

La Missive de

Gestion attentive

N°88 – novembre 2020 – La gestion du Covid dans les États de l'UE



Édito : Gérer la pandémie dans l'Union européenne
Marie-Thérèse Letablier : Les États de l'U.E. à l'épreuve de la pandémie
Les sites de ceux qu'on cite

Édito : Gérer la pandémie dans l'Union européenne

Un livre vient de paraître (le 6 novembre 2020) aux éditions Routledge, en langue anglaise. Intitulé *Comparing and Contrasting the Impact of the COVID-19 Pandemic in the European Union*, il est dû à deux universitaires, une Britannique, Linda Hantrais, et une Française, Marie-Thérèse Letablier, l'une et l'autre habituées de la recherche comparative internationale.

L'ouvrage se donne deux objectifs : comparer l'incidence et la propagation de la pandémie dans l'ensemble des pays de l'Union européenne pendant la première vague d'une part, et tenter d'en expliquer les variations en mobilisant les sciences sociales et politiques d'autre part. Il s'agit donc dans un premier temps de collecter des données pour nourrir la comparaison, d'interroger leur validité et leur fiabilité, et d'examiner l'usage qui en est fait par les politiques, les médias et les autorités sanitaires, pour le suivi de la pandémie et sa gestion politique. Il s'agit dans un second temps de contextualiser les données recueillies au regard des situations sociodémographiques des divers pays européens, de l'état de leurs systèmes sanitaires, et des modalités de gestion de la crise sanitaire. Au fil des cinq chapitres qui composent l'ouvrage, les auteurs traquent les données statistiques produites par diverses institutions, nationales, européennes et internationales, afin d'en saisir les modes de construction et la validité, et tenter d'expliquer les différences d'incidence et de trajectoires de la pandémie.

Les cinq chapitres de l'ouvrage explorent ainsi :

1. Les systèmes de santé publique nationaux en Europe ;
2. Les formes de diffusion de la pandémie dans les États membres de l'UE ;
3. Les modalités de gestion politique de la pandémie ;
4. L'incidence du contexte politique, des cultures administratives et de gouvernance dans la gestion de la pandémie ;
5. L'impact de la pandémie dans le contexte de l'Union européenne.

Nous avons demandé à Marie-Thérèse Letablier de nous donner une vue d'ensemble de cet ouvrage. On trouvera ce texte ci-après.

Marie-Noëlle Auberge
mna@gestion-attentive.com



Les États de l'U.E. à l'épreuve de la pandémie

Marie-Thérèse Letablier, co-auteur de l'ouvrage *Comparing and Contrasting the Impact of the COVID-19 Pandemic in the European Union*, a répondu à nos questions sur la gestion de la pandémie de Covid-19 en Europe.



La rédaction : Sur quelle période a porté votre enquête ?

Marie-Thérèse Letablier : L'observation porte sur la première vague de la pandémie, depuis son émergence en Europe en février-mars 2020, sa progression fulgurante dans certains pays jusqu'en avril, et son atténuation pendant l'été. Au moment où l'étude s'est achevée fin juillet 2020, nul ne savait ce qui se passerait dans les mois suivants.

La pandémie n'a pas affecté tous les pays avec la même intensité et selon une même trajectoire. L'ouvrage explore les raisons possibles de ces différences. Sont-elles dues aux systèmes de santé et à leurs performances, aux caractéristiques-socio démographiques des pays étudiés, aux modes de gestion et de gouvernance de la pandémie, ou encore à la manière dont les mesures prises ont été mises en œuvre et in fine au consentement et au respect des décisions politiques par les citoyens?

Quels sont les pays retenus ?

Au total, vingt-huit pays ont été retenus dans l'étude : les vingt-sept pays de l'Union européenne et le Royaume-Uni qui n'était pas encore complètement sorti de l'UE. Les autres pays européens comme la Suisse ou la Norvège n'ont pas été inclus puisqu'ils n'ont jamais été soumis à la législation européenne, ni au même recueil des données statistiques.

Quelles ont été vos sources ?

Les sources utilisées sont principalement les statistiques européennes qui permettent des comparaisons systématiques, complétées par des sources nationales et internationales. Nous nous sommes appuyées également sur un corpus d'études réalisées en Europe.

