INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

Les mobilisations sanitaires des Etats face à la première vague de Covid-19



Jeudi 8 avril 2021 : 8h45 - 12h30

Les entretiens de l'Ires



Programme de la matinée

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

9:00 Ouverture Éric Pérès, Président de l'Ires

9:15 Session 1 : En Europe

- Italie : Après le choc initial, des ressources renouvelées pour le système sanitaire, en attendant une réforme plus ambitieuse ? *Jean-Olivier Mallet, association Marginalités et Société, Talence*
- Suède : Une gestion singulière de la crise sanitaire, un système de santé décentralisé sous forte tension - *Annie Jolivet, CEET-Cnam et CRTD-Cnam, associée à l'Ires*
- France : Une gestion étatique centralisée et désordonnée – *Renaud Gay, EHESP, associé à l'Ires*

Interventions syndicales

- *Christophe Prud'homme, CGT Santé*
- *Anne-Michèle Chartier, CFE-CGC*
- *Gilles Gadier, FO Services publics et de santé*

Échange avec les participants



Programme (suite)

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

10:45 Session 2 : Et ailleurs…

- Argentine - Une mobilisation forte, précoce… mais insuffisante de l'État fédéral - *Virginia Mellado, INCIHUSA-CONICET, Mendoza et Arnaud Trenta, Ires*
- Chine - La mobilisation sanitaire des pouvoirs publics locaux : le cas de la ville de Wuhan – *Jingyue Xing-Bongioanni, CEET-Cnam, associée à Pacte), et Jun Chu, doctorante en anthropologie culturelle, University of Göttingen, Allemagne*
- Recettes communes et logiques nationales : la gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États - *Kevin Guillas-Cavan, Ires*

Interventions syndicales

- *Christian Chevalier, UNSA-Education, Délégué général aux enjeux européens et internationaux*
- *Sylvie Dussan, CFTC Santé sociaux Moselle*
- *Evelyne Rescanières , CFDT*

Échange avec les participants

12:50 Clôture *Frédéric Lerais, Directeur de l'Ires*

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

Ouverture

Éric Pérès

Président de l'Ires



Les mobilisations sanitaires des Etats face à la première vague de Covid-19

Jeudi 8 avril 2021

Les entretiens de l'Ires

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

Session 1 : En Europe

Frédéric Lerais (animation)

Ires



Les mobilisations sanitaires des Etats et de l'UE face à la première vague de Covid-19

ITALIE

Jean-Olivier Mallet

Association Marginalités et Société, Talence



Après le choc initial, des ressources renouvelées pour le système sanitaire, en attendant une réforme plus ambitieuse ?



Italie : 1) historique

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

- **1978 SSN : universalisme,**

- mais secteur privé important

- régionalisation 2001 mal régulée

- **Années 2010 :**

Stagnation économique générale

>>> définancement secteur public de soins

- **Plan Pandémie 2006 non mis à jour.**



2) Choc, 3) Hôpitaux

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

2) Choc pandémie

Premier pays occidental, épidémie concentrée au Nord (février-mai 2020)

3) Réorganisation des services hospitaliers

- Mise en place de services tout-Covid

- Apports régionaux et nationaux (Commissariat Covid): matériel & personnel

- Apports de l'étranger



4) Etat, 5) « Territoire »

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

- **4) L'Etat “au secours” des Régions du Nord**

- Décisions avec Régions (Codogno vs Val Seriana)

- Apports matériels et personnels

- Supports expertise CTS & Commissariat

- **5) Faiblesse santé territoriale**

- Soins santé primaires (+exercice individuel, -MSP)

- Unités-support : USCA (équipes mobiles de suivi à distance et à domicile)



5) «Territoire », 6) Méthodes

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

5) Déclin santé publique

- Tampons, traçage

- App. Immuni

6) Répertoire d'urgence classique

- Comité d'experts (conseils), commissaire extraordinaire au Covid (logistique), DPCM



7) Relance, 8) Projets

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

7) Mesures organisationnelles et personnel

- Décret Soins mars & Relance juillet 2020

- Investissements occasionnels

- Créations postes CDD et intérims

8) Projets réforme sanitaire dès printemps 2020

- Pesanteurs corporatistes, poids bureaucratique

- L'opportunité de la Next Generation UE?

- L'enjeu de la santé: la faiblesse des perspectives étatiques



9) Vagues ultérieures : impréparation?

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

- **Juin 2020 : éloge de la résilience par l'OMS**
- **Eté 2020 : l'envie de relàchement**
- **Automne 2020 - hiver 2021 : seconde vague**
- **Hiver 2021 : crise gouvernementale**

SUEDE

- Annie Jolivet

CEET-Cnam et CRTD-Cnam, associée à l'Ires





Une gestion singulière de la crise sanitaire, un système de santé décentralisé sous forte tension.

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

FRANCE

- Renaud Gay

EHESP, associé IRES



Une gestion étatique centralisée et désordonnée

France : une gestion étatique centralisée et désordonnée

Les entretiens de l'IRES : les mobilisations sanitaires des États face à la première vague de Covid-19

8 avril 2021, en visioconférence

Renaud Gay
École des hautes études en santé publique
Département des SHS
renaud.gay@ehesp.fr

