Argentine

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

Virginia MELLADO et Arnaud TRENTA [1]

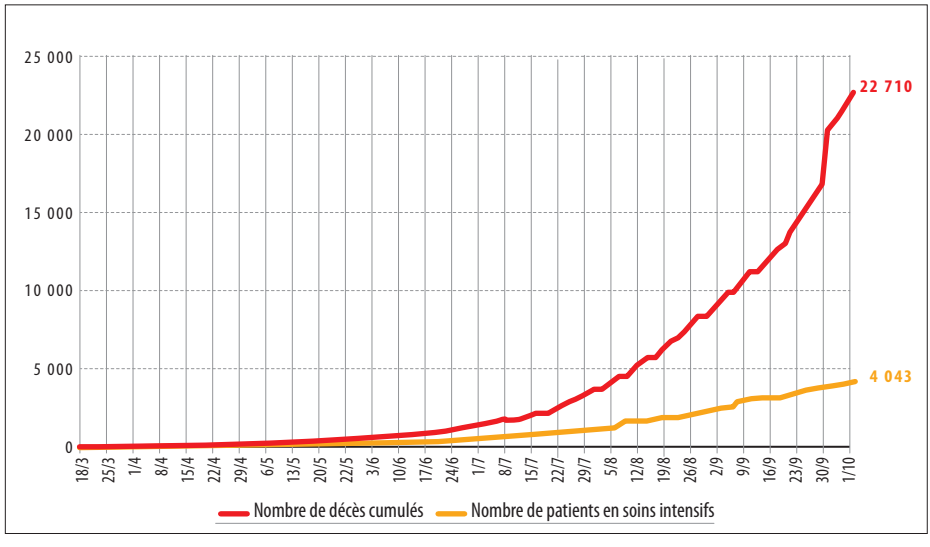
Comme la plupart des pays latino-américains, l'Argentine est touchée par l'épidémie de Covid-19 à partir du mois de mars 2020, à la suite du retour de personnes ayant transité dans des « zones à risque », principalement en Europe. Le premier cas (un homme de 45 ans revenant d'Italie) est confirmé le 3 mars et le premier décès lié au nouveau coronavirus (un homme de 64 ans ayant séjourné en France) est enregistré le 8 mars. Le 12 mars, au lendemain de la qualification de l'état de pandémie du Covid-19 par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [2], le président de la République argentine décrète la situation « d'urgence sanitaire » pour une durée d'un an [3], avec notamment pour effet l'annulation des vols en provenance des zones affectées par le Covid-19 et la restriction des rassemblements de personnes dans les lieux publics. D'autres mesures suivent rapidement comme la fermeture des écoles et des administrations publiques le 16 mars, puis le confinement obligatoire de toute la population le 20 mars [4]. À partir du 13 avril et après un confinement strict de 23 jours, le gouvernement lève progressivement les restrictions de mouvement et d'activité pour concentrer son action sur les principales régions touchées par l'épidémie : la ville de Buenos Aires et sa proche banlieue [5], ainsi que les provinces de Chaco (Nord-Est), Jujuy (Nord-Ouest) et Río Negro (Patagonie). Jusqu'au mois de septembre,

1. Chercheure à l'Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INCIHUSA-CONICET) de Mendoza ; chercheur à l'Ires.
2. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur le Covid-19, 11 mars 2020, https://bit.ly/31r51YZ.
3. Decreto DNU 260/2020, https://bit.ly/2TbIJ8Y.
4. Decreto 297/2020, https://bit.ly/2HjeUkx. Le décret précise néanmoins une liste de 24 services considérés comme essentiels durant la crise sanitaire afin de permettre le maintien de ces activités et la circulation des travailleurs concernés.
5. L'aire métropolitaine de Buenos Aires comprend la ville de Buenos Aires et les 40 communes qui l'entourent. Cette agglomération urbaine est la plus importante et la plus dense du pays, elle concentre 14 800 000 personnes, soit 37 % de la population nationale selon le recensement de 2010.

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

L'importance et la précocité de ces mesures a permis de ralentir la transmission du nouveau coronavirus, sans toutefois en permettre l'éradication. Progressivement, l'ensemble des provinces argentines a été touché par l'épidémie et l'augmentation du nombre de décès liés au Covid-19 s'est accélérée à partir du mois de juillet (graphique 1). Au 8 octobre, selon le rapport du ministère de la Santé du gouvernement fédéral, le bilan national de l'épidémie de Covid-19 s'élève à 856 369 cas diagnostiqués sur un total de 2 166 276 tests réalisés et à 22 710 morts, soit un taux de mortalité de 515 par million d'habitants [6]. Au niveau de la région latino-américaine et caribéenne, principal foyer de la pandémie depuis le mois de juin 2020, l'intervention volontariste de l'État argentin se distingue toutefois de celle de ses voisins comme le Brésil, le Chili, le Pérou, la Colombie ou encore le Mexique, où les gouvernements centraux ont fait preuve d'une certaine passivité dans leur gestion de la crise sanitaire. Plusieurs éléments permettent de comprendre les ressorts d'une mobilisation sanitaire de l'État conséquente au sein de cette République fédérale rongée par les inégalités sociales et territoriales.

