Care medicine*, Janvier 2020.

2. Un organe *ad hoc* de gestion des épidémies

Le 20 janvier, le Centre de commandement central des Épidémies (CECCC), créé à la suite de l'épidémie de SRAS, est activé. Ce Centre, sous l'autorité du ministère de la Santé, a pour but d'aider à la gestion des épidémies, dans de multiples domaines - comme la planification, la recherche, l'acquisition des traitements, mais aussi la surveillance ou la coopération internationale. Il permet une communication efficace auprès de la population, avant l'apparition du premier cas sur le territoire, déclenchant par exemple le port généralisé du masque au sein de la population. Il facilite également la mobilisation des ressources nationales.

3. Une stratégie de contrôle aux frontières et de quarantaine stricte permettant d'éviter le confinement

A Taïwan, il n'y a pas eu de confinement. Dès le 31 décembre dans les ports, gares et aéroports, pour toutes les personnes en provenance de Wuhan, un contrôle de température ainsi qu'un examen médical des cas suspects sont mis place. Progressivement, le contrôle se durcit : une quarantaine stricte est d'abord imposée à tous les passagers venant de l'étranger, avant que les frontières aériennes ne soient totalement fermées à tous les non-résidents (mi-mars). Les résidents testés positifs sont également mis en quarantaine.

La quarantaine est très stricte : elle a lieu chez soi pour les résidents taïwanais, dans des hôtels réquisitionnés pour les non-résidents. Le gouvernement surveille étroitement les individus en quarantaine, en leur donnant des téléphones portables pour surveiller mouvements et interactions. Le non-respect de la quarantaine entraîne une amende pouvant aller jusqu'à un million de dollars taïwanais (30 000 euros). Falsifier la déclaration de santé obligatoire quand un voyageur arrive sur l'île est passible d'une amende allant jusqu'à 5 000 dollars US.

4. Des dépistages ciblés

Dès le 31 janvier, les bases de données des douanes et de l'administration nationale de la santé sont intégrées, permettant notamment aux hôpitaux, cliniques et pharmacies d'avoir accès aux antécédents de voyage de tous les patients et de cibler les dépistages sur les individus présentant des symptômes : les individus en quarantaine et présentant des symptômes sont les seuls à être testés.

5. Des réquisitions et l'achat de lignes de production pour l'autosuffisance en masques

Le gouvernement taïwanais s'est montré fortement interventionniste durant la crise du Covid-19, interdisant d'abord l'exportation, réquisitionnant l'ensemble des usines de fabrication de masques fin janvier, puis achetant 60 lignes de production de masques médicaux supplémentaires. Des membres des troupes de réserve de l'armée sont mobilisés pour assurer le fonctionnement de ces lignes de production. La production journalière passe de 4 à 13 millions de masques fin mars, atteignant même 17 millions par jour mi-mai. Deux politiques d'envoi de masques à l'étranger seront déployées, pour un don de 16 millions de masques.

6. L'excellence dans l'organisation du recours au masque avec l'appui logistique du numérique

Le port du masque est fortement conseillé, et l'absence de masques dans les transports en commun entraîne une amende. Le pays mobilise les services postaux afin d'organiser distribution aux habitants, rationnement et traçabilité. A partir du 6 février, par période de sept jours, les habitants taïwanais peuvent se procurer trois masques au maximum par adulte, au prix unitaire de 5 dollars taïwanais. Ils doivent pour cela présenter leur carte d'assurance maladie, leur passeport ou leur permis de résident. Passer par le numéro national d'assurance-santé permet de conserver l'historique des achats et de contrôler qu'un citoyen n'excède pas le nombre de masques autorisé. Cela permet aussi d'organiser la distribution des masques en attribuant à chaque citoyen un jour spécifique de retrait, selon les derniers chiffres de son numéro de sécurité sociale.

Les solutions numériques supportent l'organisation du rationnement : les masques peuvent être commandés, avec son numéro national d'assurance-santé, via une application mobile, ou via un ordinateur muni d'un lecteur de la carte nationale d'assurance-santé ou du certificat numérique citoyen. Les Taïwanais peuvent connaître la disponibilité des masques dans les pharmacies, centres de santé publics ou dans les nombreux *convenience stores*, via différentes applications dont une application dédiée, mais aussi par l'application de communication à distance la plus utilisée dans le pays, *Line*. L'assurance maladie met en place de nouveaux serveurs pour assurer l'efficacité de la plateforme.

7. L'utilisation massive des solutions numériques dans la gestion de crise

Outre leur utilisation dans la gestion des masques, les solutions numériques sont utilisées en amont pour détecter les personnes à risques - caméras thermiques dans les salles des ports et aéroports, intégration des bases de données de santé et de déplacement pour placer les individus en quarantaine. Elles sont également présentes pour contrôler les individus une fois qu'ils sont en quarantaine - pistage par la géolocalisation, détection des interactions pour étendre si besoin la quarantaine ; ces données sont consultables sur simple demande par les autorités sanitaires. Omniprésentes, elles constituent l'une des clés de l'efficacité et de la réussite du pays, fortement exposé au virus.

Chronologie des principaux jalons de la gestion de crise

1°) 31 décembre 2019 - 21 janvier 2020 : des mesures précoces avant l'apparition du premier cas sur l'île

- ▶ **31 décembre** : contrôle à l'atterrissage de tous les passagers en provenance de Wuhan - prise de température et contrôle de symptômes de type pneumonie / réunion d'un comité national de sécurité par la présidente Tsai qui fixe un plan d'action en janvier.
- ▶ **5 janvier** : examen des individus s'étant rendus à Wuhan pendant les 14 jours précédents.
- ▶ **15 janvier** : reconnaissance juridique du coronavirus dans la catégorie-V des maladies transmissibles par le Centre de contrôle des maladies de Taïwan.
- ▶ **20 janvier** : activation du Centre de commandement central des épidémies, créé après la crise du SRAS pour coordonner et mettre en œuvre de la gestion de crise.
- ▶ **21 janvier** : premier cas de Covid-19 à Taïwan, une femme d'affaires basée à Wuhan de retour à Taïwan.

