



N° 3698

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 décembre 2020

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

en conclusion des travaux d'une mission d'information constituée le 25 novembre 2020

*sur les **dimensions européenne et internationale de**
la **crise liée à la pandémie de covid-19***

ET PRÉSENTÉ PAR

MME MARIELLE DE SARNEZ

Députée

SOMMAIRE

	Pages
PRÉAMBULE	9
I. ÉTAT DES LIEUX : LA PANDÉMIE DE COVID-19 A ATTEINT TOUS LES CONTINENTS, MAIS A SUSCITÉ UNE GRANDE DIVERSITÉ DE RÉPONSES	13
A. LA PROGRESSION DE LA COVID-19 DANS LE MONDE S'EST FAITE SUR PLUSIEURS MOIS	13
1. Une première vague qui a pris son élan fin 2019	13
2. Une deuxième vague à l'ampleur encore incertaine	18
B. LES RÉPONSES ET STRATÉGIES MISES EN PLACE ONT VARIÉ SELON LES RÉGIONS ET PAYS DU MONDE : COMPARATIF DES RÉACTIONS FACE À LA PANDÉMIE	22
1. Précautions méthodologiques sur le décompte des données	24
2. L'impact des facteurs exogènes sur la propagation du virus	26
a. Les caractéristiques démographiques et géographiques	26
b. Le rôle du rythme et des modalités de propagation du virus	28
3. Un élément déterminant : l'expérience de la gestion de crise sanitaire	30
4. La place des facteurs culturels dans la réponse à la pandémie	32
5. L'élaboration de stratégies de crise pour répondre à la pandémie	34
a. La mise à l'épreuve des systèmes sanitaires et hospitaliers	34
b. L'adoption de stratégies sanitaires de crise	38
i. Coopération entre acteurs du système sanitaire	38
ii. Approvisionnements en masques et doctrines d'emploi	42
iii. Matériels médicaux	46
iv. Dépistage	48
c. L'impact de l'organisation de l'État sur la gestion de crise	51
6. Une variable essentielle : la confiance des populations	55
7. Le rôle de la gestion des frontières	58
8. Focus sur la gestion de l'épidémie en Allemagne	61

II. LA PANDÉMIE DE COVID-19 A SUSCITÉ UNE SÉRIE DE CRISES DONT LA PORTÉE A DÉPASSÉ LE SEUL DOMAINE SANITAIRE	65
A. UNE CRISE QUI A DAVANTAGE TOUCHÉ LES PERSONNES ET LES GROUPES LES PLUS VULNÉRABLES	65
1. La crise s'est traduite par une amplification des inégalités au sein des sociétés ...	65
a. La crise sanitaire a davantage frappé les personnes les plus vulnérables socialement.....	65
b. Les conséquences économiques et sociales de la pandémie devraient se traduire par une hausse des inégalités et de la pauvreté.....	66
2. Une exposition accrue aux risques pour les migrants, les demandeurs d'asile et les réfugiés	71
B. UNE PANDÉMIE DE NATURE À AGGRAVER DES SITUATIONS DE CRISE PRÉEXISTANTES	73
1. En zones de conflits, un facteur de crise supplémentaire.....	74
2. La nécessité d'une nouvelle solidarité internationale et d'une adaptation de l'action humanitaire pour répondre à l'amplification des crises	76
a. Une crise qui a suscité de nouveaux besoins pour les pays les plus vulnérables ...	76
b. La pandémie et les restrictions mises en œuvre pour y faire face ont imposé une adaptation de l'action humanitaire	77
c. Le risque de se détourner des crises préexistantes.....	80
3. En Afrique, un risque d'accroître des vulnérabilités préexistantes malgré l'ampleur limitée de la pandémie	81
a. Sur le plan sanitaire, l'impact de la covid-19 a été moins important que ce qui pouvait être redouté au début de la pandémie	81
b. Sur le plan socio-économique, la crise risque d'avoir un impact considérable.....	84
III. LA CRISE A MIS À L'ÉPREUVE L'UNION EUROPÉENNE, APPELÉE À RENFORCER SON AUTONOMIE STRATÉGIQUE	87
A. UNE RÉACTION EUROPÉENNE TARDIVE, MARQUÉE PAR UNE INSUFFISANTE CAPACITÉ D'ANTICIPATION.....	87
B. LA CONSTRUCTION PROGRESSIVE D'UNE RÉPONSE COORDONNÉE	90
C. L'UNION EUROPÉENNE DOIT ENCORE FAIRE FACE À DE NOMBREUX DÉFIS POUR RÉUSSIR LA SORTIE DE CRISE	93
1. Les défis de la sortie de la crise sanitaire et de la reconstruction économique.....	93
2. La nécessité de doter l'Europe d'une véritable autonomie stratégique.....	97
a. Un objectif dont la crise sanitaire a fait une nécessité vitale pour l'Europe	97
b. Dans un contexte géopolitique revu par la crise, l'Europe pourrait construire son autonomie stratégique avec des pays partenaires	100

IV. LA CRISE A EU D'IMPORTANTES CONSÉQUENCES SUR LES RELATIONS INTERNATIONALES, QUI NOUS INVITENT À FAIRE ÉVOLUER LA GOUVERNANCE INTERNATIONALE	103
A. LA PANDÉMIE A CONTRIBUÉ À ACCENTUER LES LIMITES DU MULTILATÉRALISME	103
1. La crise a mis en lumière les faiblesses du multilatéralisme traditionnel	103
2. Plusieurs tendances géopolitiques ont été suscitées ou accélérées par la crise	105
B. LA CRISE A SOULEVÉ LA NÉCESSITÉ D'UNE ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE SANITAIRE MONDIALE ET TOUT PARTICULIÈREMENT DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ	114
1. Un paysage sanitaire mondial qui compte aujourd'hui de nombreux acteurs	114
2. L'Organisation mondiale de la santé a été particulièrement attendue et mise à l'épreuve par la crise	115
a. Les caractéristiques de l'OMS lui confèrent une place particulière dans le paysage sanitaire international	116
b. La réaction de l'OMS face à la pandémie a ouvert le débat sur la nécessité d'une évolution de l'Organisation	118
C CONCLUSION DU CHAPITRE : QUELQUES PISTES POUR UN NOUVEAU MULTILATÉRALISME À L'AUNE DE LA CRISE	125
D. LES ORGANISATIONS RÉGIONALES ONT ADOPTÉ DIFFÉRENTS MODÈLES DE COOPÉRATION FACE À LA CRISE	129
1. À l'échelle d'un continent, l'exemple de l'Union africaine	129
2. La réaction de l'ASEAN face à la pandémie dans l'une des premières régions touchées par la crise	131
3. En Amérique, le modèle mixte de l'Organisation panaméricaine de santé	133
V. FACE À LA PANDÉMIE, LES LEVIERS DE NOTRE ACTION EXTÉRIEURE ONT ÉTÉ ET DEMEURENT MOBILISÉS	135
A. LES RÉSEAUX DIPLOMATIQUE, CONSULAIRE ET CULTUREL SE SONT ADAPTÉS, DANS L'URGENCE, AUX CONSÉQUENCES DE LA CRISE SANITAIRE	135
1. La nécessité en début de crise d'assurer le rapatriement des Français de passage à l'étranger	135
2. Pour les réseaux diplomatique et consulaire, une adaptation aux enjeux et aux contraintes liés à la crise	137
3. La mise à l'épreuve des réseaux de la diplomatie culturelle et d'influence	139
a. La mobilisation des services de coopération et d'action culturelle et des instituts français pour maintenir une activité malgré la crise	139
b. La nécessité de sauvegarder le réseau d'enseignement français à l'étranger	140
B. LA MOBILISATION DE NOTRE AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT	141
1. À court terme, une réaction nécessaire pour répondre à l'urgence sanitaire	142

2. Un engagement particulier aux côtés de l’Afrique	144
3. À plus long terme, repenser notre aide publique au développement dans un contexte d’incertitude sur les moyens alloués.....	147
C. LA CRISE A EU UN FORT IMPACT SUR LES MOBILITÉS ET LES ÉCHANGES INTERNATIONAUX, NÉCESSITANT UNE MOBILISATION IMMÉDIATE AINSI QU’UNE RÉFLEXION SUR L’AVENIR DES SECTEURS TOUCHÉS.....	148
1. Une mobilisation d’urgence pour les entreprises françaises exportatrices et le secteur du tourisme	150
2. La nécessité d’engager une réflexion sur l’avenir des échanges internationaux ...	151
CONCLUSION.....	155
CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ.....	159
CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE LES RÉPUBLICAINS.....	173
CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE MOUVEMENT DÉMOCRATE (MODEM) ET DÉMOCRATES APPARENTÉS.....	177
CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE SOCIALISTES ET APPARENTÉS.....	183
CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE AGIR ENSEMBLE.....	189
CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE GAUCHE DÉMOCRATE ET RÉPUBLICAINE.....	193
EXAMEN EN COMMISSION.....	199
ANNEXE : ÉTAT DES LIEUX DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LE MONDE.....	211
ANNEXE : CHRONOLOGIE ANALYTIQUE DE L’ACTION DE L’ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ AU PREMIER SEMESTRE 2020.....	219
I. ÉTAT DES LIEUX ET ALERTE SANITAIRE.....	219
II. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	224
III. ÉTAT DE LA RIPOSTE.....	226
A. COORDINATION DE LA RIPOSTE INSTITUTIONNELLE	226
B. MATÉRIEL MÉDICAL.....	229
C. PROGRAMMES DE RECHERCHE.....	230

D. RESSOURCES FINANCIÈRES.....	232
E. MOYENS TECHNOLOGIQUES	234
IV. RECOMMANDATIONS.....	235
A. PUBLICATION DE LIGNES DIRECTRICES : COOPÉRATION INTERNATIONALE, AXES DE POLITIQUE GÉNÉRALE ET GESTION DU CONFINEMENT	235
B. ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE	238
C. GESTION DU CONFINEMENT	239
D. DÉPISTAGE ET GESTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	240
E. RESTRICTIONS AU COMMERCE ET AU VOYAGE	241
ANNEXE : COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL DE LA COMMISSION DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES SUR LE SUIVI DE LA CRISE LIÉE À LA PANDÉMIE DE COVID-19	243
ANNEXE : RECOMMANDATIONS DES GROUPES DE TRAVAIL DE LA COMMISSION DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES	245
I. GROUPE DE TRAVAIL N° 1 : RÉSEAUX DIPLOMATIQUE, CONSULAIRE ET D'INFLUENCE	245
A. PROPOSITIONS DU SOUS-GROUPE « RÉSEAUX DIPLOMATIQUE ET CONSULAIRE »	245
1. Consolider les ressources humaines du Quai d'Orsay	245
2. Accélérer la transformation numérique du ministère.....	245
3. Soutenir les communautés françaises de l'étranger	246
B. PROPOSITIONS DU SOUS-GROUPE « RÉSEAUX CULTURELS ET D'INFLUENCE »	246
II. GROUPE DE TRAVAIL N° 2 : AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT - ACTIONS HUMANITAIRES	247
A. L'INTENSIFICATION DE LA PRÉSENCE FRANÇAISE, NOTAMMENT DANS LE DOMAINE SANITAIRE, SUR LE TERRAIN À L'APPUI D'UN RÉCIT POLITIQUE.....	247
B. LA QUESTION DES DETTES DOIT ÊTRE APPRÉHENDÉE EN PRENANT EN COMPTE CHACUN DES PAYS	248
C. LA CONTINUITÉ DES ACTIONS HUMANITAIRES EN TEMPS DE PANDÉMIE.....	248
III. GROUPE DE TRAVAIL N° 3 : ACTION ÉCONOMIQUE EXTÉRIEURE	249
A. LE COMMERCE EXTÉRIEUR ET LE SOUTIEN AUX ENTREPRISES FRANÇAISES EXPORTATRICES.....	249
1. Relancer notre commerce extérieur après la crise.....	249
2. Mettre en place une politique du commerce extérieur plus lisible.....	251
3. Valoriser l'« image de marque » de notre pays.....	251

B. LES SANCTIONS INTERNATIONALES ET LA RÉFLEXION SUR UN NOUVEAU CAHIER DES CHARGES POUR LE COMMERCE INTERNATIONAL.....	251
C. LE SOUTIEN AU SECTEUR DU TOURISME.....	252
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	253
ANNEXE : LISTE DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES ADRESSÉES À LA COMMISSION DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES	261

PRÉAMBULE

Avec la pandémie de covid-19, la quasi-totalité des États et territoires du monde ont été confrontés à un choc exogène, frappant des dizaines de millions de personnes⁽¹⁾. Une pandémie qui a mis un coup d'arrêt brutal aux sociétés et aux économies, et limité drastiquement les échanges entre les pays.

Malgré des mises en garde adressées ces dix dernières années sur le risque épidémique mondial⁽²⁾, force est de constater que nombre d'États ont été pris de court par la pandémie, faute d'une préparation suffisante.

Dès le mois de mars 2020, la commission des affaires étrangères, consciente du caractère exceptionnel de cette crise mondiale inédite pour la plupart de nos contemporains, a initié un cycle d'auditions et de réunions de travail pour tâcher d'en prendre la mesure.