EHESP

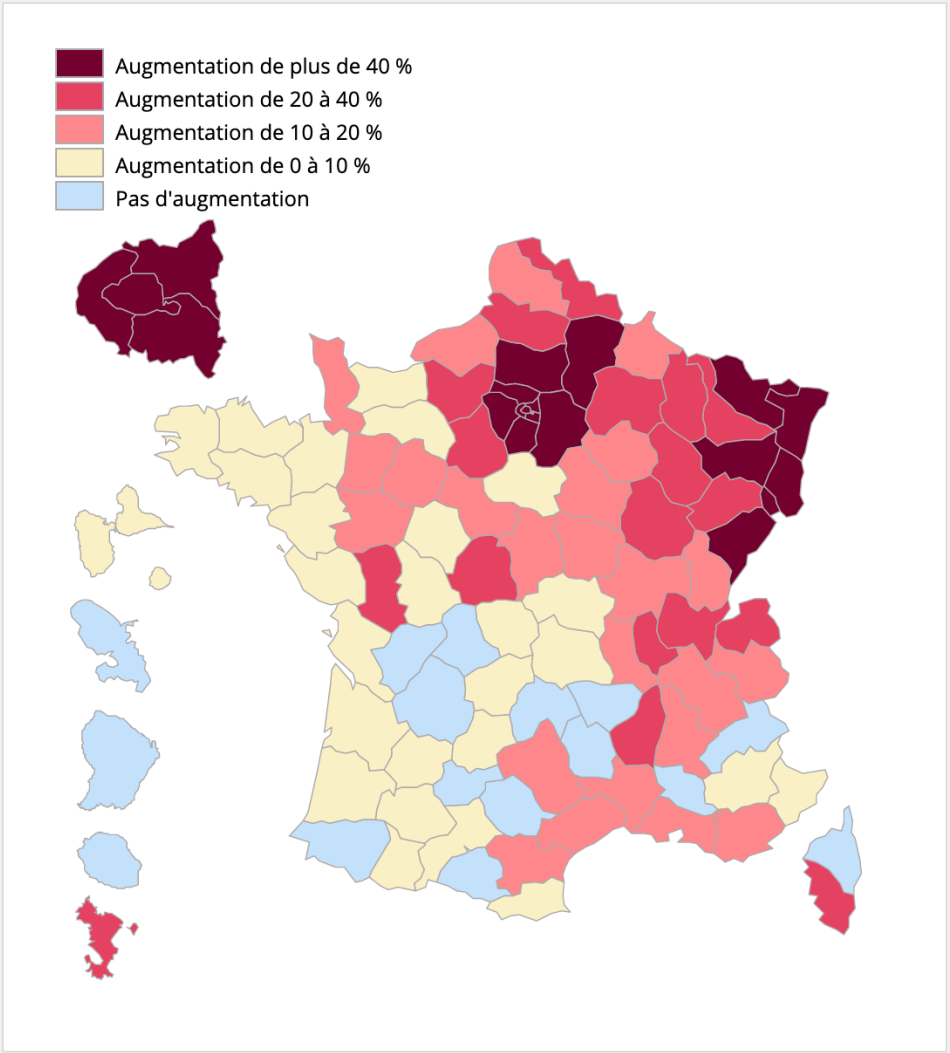
Introduction

- **Décrire les interventions étatiques sur le système de santé face à l'épidémie de Covid-19**
- **Interroger les effets de l'architecture du système de santé sur ces interventions**
- **Caractère inclassable du système de santé français « entre Bismarck et Beveridge »**
  - **Dépenses financées par l'assurance maladie aux ressources fiscalisées**
  - **Universalisation de la protection maladie de base**
  - **Offre de soins publics et privés dont la régulation est cloisonnée (assurance maladie / État)**
  - **Renforcement des capacités étatiques par les réformes**

Analyse centrée sur la première vague de l'épidémie (fin janvier-été 2020) :

- Pic au milieu du mois d'avril
- Forte régionalisation de l'épidémie
- 32 000 décès liés au Covid-19 fin septembre 2020

Évolution des décès cumulés du 1er mars au 30 avril 2020 rapportés aux décès cumulés du 1er mars au 30 avril 2019 par département



Note : ensemble des décès, transmis par voie dématérialisée ou par voie papier par les mairies à l'Insee.

1. Garantir l'accès aux soins face à l'épidémie ?

- **Préserver l'accès aux soins aigus par le confinement de la population**
  - **Une mesure non planifiée**
  - **Objectif de réduction de l'incidence du virus**

- **Le pilotage centralisé du confinement**
  - **Une centralisation au niveau du sommet de l'exécutif**
  - **Une centralisation au niveau de l'expertise**

- **Une solution par imitation et sous contrainte**
  - **Faiblesse des moyens de dépistage et des équipements de protection**

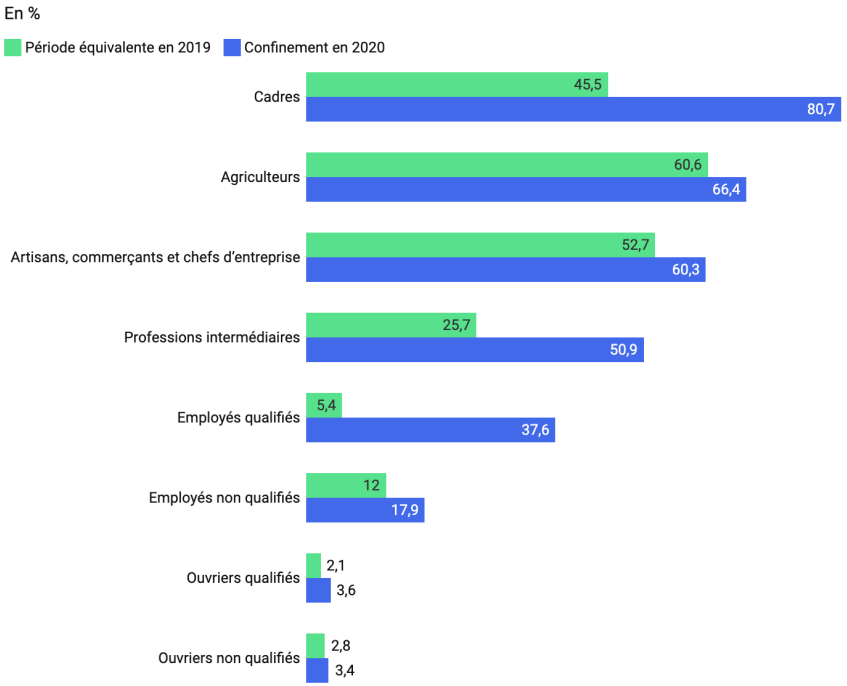
1. Garantir l'accès aux soins face à l'épidémie ?

- **La reproduction/l'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé**
  - **Des disparités géographiques dans l'offre de soins et contrastes spatiaux dans l'état de santé des populations**
  - **Conditions de logement et de travail de certains territoires rendent les mesures de restriction des déplacements plus difficiles à mettre en place**

- **Une action étatique centrée sur la dimension financière des inégalités d'accès aux soins**

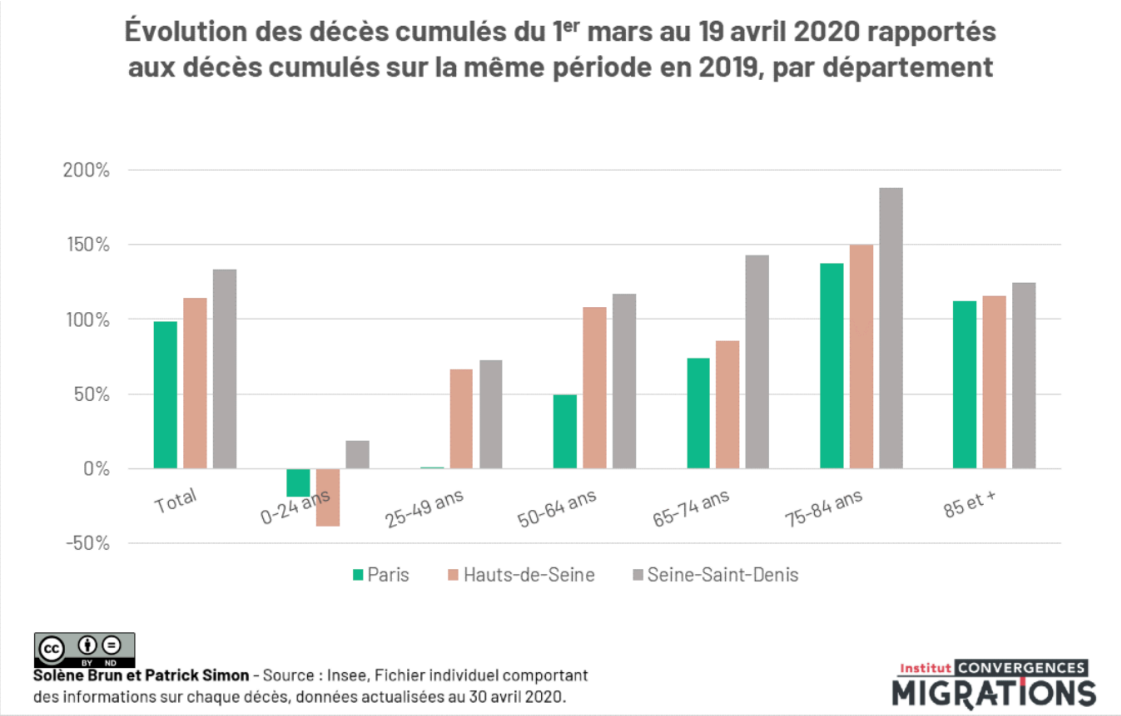
1. Garantir l'accès aux soins face à l'épidémie ?

Un recours au télétravail très variable selon la catégorie socioprofessionnelle



Note : travail à domicile au moins une fois au cours des quatre dernières semaines, qu'il s'agisse ou non du lieu de travail habituel, que ce soit ou non dans le cadre du télétravail.