2°) 22 janvier - 1er février 2020 : prémisses d'une gestion de crise basée sur des sanctions dissuasives et sur un État interventionniste et intrusif

- ▶ **22 janvier** : le Yuan exécutif - l'exécutif du gouvernement taiwanais - met en place des amendes contre la diffusion de fausses informations sur l'épidémie, qui peuvent aller jusqu'à 3 millions de dollars taiwanais - 100 000 dollars US.
- ▶ **24 janvier** : interdiction d'exportation de masques chirurgicaux pendant un mois.
- ▶ **27 janvier** : intégration des bases de données de l'Agence nationale de l'immigration à celles de l'administration nationale de la santé.
- ▶ **28 janvier** : premier cas de coronavirus chez un résident taiwanais infecté à Taïwan.
- ▶ **29 janvier** : adoption d'un dispositif de surveillance électronique des individus placés en quarantaine.
- ▶ **30 janvier** : fixation d'un prix pour les masques chirurgicaux (8 dollars taiwanais).
- ▶ **31 janvier** : envoi d'une alerte sur le smartphone de tous les Taïwanais indiquant les points de passage des voyageurs du Diamond Princess, un navire de croisière sur lequel le coronavirus s'était largement répandu.
- ▶ **1er février** : adoption d'un budget spécial de 200 millions de dollars taiwanais (6,6 millions de dollars US) pour augmenter la production de masques.

3°) 6 février - 16 février 2020 : durcissement des règles appliquées aux individus ayant voyagé et lancement de la politique nationalisée de distribution et de rationnement des masques

- ▶ **6 février** : interdiction à tous les ressortissants chinois d'entrer sur le territoire / possibilité d'acheter trois masques pour une période de sept jours pour les Taïwanais sur présentation de leur carte d'assurance-santé nationale, du permis de résident ou d'un passeport.
- ▶ **7 février** : interdiction à tous les ressortissants étrangers qui se sont rendus en Chine, à Hong Kong ou à Macao au cours des 14 derniers jours.
- ▶ **16 février** : extension de la base de données de l'administration nationale de la santé à l'historique des voyages sur 30 jours.

4°) 26 février - 1er avril 2020 : débloqué de fonds exceptionnels pour gérer la crise sanitaire, durcissement des mesures de contrôle et des sanctions et numérisation

- ▶ **26 février** : promulgation de la Loi spéciale de prévention du Covid-19, prévoyant une aide d'urgence de 60 milliards de dollars taïwanais (1,8 milliard d'euros) aux ministères de la Santé, de l'Économie et des Transports, qui permet l'achat de 60 lignes de production de masques. La loi prévoit l'augmentation du montant maximal des amendes en cas de non-respect de la quarantaine ou de stockage abusif de fournitures médicales.
- ▶ **5 mars** : soutien aux employeurs et employés via des subventions provenant de deux fonds préexistants du ministère du travail (fonds de stabilisation de l'emploi et fonds d'assurance emploi).
- ▶ **10 mars** : promulgation de la Règlementation régissant l'indemnisation des périodes d'isolement et de quarantaine - 33\$ US par jour pendant 14 jours.
- ▶ **12 mars** : lancement du site internet permettant de commander des masques en ligne et de connaître leur disponibilité dans les points de retrait.
- ▶ **18 mars** : 23 nouveaux cas confirmés, plus forte augmentation depuis le début de la crise sanitaire, dont 22 revenant d'Europe, d'Asie ou des États-Unis / interdiction d'entrée sur le territoire à tous les ressortissants étrangers et quarantaine de 14 jours obligatoire pour tous les voyageurs Taïwanais revenant sur le territoire.
- ▶ **1er avril** : annonce, par la présidente Tsai Ing-wen, d'une augmentation des mesures de relance, atteignant 1 050 milliards de nouveaux dollars taïwanais (34,72 milliards de dollars US). Les mesures de relance représentent à cette date, au total, l'équivalent de 5,8 % du PIB.
- ▶ **3 avril** : le port d'un masque devient obligatoire dans le métro de Taipei.



Royaume-Uni

Chiffres clés

Indicateurs	Données 2020
Population	66,4 millions
Part de la population > 65 ans	18,31 %
Budget consacré à la santé avant la crise	9,8 % du PIB
Nombre de lits de réanimation	10,5 / 100 000 habitants (source : OCDE pour l'Angleterre seule).
Etat du stock de masques avant la crise	Pénurie d'équipements de protection (masques, gants, visières) pour les soignants du NHS, du fait d'un mauvais approvisionnement et de problèmes de distributions.
Date de début de l'épidémie (premier cas)	31 janvier 2020
Délai en jours avant les premières mesures barrière, à compter du premier cas de contamination	47 jours - première mesures annoncées le 18 mars
Fermeture des frontières	Non
Stratégie de dépistage	100 000 tests par écouvillons réalisés chaque jour depuis le 1 ^{er} mai pour les personnes présentant des symptômes, les soignants du NHS et les professions « stratégiques ». Les capacités de tests seraient néanmoins surestimées et trop peu accessibles.
Stratégie de confinement	Confinement total - fermeture des écoles, annulation d'événements publics et distanciation sociale.
Port du masque obligatoire	Non - le port n'est pas imposé y compris dans le métro de Londres malgré les demandes de la municipalité. ¹⁶²
Taille des plans de soutien en % du PIB	18,1% (source : OCDE).

Principaux enseignements

1. Une réaction tardive face à la montée de l'épidémie

Les mesures de confinement ont été prises le 23 mars soit plus de 50 jours après l'apparition du premier cas au Royaume-Uni, bien plus tard que dans les autres pays européens. Défendant initialement une stratégie « d'immunité collective » avant de se raviser, le gouvernement a été largement critiqué par l'opinion publique pour son manque de réactivité.

2. Une gestion de crise qui s'appuie sur les recommandations d'un conseil scientifique

Le SAGE (*Scientific Advisory Group for Emergencies*) est un groupe réunissant des scientifiques indépendants formulant des recommandations au pouvoir exécutif sur des sujets précis. Le SAGE a été sollicité par le gouvernement pour répondre à la crise du Covid-19, et a dans ce cadre publié différents contenus scientifiques appuyant les décisions prises : par exemple, un document daté du 19 février concernant l'impact de la fermeture des écoles a été publié. La réaction tardive du gouvernement pour limiter la propagation du virus a néanmoins posé un certain nombre de questions quant à la nature des recommandations formulées par les conseillers scientifiques. Selon une enquête de *Reuters*, le comité scientifique n'aurait pas suffisamment communiqué au gouvernement les risques liés à une épidémie de Covid-19 au Royaume-Uni, et aurait trop tôt négligé la possibilité d'une quarantaine ou d'un dépistage massif de la population.