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



* La courbe des décès montre un saut des données à la fin du mois de septembre (+3 500 morts) qui correspond à la mise en œuvre d'un nouveau système de décompte dans la province de Buenos Aires. Il croise trois bases de données issues de registres différents afin d'améliorer l'actualisation du nombre de décès par Covid-19.
Source : Jorge Aliaga (chercheur au CONICET), d'après les données du ministère de la Santé du gouvernement fédéral.

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

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

D'autre part, l'architecture du système de santé argentin permet une couverture universelle, même s'il existe des inégalités fortes au niveau de l'offre de soins entre les classes sociales et les territoires. En effet, bien qu'ayant vocation à l'universalité, ce système sanitaire est fragmenté tant au niveau sectoriel (corporatif, privé et public) que juridictionnel (fédéral, provincial, municipal). Deux systèmes d'assurance maladie coexistent pour couvrir les soins des populations intégrées dans l'économie formelle et un système public de santé prend en charge les populations pauvres et/ou travaillant dans l'informalité (voir *infra*, encadré).

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

Une action publique préventive pour retarder la saturation des services sanitaires

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

7. Candidat progressiste issu du parti péroniste et allié de l'ancienne présidente Cristina Fernandez de Kirchner (2007-2015), Alberto Fernandez est élu le 27 octobre 2019 à la présidence de la République dès le premier tour avec 48,24 % des suffrages. Il succède au Président libéral Mauricio Macri (2015-2019) dont le mandat est marqué par une inflation galopante et un endettement massif de l'État.
8. https://bit.ly/3jfSlKG.

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

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

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

Les premières dispositions concernent la gestion des frontières et le retour des voyageurs ayant séjourné dans les zones à risque. Dès le 12 mars 2020, outre la fermeture des frontières terrestres et la suspension des vols en provenance des pays déclarés en situation épidémique, le ministère de la Santé du gouvernement fédéral recommande aux personnes ayant récemment transité dans les pays touchés par l'épidémie de réaliser un isolement strict à domicile de 14 jours, même en l'absence de symptômes. Le décret d'urgence sanitaire prévoit à cet effet un arrêt de travail spécifique afin de garantir les emplois et les revenus de ces personnes.

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

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

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

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

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

Source : ministère de la Santé du gouvernement fédéral.

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

Le 13 avril, un nouveau décret présidentiel prolonge le confinement comme cadre général d'action publique dans le contexte d'urgence sanitaire, mais ouvre des possibilités de dérogation pour les provinces peu ou pas touchées par l'épidémie. La Constitution fédérale de la République argentine confère des pouvoirs élargis aux gouverneurs des provinces, ce qui contribue à l'établissement d'un dialogue régulier entre le président de la République et l'ensemble des autorités provinciales durant la crise sanitaire. Passés les premiers temps d'union nationale pour affronter la pandémie et face aux conséquences sociales et économiques du confinement, les gouverneurs ont alors tendance à négocier des aménagements en faveur de leurs administrés. En accédant à ces demandes, le gouvernement fédéral vise également à limiter les coûts économiques et sociaux des mesures préventives, mais il fragilise aussi la cohérence globale de sa stratégie de gestion de la crise sanitaire.

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

liste publiée avec le décret du confinement général concerne uniquement l'approvisionnement en denrées alimentaires, en médicaments et en énergie, ainsi que le fonctionnement du système de santé et de sécurité. Cette limitation de la production s'accompagne de diverses mesures de soutien aux employeurs comme aux travailleurs [10]. Par la suite, la concertation avec les organisations patronales et les syndicats de travailleurs vise à amorcer progressivement la relance de l'activité économique en rouvrant notamment les secteurs de la construction et de la restauration.