Faisant suite à de nombreux échanges entre commissaires, trois groupes de travail thématiques ont été mis en place afin de disposer d'une vision précise des actions conduites par la diplomatie française pour faire face aux risques et aux multiples incertitudes engendrés par cette crise :

Trois groupes de travail thématiques ont été mis en place afin de disposer d'une vision précise des actions conduites par la diplomatie française pour faire face aux risques et aux multiples incertitudes engendrés par cette crise :

– un groupe de travail sur les réseaux diplomatiques, consulaires et culturels, co-animé par Christophe di Pompeo (LaREM) et Frédéric Petit (MoDem) et composé de Marielle de Sarnez, Samantha Cazebonne, Alain David, Anne Genetet, M'jid El Guerrab, Michel Herbillon, Christophe Naegelen, Didier Quentin, Sira Sylla ;

– un groupe de travail sur l'aide publiquement au développement et l'action humanitaire, co-animé par Hervé Berville (LaREM) et Bérengère Poletti (LR) et composé de Marielle de Sarnez, Aude Amadou, Clémentine Autain, Frédéric Barbier, Mireille Clapot, Jean-Michel Clément, Laurence Dumont, Michel Fanget, Meyer Habib, Bruno Joncour, Hubert Julien-Laferrrière, Rodrigue

(1) On comptait au 1^{er} décembre 2020 64 037 353 de cas et 1 483 859 de décès dus à la covid-19 dans le monde.

(2) Parmi les principales mises en garde, on peut retenir les suivantes. 2009 : parution de l'ouvrage « Le nouveau rapport de la CIA : comment sera le monde en 2025 », qui anticipe le risque d'une pandémie liée à un virus respiratoire ; 2015 : Conférence de Bill Gates, co-fondateur de la Fondation Bill et Melinda Gates, revenant sur l'épidémie d'Ébola et dont le message principal est que « Nous ne sommes pas prêts pour la prochaine épidémie » ; septembre 2019 : Premier Rapport annuel sur l'état de préparation mondial aux situations d'urgence sanitaire du Global Preparedness Monitoring Board (GPMB), organisme mis en place en 2018 sur une initiative de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale.

Kokouendo, Jean-Paul Lecoq, Marion Lenne, Jean François Mbaye, Dominique Potier, Sira Sylla, Valérie Thomas ;

– un groupe de travail sur l’action économique extérieure, co-animé par Buon Tan (LaREM) et Pierre Cordier (LR) et composé de Marielle de Sarnez, Moetai Brotherson, Pierre Cabaré, Jean-Michel Clément, Amélia Lakrafi, Jacques Maire, Denis Masségli, Christophe Naegelen, Frédéric Petit, Jean-François Portarrieu et Sylvain Waserman.

Les conclusions des groupes de travail ont nourri une grande part de ce rapport. Que les membres des groupes, ainsi que tous les députés de la commission des affaires étrangères, soient remerciés pour leur implication et leur engagement dans une période de crise à laquelle le travail parlementaire a dû s’adapter dans l’urgence.

Les très nombreuses personnalités auditionnées ou ayant adressé des contributions écrites à la commission des affaires étrangères doivent au même titre être saluées et remerciées. Elles ont apporté, par la variété de leur champ d’expertise, l’originalité et la qualité de leurs analyses, l’éclairage et le recul indispensables pour prendre la mesure d’une crise vécue par notre pays à l’instar de l’ensemble du monde.

Il faut également remercier le secrétariat de la commission des affaires étrangères pour son travail de recherche, de synthèse, et rédaction, sans lequel ce rapport n’aurait pu exister.

Les informations et analyses recueillies nous ont permis d’analyser la crise et les choix qui ont été faits pour y répondre, avec toute la prudence requise face à une pandémie ayant de très nombreuses conséquences dans tous les domaines de notre vie. Tous les États n’ont pas réagi de la même façon, et l’humilité impose de reconnaître que les pays occidentaux, dont la France, n’étaient pas les mieux préparés. Procéder à un retour d’expérience, analyser ce qui a marché et ce qui n’a pas marché, évaluer les forces et les faiblesses de ce qui a été mise en œuvre, apprendre des bonnes pratiques : tout cela est essentiel pour sortir de la crise mieux armés et aptes à anticiper d’éventuelles crises sanitaires à venir.

C’est dans ce but que le présent rapport, après un état des lieux et un retour chronologique sur la propagation de la covid-19, s’ouvre sur un comparatif portant sur la réaction d’une dizaine de pays, dont la France, à la première vague de l’épidémie (I). Ce comparatif n’a pas vocation à présenter de façon exhaustive l’ensemble des mesures prises pour lutter contre la pandémie, mais à mettre en perspective les différentes stratégies adoptées par les autorités nationales. Au-delà, c’est aussi la perception de la crise par les sociétés touchées qu’il a fallu interroger, tant la confiance des citoyens dans les gouvernants semble avoir été un déterminant crucial de la capacité collective à faire face à la pandémie.

La crise liée à la pandémie de covid-19 est une crise mondiale mais aussi et surtout transversale, qui n’aura épargné guère de domaines de la vie collective

telle que nous la connaissions jusqu'à présent. C'est pourquoi le présent rapport revient aussi sur les différentes crises suscitées ou – et c'est là une donnée majeure – accélérées par la crise sanitaire (II). Tous les pays touchés ont dû composer avec les conséquences socio-économiques, souvent massives, de la crise. Dans des zones déjà vulnérables telles que les zones de conflits, la pandémie est venue se superposer à des crises préexistantes.

La pandémie a aussi soulevé des questions essentielles pour l'Union européenne, dont la capacité à organiser la solidarité entre États et à contribuer à la gestion d'une crise commune a été plus que jamais sollicitée. Les difficultés initiales ont été suivies d'un sursaut, mais tous les défis suscités par la crise n'ont pas encore été relevés (III).

La crise a mis la gouvernance et la solidarité internationale à l'épreuve (IV). La capacité des États à coopérer face à un défi mondial a parfois tardé à prendre forme, et les institutions multilatérales telles que l'Organisation des Nations unies et l'Organisation mondiale de la santé doivent aussi faire l'objet d'un retour d'expérience, pour mieux envisager l'avenir de la coopération internationale. Celle-ci est plus que jamais nécessaire pour faire face à des enjeux qui dépassent nos frontières, mais elle peut avoir besoin de nouveaux outils et de nouvelles priorités.

Enfin, et il s'agit là de questions traitées en priorité par les groupes de travail de la commission des affaires étrangères, la pandémie a nécessité une mobilisation immédiate des différents leviers de notre action extérieure. La commission des affaires étrangères a suivi de près ces aspects de la crise, et a été en lien constant avec le ministre de l'Europe et des affaires étrangères et ses services dès le début de la crise. La troisième partie de ce rapport revient plus spécifiquement sur le rôle joué par la diplomatie française depuis le début de cette crise, qu'il s'agisse des réseaux diplomatiques, consulaires et culturels, de l'aide publique au développement ou encore des leviers de notre diplomatie économique, dans un contexte de bouleversement du commerce international (V). Les recommandations formulées en juillet par les groupes de travail figurent en annexe du présent rapport.

I. ÉTAT DES LIEUX : LA PANDÉMIE DE COVID-19 A ATTEINT TOUS LES CONTINENTS, MAIS A SUSCITÉ UNE GRANDE DIVERSITÉ DE RÉPONSES

A. LA PROGRESSION DE LA COVID-19 DANS LE MONDE S'EST FAITE SUR PLUSIEURS MOIS

Les coronavirus forment une famille de virus, parfois pathogènes, qui peuvent se transmettre aux animaux et aux hommes. Habituellement bénins, certains se sont révélés particulièrement agressifs. Ce fut le cas du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), qui est apparu fin 2002 en Chine et s'est propagé au niveau mondial en 2003. On dénombre sur la durée de l'épidémie (novembre 2002 à juillet 2003) plus 8 096 cas répertoriés et 774 morts, soit un taux de létalité estimé de 9,6 %⁽¹⁾. En 2012, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) apparaît en Arabie Saoudite et présente des caractéristiques similaires. Quelques cas ont été détectés en Europe, dont 2 cas en France en 2013. Le 20 mai 2015, un cas provenant du Moyen-Orient est identifié en Corée du Sud, contaminant en un mois 154 personnes, dont 19 mortellement. Pour la période allant de 2012 au 31 janvier 2020, le nombre total de cas d'infection par le MERS-CoV confirmés en laboratoire et notifiés à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le monde s'établit à 2 519 pour 866 décès⁽²⁾.

Le dernier coronavirus, le SARS-CoV-2, est apparu à la fin de l'année 2019, selon les premiers cas signalés. La maladie qu'il cause est nommée « *COronaVirus Disease 2019* » et plus communément « covid-19 ». Si la forme biologique du virus n'est pas entièrement comprise à ce jour, plusieurs symptômes sont désormais connus. Les plus fréquents sont la fièvre, la toux et la fatigue. Plus rarement, les malades peuvent souffrir de courbatures, maux de gorge, maux de tête, perte de goût et de l'odorat, diarrhées et conjonctivite. Les symptômes les plus graves comprennent les difficultés respiratoires et étouffements, une sensation d'oppression ou douleur au niveau de la poitrine et la perte d'élocution ou de motricité.

1. Une première vague qui a pris son élan fin 2019

Afin de se donner un point de référence commun pour chaque pays et de faciliter l'analyse de la première vague, une date unique, celle du 20 juillet 2020, a été retenue pour dresser un premier bilan de la pandémie de covid-19.

(1) <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/le-sras-cov-un-coronavirus-a-l-origine-d-une-epidemie-mondiale-d-une-ampleur-considerable>

(2) <https://www.who.int/csr/don/24-february-2020-mers-saudi-arabia/fr/>

La pandémie de covid-19 a touché, au 30 novembre et selon les données répertoriées par l'université John Hopkins ⁽¹⁾, 191 États et territoires.

Le virus de la covid-19 s'est propagé, selon les informations recueillies par la commission des affaires étrangères ⁽²⁾, à partir du mois de novembre 2019 à Wuhan, hub commercial national et international, avant de se répandre dans la province de Hubei et dans le monde. Le premier cas n'aurait été détecté à Wuhan que le 1^{er} décembre 2019 par les autorités chinoises. Le 31 décembre 2019, Pékin alerte l'OMS sur des cas de pneumonies sans cause connue dans la ville de Wuhan. Le 1^{er} janvier 2020, le marché aux poissons de Wuhan est fermé. Le 5 janvier 2020, sur la base des informations préliminaires fournies par une équipe d'enquête chinoise, l'OMS déclare qu'il n'existe « aucune preuve de contamination interhumaine significative ». Le 11 janvier 2020, Pékin confirme son premier mort de la covid-19. Le 12 janvier, la Chine communique la séquence génétique de la covid-19, essentiel pour constituer les dispositifs de dépistage. Le 13 janvier 2020, un premier cas est signalé hors de Chine en Thaïlande. Le 20 janvier 2020, Pékin confirme la transmission interhumaine, constat validé par le bilan de la première visite de l'OMS sur le terrain.

Selon plusieurs analyses rétrospectives d'eaux usées, le virus aurait en réalité franchi les frontières chinoises dès la fin de l'année 2019, des traces remontant jusqu'au 18 décembre 2019 ayant été détectées à Milan et Turin. D'autres études rétrospectives menées en Italie et aux États-Unis ont révélé la présence d'anticorps spécifiques au Sars-CoV-2 sur des dizaines de personnes entre septembre et octobre 2019 dans le cas italien et entre décembre 2019 et janvier 2020 dans le cas américain. Ces études comportent des marges d'erreur et leurs résultats ne sauraient être décrits comme les débuts de phases épidémiques, mais indiquent que le virus a pu faire des incursions hors de Chine avant de prendre une ampleur mondiale ⁽³⁾.

Les premiers cas en Asie du Sud-Est ont été détectés à la fin du mois de janvier. Un ressortissant chinois est ainsi dépisté dès le 10 janvier 2020 au cours de son hospitalisation dans la préfecture de Kanagawa au Japon. Toutefois, l'expérience des précédentes crises sanitaires, et notamment du SRAS, a donné un avantage aux pays de la région pour limiter la propagation du virus. Les mesures efficaces prises par Taïwan, Singapour, et la Corée du Sud se sont appuyées sur la responsabilisation des populations, des campagnes de dépistage massives et le traçage des *clusters* (voir comparatif *infra*).

(1) État des lieux mis à jour quotidiennement de la pandémie, élaboré à partir du traitement de nombreuses données officielles (OMS, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), Commission nationale de la santé chinoise etc.). <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

(2) Voir la chronologie établie en audition par François Godement, historien et spécialiste de la Chine http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/15cion_afetr1920048_compte-rendu#

(3) <https://www.lefigaro.fr/sciences/covid-19-le-virus-serait-deja-sorti-plusieurs-fois-de-chine-avant-le-debut-officiel-de-l-epidemie-20201209>

Au 20 juillet, Singapour enregistrait 48 035 cas et 27 morts, la Corée du Sud 13 816 cas et 296 morts, Taïwan 451 cas et 7 morts. Le Japon accuse alors un bilan humain plus lourd, avec 25 706 cas et 988 morts.

Dès les premières semaines de la pandémie, l'attention internationale s'est concentrée sur l'Iran. Si l'origine exacte du patient zéro reste incertaine, l'épidémie s'est vraisemblablement propagée depuis de la ville sainte de Qom, devenue un centre de transmission du virus en raison de l'importance du brassage et de la densité de population qui la caractérise. C'est dans cette ville que, le 19 février, les autorités iraniennes ont reconnu les deux premiers cas, puis les deux premiers décès sur le territoire national. Il est probable que l'épidémie ait touché la ville bien plus tôt, Qom accueillant 2,5 millions de touristes chaque année, dont de nombreux Chinois : 10 % de la vingtaine de millions de musulmans chinois sont chiïtes⁽¹⁾. La célébration de Norouz, le nouvel an iranien qui a eu lieu le 20 mars, a également joué un rôle majeur dans la propagation du virus. Selon le Croissant-Rouge iranien, trois millions de personnes ont quitté les treize provinces les plus touchées par la maladie par voie routière à partir du 17 mars. Au 20 juillet 2020, le bilan en Iran s'élevait à 273 788 cas détectés et 14 405 morts.