¹⁶² REF A INSERER

3. Une mobilisation massive en renfort du système de santé

Afin de se préparer à l'afflux de patients et à une éventuelle saturation des services de réanimation, le NHS a repoussé les interventions non urgentes et a mobilisé 8000 lits dans les établissements du secteur privé. L'armée a également été mobilisée afin de mettre en place des hôpitaux temporaires pour le NHS, permettant ainsi d'augmenter de plus de 8000 lits les capacités de réanimation pour l'Angleterre seule.

4. Une stratégie de dépistage qui peine à atteindre ses ambitions

Le Royaume-Uni est parvenu en l'espace d'un mois à multiplier par près de 10 ses capacités de dépistages, passant d'un peu plus de 10 000 tests par jour début avril à plus de 100 000 tests par jour depuis le 1^{er} mai 2020¹⁶³. Les tests de dépistage peuvent être réalisés dans les centres « drive-in » (une cinquantaine de centres), par des kits de dépistage réalisable soi-même à domicile, dans les établissements du NHS ou encore par des équipes mobiles en maisons de traite ou dans les prisons¹⁶⁴. Le gouvernement est accusé de gonfler le nombre de tests réalisés notamment en comptabilisant les tests envoyés par voie postale n'ayant pas encore été réalisés¹⁶⁵. La fiabilité des tests réalisés, et notamment la qualité des prélèvements, a également été remise en question à de nombreuses reprises¹⁶⁶. L'augmentation des capacités de test a notamment été rendue possible grâce à la mobilisation des acteurs de la recherche, des universités et du secteur privé : le 1^{er} mai 2020, 50 % des 6000 patients testés positifs au Covid-19 étaient testés par ces acteurs¹⁶⁷. Le Royaume-Uni a progressivement d'élargi le public ayant accès aux tests : en premier lieu les patients souffrant de symptômes graves, puis les soignants du NHS et leurs familles, les personnes occupant des professions « essentielles » (transport, professeurs, ...) et leurs familles, et les patients âgés de plus de soixante-cinq ans présentant des symptômes. Depuis le 24 avril, les tests sont ainsi disponibles pour toutes les professions « stratégiques » (santé, éducation, grande distribution, sécurité, transports, ...) et leurs familles, soit 10 millions de personnes¹⁶⁸. Ces tests étaient néanmoins indisponibles dès le 25 avril sur le site dédié à la commande des kits de dépistage à domicile¹⁶⁹. Enfin, le Royaume-Uni utilise le test de dépistage des anticorps développé par *Public Health England* afin de déterminer quel pourcentage de la population a contracté le virus.

5. Une pénurie d'équipements de protection pour les soignants du NHS

Une enquête de la *British Medical Association*¹⁷⁰ publiée le 3 mai a révélé que la moitié des médecins avaient dû compter sur des équipements de protections trouvés par leurs soins et non fournis par le NHS. Après avoir parlé de problèmes liés à la distribution des équipements de protection, le gouvernement a admis que le Royaume-Uni faisait face à une pénurie¹⁷¹. Les indications données par *Public Health England* concernant l'utilisation des équipements a évolué afin de prendre en compte cette pénurie, et préconise dans certains cas de réutiliser des blouses ou d'utiliser des équipements alternatifs¹⁷².

6. La mise à disposition d'outils numériques par le NHS a permis d'orienter certains patients et d'assurer la continuité des soins

Le NHS a mis en place le *NHS 111 Online Coronavirus Service*, un questionnaire en ligne auquel les patients répondent et sont orientés en fonction de leurs symptômes. Par ailleurs, les services de téléconsultation et de prescriptions médicamenteuses dématérialisées ont connu un essor sans précédent depuis le début de la crise : 1,25 millions de prescriptions numériques via EPS (*Electronic Prescribing Service*) ont été enregistrées au mois de mars par le NHS contre 220 000 au mois de février, et la demande de téléconsultations a connu une très forte augmentation depuis le début de l'épidémie (+70 % de demandes par semaine pour Push Doctor et +100 % d'une semaine à l'autre pour Docly depuis le début de l'épidémie, selon *The New York Times*).

¹⁶³ Cabinet Office Briefing Room, "Covid-19 press conference", 3 mai 2020.

¹⁶⁴ Department of Health and Social Care, "Guidance - Coronavirus (COVID-19): getting tested", 15 avril 2020.

¹⁶⁵ Hannah Devlin, "Is 100,000 tests a day an effective virus strategy against coronavirus", *The Guardian*, 1 mai 2020.

¹⁶⁶ Garside Juliette et O'Carroll Lisa, "Concerns over delays and errors at UK drive-in coronavirus test centres", *The Guardian*, 28 avril 2020.

¹⁶⁷ Cabinet Office Briefing Room, "Covid-19 press conference", 3 mai 2020.

¹⁶⁸ "Key workers: official list of personnel in England who can get a coronavirus test", *The Guardian*, 24 avril 2020.

¹⁶⁹ Mattha Busby, "Coronavirus tests for key workers in England run out quickly for second day", *The Guardian*, 25 avril 2020.

¹⁷⁰ British Medical Association, "BMA survey reveals almost half of doctors have relied upon donated or self-bought PPE and two thirds still don't feel fully protected", 3 mai 2020.

¹⁷¹ Molly Blackall, "PPE including gowns and masks running out, admits UK government", *The Guardian*, 18 avril 2020

¹⁷² "Coronavirus : Concern over protective kit guidance change", *BBC*, 18 avril 2020.

7. Un plan de relance inédit pour soutenir l'économie

Le gouvernement a annoncé un plan de relance exceptionnel d'un montant de plus de 400 milliards de livres sterling (459 milliards d'euros) soit 18,1 % du PIB. Les fonds servent à couvrir le paiement des salaires des employés mis au chômage partiel (80 % du salaire), les revenus des travailleurs indépendants, des prêts garantis par l'Etat en soutien aux entreprises en difficulté, ainsi qu'un report du versement de la TVA.