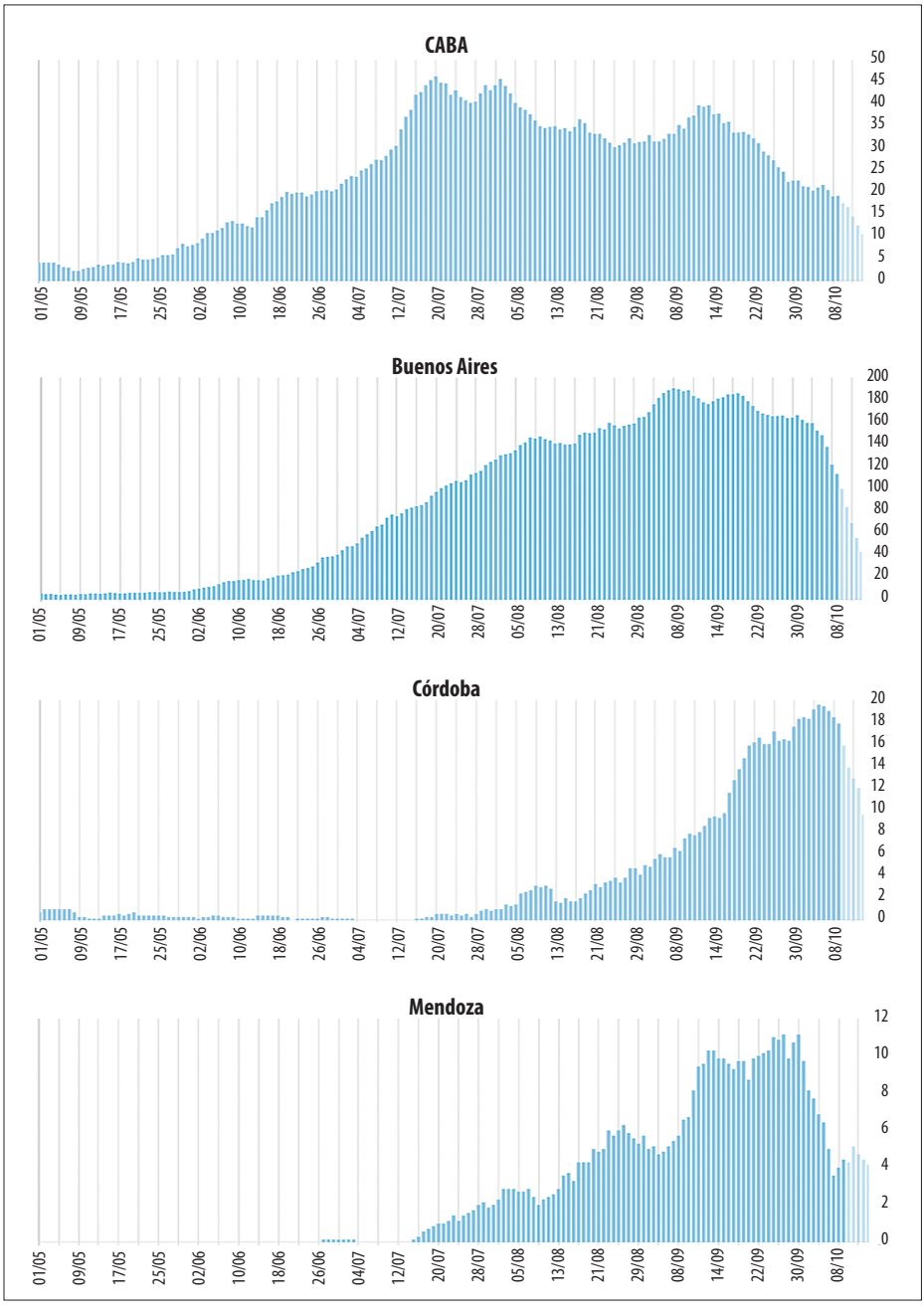
Dans ce contexte de déconfinement ciblé et progressif, la question de la mobilité des personnes s'impose comme une thématique centrale du débat public argentin afin d'évaluer l'effet des mesures de confinement et de déconfinement. Plusieurs enquêtes portant sur les flux de mobilité à partir des données GPS des téléphones portables montrent que les mouvements de la population restent très limités jusqu'à la fin du mois d'avril [11], ce qui contribue à limiter la diffusion du nouveau coronavirus. Au niveau national, le temps de duplication des cas avérés de Covid-19 passe ainsi de 3,3 à 25 jours entre le 20 mars et le 8 mai. Mais le redémarrage des activités économiques et sociales s'accompagne d'une hausse de la mobilité dans la seconde moitié du mois de mai [12] et, dès le mois de juillet, plusieurs provinces commencent à être fortement touchées par le virus. Comme le montre le graphique 2, des situations critiques, notamment en termes de décès quotidiens [13], apparaissent dans des grandes villes comme Córdoba et Mendoza, au moment où la gestion de la crise sanitaire commence à donner des signes encourageants dans la province de Buenos Aires et la capitale fédérale. Bien qu'aucune étude scientifique n'ait démontré l'effet des saisons sur l'épidémie de Covid-19, on ne peut totalement écarter l'hypothèse d'une transmission accélérée du nouveau coronavirus au cours des saisons automnales et hivernales qui favorisent les pratiques sociales et les interactions dans les espaces fermés et peu ventilés, soit les mois de juin, juillet et août en Argentine.