La comparaison des systèmes de santé s'appuie essentiellement sur les données fournies par Eurostat, l'institut européen de statistiques et l'OCDE. L'incidence du virus en termes de contamination et de mortalité est analysée à partir des données publiées par *Worldometer*, une équipe internationale basée aux USA, qui fournit des statistiques, journalières ou hebdomadaires, sur l'évolution de la pandémie pour tous les pays du monde. Nous avons utilisé aussi *Politico EU*, un organisme non gouvernemental avec des bureaux dans plusieurs capitales européennes, *Our world in data*, publié par l'université d'Oxford, Euro MOMO, le réseau de la Commission européenne pour le suivi de la mortalité (*the European Commission's European Mortality Monitoring collaborative network*) et le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (*European Centre for Disease Prevention and Control-ECDC*), et l'organisation mondiale de la santé (OMS). L'institut national d'études démographiques (INED), à Paris, a mis en place un dispositif de suivi et d'analyse de

la mortalité due au COVID-19 dans sept États membres de l'UE (Danemark, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Portugal, Espagne), ainsi qu'en Angleterre et au Pays de Galles.

La comparaison des mesures prises par les gouvernements pour limiter la diffusion de la pandémie s'appuie quant à elle essentiellement sur des études comparatives réalisées au niveau européen, ainsi que sur *COVID-DEM Infohub*, un site de recueil et de partage d'informations destiné aux chercheurs et analystes, portant sur les réponses politiques à la pandémie et leur impact sur la gouvernance démocratique.

Nous avons ainsi mobilisé une grande variété de sources et de données issues d'offices officiels de statistiques, d'études et de rapports académiques, et de commentaires dans les médias pour étayer la comparaison de la propagation du virus et des réponses politiques qui ont été apportées au cours de la première vague de la pandémie. L'abondante bibliographie en fin d'ouvrage atteste de la grande diversité de ces sources.

Quelles sont les conclusions générales que vous tirez de cette enquête ?

Il est important de rappeler qu'à la différence des pays asiatiques, comme la Corée du sud ou le Japon souvent cités en exemple de « bonne gestion » de l'épidémie, l'Europe n'était pas préparée à affronter une crise sanitaire de cette ampleur lorsque le Covid-19 a fait son apparition en février 2020. Du fait du caractère parcellaire des connaissances scientifiques sur le virus, et du manque d'expérience de gestion de crise sanitaire de cette ampleur, les gouvernements, comme aussi l'Union européenne, se sont trouvés plongés dans un climat d'incertitude et d'impréparation. Les gouvernements des pays européens ont eu tout à apprendre. Ils ont parfois pris des mesures, sans connaissance précise de leur efficacité, dans un climat de tensions politiques et sociales et de controverses scientifiques, parfois plus soucieux des dommages collatéraux de la pandémie sur l'économie et la vie sociale des citoyens que de l'épidémie elle-même.

Le succès relatif de la Corée du Sud ou du Japon dans le contrôle de la pandémie de Covid-19 dès son apparition au printemps 2020 a pu être attribué aux leçons tirées des expériences antérieures, aux capacités d'anticipation de leurs gouvernements face à de nouvelles menaces épidémiques, et au niveau élevé d'acceptation par la population de mesures contraignantes prises par leurs gouvernements, attestant d'une conscience civique de la population. Autant de conditions qui n'étaient pas réunies en Europe lorsque le Covid-19 est apparu.

Partant de ce constat, nous avons tenté dans cet ouvrage d'explorer les leçons qui peuvent être tirées de la gestion de la première vague de la pandémie afin d'éviter de reproduire ce qui a pu causer les échecs de cette gestion et, au contraire, de s'inspirer de ce qui a bien fonctionné.

Votre ouvrage porte sur la période où l'Europe semblait être la zone la plus touchée par la pandémie...

En mars 2020, l'Europe a été définie par l'OMS comme épicerie de la pandémie. La plupart des pays européens les plus densément peuplés et les plus urbanisés, essentiellement en Europe de l'Ouest, ont vu leur taux de mortalité due au Covid-19 monter en flèche. Lors de la première quinzaine d'avril, la progression du virus devenait hors de contrôle dans ces pays, tandis que ceux d'Europe centrale et de l'est, les derniers entrés dans l'UE, étaient relativement peu touchés. Très rapidement, la pertinence des réponses politiques a été une question abondamment relayée par les médias, désignant à la vindicte les « bons » et les « mauvais » gouvernements.