Chronologie des principaux jalons de la gestion de crise

1°) Février-mi-Mars : progression du nombre d'infections au Covid-19 au Royaume-Uni et premières mesures

- ▶ **31 janvier** : les deux premiers cas de coronavirus sont diagnostiqués au Royaume-Uni.
- ▶ **5 mars** : première victime du Covid-19 au Royaume-Uni ; le nombre de personnes infectées dépasse 100.
- ▶ **11 mars** : le ministre des finances publiques, Rishi Sunak, annonce un plan de soutien d'urgence à l'économie de 12 milliards de livres sterling (13,77 milliards d'euros).
- ▶ **13 mars** : suspension du championnat de Premier League.
- ▶ **15 mars** : le secrétaire d'Etat à la santé Matt Hancock annonce que les personnes âgées pourraient être confinées pour une période allant jusqu'à quatre mois.
- ▶ **16 mars** : Boris Johnson invite à favoriser le télétravail et à éviter de fréquenter les restaurants et les pubs. Le nombre de contamination dépasse les 1 500 cas et le nombre total de décès du Covid-19 est de 55.

2°) Mi-Mars : mesures de confinement et renforcement des capacités du NHS

- ▶ **18 mars** : le gouvernement annonce que la plupart des écoles d'Angleterre fermeront à partir du 20 mars : le Pays de Galle et l'Ecosse annoncent également la fermeture de leurs écoles.
- ▶ **20 mars** : Boris Johnson ordonne la fermeture jusqu'à nouvel ordre des restaurants, pubs, et de l'ensemble des lieux de rassemblement. Le ministre des finances publiques annonce que l'Etat paiera 80 % du salaire des employés risquant d'être licenciés.
- ▶ **21 mars** : le NHS annonce un partenariat historique avec les hôpitaux privés : 8000 lits et 20 000 soignants supplémentaires.
- ▶ **23 mars** : le confinement total est annoncé, les seuls déplacements hors du domicile autorisés le sont pour faire des courses, de l'exercice physique une fois par jour, se rendre à un rendez-vous médical ou se rendre sur son lieu de travail si le télétravail n'est pas possible.

3°) Avril-mai 2020 : déploiement et élargissement du dépistage mais des manquements graves demeurent

- ▶ **24 avril** : élargissement des tests de dépistage à l'ensemble des travailleurs « stratégiques » (santé, transport, police, alimentaire, éducation, etc.) et leurs familles représentant 10 millions de personnes. Les tests sont néanmoins indisponibles sur la plateforme d'inscription dès le lendemain.
- ▶ **1 mai** : le gouvernement annonce avoir atteint son objectif de 100 000 tests journaliers ; il est néanmoins accusé de gonfler ce chiffre (notamment en comptant les kits de dépistage à domicile envoyés et non encore réalisés), et la fiabilité de certains tests et centres de tests est également remise en question.
- ▶ **3 mai** : *Public Health England* révisé ses préconisations concernant l'utilisation des équipements de protection pour les soignants dans un contexte de pénurie. Une enquête de *la British Medical Association* révèle que la moitié des médecins anglais déclarent avoir dû trouver par eux-mêmes (achats ou dons) des équipements de protection.



Chiffres clés

Indicateurs	Données 2020
Population	7,45 millions ¹⁷³
Part de la population > 65 ans	17 % ¹⁷⁴
Budget consacré à la santé avant la crise	167,581 millions de dollars HK en 2017-2018 (soit 6,2% du PIB) ¹⁷⁵
Nombre de lits de réanimation	7,1 lits de soins intensifs pour 100 000 habitants ¹⁷⁶
Etat du stock de masques avant la crise	Insuffisant. Forte dépendance d'Hong Kong aux importations compensée notamment par un recours précoce aux fournisseurs étrangers. Besoins estimés à environ 200 millions de masques par mois. ¹⁷⁷
Date de début de l'épidémie (premier cas)	22 janvier 2020 : premier cas de Covid-19 détecté à Hong Kong ¹⁷⁸
Délai en jours avant les premières mesures barrière, à compter du premier cas de contamination	4 janvier 2020 : activation d'un plan de réponse au Covid-19 par le gouvernement 18 jours avant la détection du premier cas de contamination sur le sol hongkongais.
Fermeture des frontières	Des mesures de contrôle aux frontières (avec contrôle de température), de réduction des voyages transfrontaliers et de mise en quarantaine des voyageurs entrants ont été privilégiées face à une mesure plus forte de fermeture totale des frontières qui n'est intervenue que le 25 mars 2020.
Stratégie de dépistage	La stratégie de dépistage cible les voyageurs entrants. Au cours de la « deuxième vague » où la majorité des cas étaient des voyageurs ayant contracté l'infection à l'extérieur de Hong Kong, un dépistage obligatoire est pratiqué à l'aéroport au moyen de prélèvement de gorge pour les voyageurs à risques ¹⁷⁹ .
Stratégie de confinement	Sans avoir recours à un confinement « strict » comme en Chine, Hong Kong a déployé une batterie de mesures de restrictions et d'éloignement sanitaire. <ul style="list-style-type: none"> - Fin janvier : fermeture des écoles et mise au télétravail des administrations. - Fin mars (en raison du nombre croissant de cas chez les personnes de retour de l'étranger) : Les rassemblements de plus de 4 personnes sont proscrits (sauf lieux de travail) et des lieux de forte fréquentation comme les établissements de karaoké sont fermés¹⁸⁰.
Port du masque obligatoire	Adoption spontanée de mesures individuelles de précaution (port généralisé du masque, distanciation sociale) par une population sensibilisée par l'épidémie du SRAS en 2003. Les autorités ont formulé

¹⁷³ [Données Population Data.net](#), 2020.

¹⁷⁴ [Données Banque Mondiale](#), 2019.

¹⁷⁵ Health Fact of Hong-Kong 2019.

¹⁷⁶ Données ResearchGate "[Number of critical care beds per 100,000 population](#)", consulté le 4 juin 2020.

¹⁷⁷ Institut Montaigne, Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie, Avril 2020.

¹⁷⁸ « Le port du masque signe la différence culturelle entre l'Asie et l'Orient », Courrier international, 3 avril 2020.

¹⁷⁹ Samuel Wong, On Kwok Kin, K.L Chan Francis, « Que peuvent apprendre les pays de la réponse de Hong Kong à la pandémie de Covid-19 ? », *Canadian Medical Association Journal*, 11 mai 2020.

¹⁸⁰ Ibid.