Les premiers cas détectés en Europe le sont à la fin du mois de janvier 2020. Le 24 janvier, la France annonce les trois premiers cas européens à Paris et Bordeaux : un Français d'origine chinoise et deux touristes chinois ayant visité Wuhan. Des clusters sont identifiés dans la région Grand-Est (Haute-Marne, Moselle, Bas-Rhin, Meuse) et en Bretagne (Morbihan). En Allemagne, le premier cas est détecté le 27 janvier en Bavière, avec un premier foyer au sein d'une compagnie automobile ; le virus se diffuse par la suite dans le Bade-Wurtemberg, dans le Rhénanie-du-Nord-Westphalie et le Rhénanie-Palatinat. En Italie, deux touristes chinois sont testés positifs à Rome le 28 janvier. La majorité des cas sont alors dépistés dans les régions du nord du pays (Lombardie, Émilie-Romagne, Piémont, Vénétie). Le même jour, l'Union européenne active son dispositif de crise alors que l'OMS passe son niveau d'alerte à un niveau très élevé sur le plan mondial. Le 31 janvier, le premier cas en Espagne est celui d'un touriste allemand, testé dans les Baléares, avant la détection de cas en Andalousie, à Madrid et dans le Pays Basque. Le même jour, le Royaume-Uni confirme la contamination de deux touristes chinois à Newcastle, mais fera principalement état de cas importés jusqu'à la mi-mars. Toujours le 31 janvier, la Russie annonce deux premiers cas confirmés sur son territoire, dans la région de Tioumen (Oural) et dans celle de Transbaïkalie, à la frontière de la Chine.

Les grands rassemblements, notamment frontaliers et transnationaux, ont joué un rôle majeur dans la propagation du virus en Europe. Du 17 au 24 février à Mulhouse, le rassemblement évangélique « les portes ouvertes chrétiennes », réunit 2 500 fidèles européens. Le 19 février à Milan, le match de 8^e de finale de la Ligue des champions Atalanta Bergame contre FC Valence rassemble 40 000 supporters italiens et 2 500 supporters espagnols. Walter Ricciardi, représentant

(1) <https://www.lemonde.fr/blog/filiu/2020/03/22/le-regime-iraniens-survivra-t-il-au-coronavirus/>

de l'Italie à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a décrit cette rencontre sportive comme un « *accélérateur de la propagation du virus* ». Le terme « d'accélérateur » du virus a aussi été employé par des médecins français et italiens à propos du match de Ligue des champions Olympique lyonnais contre Juventus, qui a rassemblé à Lyon le 26 février 58 000 supporters français dont 3 000 supporters turinois ⁽¹⁾.

Le 11 mars 2020, face à la hausse du nombre de cas, de pays touchés, et la sévérité de la maladie, l'OMS qualifie la situation mondiale de pandémie. Le 13 mars, elle déclare que l'Europe en est devenue l'épicentre. L'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et la France deviennent les pays les plus touchés au niveau mondial. La France compte au 13 mars 3 661 cas et 79 décès, tandis que l'Italie enregistre ce même jour un nombre record de 250 morts en 24 heures et plus de 17 000 personnes contaminées depuis le début de l'épidémie.

Au début de l'été, alors que la plupart des États européens ont assoupli les restrictions adoptées au printemps, la situation épidémique semble être sous contrôle en Europe. Au 20 juillet 2020, l'ensemble de l'Union européenne est alors touché, et les États membres présentant les plus de cas sont l'Espagne (260 255), l'Italie (244 434), la France (211 943), et l'Allemagne (202 931). Les États membres enregistrant le plus de décès l'Italie (35 085), la France (30 155) et l'Espagne (28 420) et la Belgique (9 800). Le Royaume-Uni avait déclaré 296 944 cas et 41 090 morts. D'autres pays sont au même moment dans une situation préoccupante. C'est par exemple le cas de la Russie, qui est devenue cet été le quatrième pays le plus touché au monde en nombre de contaminations. Au 20 juillet, on comptait 770 311 cas et 12 323 morts au 20 juillet.

Relativement épargnés au début de l'épidémie, les États-Unis ont vu la courbe des contaminations augmenter de façon quasi ininterrompue depuis le mois de mars. Le premier cas de covid-19 a été détecté aux États-Unis le 21 janvier 2020 dans l'État de Washington, chez un homme revenu le 15 janvier d'une visite familiale à Wuhan. Le premier cas de transmission locale remonte au 30 janvier dans l'Illinois, une femme de retour d'un voyage à Wuhan ayant contaminé son mari. Ces cas constituent également les premières contaminations détectées sur le continent américain. Comme ailleurs, les rassemblements sportifs, culturels et politiques ont joué un rôle clé dans la propagation du virus, à l'instar du carnaval de la Nouvelle-Orléans, en date du 25 février 2020 qui a précédé une augmentation rapide des cas en Louisiane ⁽²⁾.

Dans ce contexte, la porte-parole de l'OMS Margaret Harris a prévenu, dès le 23 mars 2020, que les États-Unis avaient le potentiel pour devenir l'épicentre de l'épidémie ⁽³⁾. Le 11 avril 2020, les États-Unis sont effectivement devenus le premier pays touché au monde en termes de nouvelles contaminations.

(1) <https://www.fmfpro.org/le-foot-accelereur-de-l-epidemie-de-covid-19.html>

(2) <https://www.courrierinternational.com/article/contagion-la-nouvelle-orleans-le-carnaval-repandu-le-coronavirus>

(3) <https://fr.reuters.com/article/topNews/idFRKBN21B1GQ>

Alors que plusieurs États « déconfinent » leur population, comme la Floride, la Californie ou l'Arizona, Anthony Fauci, directeur de l'Institut américain des maladies infectieuses, déclare le 6 juillet 2020 : « *Nous sommes encore dans la première vague de la pandémie jusqu'au cou* ⁽¹⁾ ». Au 20 juillet, le bilan aux États-Unis était de 3 773 260 cas, principalement dans les États de New York, de Californie, de Floride et au Texas, pour un total de 140 534 morts.

Alors que les États d'Amérique latine ont largement amorcé la levée des mesures de confinement et le redémarrage de leurs économies, l'OMS déclare, le 23 mai, que l'Amérique du Sud est devenue le nouvel épicode de la pandémie. Le Brésil, où le premier cas a été détecté tardivement le 25 février 2020, est devenu, à partir du 13 juin, le deuxième pays le plus touché au monde et de loin le pays le plus touché du continent. Au 20 juillet 2020, le pays faisait état de 2 098 389 cas et de 79 488 morts, principalement à Rio et à Sao Paulo. La situation au Pérou, au Chili et au Mexique fait également l'objet de nombreuses inquiétudes. Au 20 juillet 2020, le Pérou avait dépisté 353 590 cas et déplorait 13 187 morts, le Chili 330 930 cas et 8 503 morts, et le Mexique 344 224 cas et 39 184 morts. Le bilan du Venezuela, minime avec 12 344 cas confirmés pour seulement 116 morts, est largement mis en cause par des experts et des ONG, le pays disposant d'un système de santé défaillant.

Malgré une flambée initialement contenue et un confinement généralisé déclaré dès le 25 mars 2020, l'Inde est progressivement devenue le nouvel épicode de la pandémie en Asie. Le premier cas officiel de covid-19 aurait été identifié le 30 janvier dans l'État du Kerala, au sud de l'Inde, en provenance de la Chine. L'épidémie s'est alors propagée en priorité dans les États de Delhi, Haryana, Karnataka, Maharashtra, Gujarat et de l'Uttar Pradesh. Alors que les autorités procèdent à une levée par étapes du confinement national, la propagation du virus connaît un rebond significatif, en premier lieu dans les villes très densément peuplées de New Delhi et de Bombay. Au 20 juillet 2020, l'Inde recensait 1 118 206 cas de covid-19 et 27 497 morts, mais les experts s'accordent pour dire que ces chiffres ont été très largement sous-estimés, notamment dans les zones rurales très éloignées des centres de soins. En comparaison avec la Chine, la propagation du coronavirus est moins localisée et plus diffuse, ce qui entraîne un risque renforcé de saturation des systèmes de santé et rend l'endigement de la pandémie plus difficile à mettre en œuvre ⁽²⁾.

Sur le continent africain, si la catastrophe sanitaire annoncée n'avait, à la fin de l'année 2020, finalement pas eu lieu, certains pays ont suscité des inquiétudes. C'est le cas de l'Afrique du Sud, où le premier cas a été détecté le 5 mars 2020 chez un homme de retour d'Italie, et où se concentraient début juillet 41 % des contaminations officielles du continent. À la date du 20 juillet 2020, le bilan de l'Afrique du Sud – qui est aussi le pays africain doté des capacités de détection les

(1) <https://www.courrierinternational.com/revue-de-presse/covid-19-les-etats-unis-senfoncent-dans-la-crise-sanitaire>

(2) https://www.lemonde.fr/international/article/2020/06/27/coronavirus-plus-de-500-000-cas-en-inde_6044374_3210.html

plus avancées - était de 364 328 cas détectés et 5 173 morts, ce qui en faisait le pays le plus touché du continent africain, devant l'Égypte, le Nigeria, le Ghana et l'Algérie.

En Égypte, les autorités sanitaires ont annoncé le premier cas le 14 février, un ressortissant chinois en transit à l'aéroport international du Caire, et le premier décès sur le continent le 8 mars, un touriste allemand à Hourghada. Après la détection de plusieurs *clusters* dans des zones touristiques, des restrictions d'envergure ont été mises en œuvre à la mi-mars en vue de limiter la propagation du virus, sans opter pour un confinement total. Le bilan a réellement commencé à s'alourdir à partir du mois de mai à l'issue du Ramadan, période coïncidant avec la levée progressive des mesures de restriction. Le bilan en Égypte était de 88 402 cas détectés et 4 352 morts au 20 juillet 2020.

Au Nigeria, pays le plus peuplé d'Afrique avec 200 millions d'habitants, le premier cas a été annoncé le 27 février – un résident italien – et le premier décès le 23 mars, un ressortissant nigérian de retour du Royaume-Uni. Si le pays enregistre la majeure partie des cas à Lagos, à Abuja et à Oyo, un nombre croissant de cas est détecté dans les autres États malgré des capacités de test limitées. Le bilan était de 37 225 cas détectés et 801 morts au 20 juillet 2020.

L'Algérie, qui a enregistré son premier cas le 25 février, déplorait au 20 juillet 2020, un bilan de 23 691 cas détectés et 1 087 morts. Après un déconfinement progressif début juin, les autorités sanitaires algériennes ont ordonné le reconfinement de plusieurs villes face à la recrudescence des cas détectés et le non-respect des règles de prévention.

À la date du 20 juillet 2020, le continent africain comptait 15 169 décès pour 721 563 cas confirmés.

À la même date, 14 701 000 cas et 606 995 décès avaient été enregistrés dans le monde. Les pays les plus touchés au 20 juillet étaient les États-Unis, le Brésil, l'Inde, la Russie et l'Afrique du Sud en termes de cas détectés, et les États-Unis, le Brésil, le Royaume-Uni, le Mexique et l'Italie en nombre de décès constatés. En termes de morts par million d'habitants, les pays les plus touchés étaient alors la Belgique, le Royaume-Uni, l'Espagne, l'Italie et la Suède.

2. Une deuxième vague à l'ampleur encore incertaine

Pour dresser un bilan de cette deuxième vague de la pandémie, la date du 1^{er} décembre a ici été retenue.

En août 2020, beaucoup de pays européens ont observé une augmentation du nombre de cas, hausses qui n'ont pas systématiquement été suivies dans un premier temps d'une augmentation du taux d'hospitalisation et de mortalité. Durant l'été 2020, diverses mesures restreignant la liberté de circuler des habitants de certaines villes européennes ont été prises. Par exemple, dans la ville de

Lisbonne, plus de 700 000 habitants ont été confinés durant le mois de juillet 2020. À Barcelone, plus de 4 millions d'habitants ont été « *invités à rester chez eux* » et les autorités catalanes ont également décidé de fermer les cinémas, théâtres et discothèques et d'interdire les réunions de plus de dix personnes.

Au 1^{er} décembre 2020, l'ensemble de l'Europe comptabilisait 18 130 473 cas de covid-19, la progression du virus attestant de la réalité d'une seconde vague forte, qui a conduit de nombreux États européens à prendre nouvelles mesures restrictives. Au sein de l'Union européenne, les États membres les plus touchés au 1^{er} décembre étaient la France (2 275 429 cas), devant l'Espagne (1 656 444 cas) et l'Italie (1 620 901 cas). Les cas de covid-19 n'ont cessé d'augmenter entre septembre et novembre, notamment en Espagne, en France, au Royaume-Uni, en Autriche, en République tchèque, en Belgique, en Allemagne, au Danemark et en Hongrie.

L'Espagne est le premier pays européen à avoir été touché par la seconde vague, avec plus de 9 000 nouvelles contaminations et une cinquantaine de morts journaliers dès le début du mois de septembre, la France étant alors le deuxième pays européen le plus touché en nombre de cas. À la mi-septembre, le nombre de cas double en 14 jours, et le nombre de décès de la maladie est de l'ordre de 100 par semaine.