Graphique: Vie-publique.fr / DILA • Source: Insee, enquêtes Emploi 2019 et 2020. • Récupérer les données • Créé avec Datawrapper



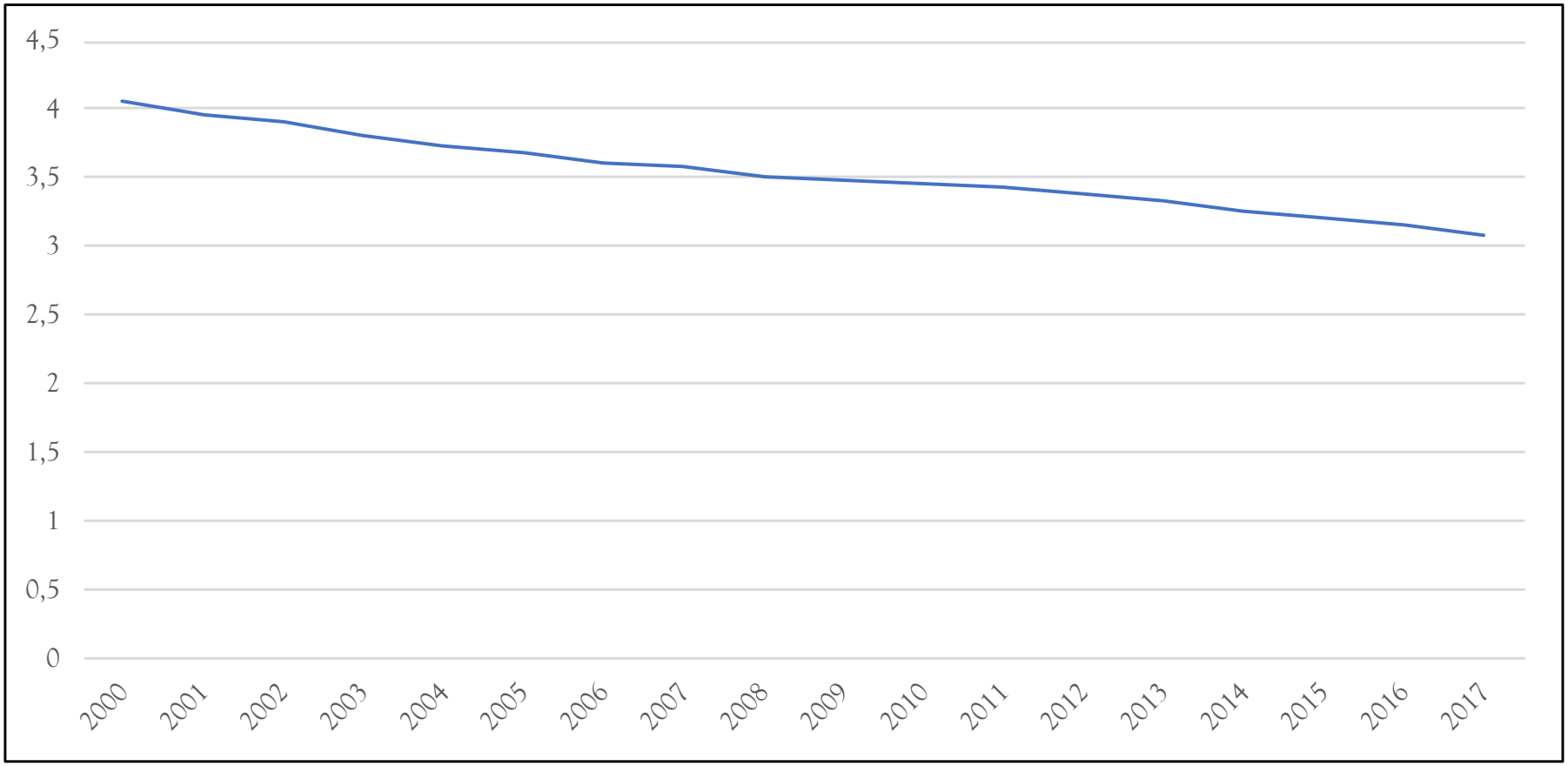
Solène Brun et Patrick Simon - Source : Insee, Fichier individuel comportant des informations sur chaque décès, données actualisées au 30 avril 2020.

Institut CONVERGENCES MIGRATIONS

2. Des interventions étatiques axées sur le système hospitalier

- **Une attention politique sur l'hôpital du fait de :**
  - **La plus faible capacité de pilotage des autorités sur les autres compartiments du système de santé (soins primaires)**
  - **La réduction des capacités d'accueil des hôpitaux sous l'effet des politiques de maîtrise des dépenses et de promotion d'un « virage ambulatoire »**
- **Une redéploiement des capacités hospitalières fondé sur des outils de gestion de crise**
  - **Inadaptation des outils au risque infectieux durable**
- **Un travail de coordination entre établissements**

Évolution du nombre de lits en soins aigus pour 1000 habitants (2000-2017) (source : OCDE)



2. Des interventions étatiques axées sur le système hospitalier

- **Une intensification du travail soignant antérieure à l'épidémie :**
  - **Des « contraintes industrielles » de plus en plus fortes qui pèsent sur le rythme de travail des soignants et une faible progression de l'emploi hospitalier**
  - **Mobilisations professionnelles fortes en 2019**
- **Trois types de réponse au surcroît de travail :**
  - **Allongement provisoire du temps de travail, réaffectation de personnels dans les hôpitaux, accroissement temporaire des effectifs (réserve sanitaire)**
- **Des mesures financières : sécurisation des revenus et gratification compensatoire**

3. Une improvisation face aux pénuries

- **Une faible autonomie d'action de l'État dans le secteur de l'industrie médicale**
- **Les interdépendances mondiales dans la production des matériels médicaux et équipements de protection**
  - **Rapports de dépendance renforcés par la désindustrialisation de l'économie nationale**
- **La dérive de la politique de gestion du risque pandémique**
  - **Non actualisation du plan pandémie grippale, marginalisation de l'EPRUS**

3. Une improvisation face aux pénuries

- **Mesures d'encadrement et de rationnement dans la distribution des équipements et produits**
  - **Plafonnement des prix (solutions hydro-alcooliques, masques)**
  - **Accès restreint à certains produits (masques réservés à certains professionnels de santé)**
- **Une politique de soutien aux importations publiques et privées**
  - **Appui aux entreprises et commandes publiques pour l'approvisionnement en masques**
  - **Effets non anticipés de mise en en concurrence sur les marchés étrangers**
- **Une stratégie incitative de reconversion industrielle**
  - **Orchestration d'initiatives d'acteurs industriels**
  - **Plus rarement, à l'initiative de reconversions (Air Liquide)**

Conclusion

- **La crise sanitaire comme révélateur des propriétés du système de santé français et de sa régulation par l'État :**
  - **La centralité de l'hôpital**
  - **Une approche biomédicale et curative de la santé / une relégation des outils et organisations de santé publique**
  - **La verticalisation du pilotage du système de santé**

- **La crise sanitaire, conjoncture critique pour une nouvelle politique ?**
  - **Le « Ségur de la santé » : le desserrement d'une contrainte budgétaire structurelle mais fabrication de l'ONDAM pour 2021 repose sur la même logique de subordination à la politique de finances publiques.**
  - **Un renouvellement des rapports politiques à la santé ?**



INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

EN EUROPE : Interventions syndicales

- Christophe Prud'homme
  CGT Santé
- Gilles Gadier
  FO Services publics et de santé
- Anne-Michèle Chartier
  CFE-CGC

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ENCADREMENT-CGC

Echange avec les participants



Session 1 : En Europe

- Italie : Après le choc initial, des ressources renouvelées pour le système sanitaire, en attendant une réforme plus ambitieuse ?