Indicateurs	Données 2020
	de simples recommandations le 31 décembre 2020 en faveur du port de masques et de l'hygiène personnelle et la distanciation sociale.
Taille des plans de soutien en % du PIB	Au total, 38,6 milliards de dollars US sont alloués pour la relance à Hong Kong. Le gouvernement a notamment introduit, avec l'aide de la <i>Working Family and Student Financial Assistance Agency</i> , un système d'allocation spécial pour les familles à faibles revenus et les étudiants . Une aide de 1289 dollars US est accordée à tous les citoyens de plus de 18 ans.

Principaux enseignements

1. Une réponse précoce facilitée par l'existence d'un dispositif institutionnel créé après l'épidémie du SRAS qui a fortement touché Hong Kong en 2003 et 2004

Le gouvernement hongkongais a su capitaliser sur cette expérience pour renforcer sa capacité à gérer les crises à venir grâce notamment à la création en 2004 d'une institution centralisée, le Centre de protection de la santé (*Center for Health Protection*). Cette institution a réagi immédiatement dès la reconnaissance le 31 décembre 2019 par les autorités de Wuhan de cas de pneumonie grave de cause inconnue en publiant un communiqué de presse sur la situation. Le 3 janvier, un contrôle de la température par imagerie thermique est instauré aux postes transfrontaliers (avec isolement, traitement et suivi des voyageurs arrivant de Wuhan en cas de fièvre). Le lendemain, un Plan de préparation et de réponse au Covid-19¹⁸¹ est activé (soit 18 jours avant la détection du premier cas de contamination sur le sol hongkongais).

2. Une réduction progressive des voyages transfrontaliers et mise en quarantaine des voyageurs entrants début février, puis fermeture des frontières fin mars notamment sous la pression de l'opinion publique

Sont d'abord concernés par la réduction des voyages, la quarantaine obligatoire et une déclaration de santé à l'arrivée, les voyageurs chinois de Wuhan et du Hubei uniquement, puis l'ensemble des voyageurs de Chine continentale et les voyageurs étrangers. Le renforcement progressif du dispositif est poussé par l'apparition du premier cas local, une opinion publique qui juge les mesures instaurées insuffisantes et plaide en faveur d'une fermeture totale des frontières avec la Chine continentale (une grève réunit plus de 3000 personnels d'hôpitaux publics le 3 février 2020¹⁸²).

3. Un traçage fin et des enquêtes épidémiologiques pour identifier les lieux d'interactions récentes des cas suspects ou confirmés ainsi que la diffusion publique de ces informations aboutissant à la mise en quarantaine des personnes de « contact »

Les antécédents de voyages et les résultats de ces enquêtes ont été publiés en ligne. Un « tableau de bord interactif » recense ainsi tous les cas Covid-19 confirmés sur une carte ainsi que l'historique des déplacements de ces individus¹⁸³. Les citoyens sont invités à contacter le Centre de protection de la santé et toutes les personnes « contact » sont soumises à une quarantaine dans un centre dédié.

4. Des quarantaines, à domicile ou dans des centres dédiés, associées à une surveillance stricte et des sanctions dissuasives

D'abord appliquées aux personnes entrées en « contact » avec les premiers cas détectés et aux voyageurs arrivant de zones à risques, ces quarantaines ont été ensuite étendues à tous les voyageurs entrants. Une surveillance stricte est mise en place (bracelets électroniques, contrôles inopinés). Les sanctions maximales prévues peuvent aller jusqu'à 641 dollars US d'amende et six mois d'emprisonnement¹⁸⁴.

¹⁸¹ Centre for Health Protection, [Preparedness and Response Plan for Novel Infectious Disease of Public Health Significance](#), Janvier 2020.

¹⁸² « Coronavirus: à Hong Kong, le personnel hospitalier menace de faire grève », *Rtbf*, 1 février 2020.

Ramzy Austin et May Tiffany, "Hong Kong Tightens Border as Medical Workers Call for Shutdown", *The New York Times*, 3 février 2020.

¹⁸³ ["Latest situation of Coronavirus Disease"](#), site du Centre for Health Protection, consulté le 4 juin 2020.

¹⁸⁴ Institut Montaigne, Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie, Avril 2020, page 20.

5. **L'adoption spontanée de mesures de protection individuelle** (port du masque chirurgical dans les lieux publics, lavage de mains, distanciation sociale) par la population hongkongaise sensibilisée par la précédente épidémie du SRAS de 2003¹⁸⁵ a pu également jouer un rôle dans le contrôle de la propagation de l'épidémie.
6. **Le recours anticipé aux fournisseurs étrangers pour l'approvisionnement en masques et la stimulation de la production locale**

Pour compenser une dépendance forte aux importations, les procédures non nécessaires encadrant l'importation ont été suspendues et le recours anticipé aux fournisseurs étrangers joint à la prise de contact avec les autorités continentales chinoises ont été décidés. La production locale a également été stimulée grâce à l'introduction d'un programme de subvention doté de près de 1500 millions de dollars HK¹⁸⁶.

Chronologie des principaux jalons de la gestion de crise

1°) Du 31 décembre au 25 janvier : une première réponse précoce et progressive

- ▶ **31 décembre** : communiqué de presse par le Centre de protection de la santé.
- ▶ **3 janvier** : contrôle aux frontières avec contrôle de température des passagers arrivant de Wuhan (des systèmes d'imagerie thermique à l'aéroport sont installés).
- ▶ **4 janvier** : lancement par les autorités du Plan de réponse au Covid-19 structuré en 3 niveaux (alerte, grave et urgence)¹⁸⁷. Ce même jour le niveau « grave » est activé.
- ▶ **8 janvier** : obligation de déclaration de cette maladie pour les médecins au Centre de protection de la santé. Ces critères de notification ont été révisés plus largement le 16 janvier face à l'augmentation du nombre de cas en Chine continentale et l'apparition de cas importés dans d'autres pays.
- ▶ **22 janvier** : premier cas détecté de Covid-19¹⁸⁸. Le *contact tracing* commence immédiatement avec la mise en quarantaine des personnes « contact ».