En France, la hausse des contaminations s'est accélérée en juillet, le seuil des 1 000 cas quotidiens ayant été franchi le 20 juillet. Le seuil des 10 000 contaminations quotidiennes a été dépassé quelques semaines plus tard, le 13 septembre. En termes d'hospitalisations, le nombre de lits occupés par des patients atteints de la covid-19 est resté stable entre le 24 juillet 2020 (5 678 lits) et le 22 septembre 2020 (5 777 lits). À partir de cette date, la croissance des nouvelles hospitalisations s'est sensiblement accélérée, jusqu'à dépasser les 10 000 lits occupés le 16 octobre.

Un rebond épidémique a également été enregistré dans certains pays d'Europe de l'Est pourtant peu touchés par la première vague de covid-19. Au 15 septembre 2020, la Pologne, qui compte 38 millions d'habitants, enregistrait 280 229 cas de contamination, et 4 615 morts.

Au sein de l'Union européenne, les mesures de confinement et les mesures restreignant les déplacements se sont multipliées à compter d'octobre 2020. Le 22 octobre, l'Irlande (qui comptait alors 57 476 cas) a été le premier pays à mettre en place de nouvelles mesures très strictes pour limiter les déplacements de ses citoyens, face au rebond épidémique, le pays s'est reconfiné pour une durée de six semaines. Au Portugal, où on comptait au 27 octobre 124 432 cas et 2 371 décès, les habitants ont en partie été reconfinés à partir du 23 octobre. En Angleterre, un nouveau confinement national a été mis en place le 5 novembre.

En France, un couvre-feu a été instauré sur une partie du territoire à compter du 23 octobre, avant que le Président de la République n'annonce le

28 octobre 2020 la mise en place d'un confinement allant du 30 octobre au 1^{er} décembre minimum. Plus souple que le confinement mis en œuvre au printemps, ce confinement « allégé » a été étendu jusqu'au 15 décembre après quelques assouplissements. En Allemagne un « confinement partiel » a été mis en place à compter du 2 novembre.

La Belgique, a pour sa part décidé d'un reconfinement allant du 2 novembre 2020 au 13 décembre 2020. En Italie, un nouveau décret a été signé le 4 novembre 2020 par le chef du Gouvernement Giuseppe Conte, instaurant un couvre-feu renforcé à partir de 22 heures sur tout le pays. D'autres mesures restrictives ont également été décidées, telle la fermeture des centres commerciaux pendant le week-end ou encore la division des 20 régions italiennes en fonction de la gravité de la situation épidémiologique. Le gouvernement espagnol a quant à lui décrété l'état d'alerte sanitaire mais a écarté, dans un premier temps, un confinement à domicile ⁽¹⁾.

En Europe de l'Est, des mesures ont été prises pour enrayer la propagation de cette deuxième vague, comme en Roumanie, où les écoles de la capitale, Bucarest, ont été fermées, après que le taux d'incidence a atteint de plus de 3 cas pour 1 000 habitants. Début novembre, la Hongrie affichait l'un des taux de mortalité lié à la covid-19 les plus élevés de l'Union européenne. Les frontières ont été fermées aux touristes au 1^{er} septembre, les non-résidents n'étant pas autorisés à entrer en Hongrie afin de « *stopper les chaînes de transmission* », selon le Premier ministre.

Depuis la fin du mois de septembre, la Russie connaît également une forte hausse des cas de covid-19, et enregistrait 1^{er} décembre 2 327 105 cas et 40 630 décès, ce qui en faisait le quatrième pays le plus touché par la pandémie de covid-19 en nombre de cas recensés. Par rapport à la première vague de l'épidémie au printemps, les personnes âgées et fragiles sont cette fois plus touchées, selon un épidémiologiste de l'agence sanitaire russe ⁽²⁾. Au printemps, les seniors avaient reçu l'ordre de se confiner, recommandation qui n'a pas été renouvelée. Malgré la résurgence de l'épidémie, les autorités russes affirment alors contrôler la situation et souhaiter à tout prix éviter de nouvelles mesures strictes de confinement, aux effets dévastateurs pour une économie qui était déjà au plus bas avant la pandémie.

En pleine période électorale, les États-Unis ont été touchés par une nouvelle vague de contaminations. Si la courbe des contaminations n'a pas connu de réelle inflexion depuis le printemps, elle est en augmentation constante depuis le début du mois d'octobre. Au 1^{er} décembre 2020, le nombre de cas aux États-Unis s'élevait à 13 728 153 cas, principalement dans les États du Texas, de Californie, de Floride, et de New York, et le nombre total de morts s'élevait à

(1) Des mesures visant à restreindre les déplacements des populations à Madrid et dans neuf autres communes voisines sont toutefois entrées en vigueur le 2 octobre 2020.

(2) <https://www.20minutes.fr/monde/russie/2884315-20201013-coronavirus-russie-244-deces-24h-plus-plus-patients-hopitaux>

270 691. Le vendredi 23 octobre, 800 000 nouveaux cas de covid-19 ont été recensés en 24 heures. En juillet, l'épidémie s'était principalement propagée au Texas et en Floride. À l'automne, la hausse des cas a concerné la majorité des États américains. Selon Eleanor J. Murray, épidémiologiste, « *l'un des principaux moyens de surmonter les vagues précédentes a été de transférer du personnel de santé. Ce n'est tout simplement pas possible lorsque le virus augmente partout* ⁽¹⁾. »

Après une diminution continue des bilans journaliers de victimes au cours des mois de mai et de juin, la propagation de la covid-19 a connu un nouvel élan en Iran à la fin de l'été. Depuis le 10 septembre, le nombre de contaminations à la covid-19 n'a cessé d'augmenter, pour atteindre un bilan de 989 572 cas et de 48 990 morts au 1^{er} décembre 2020.

Au 1^{er} décembre, l'Inde recensait 9 499 413 cas de covid-19 et 138 122 morts, mais les experts s'accordent pour dire que ces chiffres sont très largement sous-estimés, notamment dans les zones rurales très éloignées des centres de soins.

Au 1^{er} juin, le gouvernement indien a procédé à un relâchement progressif du confinement national. Le 17 septembre, avec 97 894 nouveaux cas recensés, l'Inde enregistrait la plus forte hausse de cas de covid-19 jamais constatée sur le plan mondial. Afin d'éviter une nouvelle vague de contaminations, de nouvelles mesures ont été édictées le 1^{er} octobre. Des mesures de confinement strictes restent imposées aux zones les plus touchées appelées *containment zones*. Les États indiens les plus affectés sont Maharashtra (1 703 444 cas), Karnataka (838 929 cas), Andhra Pradesh (835 953), et Tamil Nadu (736 777). Par ailleurs, la ville de New Delhi a enregistré un rebond épidémique important le 4 novembre, avec plus de 6 800 cas comptabilisés en vingt-quatre heures.

Au Brésil, une vague persistante de contaminations touche la population, et notamment les populations les plus précaires. Au 1^{er} décembre 2020, le Brésil enregistrait 6 386 787 cas et 173 817 décès. Troisième pays le plus touché par la pandémie de covid-19, le Brésil ne semble toujours pas sorti de sa première vague de contaminations ayant débuté au printemps 2020. Différents pics de contaminations ont été enregistrés à l'été 2020, avec un record de 69 074 cas enregistrés pour la seule journée du 29 juillet. Les trois villes les plus touchées sont, au 1^{er} décembre, Sao Paulo, Rio de Généraux et Fortaleza ⁽²⁾.

Dans le même temps, les pays d'Asie de l'Est semblaient relativement préservés de l'afflux d'une nouvelle vague épidémique. Au 1^{er} décembre, Singapour enregistrait 58 230 cas et 21 morts, la Corée du Sud 35 163 cas et 526 morts, Taïwan 679 cas et 7 morts. Le Japon accusait alors un bilan humain plus lourd, avec 153 392 cas et 2 137 morts.

(1) <https://www.washingtonpost.com/health/2020/10/23/covid-us-spike-cases/>

(2) https://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/mapa-coronavirus/?_ga=2.98289567.106528833.1585223599-1428851915.1512009050#/?cases

Le continent africain semblait rester relativement épargné par la pandémie, avec au 1^{er} décembre un total de 2 187 208 cas et 52 106 décès, les pays les plus touchés étant l’Afrique du Sud (792 299 cas et 21 644 décès), le Maroc (359 844 cas et 5 915 décès) et l’Égypte (116 554 cas et 6 666 décès).

Au total, au 1^{er} décembre (voir tableaux en annexe), les pays les plus touchés en nombre de cas détectés étaient les États-Unis, l’Inde, le Brésil, la Russie et la France, les pays les plus endeuillés étant alors les États-Unis, suivis du Brésil, de l’Inde et du Mexique, devant le Royaume-Uni, l’Italie et la France. En termes de morts par million d’habitants, les pays les plus touchés étaient le Pérou, la Belgique, la Bolivie et le Brésil, la France étant alors 18^{ème} au niveau mondial.

B. LES RÉPONSES ET STRATÉGIES MISES EN PLACE ONT VARIÉ SELON LES RÉGIONS ET PAYS DU MONDE : COMPARATIF DES RÉACTIONS FACE À LA PANDÉMIE

La pandémie de covid-19 a touché le monde entier, mais son impact a été très variable. De nombreux facteurs expliquent ces différences. Des facteurs exogènes, tels que la date des premiers cas – plus ou moins tardive par rapport à l’apparition du virus et l’atteinte du stade pandémique, déclaré par l’OMS le 11 mars – mais aussi pour partie le hasard et la chance, du fait notamment d’une traçabilité plus ou moins importante des premiers « clusters »⁽¹⁾. Ces éléments s’ajoutent aux facteurs liés aux réponses apportées pour faire face à la crise, parmi lesquels on peut distinguer des mesures de circonstance, mises en place au moment de la crise, et des aspects structurels liés à l’expérience passée des pays, aux institutions et aux modes de gouvernance.

Pour votre rapporteure, il est absolument essentiel de prendre la mesure de toutes ces différences afin de comprendre quelles ont été les forces et les faiblesses de chacun et d’en tirer toutes les leçons possibles pour l’avenir. Nous ne parviendrons pas à sortir mieux armés de cette crise sans effectuer un retour d’expérience.

C’est dans cet objectif que le présent rapport propose un comparatif des réactions de plusieurs États, dont la France, face à la pandémie.

Ce comparatif ne vise pas à recenser l’ensemble des mesures prises depuis le début de la crise dans tous les pays touchés ni même dans tous les pays analysés, mais à remettre en perspective les choix effectués, afin d’en comprendre les atouts et les limites. À titre indicatif, de nombreuses bases de données dressent au jour le jour un panorama des mesures adoptées dans le monde face à la pandémie⁽²⁾.

(1) Un cluster ou foyer de contagion désigne en épidémiologie un regroupement élevé de cas au même endroit, au même moment et avec une diffusion active.

(2) Voir par exemple le recensement de TV5 Monde (<https://information.tv5monde.com/info/coronavirus-quels-sont-les-pays-confinés-352330>) ou de façon plus analytique l’indice d’évaluation des mesures prises par les

Il repose sur un principe fondamental : la prudence. Il se propose d'analyser les réponses apportées face à la crise par 17 pays : la France, l'Italie, l'Espagne, l'Allemagne – l'Allemagne faisant aussi l'objet d'un focus comparant nos deux pays – le Royaume-Uni, la Belgique, la Suède, la Corée du Sud, le Japon, Taïwan, les États-Unis, et de façon plus ponctuelle et complémentaire, le Brésil, le Pérou, l'Équateur, le Canada, Israël et la Chine ⁽¹⁾.

Si le présent comparatif s'appuie sur une grille d'analyse comportant plusieurs critères et évaluant plusieurs aspects de la réponse apportée face à la pandémie, il importe de conserver une approche globale de chaque pays étudié : isolé, tel ou tel facteur sera souvent peu explicatif. En conséquence, les leçons à tirer de cette crise sanitaire doivent être d'autant plus prudentes qu'une stratégie qui a fonctionné dans un pays ne pourra pas toujours se transposer à un autre. Le confinement constitue à cet égard un bon exemple : comme l'a souligné l'OMS dès le 1^{er} avril, les mesures de confinement ne sont pas praticables ni adaptées à tous les contextes, en particulier dans les pays les plus pauvres ou dans les zones les plus densément peuplées.

Enfin, ce comparatif ne vise pas à élaborer un indicateur unique de comparaison, tel qu'un indicateur « d'efficacité gouvernementale » dans la gestion de crise. Le nombre et la variété des facteurs à prendre en compte pour évaluer l'impact de la pandémie et l'efficacité des stratégies mises en œuvre pour y répondre rendent cet exercice particulièrement complexe. Les résultats risqueraient d'être incertains. Auditionné dans le cadre d'une table-ronde sur l'Amérique latine face à la pandémie de covid-19, Olivier Dabène, professeur de science politique à l'Institut d'études politiques de Paris, indiquait ainsi, à propos des pays de la région, que le croisement des courbes de mortalité due à la covid-19 et des courbes de mesure de l'efficacité gouvernementale – selon les indicateurs de gouvernance de la Banque mondiale ⁽²⁾ – révélait une corrélation faible, mais positive. En d'autres termes, un État comme le Chili, « *de très loin le pays qui a la plus haute efficacité gouvernementale* » en Amérique latine ⁽³⁾, figurait aussi parmi les plus touchés par la pandémie.

La Blatavnik School of Government (BSG) de l'université d'Oxford a élaboré un *Government Response Tracker* (OxCGRT) ⁽⁴⁾ qui, sur la base d'une série de 18 indicateurs standardisés, propose des outils pour évaluer l'étendue des réponses publiques à la covid-19 dans plus de 150 pays. Ces outils reposent sur quatre indices composites : l'indice de réponse du gouvernement, l'indice de rigueur, l'indice de confinement et de santé, et l'indice de soutien économique.

autorités, établi par l'université d'Oxford <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker#data>

(1) *La place de la Chine est réduite dans le comparatif dans la mesure où sa réponse à la crise fait l'objet de développements dédiés.*

(2) <http://info.worldbank.org/governance/wgi/>

(3) Olivier Dabène, table-ronde de la commission des affaires étrangères du 16 juillet 2020 sur l'Amérique latine.