  Jean-Olivier Mallet

- Suède : Une gestion singulière de la crise sanitaire, un système de santé décentralisé sous forte tension

  Annie Jolivet

- France : Une gestion étatique centralisée et désordonnée

  Renaud Gay

Interventions syndicales :

- *Christophe Prud'homme, CGT Santé*
- *Anne-Michèle Chartier, CFE-CGC*
- *Gilles Gadier, FO Services publics et de santé*

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

Session 2 : Et ailleurs …

Frédéric Lerais (animation)

Ires



Les mobilisations sanitaires des Etats et de l'UE face à la première vague de Covid-19

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

ARGENTINE

- Arnaud Trenta, IRES
- Virginia Mellado, INCIHUSA-CONICET



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



Argentine

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

Virginia Mellado (CONICET-INCIHUSA)

Arnaud Trenta (IRES)

Introduction

- Une situation d'urgence préalable
  - Taux de **pauvreté** en 2019 : 35,5% (+3,5 points)
  - Loi du 23/12/19 de « solidarité sociale et de relance productive »
    - **Renforcement des pouvoirs du gouvernement fédéral**
      - Économie, finance, fiscalité, énergie, santé, social

- Un nouveau gouvernement (de gauche)
  - Alberto Fernandez (président) et Cristina Kirchner (vice-présidente)
    - Élus en octobre 2019 : **48,24%** des voix (au premier tour)
  - Une autorité présidentielle à consolider
    - Une préoccupation pour les **secteurs populaires**
    - Stratégie **d'union nationale**
    - Coopération avec les gouverneurs des provinces

- Une action préventive forte
    - **Situation d'urgence sanitaire** décrétée le 12 mars 2020 (1 décès officiel)
    - **Confinement strict et national** décrété le 20 mars 2020 (4 décès officiels)

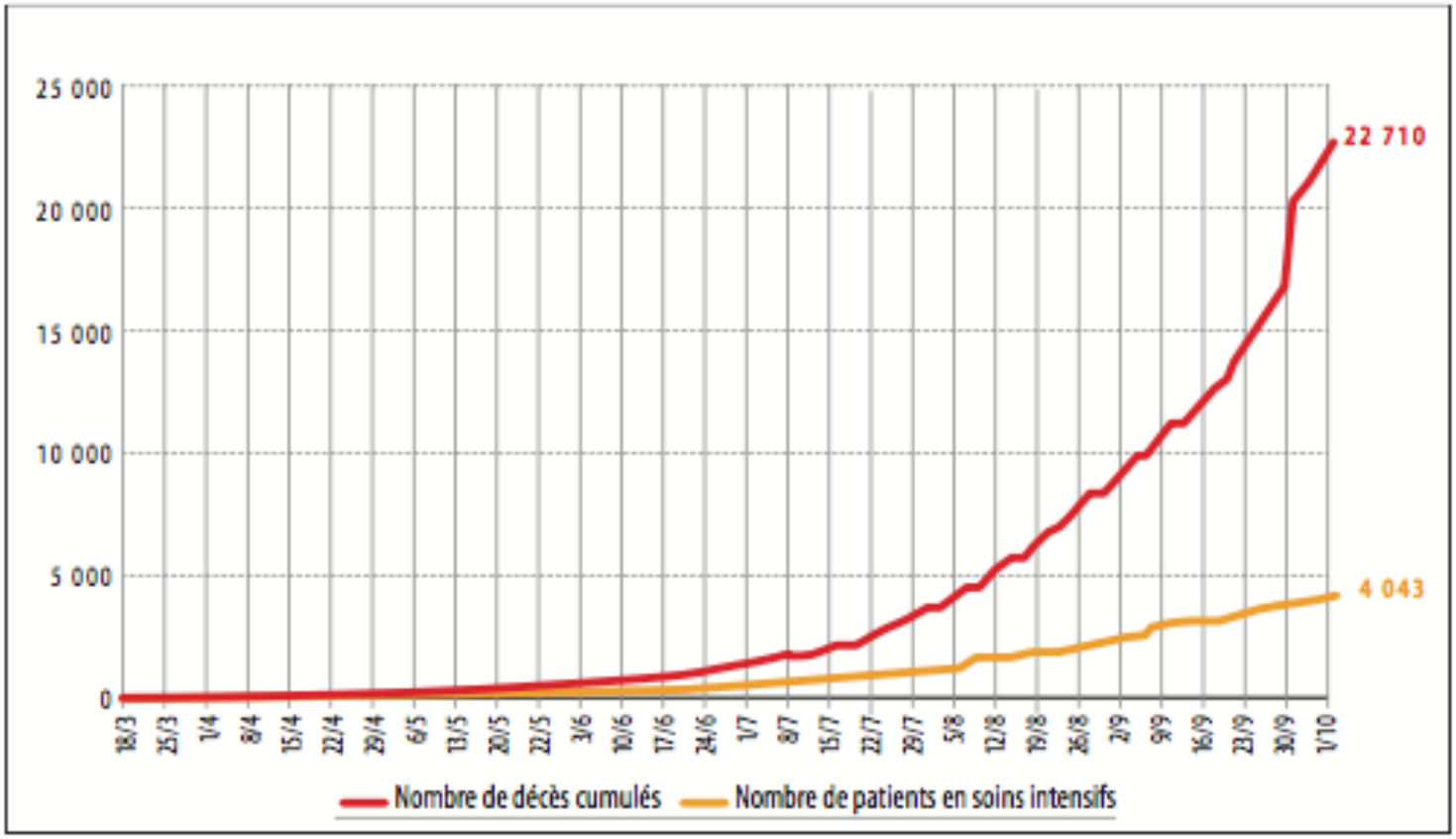
Conférence de presse conjointe du président de la République, du gouverneur de la province de Buenos Aires et du maire de la ville de Buenos Aires