2°) Du 25 janvier au 29 mars : la réduction des voyages transfrontaliers associée à une quarantaine imposée aux voyageurs entrants et l'interdiction d'entrée sur le territoire afin de limiter les cas importés

- ▶ **25 janvier** : suspension des vols en provenance de Wuhan puis, le 30 janvier, réduction de moitié des voyages entre Hong Kong et la Chine continentale. **Ce même jour, activation du stade "urgence", le plus haut niveau du Plan de réponse au Covid-19 après l'identification de nouveaux cas importés.**
- ▶ **29 janvier** : la déclaration de santé obligatoire (déjà en vigueur depuis le 21 janvier pour les voyageurs arrivant de Wuhan) est étendue à tous les voyageurs venant de Chine continentale par avion. Elle sera étendue à l'ensemble les voyageurs le 8 mars.
- ▶ **30 janvier** : l'interdiction d'entrée sur le territoire (déjà prévue depuis le 27 janvier pour les voyageurs arrivant de la province du Hubei) est étendue aux voyageurs venant de Chine continentale par le biais de la suspension de l'*Individual Visit Scheme*.
- ▶ **8 février** : quarantaine de 14 jours obligatoire pour tous les voyageurs arrivant de Chine continentale, puis, le 19 mars, extension de cette mesure à l'ensemble des voyageurs arrivant à Hong Kong.
- ▶ **25 mars** : interdiction d'entrée pour tous les voyageurs non-résidents.

¹⁸⁵ Samuel Wong, On Kwok Kin, K.L. Chan Francis, « Que peuvent apprendre les pays de la réponse de Hong Kong à la pandémie de Covid-19 ? », *Canadian Medical Association Journal*, 11 mai 2020.

¹⁸⁶ Chik Holly, "Hong Kong surgical mask manufacturers to begin supplying government from late May under subsidy scheme", *South China Morning Post*, 19 mai 2020.

¹⁸⁷ Centre for Health Protection, [Preparedness and Response Plan for Novel Infectious Disease of Public Health Significance](#), Janvier 2020.

¹⁸⁸ « Le port du masque signe la différence culturelle entre l'Asie et l'Orient », *Courrier international*, 3 avril 2020.

3°) Du 29 mars au 5 mai : de l'annonce d'une plus grande distanciation sociale et de mesures restrictives au sein de la population hongkongaise vers un assouplissement progressif de ces mesures

- ▶ **29 mars** : face à l'identification de cas détectés sans antécédents de voyage ou sans être en « contact » avec des cas confirmés et faute d'être en capacité de pouvoir tester massivement la population hongkongaise, le gouvernement appelle alors à une plus grande distanciation sociale¹⁸⁹. Parmi les mesures restrictives mises en place, tout rassemblement de plus de 4 personnes dans l'espace public est proscrit.
- ▶ **1^{er} avril** : la fermeture des lieux de forte fréquentation (ex : établissements de karaoké) figure également parmi les mesures restrictives mises en place.
- ▶ **8 avril** : décision gouvernementale d'un prolongement des mesures de distanciation sociale jusqu'au 23 avril.
- ▶ **20 avril** : aucun nouveau cas constaté pour la première fois depuis le 5 mars¹⁹⁰. Les autorités hongkongaises demandent aux habitants de continuer à appliquer les mesures d'hygiène et de distanciation sociale.
- ▶ **5 mai 2020** : compte-tenu de l'absence de nouveau cas local au cours des deux semaines précédentes, le gouvernement a annoncé une levée partielle des quelques mesures de restrictions imposées fin mars¹⁹¹ (avec notamment l'ouverture de certains lieux de rassemblements (ex : bars, cinéma) sous condition). En effet, tous les cas répertoriés au cours de cette précédente période étaient des personnes entrant à Hong Kong et qui ont directement été placés en quarantaine¹⁹². Les écoles sont toutefois restées fermées et la réouverture est prévue à partir de fin mai.

¹⁸⁹ "CHP explains rise in Covid-19 cases", *News.gov.hk*, 28 mars 2020, consulté le 9 juin 2020.

¹⁹⁰ "Coronavirus, Pas de nouveau cas à Hong Kong depuis le 5 mars", *Ouest France*, 20 avril 2020.

¹⁹¹ Florence de Changy, "La prise en charge rapide des malades à Hong Kong a permis d'éviter la crise sanitaire", *Le Monde*, 7 mai 2020.

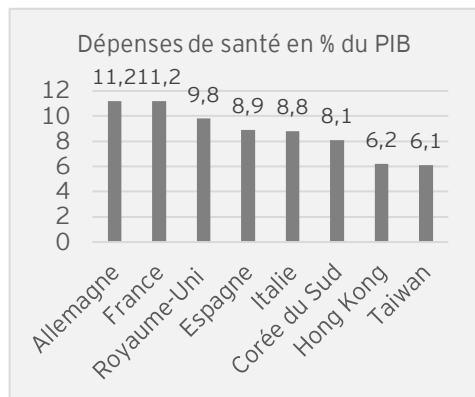
¹⁹² "Ecoles, bars, ciné, Hong Kong commence à lever les restrictions", *Agence France Presse, Journalmétrô*, 5 mai 2020, consulté le 9 juin 2020.

The background features an abstract design in shades of purple. It includes several overlapping circles of varying sizes, some with thin outlines and others with solid fills. Wavy, organic lines flow across the page, connecting the circular elements. The overall aesthetic is clean and modern.

Annexes

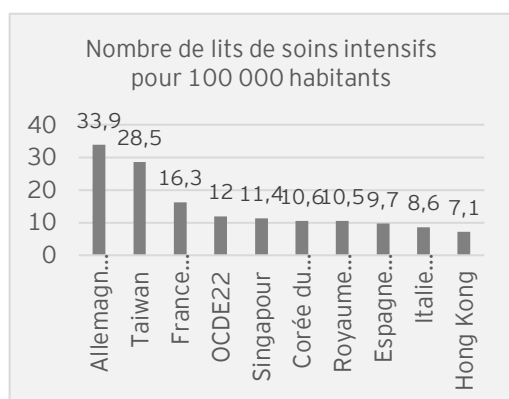
Annexe 1 : Des disparités observées dès le départ dans le niveau de préparation du système de soins des différents pays

L'Allemagne apparaît comme le pays le mieux préparé dès le départ pour affronter la crise, notamment au regard du niveau élevé de dépenses de santé et des capacités des structures hospitalières. La part du PIB consacrée à la santé est parmi les plus élevées des pays de l'OCDE¹⁹³ et le nombre de lits de réanimation la place en tête des pays européens (34 lits pour 100.000 habitants¹⁹⁴). La France, qui présente avec l'Allemagne des dépenses de santé parmi les plus élevées des pays de l'OCDE (soit 3 points de plus que la Corée du Sud) et qui compte pourtant plus de deux fois plus d'établissements sanitaires par rapport à l'Allemagne a cependant été confrontée lors de la crise à un manque d'équipement médical dans les régions les plus touchées.