(4) <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>

L'étude menée ne se propose pas d'évaluer l'efficacité des mesures prises, mais simplement de construire un référentiel commun favorisant les comparaisons internationales. Elle se propose aussi d'observer à quel moment de la trajectoire d'augmentation des infections les autorités ont décidé de mettre en œuvre des mesures de riposte. On constate ainsi que l'Italie a rapidement décidé de mettre en place des mesures, alors que les réponses des États-Unis et plus nettement encore celles du Royaume-Uni se sont accélérées à partir du 1 000^{ème} cas.

En termes de sources, le présent comparatif s'est appuyé à la fois sur des sources directes (réponses aux questionnaires adressés à différentes institutions et aux postes diplomatiques ⁽¹⁾, documentations diverses sur la situation nationale dans les pays étudiés) et sur des sources indirectes (études comparatives sur l'impact et la gestion de la pandémie de covid-19).

1. Précautions méthodologiques sur le décompte des données

Toute comparaison internationale est nécessairement biaisée par les différences de méthodologie employées pour comptabiliser les nombres de cas et de décès, les différences dans les stratégies et les amplitudes de dépistage ⁽²⁾ et par les différents rythmes d'entrée dans l'épidémie, qui rendent complexe la réalisation d'un tableau comparatif mondial à un instant T de la pandémie. Ainsi un État ayant eu une stratégie de dépistage extensive ou un décompte large pourra sembler plus touché qu'un autre où les approches auront été plus restrictives.

Par exemple, le fait que la Belgique soit devenue au printemps le pays le plus touché au monde en termes de décès rapportés au nombre d'habitants s'explique pour partie par la méthode de comptabilisation employée. En effet, tous les décès des résidents de maisons de retraite suspectés d'être porteurs de la covid-19 ont été comptabilisés comme liés à l'épidémie, même lorsqu'ils n'ont pas pu être testés. À l'inverse, la Russie a dû changer en juin sa méthode de comptage des cas, conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. Auparavant, seuls les décès dont la covid-19 était considérée comme la cause principale du décès, déterminée sur la base d'une autopsie. En appliquant cette nouvelle méthode, le nombre de décès recensés pour le mois d'avril est passé de 1 152 à 2 172.

Dès lors, il peut être pertinent de compléter les données brutes par avec une autre approche pour évaluer l'impact de la pandémie, et permettre des comparaisons entre des États différents, touchés par la propagation du virus selon des temporalités distinctes : la surmortalité. Selon la définition de l'OMS, la

(1) Voir liste en annexe.

(2) À noter que dans certains pays, le décompte et le dépistage ont connu des variations régionales. En Italie, le nombre de personnes dépistées positives dépend de la capacité de dépistage de chaque région, là où une région comme la Vénétie a réussi à effectuer un dépistage de masse dès le début de la crise, la plupart des autres régions n'ont pas eu la même réactivité. Au Japon, toutes les préfectures n'ont pas utilisé les mêmes critères de décompte des décès, certaines comptant systématiquement les patients décédés atteints de la covid-19 comme décédé de la covid-19, d'autres non.

surmortalité correspond à la mortalité supérieure à ce qui serait attendu sur la base du taux de mortalité hors crise dans la population analysée. La surmortalité est donc une mortalité imputable aux conditions de crise. Elle peut être exprimée sous forme de taux (la différence entre les taux de mortalité observés et hors crise), ou sous forme de nombre total de décès en excès. Dans le cadre de la crise actuelle, cette approche permet de prendre en compte :

- Les décès en dehors du système hospitalier - les personnes qui décèdent de la maladie à domicile n'étant pas systématiquement comptabilisées ;
- Les décès des individus non dépistés - les individus non testés peuvent ne pas être inclus ;
- Les défaillances des systèmes d'enregistrement des décès, qui peuvent être insuffisants pour mesurer avec précision la mortalité ;
- L'augmentation des décès indirectement liés à la pandémie - affaiblissement des systèmes de santé, diminution de la recherche, de financement et de traitement disponibles pour d'autres maladies (par exemple, le VIH / sida, le paludisme, la tuberculose) ;
- La diminution des décès indirectement liés à la pandémie (par exemple, la diminution du nombre de décès dus au ralentissement de la circulation d'autres maladies, comme la grippe, de l'activité économique ou du trafic routier).

Le calcul de la surmortalité, qui se base sur les données d'état civil concernant la mortalité toutes causes confondues, serait un indicateur plus fiable pour présenter le bilan « réel » de la pandémie. Dans de nombreux pays, le taux de surmortalité dépasse largement le nombre de décès déclarés. C'est par exemple le cas du Royaume-Uni où au 22 avril, le *Financial Times* estimait ainsi sur la base de l'évaluation de la surmortalité le nombre de décès dus à la covid-19 à plus de 41 000, soit plus du double du nombre officiel de décès enregistrés dans les hôpitaux du pays. En Équateur, un quasi-doublement du nombre des décès sur les mois de mars, avril et mai et une surmortalité de 17 760 personnes par rapport à la moyenne des dernières années ont pu être constatés. Or, la surmortalité était trois fois supérieure au nombre officiel de décès alors imputés à la pandémie (5 640 à la fin mai).

Le calcul de la surmortalité présente toutefois certaines limites. Premièrement, les données d'état civil sont décalées dans le temps compte tenu des délais légaux de déclaration d'un décès à l'état-civil et du délai pris par le bureau d'état-civil pour saisir les informations. En France par exemple, l'INSEE observe un délai de dix jours dans la publication de ses statistiques sur les décès quotidiens. Deuxièmement, la surmortalité est calculée pour les territoires disposant d'un historique long de données. En France, les 3 000 communes disposant d'un tel historique n'enregistrent que 77 % de la mortalité nationale.

Enfin, la surmortalité ne correspond pas uniquement à la pandémie de covid-19, mais prend également en compte l'augmentation et diminution des décès indirectement liés à la pandémie.

Par ailleurs, plusieurs études scientifiques ont proposé des modes *ad hoc* d'estimation de l'impact de la pandémie. Partant du constat que « *les statistiques à l'échelle mondiale ne donnent de la diffusion et de l'impact du coronavirus qu'un panorama biaisé et imparfait* », le chercheur Paul-André Rosenthal ⁽¹⁾ a appuyé son étude comparative sur des données « corrigées » de mortalité. Cette méthode vise à neutraliser plusieurs biais dans l'analyse de la performance des États (différences de temporalité – afin de comparer les pays au même stade de l'épidémie ⁽²⁾ - facteurs préexistants à la pandémie comme la densité, les concentrations de population ou encore l'âge, *etc.*).

L'une des premières leçons de cette crise mondiale porte ainsi sur son évaluation, et nous invite à renforcer l'harmonisation des données épidémiologiques, *a minima* à l'échelle européenne. Les États européens pourraient se doter d'une méthodologie commune dans le décompte des données épidémiologiques.

2. L'impact des facteurs exogènes sur la propagation du virus

Avant de comparer les réponses et stratégies adoptées par les gouvernements pour répondre à la pandémie de covid-19, il convient d'évaluer le rôle de plusieurs facteurs extérieurs à la pandémie qui ont joué un rôle dans sa diffusion, et ont inégalement touché les États.

a. Les caractéristiques démographiques et géographiques

La première catégorie de facteurs exogènes tient à des caractéristiques géographiques et démographiques, telles que la pyramide des âges ⁽³⁾ et la densité de population. Ainsi, le fait que la Belgique soit un pays à la fois petit et densément occupé (372 habitants au km²) contribue à expliquer le nombre élevé de contaminations et de décès enregistrés. Dans un petit pays, le virus, une fois implanté dans une zone, se propage à une vitesse similaire que dans de grands pays, mais touche plus rapidement la population. La densité est aussi un facteur explicatif avancé à propos du Royaume-Uni, où elle est deux fois plus importante qu'en France (270 habitants au km² contre 117 en France) ⁽⁴⁾.

(1) <http://mova.fr/notes/un-balcon-en-foret-2020-essai-comparatif-sur-l-epidemie-de-covid>

(2) L'étude replace les pays analysés sur une période de 30 jours à partir du moment où ont été déclarés 50 cas de contamination avérés.

(3) Les personnes âgées sont en effet surreprésentées parmi les personnes décédées des suites de la covid-19. À titre d'exemple, en Europe, au 2 avril, 95 % des décès concernaient des personnes âgées de plus de 60 ans, 50 % concernaient des personnes âgées de 80 ans ou plus (données OMS).

(4) <https://atlasocio.com/classements/demographie/densite/classement-etats-par-densite-population-europe.php>

Pour autant, le rôle de la densité doit être relativisé. Si la densité peut favoriser la propagation du virus, elle ne semble pas être un facteur explicatif systématique de la mortalité. Au moment du premier pic épidémique européen à la mi-avril, une dorsale européenne densément urbanisée, allant de Milan au centre de l'Angleterre, apparaissait particulièrement touchée avec une mortalité liée à la covid-19 qui dépassait systématiquement les 25 /100 000. Au même moment, les pays et régions situés au nord et à l'est de cette dorsale (Allemagne orientale, pays scandinaves hors région de Stockholm ⁽¹⁾, et pays d'Europe centrale et orientale) connaissaient une mortalité inférieure à 5/ 100 000. Si la densité élevée observée sur la dorsale européenne peut être un facteur explicatif tentant – les espaces en question ont des densités souvent supérieures à 400 habitants / km² – ce sont plutôt les mouvements de population qui auraient joué un rôle dans la propagation du virus ⁽²⁾. Ainsi l'Allemagne, qui connaît une densité moyenne de 234 habitants au km², a été bien moins touchée que l'Espagne dont la densité est relativement faible (93 habitants au km²). En d'autres termes, la capacité des lieux à générer des échanges et contacts avec d'autres lieux semble avoir été plus déterminante que la seule densité.

L'idée d'une moindre exposition au virus dans les territoires ruraux par rapport aux territoires urbains a été remise en question, notamment dans le cas de la France, par une étude du démographe Hervé Le Bras parue le 11 juin 2020 ⁽³⁾. Par ailleurs, les espaces ruraux de faible densité présentent des fragilités spécifiques face à une épidémie, tenant à la couverture médicale (nombre de médecins et de lits d'hôpitaux par habitant, voir *infra* sur ces critères) ⁽⁴⁾.

Le rôle de la pyramide des âges doit aussi être examiné avec précaution. Si la démographie a souvent été avancée comme facteur explicatif pour comprendre la moindre exposition de l'Afrique à la covid-19 – selon l'ONU, les plus de 65 ans représentaient en 2019 seulement 3 % de la population en Afrique subsaharienne, contre 19 % dans l'Union européenne – il n'existe pas de stricte corrélation entre moyenne d'âge et mortalité. Le Japon, où la population est la plus âgée du monde, affiche un nombre de cas et de morts relativement modeste, alors même que le pays a été parmi les premiers touchés par la propagation du virus. À l'échelle de la France, les départements où la moyenne d'âge est la plus élevée ont aussi compté parmi les moins touchés. Là encore, l'importance des contacts entre les personnes

(1) En Suède, la capitale Stockholm, de loin la ville la plus dense du pays, est rapidement devenue l'épicentre de la propagation du virus. Les banlieues de Stockholm (Rinkeby-Kista et Spanga-Tensta), à la densité plus forte encore, ont été particulièrement touchées.

(2) <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/actualites/eclairage/espaces-ruraux-france-covid19>

(3) <https://jean-jaures.org/nos-productions/l-epidemie-et-son-terrain-social> Selon cette étude, Selon une étude le nombre de décès rapporté au million d'habitants dans les départements français à la plus forte densité urbaine était inférieur à l'issue de la première vague à celui constaté dans les cinq départements où la population est la plus concentrée dans cinq agglomérations, le nombre de décès rapporté au million d'habitants était inférieur à 250 par million d'habitants, là où les quatre départements comptant plus de 500 morts par million d'habitants comptaient plus de 50 % de leur population dans des communes de densité inférieure à 500 habitants par km²

(4) <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/actualites/eclairage/espaces-ruraux-france-covid19>

– les personnes âgées ayant tendanciellement moins de contacts sociaux – semble avoir davantage compté ⁽¹⁾.

Le rôle de la pyramide des âges gagnerait toutefois à être réévalué à l'aune de données complètes sur la mortalité à domicile, en maisons de retraite et dans les établissements spécialisés, cette évaluation restant à ce stade très inégale selon les pays, et souvent incomplète.

b. Le rôle du rythme et des modalités de propagation du virus

Il importe de ne pas sous-estimer le rôle du hasard et de la chance, qui ont essentiellement pu jouer au début des vagues épidémiques. La virologue allemande Melanie Brinkmann ⁽²⁾ a parlé de « *hasard de l'épidémie* » pour décrire les différences de propagation du virus induites par le rythme d'arrivée de l'épidémie et par les caractéristiques des premiers clusters. En réunion de travail avec la commission des affaires étrangères, l'ambassadrice de France en Allemagne Anne-Marie Descôtes a ainsi rappelé que l'Allemagne avait bénéficié « *d'un certain décalage dans l'évolution de l'épidémie* », ce qui a permis « *d'anticiper et de se préparer, et de prendre des mesures que nous n'avons pas eu le temps de prendre* » en France.