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

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

10. Dès le 31 mars, le gouvernement fédéral encadre fortement les licenciements et soutient financièrement le chômage partiel. D'autres mesures visent à réduire les charges fiscales des entreprises pendant la crise sanitaire et à transférer des revenus vers les populations les plus vulnérables économiquement comme les petits indépendants et les travailleurs informels.
11. N. Bär, « Coronavirus en la Argentina: cinco aciertos y cinco fallas de una cuarentena que se extiende », *La Nacion*, 26 de junio de 2020, https://bit.ly/35ecnAi.
12. Celle-ci reste néanmoins inférieure à la période précédant la crise sanitaire en raison des fortes restrictions de circulation entre États fédérés et du maintien quasi généralisé des fermetures d'établissements scolaires.
13. En raison des délais importants dans la transmission des certificats de décès, les chiffres du mois d'octobre, voire de la fin du mois de septembre, sont incomplets. C'est à tort qu'ils indiquent une baisse rapide des décès.

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



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

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

La politique de dépistage, baptisée « Detectar », est lancée le 5 mai [15] dans deux quartiers populaires situés dans la ville de Buenos Aires et la commune de Quilmes en proche banlieue. Dans ce cadre, les autorités municipales, provinciales et nationales agissent de concert pour quadriller le quartier, réaliser un passage « maison par maison » d'équipes médico-sociales visant à repérer les cas suspects présentant des symptômes et les tester (PCR) sur place grâce à un dispositif ambulatoire ; à isoler et soigner les cas positifs au sein d'établissements de santé ; à tracer les personnes ayant été en contact étroit avec des personnes contaminées par le nouveau coronavirus. Cette stratégie de dépistage, explicitement centrée sur les foyers de contamination, produit des résultats significatifs dans les quartiers populaires de la ville de Buenos Aires et de sa banlieue. Ainsi, dans le premier bidonville de la capitale ciblé par ce dispositif, le quartier « Padre Mugica », dont le nombre d'habitants est estimé entre 40 000 et 50 000, 3 672 tests PCR sont réalisés en l'espace de deux mois, ce qui permet de détecter, d'isoler et de soigner 1 830 cas de Covid-19 avec symptômes et de ne compter que 32 décès. Le 6 juillet, une seule personne est diagnostiquée positive sur un total de 16 tests réalisés et le quartier semble sorti de l'urgence sanitaire [16].

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

14. Le maire de Buenos Aires, réélu en 2019, est également, bien que dans une moindre mesure, sensible aux inégalités. Il est membre du parti de centre-droit Pro qui a étendu son électorat au-delà des classes moyennes et supérieures en nouant des alliances avec les associations des quartiers populaires pour la gestion des politiques d'assistance sociale.
15. « Se suman nuevas acciones para la detección de casos de COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 5 de mayo de 2020, https://bit.ly/3kg0DDD.
16. « Cómo se logró con el Plan DetectAR bajar los casos de coronavirus en el Barrio 31 », *Noticias*, Buenos Aires Ciudad, 7 de julio de 2020, https://bit.ly/3jcNqtR.

Encadré

Une couverture maladie fragmentée

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

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

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

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

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

1. Il existe une assurance corporative spécifique pour les retraités.

2. Dans les faits, ces acteurs de santé peuvent demander aux patients un supplément tarifaire plus ou moins déclaré.

3. Les accords entre ces deux types d'assurance sont négociés au niveau des branches professionnelles.

4. Là encore, de manière plus ou moins informelle, certains acteurs privés de santé peuvent demander aux patients un supplément tarifaire pour leur prise en charge.

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

Une mobilisation de ressources pour consolider et augmenter les capacités sanitaires

L'action préventive de l'État fédéral s'est avérée décisive pour permettre aux différents acteurs du système de santé de renforcer leur capacité de prise en charge des cas suspectés ou confirmés de Covid-19, particulièrement au niveau des services de soins intensifs. L'augmentation du nombre de lits et de personnels soignants n'a pas été suffisante pour éviter la saturation des hôpitaux publics et privés des zones les plus touchées par la pandémie, mais elle a permis de maintenir une relative continuité des soins pour les autres pathologies.