Source : Données OCDE

Les systèmes de soins des autres pays européens (l'Italie, le Royaume-Uni et l'Espagne), affaiblis par les politiques d'austérité menées après la crise financière de 2008, apparaissent quant à eux plus fragiles pour faire face dès le départ à l'épidémie. Selon les chiffres de l'OCDE, les dépenses de santé ramenées au PIB de l'Espagne et l'Italie correspondent à près de 2 points de moins par rapport à celles de la France et de l'Allemagne. Les dépenses de santé italiennes atteignent 2 483 euros par habitant en 2017 (soit 15 % de moins que la moyenne de l'UE¹⁹⁵). Au Royaume-Uni, au cours de la décennie qui a suivi cette crise financière de 2008, les dépenses de santé ont en moyenne progressé de 1,4 % par an contre une moyenne historique de 3,7 %¹⁹⁶.



La plus grande faiblesse de ces pays européens dès le départ est illustrée par le nombre de lits en soins intensifs y compris les lits de réanimation (8,6 pour l'Italie, 9,7 pour l'Espagne, et 10,5 pour le Royaume-Uni), un nombre nettement inférieur à celui de la France (16,3) ou de l'Allemagne (33,9).

Cependant ces données sont à nuancer, en particulier au regard du cas italien pour lequel la région la plus touchée (la Lombardie) est également celle qui bénéficiait d'un des systèmes de santé les plus performants du pays (avec des hôpitaux publics et privés longtemps considérés comme un modèle d'excellence en Europe). Hors, l'épidémie de Covid-19 a tout de même frappé le Nord de l'Italie, démontrant ainsi que le bon fonctionnement du système hospitalier ne peut à lui seul suffire à éviter la propagation de l'épidémie sans des mesures adaptées de l'Etat. Il en va de même pour l'Espagne, dont la solidité du système de santé peut être observée au regard notamment de l'espérance de vie à la naissance qui la place en tête des pays européens et du nombre élevé de médecins (3,9 pour 1 000 habitants) par rapport aux autres pays européens.

Parmi les pays d'Asie, le cas de Singapour est frappant au regard de la préparation du système sanitaire singapourien avant la pandémie, s'expliquant par la capitalisation du pays sur les enseignements tirés de la précédente épidémie du SRAS en 2003-2004. Depuis cette épidémie, Singapour s'est préparé à l'arrivée de futures épidémies en réorganisant ses hôpitaux publics (avec notamment l'obligation de construire des chambres d'isolement dans chaque hôpital et l'augmentation de la capacité des unités de soins intensifs¹⁹⁷).

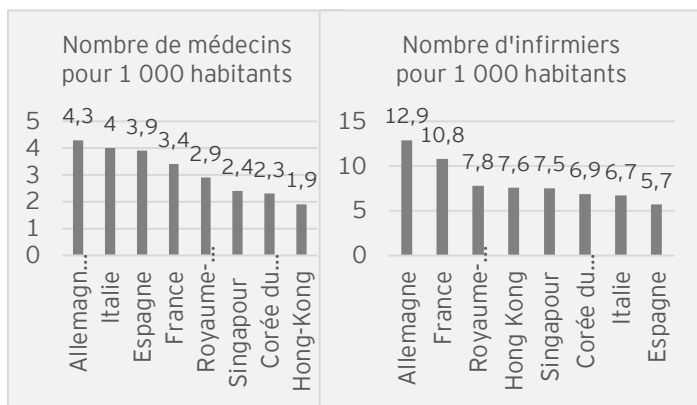
¹⁹³ « Dépenses de santé », Données de l'OCDE, 2018.

¹⁹⁴ Ibid.

¹⁹⁵ Italy: Country Health Profile 2019, OCDE, 2019.

¹⁹⁶ Alexandre Robinet-Borgomano, « Les Etats face au coronavirus - Le Royaume-Uni, un laissez-faire coûteux », Blog de l'Institut Montaigne, 28 avril 2020.

¹⁹⁷ Yeh Woei Chong, « Covid-19 : la méthode singapourienne expliquée par l'un des médecins en chef de la cité Etat », Atlantico, 15 avril 2020.



Source : Données OCDE et Banque Mondiale.

Enfin, il peut être souligné qu'en dépit de la robustesse du système de soins allemand pour faire face à la pandémie de Covid-19, le pays se retrouve confronté comme d'autres pays européens comme l'Italie¹⁹⁸ à un déficit de personnel soignant qualifié auquel une réponse que partielle n'a pu être apportée pendant la crise : à savoir la mise en place de dispositif exceptionnel de mobilisation du personnel de réserve (étudiants en médecine, médecins et infirmiers à la retraite, personnes réfugiées disposant d'une formation médicale)¹⁹⁹.

¹⁹⁸ Olivier Tosseri, « Coronavirus : le système hospitalier italien en danger », *Les Echos*, 5 mars 2020.

Olivier Tosseri, « La Vénétie va faire des médecins roumains pour pallier le manque de personnel dans ses hôpitaux », *Les Echos*, 25 avril 2020.

¹⁹⁹ Ibid.

Annexe 2 : Les réponses des Etats aux impacts sociaux de la crise

L'épidémie de Covid-19 a eu un impact économique et social d'autant plus fort que les pays imposaient des mesures de confinement total à leur population, ce qui est le cas de tous les pays européens étudiés à l'exception de l'Allemagne. La fermeture des commerces non essentiels et la limitation des déplacements pénalisent grandement l'activité économique. Dans les pays d'Asie-Pacifique n'ayant pas imposé de confinement total, l'activité économique connaît aussi un ralentissement sensible, notamment du fait de la baisse des exportations.

La fermeture des frontières et la suspension du trafic aérien ont quant à eux eu un impact sans précédent sur l'industrie du tourisme. Cette industrie fait vivre des millions d'emplois, en particulier en France, en Italie et en Espagne où le tourisme représente respectivement 7 %, 11 % et 6 % du PIB quand la moyenne de l'OCDE s'établit elle à 4,4 % du PIB²⁰⁰. L'impact de l'épidémie de Covid-19 sur le marché du travail risque ainsi d'être significatif dans ces pays : le secteur représente environ 8 % des emplois en France et en Italie et 13% des emplois en Espagne quand la moyenne de l'OCDE s'établit à 6,9 %²⁰¹.