En Allemagne, l'absence de cluster majeur comparable au rassemblement religieux intergénérationnel de Mulhouse, qui a réuni du 17 au 24 février environ 2 500 personnes venant de toute la France et de pays étrangers, en début de crise, a permis une plus forte maîtrise de la progression de l'épidémie, notamment parmi les plus de 60 ans. Le nombre de clusters a aussi joué un rôle. Là où la France a connu trois foyers simultanés en début d'épidémie – aux Contamines-Montjoie (Haute-Savoie), à Mulhouse et dans l'Oise – la Corée du Sud n'en a connu en février qu'un seul, au sein de l'Église Shincheonji à Daegu, quatrième ville du pays. Il s'agit d'un foyer qui était suffisamment important pour provoquer une alerte, mais relativement circonscrit à une population à partir laquelle il était possible de retracer des chaînes de contamination ⁽³⁾.

Deuxièmement, la date d'apparition des premiers cas sur le plan national et le temps de réaction des autorités – lui-même lié à d'autres facteurs comme l'expérience passée des États face aux épidémies (voir *infra*) – ont joué un rôle dans la capacité d'endiguement de l'épidémie. Il s'agit là d'éléments d'analyse mêlant des facteurs strictement exogènes aux stratégies mises en œuvre par les autorités. En tout état de cause, le temps de réaction est apparu comme un élément clé, qui « *détermine grandement les options politiques dont disposeront les États pour gérer la crise par la suite* ⁽⁴⁾ ». Ainsi selon les conclusions d'une étude

(1) <https://jean-jaures.org/nos-productions/l-epidemie-et-son-terrain-social>

(2) Centre de recherche Helmholtz à Braunschweig.

(3) Ce foyer a notamment été caractérisé par la présence d'une « *super-contaminatrice* », la « *patiente 31* », qui a refusé de se faire tester et aurait alors contaminé jusqu'à une personne sur cinq.

(4) <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/covid-19-lasie-orientale-face-la-pandemie-note1.pdf>

publiée par l'Institut Montaigne, « *le confinement est une stratégie propre aux États qui ne sont pas parvenus à contenir la contagion et qui n'ont pas de visibilité sur les foyers de contamination et sur les cas individuels* », là où les États les plus réactifs ont souvent réussi à l'éviter, ou à le limiter à des formes restreintes. Selon cette même étude, les mesures de confinement très strictes (voir focus *supra*) mises en place dans la province du Hubei en Chine peuvent se lire comme une compensation du retard accumulé entre l'identification du premier cas et la reconnaissance du virus comme maladie infectieuse transmissible entre êtres humains, le 20 janvier, 43 jours plus tard.

D'autres États ont très probablement pâti d'une réaction tardive, dont le Royaume-Uni, qui a d'abord penché en faveur d'une stratégie d'immunité collective, avant d'opter pour un confinement relativement tardif, à compter du 23 mars. À ce stade, 422 décès avaient été enregistrés, à titre de comparaison, on en comptait 264 au premier jour du confinement en France, le 17 mars.

A contrario, des États et territoires ayant réagi très en amont se sont distingués par une bonne gestion de la situation sanitaire au début de la crise. En Corée du Sud, le premier niveau d'alerte épidémique – sur quatre niveaux – a été déclenché dès le 8 janvier 2020, et les autorités ont immédiatement activé le deuxième niveau lorsqu'un premier cas a été diagnostiqué sur le sol national, le 20 janvier. Dès la fin de l'année 2019, une capacité de production de tests a commencé à être mise en place (voir *infra*)⁽¹⁾.

À Taïwan, qui est demeurée préservée de la pandémie⁽²⁾, les premiers signaux ont été identifiés fin 2019 sur la base de la situation en Chine, où vivent plusieurs centaines de milliers de Taïwanais. Le gouvernement a saisi l'OMS à titre de précaution dès le 31 décembre, date à laquelle un premier contrôle aux frontières a été instauré, suivi à compter du 15 janvier de la mise en place d'une quarantaine obligatoire. En comparaison, les restrictions aux frontières extérieures de l'espace Schengen sont entrées en vigueur le 17 mars. Les autorités taïwanaises ont aussi activé le centre interministériel de crise dirigé par le ministre de la santé dès le 21 janvier, trois semaines avant que le premier décès dû à la covid-19 ne soit enregistré sur le territoire, le 16 février.

La réaction rapide des autorités coréennes et taïwanaises doit être remise dans un contexte global, tenant compte de leur proximité avec la Chine, de l'ensemble des mesures adoptées pour endiguer le virus, mais aussi de leur expérience passée face aux épidémies, qui constitue une caractéristique commune.

La rapidité de réaction n'est pas le seul facteur nécessaire pour endiguer une épidémie : le cas du Pérou, paradoxal à bien des égards, en atteste. Le pays a réagi très tôt, en déclarant un état d'urgence avec confinement obligatoire dès le

(1) Réunion de travail avec l'ambassadeur de France en Corée du Sud, Philippe Lefort, le 11 juin 2020.

(2) À titre indicatif, au 11 avril, moins de trois mois après la détection d'un premier cas à Taïwan et malgré la profonde intégration humaine et économique de l'île avec la Chine continentale, seuls 385 individus avaient été testés positifs au virus, avec six décès.

15 mars, neuf jours seulement après le premier décès, mais compte parmi les pays les plus lourdement touchés. Pour rappel, en France, le premier décès dû à la covid-19 a été constaté le 26 février, soit 19 jours avant le début du confinement.

Dans de nombreux autres pays où la gestion de crise a rencontré des difficultés (Royaume-Uni, États-Unis, Espagne, France *etc...*) aucune mesure particulière n'a été prise lorsque les premiers cas ont été détectés sur le sol national, le 24 janvier.

3. Un élément déterminant : l'expérience de la gestion de crise sanitaire

Dans plusieurs pays, la réponse apportée à la crise liée à la pandémie de covid-19 s'est appuyée sur les enseignements tirés de précédentes épidémies provoquées par des coronavirus, à commencer par le SRAS et le MERS. Surtout, et comme le cas de la Corée du Sud l'illustre, ce sont les leçons tirées des difficultés rencontrées lors de ces précédentes épidémies qui ont permis aux autorités d'être mieux armées face à cette nouvelle crise sanitaire.

L'expérience acquise a pu jouer de trois façons principales : vigilance accrue, préexistence de mécanismes de gestion de crise distincts de procédures standards, sensibilisation accrue des habitants. Ce constat ne peut que renforcer l'importance d'effectuer des retours d'expérience sur la gestion de la pandémie de covid-19.

Les leçons tirées du SRAS (2002-2003), de la grippe H1N1 (2009-2010) et du MERS (2015) dans la région⁽¹⁾ ont conduit la Corée du Sud, Taïwan ou encore Singapour à réagir très rapidement, en se fondant d'emblée sur l'hypothèse d'une transmission interhumaine du virus, sans attendre la confirmation de l'OMS le 22 janvier.

Le modèle coréen doit beaucoup à l'expérience du MERS, qui a touché le pays en 2015. Les autorités avaient alors connu de nombreuses difficultés touchant l'organisation administrative, la transparence par rapport au public ou encore un manque de compréhension des mécanismes de diffusion du virus. L'expérience du MERS a aussi été un atout en ce qu'elle a favorisé une réponse rapide à l'épidémie, forte de la préexistence d'une structure administrative spécialisée, apte à monter en puissance rapidement face à une crise : le Centre coréen de contrôle et de prévention des maladies (KCDC), créé juste avant la crise du SRAS, s'est vu confier en 2015 face au MERS deux objectifs, à savoir la mise en place d'un centre de crise et une capacité de montée en puissance rapide afin de devenir le point de contrôle interministériel de lutte contre l'épidémie. À cette agence s'ajoute d'autres outils mis à profit face à la pandémie de covid-19, tels que le numéro de téléphone d'urgence, le 1339, spécialisé dans la réponse à toutes les questions liées à la maladie. Distincte des services d'urgence et immédiatement

(1) La Corée du Sud a été touchée par les trois épidémies, Singapour et Taïwan par le SRAS et la grippe H1N1.

opérationnelle, elle a permis d'éviter, au pic de la crise, le risque de saturation des systèmes de réponse.

Le rôle de l'organisation de crise : le cas de la Corée du Sud

Présentée comme un modèle, la gestion de crise sanitaire sud-coréenne a bénéficié de l'expérience passée du SRAS et du MERS. Or, l'une des leçons principales tirées de ces expériences a été l'adoption d'une structure de gestion de crise d'état-major, conçue pour monter rapidement en puissance en termes de ressources mais aussi en matière de positionnement dans la chaîne de commandement de l'État. Une fois le niveau quatre d'alerte épidémique atteint, le 23 février, le KCDC est passé sous la direction du Premier ministre, qui a eu autorité sur l'ensemble des structures de l'État et sur certaines structures décentralisées, telles que les dispensaires auprès des collectivités locales. En d'autres termes, la chaîne de commandement et la chaîne d'exécution existaient déjà de manière virtuelle avant la crise.

Cette activation d'une structure de gestion de crise préexistante s'est accompagnée d'un important effort de coordination intergouvernementale, marqué par des réunions quotidiennes dirigées par le Premier ministre ou le Président et en présence de tous les ministres concernés par la gestion de crise.

Dès lors, pour certains observateurs, cette organisation de crise a permis à la Corée du Sud une bonne gestion de crise alors même que le pays n'était pas sensiblement mieux équipé que d'autres pays – dont la France – en matière de lits ou d'équipements de protection.

Source : ambassade de France en Corée du Sud

À Taïwan, l'expérience de l'épidémie du SRAS en 2003 a favorisé l'adoption d'une stratégie de veille et d'anticipation telle que l'île a été très peu touchée par la pandémie, et aucune mesure contraignante globale de type confinement n'a dû être prise. Pour le directeur du Bureau français de Taipei Jean-François Casabonne-Maisonave, l'expérience du SRAS, « *qui a laissé des traces très profondes* » a été face à la crise covid « *le facteur essentiel* » de détermination de la réponse taïwanaise. Taïwan, dont le système sanitaire n'a jamais été débordé, constitue un modèle de gestion de crise dont il convient de tirer des enseignements, tout particulièrement en matière d'anticipation et de réactivité.

Avec le temps, l'expérience acquise pendant une épidémie peut toutefois se diluer et la gestion de crise peut en pâtir. Au Canada, pays pourtant parmi les plus touchés par la crise du SRAS, la ministre de la santé a admis que la réserve d'équipements de protection individuels avait été sous-financée durant la dernière décennie et que les stocks avaient été insuffisants pour faire face à la première vague de la crise. Plus encore, elle peut avoir des effets néfastes, comme on l'a vu en France où c'est plutôt l'expérience d'une « fausse alerte », celle de la grippe H1N1, qui a présidé à notre capacité de réponse face à la covid-19.

Au-delà de l'expérience passée de gestion de crise sanitaire, c'est aussi le rapport au risque des sociétés et leur anticipation de situations de crise qui a pu les différencier face à la pandémie. En Italie, l'existence d'importants risques naturels

a facilité la coordination face à l'épidémie de covid-19, le département de la Protection civile, qui dépend directement du cabinet du président du Conseil et qui dispose de nombreux relais au niveau local, ayant été mobilisé face à la crise sanitaire.

Le rapport au risque peut toutefois être à double tranchant. Dans son rapport intermédiaire, la « mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques », présidée par le professeur Pittet et mise en place à la demande du Président de la République Emmanuel Macron, avance l'hypothèse selon laquelle « *la sensibilisation au risque pandémique et la densité des efforts de préparation se sont réduits au cours des dernières années, probablement sous le double effet des critiques portées à la gestion de la grippe H1N1 et de la priorité donnée au risque terroriste qui s'est dramatiquement concrétisé lors des attentats de 2015 et 2016* », tout en suggérant que certains « *éléments issus de la préparation ou de l'expérience de la gestion des attentats paraissent avoir été utiles pour la gestion de la crise de covid-19* ⁽¹⁾ ».

Un autre exemple est le cas du Japon, où la prévention des risques s'attache particulièrement aux risques sismiques. Il existe une politique de prévention des risques active dans ce domaine, mais les stratégies de gestion de crise sont fragilisées par une certaine rigidité qui peut s'avérer contre-productive, et suggère l'importance de la réactivité mais aussi de la flexibilité face à des situations inédites.

4. La place des facteurs culturels dans la réponse à la pandémie

Sans en exagérer la portée, il convient de prendre en compte les facteurs d'ordre culturel dans l'analyse de la réponse de l'épidémie et des mesures mises en place pour y répondre, afin d'en évaluer l'efficacité mais aussi d'aborder avec précaution l'idée d'une stratégie qui aurait fonctionné partout à l'identique.

Cela vaut notamment pour l'adoption des réflexes de prévention, facilitée dans plusieurs pays – dont la Corée du Sud ou le Japon – par une tradition du port du masque, qui s'est aussi développé en réponse à la pollution : c'est le cas en Corée du Sud, qui connaît des vagues de pollution récurrentes au printemps du fait de l'émission de particules fines.

Ces facteurs culturels peuvent aussi être analysés selon une portée plus large. Pour les auteurs d'une étude comparative publiée en avril 2020 par l'Institut Montaigne et portant sur « l'Asie orientale face à la pandémie », l'idée reçue selon laquelle la lutte contre la covid-19 en Asie a été facilitée « *par un climat politique et culturel qui favoriserait l'autorité et le collectif par rapport à l'individu* » doit être relativisée, même si le sens de la discipline et de la responsabilité peut varier

(1) Plusieurs exemples sont avancés, dont le système d'information SI-VIC pour le recensement des victimes, et l'expérimentation du transfert de patients lourds par TGV.

et a pu jouer dans un sens favorable dans la région. Interrogé à ce sujet en réunion de travail avec la commission des affaires étrangères, l'ambassadeur de France en Corée du Sud Philippe Lefort invitait à « *rompre avec l'idée selon laquelle tout cela a été réglé et prédéterminé par la pensée confucéenne* ».