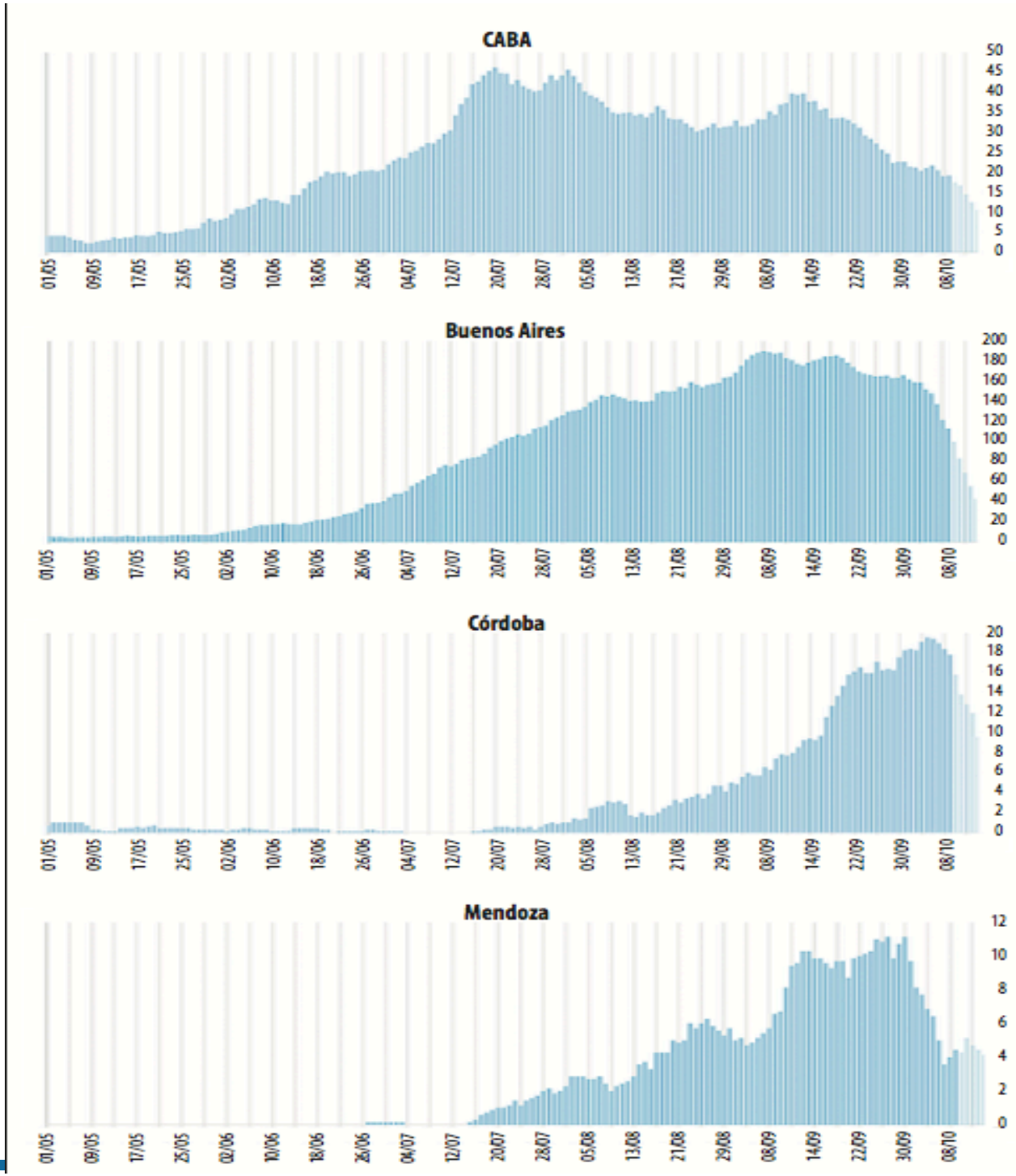


1. Freiner la transmission du virus

- Confinement généralisé, puis ciblé
  - Forte réduction des activités et de la mobilité jusqu'à mi-mai
  - Réouverture progressive et territorialisée des activités
    - Pression des **gouverneurs**
    - Négociation avec les **organisations patronales et syndicales**

- Foyer épidémique à Buenos Aires
  - **Succès** : dépistage dans les **quartiers populaires**
    - Difficulté à réaliser les gestes barrières (distance, nettoyage, etc.)
    - Revenus de l'économie informelle
    - Détecter et isoler les malades avec symptômes
  - **Limites** : multiplication des foyers de contamination
    - Différents quartiers de la ville et de la banlieue
    - Établissements pour personnes âgées


25 000
20 000
15 000
10 000
5 000
0
18/3
25/3
1/4
8/4
15/4
22/4
29/4
6/5
13/5
20/5
22/5
3/6
10/6
17/6
24/6
1/7
8/7
15/7
22/7
29/7
5/8
12/8
19/8
26/8
2/9
9/9
16/9
23/9
30/9
1/10
22 710
4 043
Nombre de décès cumulés
Nombre de patients en soins intensifs


CABA
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
01/05
09/05
17/05
25/05
02/06
10/06
18/06
26/06
04/07
12/07
20/07
28/07
05/08
13/08
21/08
29/08
08/09
14/09
22/09
30/09
08/10
Buenos Aires
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
Córdoba
20
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Mendoza
12
10
8
6
4
2
0

2. Augmenter les capacités sanitaires

- Un système de santé universel, mais fragmenté
  - Assurance corporative (50% de la population)
    - Couverture santé pour les travailleurs **salariés**
    - Gestion par les organisations syndicales
  - Assurance privée (15% de la population)
    - Couverture santé pour les travailleurs **salariés et indépendants**
  - Secteur public (35% de la population)
    - Hôpitaux municipaux, provinciaux ou nationaux
    - **Services gratuits** aux populations précarisées

- Soutien financier aux acteurs corporatistes et privés
  - **Prise en charge des soins** liés au Covid-19 par l'État fédéral
  - Fond exceptionnel pour soutenir l'effort durant la crise

2. Augmenter les capacités sanitaires

- Augmentation des **lits de soins intensifs**
  - **+ 46%** entre mars et août 2020
  - De 8.521 à 12.450 lits
  - De 18,8 à 27,6 lits pour 100.000 habitants

- Un effort porté majoritairement par le **secteur public**
  - Accélération des chantiers en cours
  - **Hôpitaux provisoires** dans les territoires sous-dotés

	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 %

3. Mobiliser les acteurs stratégiques

- Acteurs industriels
  - Soutien financier à la **production de respirateurs**
    - + 38% entre mars et juillet (de 6211 à 8602)
    - Droit de **préemption** de l'État fédéral

- Acteurs scientifiques
  - Financements spécifiques au **système de recherche public**
    - **Tests de dépistage** locaux et peu onéreux
    - **Traitements** de la Covid-19
    - Participation au consortium sur le **vaccin** AstraZeneca
  - Études sociologiques sur les **effets économiques et sociaux**
    - Commandes pendant le confinement
    - **Appels à projet** post-confinement

Conclusion

- Action forte et précoce de l'État fédéral
  - Ralentissement de la transmission du virus
  - Augmentation des capacités sanitaires
- Limites du fédéralisme
  - Intérêts locaux portés par les gouverneurs
  - Décentralisation des acteurs de santé
- Fragmentation du système de santé
  - Disparités territoriales
  - Inégalités sociales

CHINE

LA MOBILISATION SANITAIRE DES POUVOIRS PUBLICS CHINOIS : LE CAS DE LA VILLE DE WUHAN

Jingyue XING-BONGIOANNI
Chercheuse post-doctorale au Centre d'études de l'emploi et du travail (CEET), CNAM
Chercheuse associée au laboratoire PACTE (UMR 5194)
jingyue.xing@gmail.com

Jun CHU
Doctorante en anthropologie culturelle, Institute for Cultural Anthropology and European Ethnology, University of Göttingen, Allemagne
jun.chu.goe@gmail.com