Pour soutenir leurs économies et encourager une reprise rapide, les gouvernements des différents pays étudiés ont pris en urgence des mesures de soutien à l'activité économique. Parmi les mesures communément adoptées dans tous ces pays, on compte les mesures de financement par l'Etat du chômage technique/partiel et les mesures de crédit aux entreprises afin de limiter les défauts de paiement.

➔ Les mesures de facilitation du recours au chômage pour les entreprises apparaissent comme un moyen de limiter les licenciements et de soutenir la consommation des ménages

Afin de limiter l'impact de la limitation voire de l'arrêt total de l'activité sur une période prolongée, les gouvernements ont sans exception fait le choix de mesures budgétaires exceptionnelles afin de soutenir les revenus de leurs citoyens. Le rôle de ces mesures est double : d'une part soutenir les entreprises risquant de ne pas disposer d'une trésorerie suffisante pour verser les salaires en facilitant l'accès aux mesures de chômage technique, d'autre part assurer aux ménages le versement d'au moins une partie de leurs revenus pour soutenir leur consommation.

On a ainsi assisté à la mise en place de dispositifs facilitant le recours par les entreprises au chômage pour leurs employés. Ces mesures ont été largement déployées en Europe dès le début de la crise : 12,9 millions d'employés ont été couverts par le chômage partiel de mars à mai 2020 en France²⁰², 7,5 millions d'employés au Royaume-Uni avec le *Job retention scheme*²⁰³, l'Espagne a financé le recours au chômage technique et le financement du chômage partiel à hauteur de 3,4 milliards d'euros, et 725 000 entreprises ont déposé des demandes de recours au chômage partiel en Allemagne,

Ces mesures ont également été adoptées dans les pays d'Asie-Pacifique : la Corée du Sud a adopté le 31 mars des mesures de soutien aux revenus en versant jusqu'à 820 dollars par ménage, Singapour finance à hauteur de 565 millions de dollars (800SGD) son *COVID-19 support grant* pour les employés ayant perdu leur emploi ou ayant vu leurs revenus réduire²⁰⁴, et Hong Kong a adopté son *Employment Support Scheme* à hauteur de 10 milliards de dollars²⁰⁵. Taïwan demeure relativement épargné puisque le taux de chômage s'élève à 4,03 % fin mai 2020²⁰⁶.

²⁰⁰ OECD Tourism Trend and Policies, 2020.

²⁰¹ Ibid.

²⁰² William Plummer, « 12,9 millions de personnes ont été couvertes par le chômage partiel en France », *Le Figaro*, 27 mai 2020.

²⁰³ Patrick Collinson, « UK furlough Q&A: All you need to know about the coronavirus job retention scheme », *The Guardian*, 13 mai 2020.

²⁰⁴ ["How the Fortitude Budget 2020 will support Singapore's workers"](#), A Singapore Government Agency Website, 26 mai 2020.

²⁰⁵ "Government to launch series of job retention and job creation measures to alleviate worsening employment", Press Releases of the Government of the Honk Kong Special Administrative Region, 20 avril 2020.

²⁰⁶ Kao Shih-ching, « Unemployment rates climbs to 4.03% », *Taipei Times*, 23 mai 2020.

→ **Les prêts aux entreprises garantis par l'Etat et les allègements de charges sont également un moyen largement partagé par les gouvernements pour tenter de limiter les risques de faillites**

En France, ce sont ainsi 57 milliards d'euros de prêts garantis par l'Etat qui ont été accordés à 350 000 entreprises entre le 25 mars et début mai 2020. En Angleterre, les entreprises sont autorisées à contracter auprès des banques un prêt garanti par l'Etat jusqu'à 70 % de leur chiffre d'affaire dans la limite de 57 000 euros, à un taux d'intérêt maximum de 2,5 %. En Espagne, l'Etat a décidé d'un report du délai de dépôt des déclarations de plusieurs impôts pour les PME et les travailleurs indépendants, pour un montant total de 14 milliards d'euros. L'Allemagne a quant à elle mis en place un fonds de solidarité de 50 milliards d'euros pour les TPE. En Corée du Sud, l'Etat autorise les entreprises à repousser de 3 mois leurs cotisations de sécurité sociale avec un rabais de 30% pour les petites entreprises, ainsi qu'un délai de 9 mois pour payer leurs impôts et d'un an pour payer leurs impôts locaux pour ces mêmes petites entreprises.

EY | Audit | Conseil | Fiscalité & Droit | Transactions

EY est un des leaders mondiaux de l'audit, du conseil, de la fiscalité et du droit, des transactions. Partout dans le monde, notre expertise et la qualité de nos services contribuent à créer les conditions de la confiance dans l'économie et les marchés financiers. Nous faisons grandir les talents afin qu'ensemble, ils accompagnent les organisations vers une croissance pérenne. C'est ainsi que nous jouons un rôle actif dans la construction d'un monde plus juste et plus équilibré pour nos équipes, nos clients et la société dans son ensemble.

EY désigne l'organisation mondiale et peut faire référence à l'un ou plusieurs des membres d'Ernst & Young Global Limited, dont chacun est une entité juridique distincte. Ernst & Young Global Limited, société britannique à responsabilité limitée par garantie, ne fournit pas de prestations aux clients. Les informations sur la manière dont EY collecte et traite les données personnelles, ainsi que sur les droits dont bénéficient les personnes concernées au titre de la législation en matière de protection des données, sont disponibles à l'adresse suivante : ey.com/privacy. Retrouvez plus d'informations sur notre organisation sur www.ey.com.

© 2020 Ernst & Young Consulting
Tous droits réservés.

SCORE N°2020-094
Studio EY France - 2006SG181
Crédit photo : Shutterstock
EDMMAA

Document imprimé conformément à l'engagement d'EY de réduire son empreinte sur l'environnement.

Cette publication a valeur d'information générale et ne saurait se substituer à un conseil professionnel en matière comptable, fiscale ou autre. Pour toute question spécifique, vous devez vous adresser à vos conseillers.

ey.com/fr