La stratégie du Japon est décrite dans l'étude publiée par l'Institut Montaigne comme « *un exemple notable d'autodiscipline sociale produisant des résultats positifs* », dans un pays où la lutte contre le virus a privilégié la recommandation à la contrainte⁽¹⁾. Les facteurs culturels renvoient aussi aux relations sociales, ainsi au Japon, les contacts interhumains sont très limités, une distance est maintenue y compris dans les transports en commun en cas d'affluence, autant d'éléments qui ont favorisé une certaine « autodiscipline » des Japonais. À l'inverse, l'ambassadeur de France en Espagne Jean-Michel Casa a pu évoquer en réunion de travail avec la commission des affaires étrangères le rôle des « *facteurs socioculturels* », tels que la « *vie sociale intense* » des Espagnols et l'habitude du « *mélange intergénérationnel* », parmi les facteurs explicatifs de la forte propagation du virus sur le territoire.

Pour expliquer la stratégie singulière de la Suède en Europe – la Suède n'ayant à aucun moment pratiqué de confinement et ayant sensiblement limité les mesures restrictives – de nombreux commentateurs ont mis en avant les facteurs culturels : ainsi, les Suédois sont dans l'ensemble peu tactiles et valorisent le respect de l'espace personnel de chacun dans les lieux publics, la faible densité aidant, les transports sont rarement bondés. Lors de sa réunion de travail avec la commission des affaires étrangères le 19 novembre, l'ambassadeur de France en Suède Etienne Le Harivel de Gonville évoquait avec humour les « *blagues qui circulent dans l'espace nordique, pour dire qu'on impose actuellement aux gens de se tenir à deux mètres de distance, mais qu'on est impatients de revenir à une distance de 5 mètres* », faisant référence à la distanciation physique qui fait partie de la nature et de la culture des Scandinaves. Par ailleurs, l'isolement des personnes malades et contagieuses en Suède fait partie des mœurs, y compris pour des pathologies bénignes comme les rhumes. Apportant quelques nuances, l'ambassadeur a aussi souligné la probable tendance des autorités suédoises à s'être excessivement appuyées sur le civisme des citoyens. En effet, les citoyens, comme dans la majorité des pays touchés, ont eu aussi la tentation de reprendre une vie normale dans les phases de ralentissement de la circulation du virus.

Dans le cas du Royaume-Uni, la stratégie initiale de ralentissement – plutôt que de suppression – du virus peut pour partie s'expliquer par une certaine réticence du gouvernement à prendre des mesures contraignantes de type confinement⁽²⁾. Le fait que, culturellement, le pays se repose moins sur l'État, a probablement contribué à l'hésitation initiale du gouvernement britannique, mais a aussi pu favoriser un recours précieux aux initiatives individuelles. En réunion de

(1) Au Japon, le gouvernement n'est pas en mesure juridiquement d'imposer la fermeture des commerces, même dans le cadre d'un état d'urgence.

(2) <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-britain-path-speci/special-report-johnson-listened-to-his-scientists-about-coronavirus-but-they-were-slow-to-sound-the-alarm-idUSKBN21P1VF>

travail avec la commission des affaires étrangères, Catherine Colonna, ambassadrice de France au Royaume-Uni et ancienne ministre déléguée aux affaires européennes, a présenté ce recours aux initiatives individuelles, relayé par le tissu associatif, comme un aspect positif donc nous pourrions nous inspirer. Lors de la première vague de l'épidémie, au printemps, plus de 750 000 volontaires se sont engagés pour assister les personnes les plus vulnérables, telles que les personnes âgées isolées.

En Israël, enfin, l'un des principaux atouts d'une gestion de crise présentée au printemps comme un modèle a été la souplesse du dispositif mis en place, pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en fonction des résultats. Or, comme l'a rappelé en réunion de travail avec la commission des affaires étrangères l'ambassadeur de France en Israël Éric Danon, cette souplesse a été favorisée par son acceptation dans l'opinion publique, habituée à la gestion de crise dans un pays qui « *se gère comme un pays en guerre* ».

Davantage qu'un élément d'explication direct sur l'efficacité des mesures prises face à l'épidémie, cet aspect de la gestion de crise permet de mieux comprendre les différences dans les stratégies adoptées nationalement. Il renvoie aussi au rapport des populations aux pouvoirs publics, qui est l'un des éléments à prendre en compte dans l'évaluation des stratégies de lutte contre la pandémie (voir *infra*).

5. L'élaboration de stratégies de crise pour répondre à la pandémie

Avant de s'intéresser à la stratégie *ad hoc* adoptée pour lutter contre la crise sanitaire, il convient de revenir sur l'impact des systèmes sanitaires nationaux et leurs modes de fonctionnement.

a. La mise à l'épreuve des systèmes sanitaires et hospitaliers

Le système de santé, et plus encore le système hospitalier, apparaît comme une variable incontournable de l'étude de l'impact de la crise sanitaire, dont la prise en compte a été permanente dans les choix faits par la plupart des pays. Pour rappel, les données de l'OCDE relatives au nombre de lits d'hôpital par habitant et utilisées ci-après intègrent le secteur public et le secteur privé ⁽¹⁾.

Paul-André Rosental, dans son étude comparative sur la lutte contre la pandémie publiée en mai ⁽²⁾, insiste sur l'importance du niveau des dépenses de santé publique, qui apparaît, plus nettement que les mesures réactives de confinement, lié positivement à une mortalité contenue. Les conclusions de son étude mettent en avant deux dynamiques favorables à la maîtrise de l'épidémie : un « *investissement concentré sur l'hôpital* » (cas notamment du Japon et de la

(1) <https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2020.pdf>

(2) <https://nova.fr/notes/un-balcon-en-foret-2020-essai-comparatif-sur-l-epidemie-de-covid>

Corée du Sud) ou un « *gros effort national en matière de santé à la fois global et qualitatif* » (Allemagne, Autriche, Norvège et Suède).

L'Allemagne, le Japon et la Corée du Sud se classent, par exemple, parmi les premiers pays de l'OCDE concernant le nombre de lits d'hôpital disponibles par habitant ⁽¹⁾. La Belgique s'est distinguée par sa capacité hospitalière, l'une des plus élevées d'Europe, qui la place au 4^{ème} rang de l'OCDE pour ce qui est des lits de réanimation, avec 15,9 lits pour 100 000 habitants, derrière l'Allemagne, le Luxembourg et l'Autriche. Ainsi, malgré une forte prévalence de l'épidémie, les hôpitaux belges n'ont pas été saturés, forts d'un nombre important de lits en soins intensifs et de respirateurs.

L'expérience de la crise invite à relativiser les critiques formulées à l'encontre d'un pays comme l'Allemagne par l'OCDE, qui a régulièrement dénoncé comme une surcapacité économiquement coûteuse le nombre élevé de lits, lié en partie au fait que l'Allemagne n'a pas opéré son virage vers les soins ambulatoires (voir *infra*).

Ces données nous invitent à faire des choix stratégiques en matière de santé publique. On peut ainsi noter, que, comme l'a souligné en réunion de travail l'ambassadeur de France aux États-Unis Philippe Etienne, la crise liée à la pandémie de covid-19 a contribué à donner une place particulière à la santé publique dans la campagne électorale pour la présidentielle du 3 novembre, invitant le parti démocrate à renforcer l'accent mis sur ce sujet.

Dans ce domaine, la crise a été un révélateur de fragilités préexistantes. Dans le cas de la Belgique, la réponse apportée a pâti d'une pénurie structurelle des personnels soignants et d'un manque de matériel médical de protection, à l'hôpital comme dans les maisons de retraite. Ces fragilités ont été soulignées par la Commission européenne, qui a fait de même dans le cas de l'Espagne, où la crise a mis en avant des problèmes structurels dus à des investissements déficients ces dernières années, tant en matière d'infrastructures qu'en matière de personnel sanitaire, les personnels soignants souffrant par ailleurs de conditions précaires ⁽²⁾. L'Espagne, où les nombres de cas et de décès liés à la covid-19 sont parmi les plus élevés d'Europe, se caractérise par une part de PIB dédiée à la santé de 8,9 %, contre 9,8 % en moyenne pour l'Union européenne ⁽³⁾, situation due pour partie aux coupes budgétaires drastiques qui ont suivi la crise économique de 2008 ⁽⁴⁾. Un constat similaire a pu être fait à propos de l'Italie, dont les dépenses de santé, qui ont commencé à reculer après 2008, s'élèvent à 8,8 % du PIB, soit un point de

(1) Données 2018 : 13/1 000 au Japon, 12,4/1 000 en Corée du Sud, 8/1 000 en Allemagne, 5,9/1 000 en France.

(2) Par exemple, plus de 30 % des soignants ont un statut temporaire.

(3) Voir panorama 2019 de la Santé OCDE

(4) Par exemple, un important ticket modérateur pharmaceutique a été mis en place pendant cette période d'austérité : 24 % du total des dépenses de santé, contre 16 % pour la moyenne UE

moins que la moyenne européenne, et où le nombre de lits de soins intensifs s'élevait avant la crise à 8,6 lits pour 100 000 habitants ⁽¹⁾.

En décembre dernier, la Fédération espagnole des entreprises de technologie sanitaire (Fenin) avait notamment adressé une alerte sur l'âge moyen des appareils médicaux dans les hôpitaux espagnols. Selon son rapport, en 2018, 67 % des appareils de support vital avaient plus de 10 ans, et 19 % plus de 5 ans. En Allemagne, une pénurie de personnel soignant a été constatée dans plusieurs structures (bureaux de santé locaux, unités de soins intensifs, maisons de retraite et établissements de soins) ⁽²⁾.

Dans le cas du Pérou, qui comptait à l'automne le nombre le plus élevés de décès par million d'habitants, la faiblesse du système de santé national est apparue comme un facteur d'explication central, qui a largement limité les effets de la réaction très précoce des autorités (voir *supra*). Le pays se situe sous la moyenne régionale avec 3,2 % de PIB alloué aux dépenses de santé publique ⁽³⁾, on compte 12,6 médecins pour 100 000 habitants, contre 26 en moyenne dans la région (le taux minimum recommandé par l'OMS étant de 23/100 000), les hôpitaux ont ainsi rapidement été saturés, notamment dans les régions du Nord particulièrement impactées, à Iquitos en Amazonie mais aussi dans la capitale Lima. Au Pérou, comme l'a souligné lors d'une réunion de travail avec la commission des affaires étrangères Antoine Grassin, alors ambassadeur de France, l'importance acquise par le secteur privé dans le domaine sanitaire s'est traduite par une série de tensions pendant la crise, à tel point que le Président de la République a dû menacer les cliniques privées d'expropriation pour cause d'intérêt général.

En Équateur, pays parmi les plus touchés par la pandémie, le système sanitaire a connu un effondrement, lors du pic épidémique de la mi-mars à la mi-avril, malgré le développement du système de santé public et des structures hospitalières sur la dernière décennie. Parmi les facteurs d'explication de l'ampleur prise par l'épidémie, on peut citer le manque de capacités de traitement des malades et un défaut initial de protection du personnel soignant, auxquels s'ajoutent des facteurs plus directement liés à la nature de l'épidémie (voir *infra*).

La volonté d'éviter une mise sous tension du système sanitaire et plus encore du système hospitalier a guidé les choix faits par plusieurs pays face à la pandémie.

Dans le cas de la Suède, le fait de compter le plus faible nombre de lits d'hôpitaux par habitant (24/100 000) de tous les pays de l'OCDE ⁽⁴⁾ a invité les autorités à rapidement envisager une situation de crise, notamment pour les

(1) Contre 16,3 pour la France et 33,9 pour l'Allemagne.

(2) https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/24/covid-19-les-hopitaux-allemands-manquent-cruellement-de-personnel_6060912_3244.html

(3) Données Banque mondiale

(4) La Suède compte toutefois parmi les plus généreux en termes de dépenses de santé globale rapportées au PIB

établissements de Stockholm. Dans les tout premiers jours du mois d'avril, la capacité en soins intensifs a plus que triplé dans la région de Stockholm, et plus de 100 000 soignants ont été formés en ligne pour combattre le risque de contagion et faire connaître les mesures de protection à adopter. Si cette réactivité n'a pas permis de limiter la surmortalité au printemps, la stratégie adoptée par la Suède, qui privilégie l'immunité collective sans toutefois s'en réclamer directement, est une stratégie de temps long ⁽¹⁾ dont les effets ne peuvent encore être totalement appréciés. En tout état de cause, les capacités hospitalières suédoises n'ont jamais été saturées durant la première vague épidémique.

Au Royaume-Uni, après une décennie d'austérité ayant suivi la crise économique de 2008, marquée par un ralentissement des dépenses de santé – qui s'établissaient à 9,8 % du PIB en 2018 selon l'OCDE – le système de santé était *a priori* plus fragile que d'autres systèmes européens en entrant dans la crise. Le Royaume-Uni affiche un taux de lits de soins intensifs particulièrement bas, à 6,6 pour 100 000 habitants contre 11,6 en France ou 33,4 en Allemagne, ce qui a incité à une augmentation rapide des capacités d'accueil du National Health Service (NHS) : avant même le début du confinement, 33 000 lits ont été libérés – soit le tiers du nombre total de lits – dont 10 000 lits de soin intensifs, auxquels se sont ajoutés 8 000 lits supplémentaires mis à disposition par le secteur indépendant ⁽²⁾. Au premier jour du confinement le 24 mars, un plan consistant à mettre en place des hôpitaux temporaires – les hôpitaux « *Nightingale* » - a été lancé en complément. Malgré un effort considérable sur les capacités d'accueil sanitaires, d'autres aspects ont fait l'objet d'une réponse plus tardive et un certain retard s'est accumulé, sur le développement des tests, l'approvisionnement en ventilateurs et en équipements de protection individuelle et sur l'étude des mesures de confinement (voir *supra*).