L'Allemagne, qui résistait relativement bien au virus en comparaison de la Belgique, de la France, de l'Italie, de l'Espagne et du Royaume-Uni, était citée en exemple sans que les raisons de ce succès puissent être identifiées avec précision. La Suède, qui se distinguait des autres pays par la spécificité de sa stratégie intriguait les observateurs des autres pays, y compris les pays voisins, suscitant des interrogations sur la validité de cette stratégie de recherche de l'immunité collective et sur le non-recours au confinement de la population.

Peut-on déceler des modèles de gestion politique de la première vague de la pandémie qui pourraient par la suite inspirer les stratégies de lutte contre le virus si de nouvelles vagues épidémiques apparaissent ?

Il était moins question de déceler des modèles de gestion politique que de comparer les modalités de réponse des gouvernements, pour identifier les mesures qui ont « marché » et celles qui au contraire semblent avoir eu un effet limité sur la propagation et l'incidence du virus. Nous avons en premier lieu situé les réponses politiques à la pandémie dans le contexte plus général des systèmes de santé nationaux, des situations sociodémographiques des divers pays de l'UE. Puis nous avons examiné les différentes mesures prises par les gouvernements, les conditions de leur mise en œuvre, incluant la coopération des citoyens et l'adhésion aux mesures prises. Les comparaisons ne prennent sens que si elles sont insérées dans un contexte, en lien non seulement avec les environnements sociodémographiques (taille des populations, densité, répartition par âge, composition des ménages), mais aussi avec les milieux socio-économiques dans lesquels s'inscrivent les systèmes de santé.

La comparaison montre que les systèmes nationaux de santé étaient inégalement préparés à affronter une situation d'urgence sanitaire, non seulement au regard de leur expérience limitée voir inexistante en matière de gestion d'épidémies, mais en raison aussi des capacités hospitalières à accueillir des malades et en particulier des malades gravement atteints. Le suivi statistique des hospitalisations et du nombre de malades en soins intensifs et réanimation a été un enjeu de première importance. Toutefois, le fait que les pays d'Europe de l'ouest soient plutôt bien équipés matériellement et en personnel n'a pas suffi à éviter l'engorgement des services de réanimation et de soins intensifs dans les régions les plus touchées, nécessitant le transfert de malades entre régions ou vers les pays proches. Les pays d'Europe centrale et les derniers pays entrés dans l'UE, qui dépensent moins pour leurs systèmes de santé et disposent d'équipements plus limités que les pays d'Europe du nord et de l'ouest, ont réagi en prenant très rapidement des mesures préventives fondées sur l'obligation du port du masque dans les lieux publics ou sur un confinement strict. En dépit de leurs systèmes de santé moins « performants », ces pays ont été moins affectés par la Covid-19 lors de la première vague de la pandémie que les pays de l'Ouest de l'Europe.

Nous avons également examiné l'effet possible des caractéristiques sociodémographiques des populations sur la propagation et l'incidence du virus, et notamment du vieillissement de la population (proportion de personnes âgées de plus de 65 ans dans la population totale), de l'espérance de vie en bonne santé, de l'état de santé, et de la prévalence des maladies chroniques, des maladies respiratoires et de l'obésité entre autres. Mais si ces facteurs contribuent à l'aggravation de la maladie et à prolonger les séjours sans les services de soins intensifs, ils ne permettent pas d'expliquer à eux seuls les disparités de mortalité entre pays.

Les instruments de suivi de la pandémie mis au point par les scientifiques et les autorités sanitaires ont été mobilisés pour guider les gouvernements dans leur gestion de la pandémie, en particulier dans les décisions de confiner plus ou moins sévèrement

leur population. Ces instruments ont été substantiellement améliorés depuis leur mise en place, mais certains restent encore fragiles en raison de différences dans la collecte des données, que ce soit des décès attribués au Covid-19 ou au nombre de contaminations. La collecte des données sur les décès n'incluait pas toujours les décès survenus hors de l'hôpital, dans les établissements de soins pour personnes dépendantes, dans les établissements médico-sociaux, ou au domicile des malades. En France, ce n'est qu'à partir du 2 avril que les décès dans les Ehpad ont été pris en compte dans le calcul du taux de mortalité du au virus. Une autre source de fragilité des données sur la mortalité tient au manque de précision des causes de décès lorsque le malade souffre d'autres pathologies. C'est finalement l'observation de la surmortalité (ou excès de décès au cours d'une période donnée en comparaison de la même période au cours des années passées) qui fournit les données les plus fiables, même si cela ne permet pas d'isoler précisément les décès dus directement au virus. Quant au suivi des contaminations et de la propagation du virus, il se heurte aux différences de pratiques de dépistage selon les pays. Or dans plusieurs pays de l'UE, la pénurie de tests disponibles a limité les possibilités de dépistage pendant que d'autres testaient massivement. Quant au traçage des cas, il s'est avéré peu effectif au début de la pandémie.