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

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

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

Une forte augmentation des lits de soins intensifs

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

17. « Reintegros a Obras Sociales - Cobertura por COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 28 de julio de 2020, https://bit.ly/3kfWuPV.
18. Cette baisse des contributions peut être engendrée par le non-paiement des cotisations mensuelles par les affiliés du système d'assurance privée, ainsi que par les exonérations des cotisations patronales alimentant le système corporatif d'assurance maladie que l'État fédéral et certains États provinciaux ont décrété afin de soutenir les entreprises : Resolución 1397/2020, Ministerio de Salud, 24 de agosto de 2020, https://bit.ly/2Hpkxxd.
19. Decreto 300/2020, 19 de marzo de 2020, https://bit.ly/3dJj7Ke.
20. https://bit.ly/37mSgIX.
21. « Nación invirtió 42 mil millones de pesos en la expansión del sistema de salud para responder a la pandemia de COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 2 de septiembre de 2020, https://bit.ly/2HiwgOc.
22. Ces hôpitaux provisoires ont une superficie de 1 000 m² et fonctionnent 24 heures sur 24 avec une centaine de personnels soignants : « Hospitales Modulares de Emergencia », Ministerio de Obras Públicas, https://www.argentina.gob.ar/obras-publicas/hospitales-modulares.
23. Ministerio de Salud, « Fortalecimiento del sistema de Salud con enfoque de equidad », 24 de junio de 2020.

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

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

Source : ministère de la Santé du gouvernement fédéral.

Cette augmentation conséquente des capacités sanitaires nécessite un renfort du personnel soignant et sa formation spécifique pour les soins intensifs. D'après la Société argentine de thérapie intensive, le nombre de médecins intensivistes-réanimateurs est estimé à 1 350 pour l'ensemble du pays au début de la crise sanitaire, soit une moyenne supérieure à 6 lits par médecin [24]. Pour accompagner l'augmentation du nombre de lits, le ministère de la Santé du gouvernement fédéral organise et coordonne, dès le 1er avril, des formations en ligne pour les personnels de santé amenés à travailler en soins intensifs dans les différents hôpitaux publics du pays dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Réalisées par la Société argentine de thérapie intensive, ces formations portent sur la prise en charge du patient critique, l'usage du respirateur, le choc septique, la détresse respiratoire adulte, l'intubation et l'extubation [25]. Les personnes sélectionnées pour ce type de formation sont des professionnels de santé spécialisés dans d'autres domaines que les soins intensifs comme des médecins pneumologues, anesthésistes, cardiologues, urgentistes, internes, ainsi que des infirmiers et infirmières et des kinésithérapeutes. Ces professionnels de santé formés aux soins intensifs ont pour fonction d'assister les médecins intensivistes-réanimateurs dans les services hospitaliers qui disposent déjà d'unités de soins intensifs ou de prendre en charge ces soins dans les services nouvellement créés pour affronter la pandémie de Covid-19.

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

24. H. Martin, « Terapias intensivas al límite en la pandemia: cuántas camas disponibles hay y cuánto cuestan por día », *Infobae*, 18 de marzo de 2020, https://bit.ly/3lW7l22.
25. « Ministerio de Salud lanza plan de contingencia para capacitación en terapia intensiva », *Noticias*, Ministerio de Salud, 1 de abril de 2020, https://bit.ly/3dJCGlO.

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

Ces chiffres, relativement bons au regard des standards internationaux, masquent en réalité de grandes disparités territoriales et des inégalités d'accès aux soins selon les provinces qui renvoient à la fragmentation et à la décentralisation du système de santé argentin. La ville de Buenos Aires, qui concentre l'essentiel des richesses nationales, compte ainsi 13,2 médecins pour 1 000 habitants tandis que des provinces pauvres et reculées comme Chaco et Jujuy comptent respectivement 2,3 et 2,6 médecins pour 1 000 habitants [27]. Face à ces inégalités territoriales et à l'urgence de la situation, le ministère de la Santé du gouvernement fédéral lance le 26 mars un appel aux professionnels de santé afin qu'ils se portent volontaires pour fournir des services dans le cadre de la pandémie de Covid-19, en vue de renforcer les équipes des hôpitaux publics provinciaux et nationaux [28]. Infirmiers et infirmières, biochimistes, kinésithérapeutes et médecins (généralistes, cardiologues, pneumologues, intensivistes-réanimateurs adultes et pédiatriques, urgentistes, pédiatres, etc.) sont invités à s'inscrire par Internet sur un registre national unique pour être appelés à intégrer des équipes médicales dans le cadre de l'épidémie. La liste des volontaires est ensuite transmise aux différentes juridictions afin qu'elles puissent contractualiser ces nouveaux travailleurs. En l'espace de deux semaines, près de 4 000 professionnels de santé se portent volontaires pour intégrer des services de soins dans différentes provinces du pays [29]. À partir du mois de juin, lorsque les premiers signes de saturation

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

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

Source : Observatoire fédéral des ressources humaines en santé.