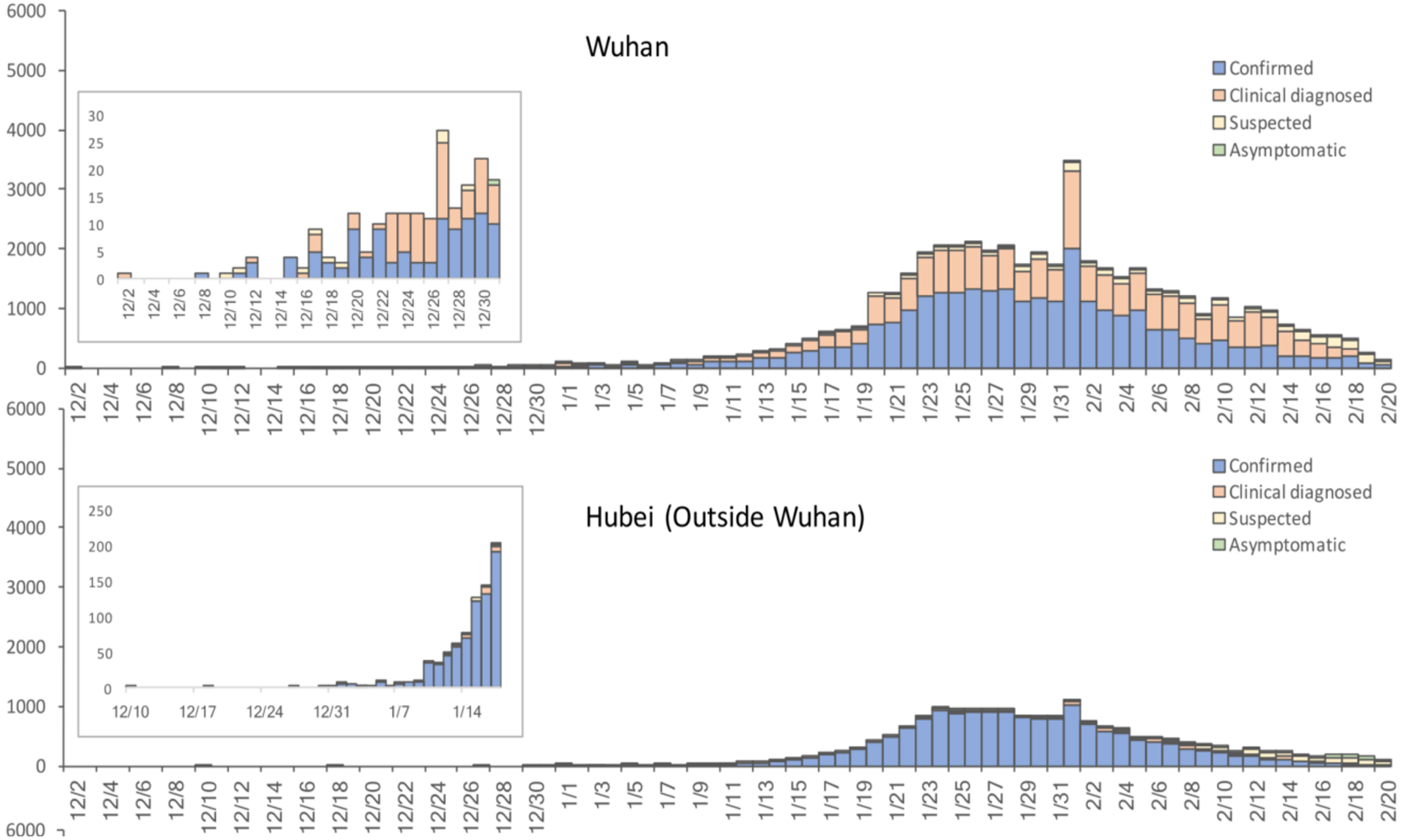
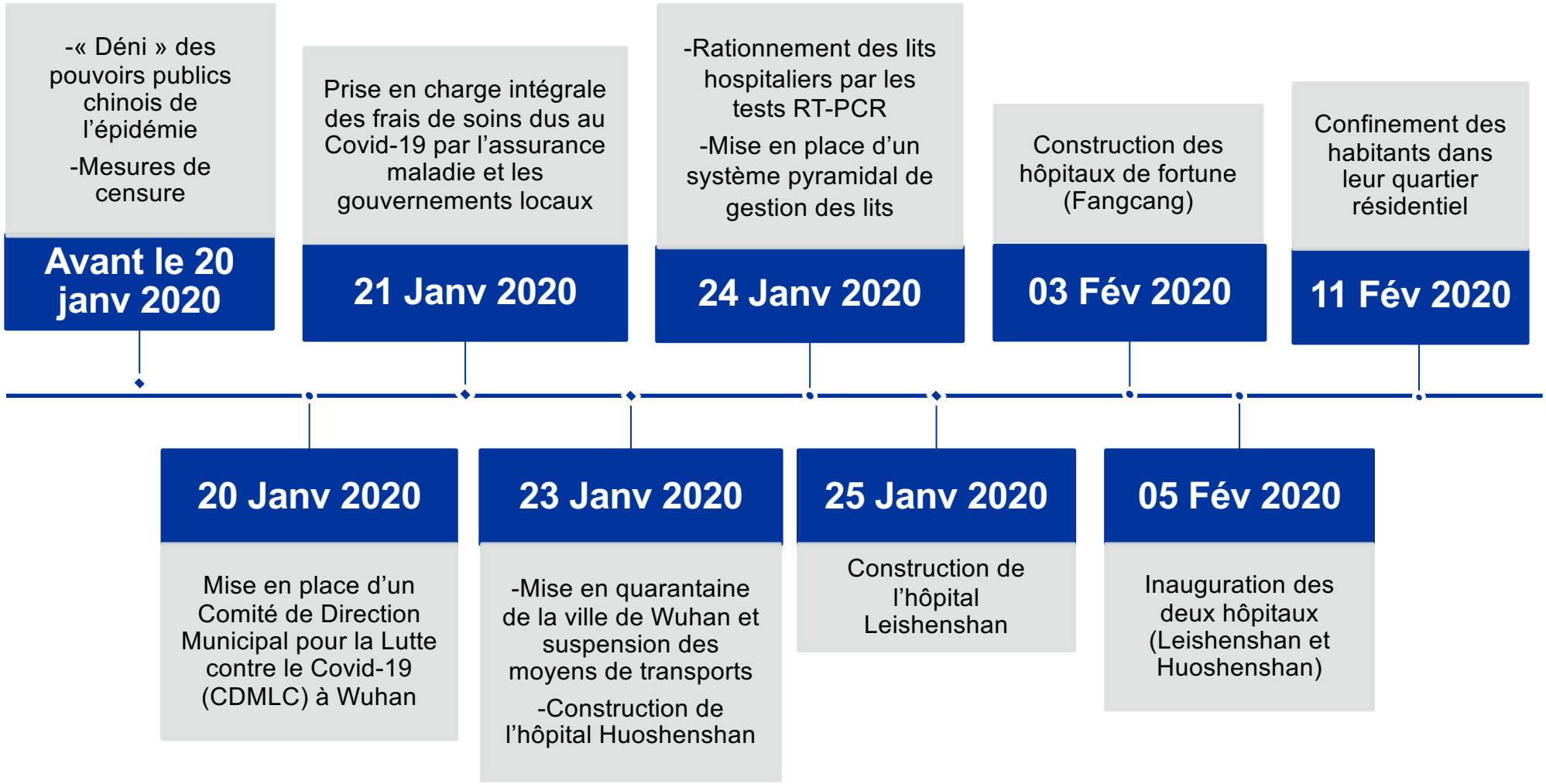


Figure 1: Epidemiologic curve of COVID-19 laboratory confirmed cases, by date of onset of illness, as of 20 Feb. 2020
Source: *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 16-24.02.2020, p.6

	Financial Dimension	Administrative Dimension
1949-1978: Total centralization	- Government revenues and expenditures almost entirely centralized in the hands of the national government. - Local governments receiving revenue transfers, and having no financial independence. - Since the 1970s, some national companies were decentralized to the local level.	Local governments implement national policy decisions.
1978-1994: Radical decentralization	- Establishment of a new public finance regime in 1980 with decentralization of public revenue and expenditure. - The provincial governments collect the profits of local public companies, salt tax, business income tax, etc. - The central government collects the profits from central public companies, customs duties, etc. and a proportion of revenues transferred by provincial governments. - A very sharp drop in central government revenues (representing only 20% of public revenues).	- The central government only manages missions related to the national security and the protection of natural resources. - All other missions (economic, social, cultural, educational etc.) are entrusted to the provincial governments.
1994-2020: Fiscal re-centralization	- Introduction of a tax-sharing reform establishing a new division of public revenue between governments at different levels. - Two types of fiscal transfers from central to local governments: general-purpose transfer to support poor provinces; earmarked transfers for major political programmes. - A clear growth in central government revenue (50% of public revenue) and centralized financial control - Recurrent financial difficulties of local governments	The previous structure has been maintained, i.e. local governments assume all economic, social, health and cultural missions, including the management of social protection schemes.

Les 9 moments clés dans la lutte contre le Covid-19 à Wuhan



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

Augmentation en urgence de la capacité d'accueil des hôpitaux

-Transformation des hôpitaux existants en points d'accueil des patients Covid-19

-Construction de deux nouveaux hôpitaux (Leishenshan et Huoshenshan) et d'hôpitaux de fortune (fangcang) ⇒ majoritairement financés par les dons sociaux.

Mobilisation des soignants

-Mobilisation intra-régionale des professionnels de santé

-Mobilisation inter-régionale des professionnels de santé et des services de santé des armées

-Récompenses pour les soignants : "Central treats, local pays"

-Une prime exceptionnelle de 300 yuan (soit 38 euros) par jour et les « salaires de base » doublés pendant la période d'exercice

-Des avantages dans l'évolution de la carrière des professionnels de santé concernés.