Les divers pays européens n'ont pas réagi de la même façon, soulignez-vous.

Lors de la première vague de la pandémie, les stratégies de confinement ont varié non seulement eu égard au délai de décision et de mise en œuvre mais aussi aux modalités du confinement. Selon les cas, il a été généralisé à l'ensemble de la population ou au contraire ciblé sur les populations les plus vulnérables, partiel ou total (écoles et entreprises totalement fermées ou non), et plus ou moins strict dans son application (avec contrôles et sanctions éventuelles ou non). Ces stratégies répondent en partie à la diversité des situations, mais résultent aussi de compromis que sont amenés à faire les décideurs politiques entre exigences de sécurité sanitaire et respect des libertés individuelles, ou entre contraintes sanitaires et contraintes économiques et sociales. Alors que certains gouvernements ont réagi rapidement et de manière radicale, d'autres ont mis du temps pour structurer leur réponse. Certains comme la Suède ont fait des recommandations sans confiner leur population (ce pays n'a pas fermé les écoles) quand d'autres adoptaient des plans de lutte concis dans leur contenu et stricts dans leur application. Tous les pays n'ont pas fait voter un état d'urgence sanitaire par leur Parlement, mais ceux qui l'ont fait lui ont donné des durées variables. Les pays d'Europe centrale ont réagi très rapidement dès l'apparition de la pandémie en prenant des mesures drastiques pour limiter la propagation du virus. Ils ont même anticipé en rendant obligatoire le port du masque dans l'espace public (en République Tchèque, Slovaquie, Slovénie, Autriche), en s'inspirant des pays asiatiques, alors que cette mesure ne fait pas partie des habitudes locales. Le port du masque est vite devenu la norme sous peine de sanctions. De même, ces pays ont adopté très tôt des mesures de confinement de manière à éviter la formation de foyers de contamination comme ceux qui existaient en Europe de l'ouest, en Belgique, France, Italie, Espagne, Royaume-Uni. L'obligation du port du masque a suscité de nombreux gestes spontanés de solidarité. Pour compenser la pénurie, les autorités locales ont appelé leur population à fabriquer des masques de protection non seulement pour eux-mêmes mais aussi pour les autres. Ils se sont ensuite procuré des masques sur le marché chinois, ce qui a créé des tensions avec d'autres pays européens en attente de livraisons.

Outre ces mesures de précaution, diverses combinaisons de mesures ont été introduites, incluant l'interdiction de rassemblements publics, de célébrations

d'événements divers, de voyages et de circulation hors des frontières et à l'intérieur des pays, la fermeture des écoles, lycées et universités, des magasins non essentiels, des cafés, restaurants et hôtels, et des entreprises.

Des mesures de distanciation physique et sociale ont été mises en place dans les transports pour les personnes autorisées, tandis que du gel hydroalcoolique était mis à disposition dans les lieux publics. Et si le port du masque était recommandé, il n'a pas été rendu obligatoire dans un premier temps en raison d'une pénurie dans la plupart des pays les plus touchés par le virus. Il en a été de même pour les tests de dépistage qui en raison de leur nombre restreint ont été rarement accessibles à l'ensemble de la population, et n'ont eu qu'un écho limité au slogan français « Tester, tracer, isoler ». A ce slogan, les Britanniques ont préféré : « *Stay home, protect NHS, save lives* » ou « *Stay home, stay safe* » (Restez chez vous, protégez le système de santé, sauvez des vies, ou restez chez vous, protégez vous).

Hormis ces mesures visant à protéger la population et limiter l'affluence dans les établissements de soins, la plupart des gouvernements ont mis en place des conseils scientifiques et/ou des comités d'experts pour les informer sur l'évolution de la pandémie et les conseiller sur les mesures à prendre. Les institutions de recherche, notamment en épidémiologie, virologie et infectiologie ont été mobilisées pour améliorer les connaissances sur ce virus et les possibilités de traitement contre ses effets. Des modélisations ont tenté d'évaluer l'impact de certaines mesures sur la circulation du virus, quand d'autres recherches se focalisaient sur les traitements possibles, suscitant parfois de virulentes controverses, débordant le champ scientifique pour se répandre dans les médias, et offrant un terrain propice aux thèses complotistes et aux « *fake news* ».