26. « El gasto en salud representó el 9,4 por ciento del PBI en el año 2017 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 11 de noviembre de 2019, https://bit.ly/31rmjoR.
27. M. Capello, M.L. Caullo, A. Chincarini, « COVID-19: ¿Cómo encontró al fragmentado sistema de salud argentino? », *Economis*, 18 de mayo de 2020, https://bit.ly/3o5bfaG.
28. « El Ministerio de Salud convoca a voluntarios profesionales para reforzar la dotación de equipos sanitarios », *Noticias*, Ministerio de Salud, 26 de marzo de 2020, https://bit.ly/2TaboLH.
29. « Coronavirus: el Gobierno suma a más de 15 000 profesionales con capacitaciones online », *La Nacion*, 9 de abril de 2020, https://bit.ly/3m70eUi.

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

L'ensemble des mesures prises par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux pour accroître les capacités sanitaires permettent une prise en charge systématique des cas critiques dans les unités de soins intensifs des services hospitaliers privés et publics, avec un taux de guérison autour de 50 % [32]. D'après les données officielles, grâce à l'augmentation des unités de soins intensifs, les taux d'occupation des lits restent relativement stables durant les mois de juillet et août lorsque l'épidémie commence à s'intensifier fortement dans différentes provinces (tableau 4). Ces données agrégées au niveau national (entre 50 % et 59 %) et de l'aire métropolitaine de Buenos Aires (entre 55 % et 68 %) masquent néanmoins des différences locales et la saturation des services de soins intensifs de certains hôpitaux. Pour objectiver les conditions de travail exténuantes des professionnels de santé et alerter sur les risques d'une saturation générale du système de santé, la Société argentine de thérapie intensive effectue le 28 août 2020 un relevé des taux d'occupation des lits de soins intensifs auprès d'un échantillon de 27 établissements de santé de la ville de Buenos Aires. D'après leur rapport, le taux d'occupation atteint

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

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

*Aire métropolitaine de Buenos Aires.
Source : ministère de la Santé du gouvernement fédéral.

30. « Médicos voluntarios viajan a Chaco para reforzar el sistema de salud ante la enfermedad COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 8 de julio de 2020, https://bit.ly/3o7NoHg.
31. « Nación envió equipos de salud a Jujuy para reforzar la atención de pacientes COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 14 de agosto de 2020, https://bit.ly/37o8X0z.
32. N. Bär, « Coronavirus en la Argentina. Advierten que el sistema sanitario está alcanzando la saturación », *La Nacion*, 17 de agosto de 2020, https://bit.ly/2HpsKBx.

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

Face à l'intensification du travail dans les services hospitaliers, le gouvernement fédéral met en place, par un décret présidentiel en date du 26 mars 2020 [35], une prime mensuelle destinée à tous les professionnels de santé qui interviennent dans les établissements publics ou privés en lien avec l'épidémie de Covid-19. À hauteur maximale de 5 000 pesos (55 euros), soit environ 10 % du salaire mensuel d'un médecin intensiviste-réanimateur en début de carrière, le versement de cette prime par le ministère de la Santé du gouvernement fédéral nécessite une coopération entre les différents acteurs de santé afin de faire remonter la liste des personnels concernés depuis les lieux de travail. Au mois d'août, 550 000 personnes sont concernées par cette contrepartie monétaire aux efforts consentis durant les six mois de lutte contre l'épidémie [36], ce qui n'empêche nullement l'expression croissante d'une fatigue des professionnels de santé, voire d'une colère à l'égard des demandes de flexibilisation des mesures de précaution formulées par une part croissante de la population et relayées avec force par les partis et les médias d'opposition au gouvernement fédéral. Le 2 septembre, la société argentine de thérapie intensive diffuse une lettre ouverte à l'intention de la population argentine afin d'alerter sur la situation en cours, sur le niveau d'épuisement des professionnels de santé et sur les risques encourus en cas de propagation massive du virus [37].