Gestion de l’afflux de patients

Contexte : un manque cruel de lits hospitaliers et des difficultés d’accès aux soins hospitaliers de mi-janvier à mi-février 2020.

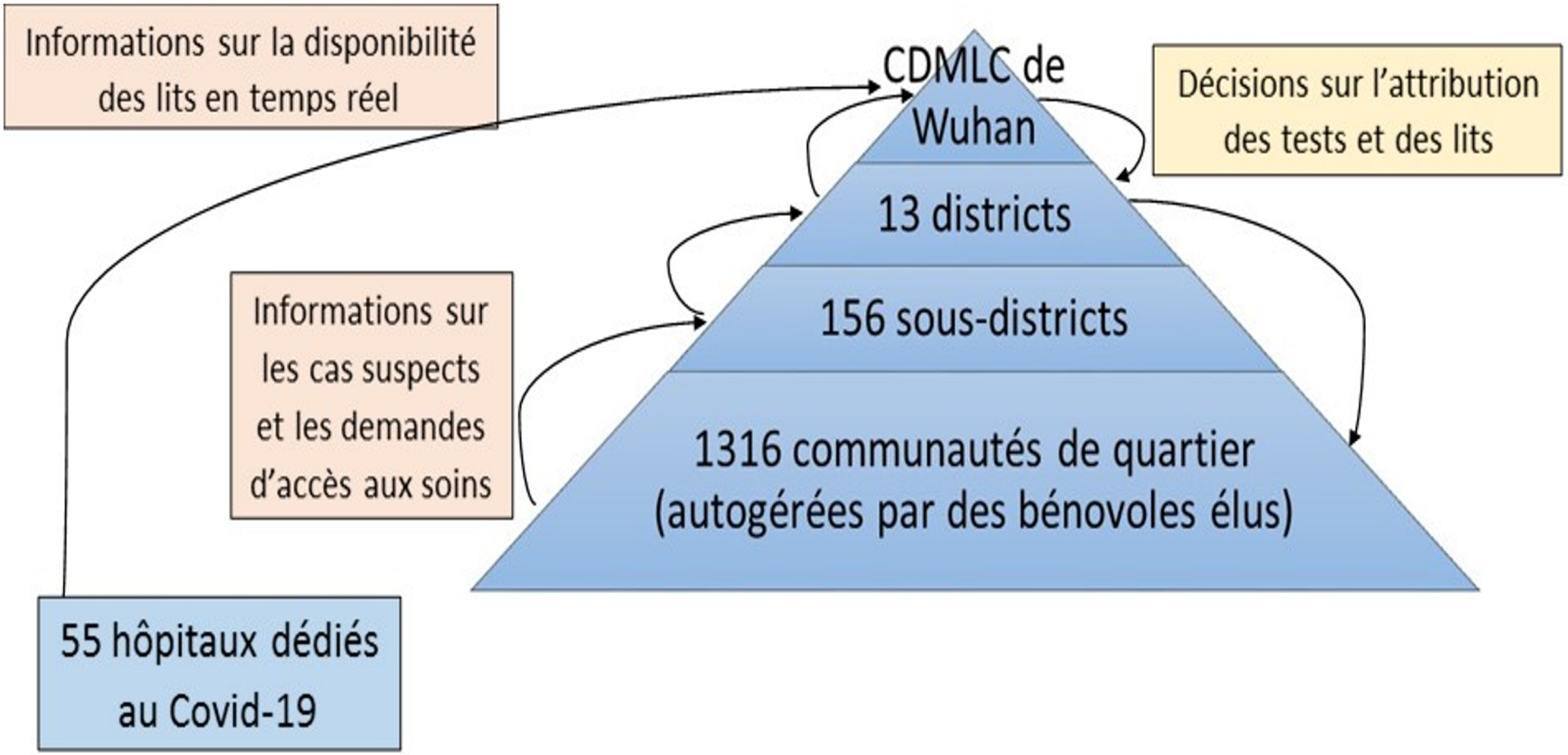
Une gestion administrative des lits d'hôpital

-Une condition préalable d'accès à l'hospitalisation : seuls les patients testés positifs (test PCR) au Covid-19 sont admis

-Un système pyramidal de gestion des lits basé sur les communautés de quartier et les centres communaux de services sanitaires: l’admission des patients se décide à l’échelle de la ville, par des cadres administratifs et non pas par des professionnels de santé hospitaliers.

⇒ Une particularité de la Chine : les pouvoirs publics s’appuient largement sur les communautés de quartier pour les renseignements et la gestion de la population locale.

Gestion de l'afflux de patients



CDMLC : Comité de Direction Municipal pour la Lutte contre le Covid-19


为防止疫情扩散 小区进行封闭管理
隔离观察区域
请您佩戴口罩
来访人员请登记
NBD
NATIONAL BUSINESS DAILY
每日经济新闻


成人用品
严禁
返肥人员
登记点
志愿服务宣传点

Gestion des pénuries de matériels et mobilisation de l'industrie

Gestion bureaucratique et monopolistique des dons monétaires et en nature par deux associations parapubliques :

-Fédération de Charité de Wuhan : dons monétaires et de matériels non médicaux ;

-Croix-Rouge locale : dons de matériels médicaux et de protection.

⇒ Une méthode de gestion fortement critiquée par les internautes et par le gouvernement central.

Mobilisation du secteur industriel

-une mobilisation relativement tardive

-une mobilisation à grande échelle des entreprises nationales

-une mobilisation volontaire des entreprises privées peu médiatisée et peu reconnue par les pouvoirs publics.

Kevin Guillas-Cavan
Ires



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

Une typologie classique… mais inopérante ?

- Représentation de la diversité des systèmes de santé mise en évidence dans les travaux comparatifs antérieurs (Moran, 1999, 2000 ; Marmor, Wendt, 2012)

<table>
<tr><th>États hiérarchiques
(Command-and-control)</th><th>États corporatistes</th><th>États gouvernés par l'offre
(Supply states)</th></tr>
<tr><td>Fort soutien public et institutions établies (entrenched C-&-C states) (Royaume-Uni, Suède)</td><td>Prédominance caisses d'assurance et organisations pro. (Allemagne, Argentine)</td><td rowspan="2">Fort soutien étatique à l'innovation et au dvp d'une offre de soin high tech (USA)</td></tr>
<tr><td colspan="2">France</td></tr>
<tr><td>Maintien financement et offre de soins privée (Italie)</td><td>Maintien d'un rôle central de l'État (RPC ?)</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Irlande (acteurs privés dans l'ambulatoire, rôle des organisations pro., dimension hiérarchique dans hospitalier)</td></tr>
</table>