Les analyses présentées dans cet ouvrage nous montrent que dans nombre de pays, l'introduction de mesures restrictives de la liberté des citoyens a été moins controversée que les décisions concernant la sortie du confinement, du moins lors de la première vague de la crise sanitaire.

Et l'Union européenne dans tout cela ? Quel a été son rôle ?

En étant membre de l'Union européenne, les États adhèrent à un cadre commun de valeurs et de règles légales et politiques. La législation européenne (Article 158 du Traité de Lisbonne) stipule que la santé est une compétence partagée entre l'UE et les États-membres. L'UE est chargée de la coordination des politiques nationales, de la coopération entre États, de l'élaboration de lignes directrices et d'indicateurs, de l'organisation des échanges de bonnes pratiques, du suivi et de l'évaluation, tandis que les gouvernements nationaux conservent la responsabilité de définir et de mettre en œuvre leurs propres politiques de santé. Lors du déclenchement de la pandémie, ni l'UE ni les États membres n'étaient préparés à affronter une situation marquée par l'ampleur et la soudaineté de la propagation de ce virus, et par l'incertitude quasi totale concernant les traitements possibles. Il a donc fallu du temps pour que les réactions s'organisent. Dans ce contexte d'incertitude, le rôle de coordination de l'UE a été contesté, et la coopération entre États membres s'est heurtée à un manque de solidarité ou à une solidarité très limitée. Celle-ci s'est concrétisée par l'envoi de malades français dans les services de réanimation en Allemagne, par l'accueil en France de quelques malades italiens, ou par le recours à la Chine pour fournir les équipements de protection. Coordination et coopération ne se sont mises en place que progressivement, et non sans difficultés. La crise sanitaire a mis l'UE à l'épreuve, dans sa capacité à stimuler et organiser la solidarité entre États-membres.

Dans les lignes directrices concernant les mesures de distanciation sociale émises le 23 mars 2020, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) évoquait les défis que les gouvernements des États-membres de l'UE auraient à affronter dans la mise en œuvre de mesures, en raison de leurs contextes politiques,

constitutionnels et sociaux. Il soulignait que ce qui peut convenir dans un pays peut ne pas être applicable dans un autre, en raison des normes sociétales et des valeurs qui encadrent la liberté de mouvement et de circulation par exemple, nécessitant leur adaptation aux situations locales. Il rappelle aux décideurs politiques l'importance de la connaissance, de l'anticipation et de la planification pour limiter la progression de la pandémie, tout en gardant à l'esprit les problèmes que peuvent poser certaines mesures. Car la recherche de la sécurité sanitaire n'est pas toujours compatible avec l'exercice des libertés individuelles, comme l'expriment les protestations, qu'elles soient individuelles dans les médias, ou collectives lors des manifestations contre des mesures jugées trop autoritaires comme on a pu le voir en France, à Paris ou Toulouse, à Berlin en Allemagne, ou à Barcelone en Espagne. En même temps les régimes autoritaires d'Europe centrale ont pu parfois être pointés du doigt en raison de l'usage fait d'instruments tels que l'état d'urgence.

Pour conclure, on peut avancer que la comparaison de la gestion de la première vague de la pandémie de covid-19 dans les États membres de l'Union européenne et au Royaume-Uni a mis en évidence la grande diversité des facteurs explicatifs possibles, non repérables dans les bases de données statistiques. Elle montre aussi que les facteurs explicatifs de l'impact différencié de la Covid-19 n'ont pas nécessairement la même validité partout, impliquant que certaines interventions politiques ne sont pas directement transférables dans d'autres contextes, au niveau international, national, voire régional. Elle montre enfin que la confiance, ou la défiance, des populations vis-à-vis de leurs gouvernants peut aussi être un facteur de succès ou d'échec d'une réponse politique.



Les sites de ceux qu'on cite

L'ouvrage sur le site de l'éditeur : <https://www.routledge.com/Comparing-and-Contrasting-the-Impact-of-the-COVID-19-Pandemic-in-the-European/Hantrais-Letablier/p/book/9780367691721>

Les auteurs :

Linda Hantrais : <https://www.lboro.ac.uk/subjects/politics-international-studies/staff/honorary/linda-hantrais/>

Marie-Thérèse Letablier : https://www.researchgate.net/profile/Marie-Therese_Letablier



La Missive est éditée par l'association Gestion Attentive, www.gestion-attentive.com
Directrice de publication : Marie-Noëlle Auberge