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

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

33. « Coronavirus: trabajadores de terapia intensiva manifestaron "extrema" preocupación por la ocupación de camas UTI en CABA », *Página 12*, 2 de septiembre de 2020, https://bit.ly/3klmY2M.
34. « Argentina en emergencia sanitaria: terapias intensivas colapsadas y contagios y muertos que crecen », *Infobae*, 2 de septiembre de 2020, https://bit.ly/31opWM9.
35. Decreto 315/2020, https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227193/20200327.
36. T.S. Buscaglia, « "No somos heroes". El hartazgo de los profesionales de la salud por las condiciones de trabajo durante la pandemia », *La Nacion*, 17 de agosto de 2020, https://bit.ly/2FIBO43.
37. « Contundente carta de los trabajadores de terapia intensiva: "No podemos más, nos están dejando solos" », *Infobae*, 2 de septiembre de 2020, https://bit.ly/37nDDyJ.

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

Du partenariat avec la Chine à la recherche de solutions locales

Lorsque la pandémie est déclarée par l'OMS et qu'il ne fait pas de doute que l'Amérique latine va également être touchée par le nouveau coronavirus, le Président argentin mène des discussions bilatérales avec son homologue chinois afin de parvenir à un accord sur l'achat et la livraison de matériels de protection pour les professionnels de santé argentins [38]. Le financement de cet accord repose sur l'État fédéral et l'État de la province de Buenos Aires. Il s'agit d'équiper prioritairement les services sanitaires de la banlieue de Buenos Aires qui concentre 12 millions de personnes, majoritairement issues des classes populaires. Le 18 avril 2020, le premier des 31 vols affrétés par la compagnie aérienne nationale Aerolineas Argentinas achemine ainsi 1 million de masques chirurgicaux, 150 000 masques FFP2 et 120 000 lunettes de protection. Début juillet, deux des six bateaux cargos envoyés par la Chine livrent à leur tour 4,7 millions de masques chirurgicaux, 307 000 masques FFP2, 600 000 masques grand public, 37 millions de gants, 83 millions de lunettes de protection, etc.

Parallèlement à cet accord commercial avec la Chine, le gouvernement fédéral initie dès le début de l'épidémie plusieurs actions visant à soutenir la production locale de matériel stratégique et à réguler sa commercialisation au niveau du marché national. Le 31 mars 2020, par l'entremise du ministère du Développement productif, le gouvernement fédéral crée le programme de soutien au système productif national dans les secteurs de l'équipement et de la technologie médicale [39]. Il consiste d'une part à proposer des crédits avantageux aux entreprises, remboursables sur cinq ans à un taux fixe de 12 % quand l'inflation annuelle dépasse les 50 % en 2019, pour un budget global de 2 milliards de pesos (environ 22 millions d'euros) ; d'autre part, à accorder aux institutions de recherche et aux universités des aides non remboursables d'un montant global de 250 millions de pesos (environ 2,8 millions d'euros). Concernant la commercialisation des biens nécessaires au respect des gestes barrières, le Secrétariat au commerce intérieur intervient les 15 et 16 avril 2020 pour geler les prix des masques grand public [40] et du gel hydroalcoolique [41] afin de faciliter leur accès auprès de la population générale.

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

38. « Coronavirus en la Argentina: regresó de China el primer vuelo que trajo 14 toneladas de insumos médicos », *La Nacion*, 18 de abril de 2020, https://bit.ly/2HlnpeN.
39. « Créditos y ANRs para la producción nacional de equipamiento, insumos médicos y desarrollos tecnológicos », *Noticias*, Ministerio de Desarrollo Productivo, 8 de abril de 2020, https://bit.ly/2T8ps8n.
40. Resolución 114/2020, https://bit.ly/2T7SOUD.
41. Resolución 115/2020, https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227939/20200417.

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

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

Source : ministère de la Santé du gouvernement fédéral.

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

L'implication des acteurs scientifiques

Une autre dimension stratégique dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19 consiste à développer des capacités de dépistage, de traitement, voire de vaccination. Dans un premier temps, le gouvernement argentin se tourne vers des entreprises chinoises, étasuniennes et européennes pour acquérir des tests de détection du virus. Puis, grâce au soutien financier de l'État fédéral, une première institution scientifique argentine parvient à développer et valider un test sérologique le 6 mai 2020 [43]. Quelques jours plus tard, deux autres équipes appartenant également au système scientifique public mettent au point des tests de détection du virus peu onéreux avec des résultats disponibles en moins de deux heures [44]. Comme signalé dans la première partie de l'article, la stratégie de dépistage s'est focalisée sur les cas symptomatiques et les foyers de contamination, notamment les quartiers populaires au début de l'épidémie. Elle s'est néanmoins heurtée au morcellement du système sanitaire et à ses

42. « Coronavirus: ¿Cuántos respiradores artificiales tiene la Argentina (y cuántos precisa)? », *La Nacion*, 9 de abril de 2020, https://bit.ly/3o8poUB.
43. « Investigadores argentinos logran desarrollar el primer test serológico del país para el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 », CONICET, 6 de mayo de 2020, https://bit.ly/2HhidbV.
44. « Rapid diagnosis tests NEOKIT-COVID-19 and ELA- CHEMSTRIP began to be distributed in public hospitals », CONICET, July 1st, 2020, https://bit.ly/35eK1pw.