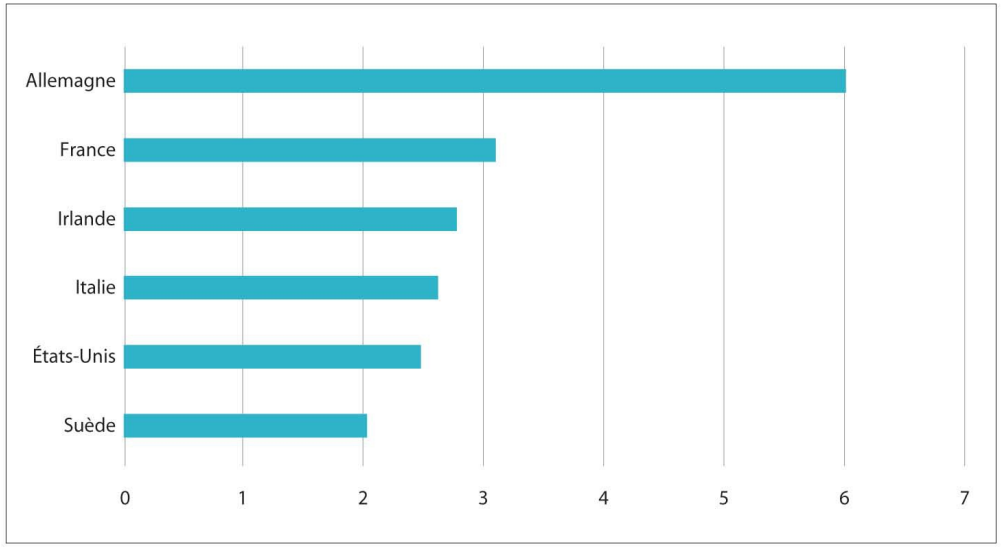
- Des États sanitaires hybrides difficilement classables
- Une absence de corrélation entre type d'États sanitaires et modalité d'intervention (très similaire entre les types, parfois diverse au sein d'un même type)

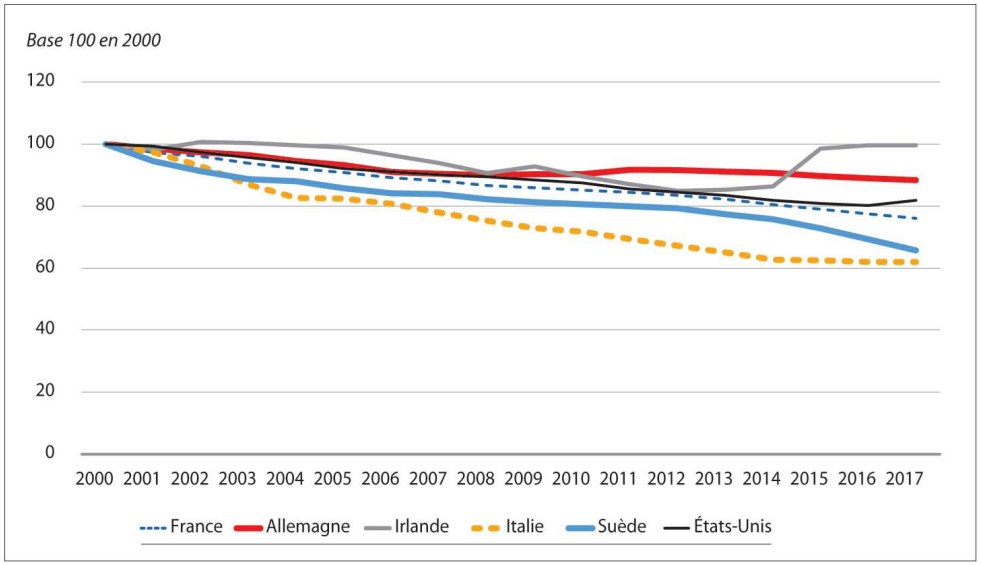
Résultats transversaux (1) : des recettes communes

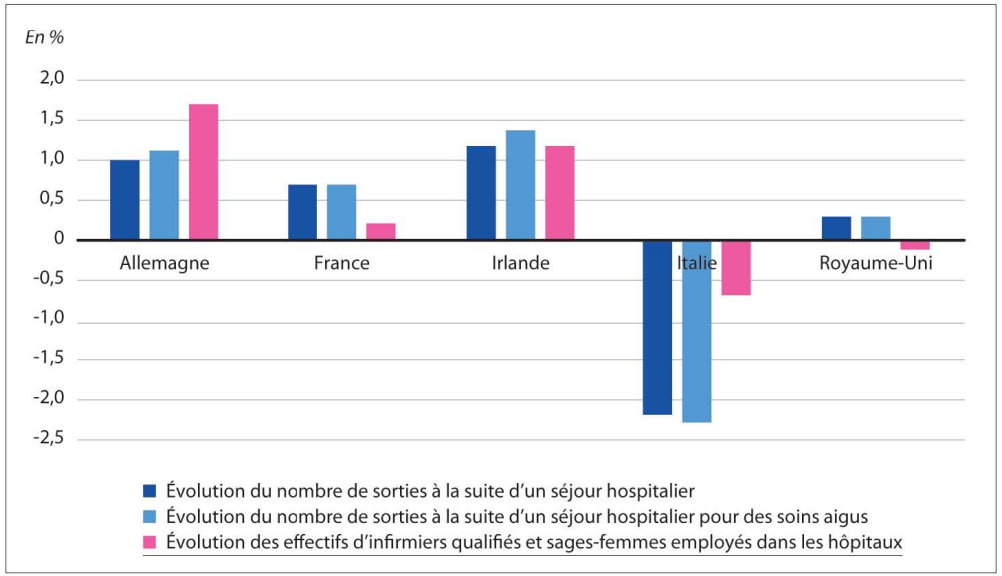
- Mesures de restrictions des déplacements et des regroupements
  - Confinement, largement adopté mais improvisé
  - Imprévu par les plans nationaux de lutte contre les épidémies (datés, non-actualisés et inactivés (exc. Allemagne, Suède)
  - Travail de mobilisation des exécutifs, d'ordre symbole ET entraînant centralisation des décisions (exc. USA)
  - Angle mort des inégalités sociales malgré extension des dispositifs de prise en charge financière publics

Résultats transversaux (2) : des défis communs

- Manque structurel de lits et de personnels aggravé pendant la crise
- Augmentation du personnel par
  - Mobilisation des volontaires, des étudiants et des retraités (exc. USA, Chine)
  - Mobilisation du droit (temps de travail, ratio soignants par malade…)







Résultats transversaux (3) : des divergences réelles

- Un recours disparate aux soins primaires et aux structures intermédiaires dans la mise en place du dépistage et du traçage (*Gesundheitsämter* en Allemagne, districts socio-sanitaires de Vénétie, communautés de quartier chinoises)

- Des pénuries matérielles généralisées
  - Impossibilité générale (prévisible) d'augmenter la production au niveau des besoins (rôle-clef des réserves)
  - Des capacités industrielles initiales très diverses qui expliquent les divergences d'évolution
  - L'échec des expériences de reconversions industrielles
  - Le cas singulier de l'Union européenne : grande puissance industrielle en théorie mais très forte hétérogénéité des capacités industrielles et un manque criant de coordination



ET AILLEURS…
Interventions syndicales

ires
INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

- **Christian Chevalier**
  UNSA-Education, délégué général aux enjeux européens et internationaux
- **Sylvie Dussan**
  CFTC, santé sociaux Moselle
- **Evelyne Rescanières**
  CFDT

UNSA éducation · Syndicat CFTC La Vie à Défendre · Cfdt: S'ENGAGER POUR CHACUN AGIR POUR TOUS

Les mobilisations sanitaires des Etats et de l'UE face à la première vague de Covid-19

Echange avec les participants



Session 2 : Et ailleurs…

- Argentine - Une mobilisation forte, précoce… mais insuffisante de l'État fédéral
- Chine - La mobilisation sanitaire des pouvoirs publics locaux : le cas de la ville de Wuhan
- Recettes communes et logiques nationales : la gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États

Interventions syndicales

- *Christian Chevalier, UNSA-Education*
- *Sylvie Dussan, CFTC Santé sociaux*
- *Evelyne Rescanières , CFDT*

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

- Clôture

Frédéric Lerais

Directeur de l'Ires



Les mobilisations sanitaires des Etats face à la première vague de Covid-19

Jeudi 8 avril 2021

Les entretiens de l'Ires

INSTITUT DE RECHERCHES ECONOMIQUES ET SOCIALES

Merci de votre participation

Pour nous suivre :

www.ires.fr

twitter

facebook

YouTube

NewsLetter

LinkedIn

C'était « Les entretiens de l'Ires »