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

Concernant le traitement des malades du Covid-19, le gouvernement fédéral a également soutenu financièrement les projets d'équipes de recherche appartenant au système scientifique public. À la fin du mois de juin 2020, des essais cliniques d'usage du plasma de patients convalescents sont entamés afin de tester son efficacité au début de l'infection et d'éviter le recours aux respirateurs mécaniques. Fin juillet, l'administration nationale du médicament autorise également les essais cliniques d'un traitement basé sur l'injection d'un sérum thérapeutique (obtenu à partir de tests sur des chevaux) qui permettrait de bloquer l'action du virus encore plus efficacement que le plasma humain [46].

Enfin, le gouvernement fédéral et les acteurs de santé se positionnent au sein de coopérations internationales visant à développer un vaccin contre le nouveau coronavirus. En août 2020, l'Argentine s'engage avec l'université d'Oxford et le laboratoire pharmaceutique AstraZeneca pour produire le principe actif du vaccin qui sera distribué en Amérique latine [47]. Ce projet, soutenu par la fondation du milliardaire mexicain Carlos Slim, vise à rendre accessible ce vaccin avec un coût estimé de 3 à 4 dollars par dose. Au mois d'août 2020, un autre accord avec les autorités chinoises et le groupe Sinopharm ouvre la réalisation d'essais cliniques de phase III par le laboratoire argentin Elea Phoenix, sous le contrôle de l'administration nationale du médicament [48]. Ces coopérations internationales portent l'espoir d'une résolution prochaine de la crise sanitaire par l'accès à un vaccin, au moment où les efforts consentis depuis sept mois semblent insuffisants pour endiguer l'épidémie.

Conclusion

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

45. Ministerio de Salud, Sala de Situación COVID-19, 8 de octubre de 2020, https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/sala-de-situacion/octubre-2020.
46. « COVID 19: ¿Por qué el suero de equinos promete ser más potente que el plasma de pacientes recuperados? », *Noticias*, Ministerio de Educación, 24 de julio de 2020, https://bit.ly/2TehJWk.
47. « Alberto Fernández y Ginés González García anunciaron que la vacuna de Oxford se producirá en el país », *Noticias*, Ministerio de Salud, 12 de agosto de 2020, https://bit.ly/34byVSW.
48. « Argentina autorizó realizar los ensayos clínicos de Fase III de vacuna inactivada china para COVID-19 », *Noticias*, Ministerio de Salud, 21 de agosto de 2020, https://bit.ly/2IGnaLO.

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

Dans le cas argentin, l'anticipation de la crise a néanmoins un revers qui est celui de la durée des mesures de restriction des activités économiques et sociales, et de leur acceptation par la population. Les allers et retours entre des phases de confinement plus ou moins strict rythment la vie de millions d'Argentins et génèrent une grande incertitude sur la sortie de crise. Sans dépistage massif, ni isolement systématique des individus ayant été en contact avec des personnes infectées, l'État et les acteurs de santé ne sont pas parvenus à contrôler et à casser les chaînes de transmission. Avec ses 15 millions d'habitants, l'aire métropolitaine de Buenos Aires est restée l'épicentre de l'épidémie pendant plus de six mois et les personnels hospitaliers sont littéralement à bout de force malgré une augmentation des capacités sanitaires. On observe également une reprise de l'épidémie dans d'autres provinces du pays qui doivent revenir à une phase de confinement généralisé. Malgré les prérogatives de l'État fédéral en temps de crise, il semble que la structure fédérale du pouvoir politique ait progressivement fragilisé le pilotage centralisé de l'action publique. Les gouverneurs dont les provinces sont peu touchées par l'épidémie, ou dont la situation s'améliore, se font rapidement l'écho des demandes de déconfinement de leurs administrés et négocient avec la présidence des exceptions aux restrictions de mouvement. Sur le long cours, la fragmentation du système de santé a produit ses effets inégalitaires à travers l'accessibilité et la qualité des services de dépistage et de soins.

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

Achevé de rédiger le 28 octobre.

Sources :

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

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