Face à la crise, le système sanitaire français bénéficiait *a priori* d'atouts. Le niveau de dépenses publiques de santé est élevé (11,3 % du PIB, niveau le plus élevé de l'Union européenne aux côtés de l'Allemagne), le nombre de lits (5,9 pour 1 000 habitants) et de personnels soignants par habitant (10,8 infirmiers et 3,4 médecins pour 1 000 habitants) sont supérieurs à la moyenne OCDE (équivalent en ce qui concerne les médecins) ⁽³⁾. Malgré ces atouts, le système sanitaire français a été mis à l'épreuve et des adaptations ont été nécessaires. Pour pallier le manque de lits dans certaines régions au printemps, des transferts de patients ont été organisés vers des hôpitaux situés dans des régions relativement épargnées. Au total, le système sanitaire a tenu. Comme le souligne Paul Rosental

(1) *Le gouvernement a demandé dès le début de la crise aux Suédois de « vivre avec » le virus jusqu'à décembre au moins, et s'est tenu à une stratégie fixe. Isabela Lövin, la Vice-première ministre suédoise, a rapidement qualifié la crise de « marathon ». Interrogé en réunion de travail le 19 novembre, l'ambassadeur de France en Suède indiquait que, malgré l'adoption à compter de la fin du mois d'octobre de mesures de restriction plus strictes contre le virus, on ne pouvait pas parler de « renversement de la stratégie suédoise ».*

(2) <https://www.bbc.com/news/health-52293762>

(3) *La moyenne des pays de l'OCDE pour les lits d'hôpital s'élève à 4,7 lits pour 1 000 habitants, la moyenne pour les infirmiers s'élève à 8,8.*

dans son étude comparative susmentionnée sur la gestion de pandémie ⁽¹⁾, la mobilisation des personnels de santé a également joué un rôle clef pour éviter un effondrement du système de santé.

b. L'adoption de stratégies sanitaires de crise

Si la préexistence d'une organisation de crise apte à monter rapidement en puissance apparaît comme un atout (voir l'exemple de la Corée du sud *supra*), il faut aussi évaluer la mobilisation des systèmes sanitaires, avec une attention particulière pour trois points : coopération entre acteurs, protection individuelle et dépistage.

i. Coopération entre acteurs du système sanitaire

Face à la crise, les pays confrontés à un risque de débordement du système sanitaire hospitalier ont le plus souvent déployé des moyens pour renforcer les capacités de prise en charge des patients. Des lits ont été ouverts, des hôpitaux temporaires ont parfois été créés (voir l'exemple du Royaume-Uni *supra*), pour répondre au besoin de réorganisation des services. L'activation en France du « plan blanc » dans les hôpitaux le 6 mars 2020, afin de déprogrammer toutes les activités médicales non indispensables, répond également à cette logique. En Espagne, des hôpitaux de campagne ont été déployés à partir du 20 mars dans les zones où la pression était la plus forte, notamment dans la région de Madrid, et avec le concours de l'armée. Le plus grand, installé dans le Centre d'expositions et de congrès de Madrid (IFEMA), comportait 1 500 lits. En Italie, au-delà de la construction en dix jours d'un hôpital sur la zone de foire de Milan, ouvert le 1^{er} avril ⁽²⁾, la capacité de lits de soins intensifs est passée progressivement de 5 000 à 9 000 lits, selon un rapport comparable à celui obtenu en France ⁽³⁾, où un hôpital militaire comptant 30 lits de réanimation a été installé à Mulhouse dès le 23 mars.

Ces dispositifs, qui ont eu le mérite de limiter la pression exercée par la pandémie sur les systèmes hospitaliers, créent toutefois un report dans le temps et le risque d'une pression diffuse exercée par les retards et reports de traitements portant sur d'autres pathologies. Selon l'association italienne des chirurgiens d'hôpital (Acoi), les retards et les reports des traitements s'étant produits à cause de la pandémie pourraient causer plus de victimes que la pandémie même, élément à prendre en compte dans les interrogations qui devront être menées sur l'avenir des systèmes hospitaliers.

(1) <https://tnova.fr/notes/un-balcon-en-foret-2020-essai-comparatif-sur-l-epidemie-de-covid>

(2) Cet hôpital, construit grâce à plus de 21 millions d'euros de dons privés, disposait d'une capacité de 53 lits de réanimation, mais est resté quasiment vide pendant la crise.

(3) Les capacités de réanimation sont passées de 5 000 avant la crise à plus de 10 000 à la fin du mois de mars, au prix d'efforts de restructuration sans précédent.

Face à la crise, le seul fait de disposer d'un système hospitalier de grande qualité et/ou disposant d'un nombre élevé de lits n'est toutefois pas un critère suffisant. La réponse du système hospitalier doit aussi être évaluée à l'aune de la place accordée à la médecine de ville. Ainsi la place du Japon en tête des classements internationaux évaluant le nombre de lits d'hôpital par habitant doit être replacée dans le contexte d'un système sanitaire où l'on se soigne principalement à l'hôpital, et où la médecine de ville est quasi inexistante. Plus encore, le Japon dispose selon l'OCDE du plus faible nombre de lits de réanimation par habitant, lits dont la crise a entraîné une saturation rapide, alors même que le manque de personnels qualifiés pour les soins lourds a empêché le déploiement de lits supplémentaires. Dès lors, c'est grâce à d'autres atouts que le Japon a pu limiter la propagation du virus sur son territoire (voir *infra* et *supra*).

L'exemple de l'Italie mérite aussi l'attention, *via* une comparaison entre les régions lombarde et vénète, régions voisines et premières touchées par l'épidémie. La Lombardie, région la plus touchée, compte aussi parmi les régions dont le système de santé est considéré comme l'un des plus performants d'Italie, et dont les hôpitaux, publics comme privés, ont longtemps été considérés comme des modèles. La comparaison avec la Vénétie permet d'apporter des éléments d'explication ⁽¹⁾. En effet, si le ministère italien de la santé a recommandé dès le 22 février de ne pas se rendre à l'hôpital en cas d'infection respiratoire afin de ne pas surcharger le système de santé, l'idée d'un « filtre » opéré par les médecins de ville, appelés à augmenter leur disponibilité téléphonique, a connu des traductions très différentes dans les deux régions. En Lombardie, 60 % des malades ont été transférés à l'hôpital en mars contre seulement 20 % en Vénétie, où les soins à domicile ont été privilégiés. La stratégie de la Vénétie s'est aussi reposée sur le pari d'un dépistage massif, incluant les personnes asymptomatiques afin d'identifier les foyers de contagion et de les isoler le plus rapidement possible (voir *infra* sur les différentes stratégies de dépistage) ⁽²⁾. En Belgique, la médecine de ville a été mobilisée pour orienter les patients, ce qui a favorisé la préservation du système hospitalier (voir *supra*). Cette mobilisation a été d'autant plus aisée que les médecins généralistes connaissent une répartition équilibrée sur tout le territoire.

A contrario, dans le cas de la France, où les recommandations formulées lors du passage au stade 3 invitaient à appeler le 15 ⁽³⁾ – en cas de développement d'une forme grave de la maladie – et à ne pas se rendre chez son médecin généraliste en cas de symptômes mais à privilégier la téléconsultation, la médecine de ville a été peu sollicitée.

(1) Le fait que la Lombardie ait été la première touchée par l'épidémie invite aussi à relativiser cette relativisation du système hospitalier...

(2) <https://www.institutmontaigne.org/blog/les-etats-face-au-coronavirus-larchetype-italien>

(3) La page « puis-je me rendre chez un professionnel de santé ? » publiée le 20 mars par le ministère des solidarités et de la santé – invitaient les personnes ressentant des symptômes évocateurs de la Covid-19 à ne pas se rendre dans les cabinets médicaux, mais à passer par la téléconsultation ou l'appel au 15.

Ainsi, la réponse apportée face à la deuxième vague, semblant tirer les leçons de la gestion de la première vague, s'est appuyée sur une coordination renforcée entre système hospitalier et médecine de ville, plutôt que sur le « *tout hôpital* », pour reprendre les termes du Dr Edouard Devaud, chef du pôle soins intensifs et non programmés du centre hospitalier de Pontoise ⁽¹⁾.

Un autre aspect de la gestion de crise doit être pris en compte : la coopération sanitaire entre secteur public et secteur privé dans le domaine sanitaire ⁽²⁾. Si cet aspect de la gestion de la crise dépend de la nature des systèmes sanitaires nationaux, et de la répartition entre acteurs publics et acteurs privés en temps normal, il soulève aussi des interrogations sur l'utilité d'une coopération renforcée en temps de crise.

En France, la saturation des capacités hospitalières observée au printemps s'explique aussi par le retard important pris dans la mobilisation du secteur privé. Ainsi, dans le cadre des stades 1 et 2 du plan Orsan-REB – qui organise la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles de risque épidémique et biologique – déclenchés les 14 et 19 février 2020, la réponse à la crise a été centrée sur 38 établissements publics « habilités covid-19 ⁽³⁾ ». Les cliniques et hôpitaux privés ont engagé à compter du 14 mars la déprogrammation des soins non urgents, et le 22 mars, le président de la fédération de l'hospitalisation privée (HDP) Lamine Gharbi demandait au Gouvernement que le secteur privé soit « *réquisitionné pour épauler l'hôpital public* » précisant que « *nos établissements y sont préparés* ». Il rappelait également la nécessité d'une « *coopération sans faille entre toutes les forces sanitaires* ⁽⁴⁾ ». La part des hôpitaux et cliniques privés dans la prise en charge des hospitalisations liées à la covid-19 a progressivement augmenté, passant de 19 % le 2 avril à 33 % au 30 avril ⁽⁵⁾.

Face à une crise sanitaire, il apparaît donc essentiel d'associer le plus tôt possible tous les acteurs susceptibles d'être mobilisés (hôpitaux publics comme privés, médecins de ville, laboratoires, ONG, etc...).

(1) <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Covid-19-medecine-ville-mieux-integree-prise-charge-2020-11-09-1201123680>

(2) *Le présent comparatif s'intéresse en priorité à la mobilisation du secteur privé sanitaire, et laisse de côté la mobilisation, constatée dans de nombreux pays, des industries qui se sont « reconverties » pour participer à la lutte contre l'épidémie.*

(3) *Le guide méthodologique de préparation au risque épidémique Covid-19, publié par le ministère des solidarités et de la santé le 20 février précisait alors que les établissements de santé ne faisant pas partie de ces établissements de référence et qui diagnostiqueraient un cas de Covid-19 devaient « organiser le transfert du patient vers un établissement habilité pour le Covid-19 avec le SAMU centre 15. »*

(4) https://www.huffingtonpost.fr/entry/coronavirus-les-hopitaux-privés-veulent-etre-requisitionnes_fr_5e777307c5b6f5b7c5461687?ncid=weetlnkfr:hpmg00000001

(5) <http://www2.assemblee-nationale.fr/static/15/pdf/rapport/i3633.pdf> p.152

Dans le cas de la Corée du Sud ou de l'Allemagne ⁽¹⁾, la mobilisation des laboratoires privés a été cruciale dans la montée en puissance rapide des capacités de dépistage (voir *infra*).

Comme l'a souligné en réunion de travail avec la commission des affaires étrangères, Nikolas Meyer-Landrut, alors ambassadeur d'Allemagne en France, les autorités allemandes ont « *essayé relativement tôt de travailler avec l'industrie chimique et pharmaceutique pour disposer de suffisamment de tests avant que la vague de contaminations n'arrive en Allemagne () il y a donc bien eu en Allemagne une prise de conscience relativement tôt dans l'année ainsi qu'une demande faite à la fois au secteur industriel et aux laboratoires en vue de mettre en place les structures nécessaires* ».

La mobilisation de l'industrie pharmaceutique allemande, soutenue financièrement pour accélérer la recherche d'un vaccin contre la covid-19, a été pleinement intégrée dans la stratégie de lutte contre le virus ⁽²⁾. Un premier protocole de dépistage a pu être mis au point dès le mois de janvier en Allemagne (voir *infra*), tout comme en Corée du Sud, où les autorités ont lancé une semaine après la confirmation du premier cas dans le pays une coopération avec le vaste réseau ⁽³⁾ de laboratoires publics et privés implantés dans le pays et avec une série de sociétés pharmaceutiques. Le premier modèle de test diagnostic a ainsi été approuvé par le CDC coréen dès la fin du mois de janvier 2020.

Aux États-Unis, un partenariat public-privé a été mis en place, mais beaucoup plus tardivement, à la suite de la déclaration d'état d'urgence par l'État fédéral le 13 mars. Ce partenariat a notamment visé à répondre au besoin d'augmentation des capacités de dépistage, avec la mise en place de tests « *drive-through* » sur les parkings de grande enseigne, puis l'autorisation donnée par l'administration fédérale à davantage d'acteurs – publics comme privés – pour développer leurs propres technologies de tests, et le développement d'une coopération renforcée avec les laboratoires d'analyses médicales et les fabricants ⁽⁴⁾.

La coopération public-privé a toutefois pu susciter des réserves, notamment en Italie. Si l'inclusion des cliniques privées dans la gestion de crise a été un élément déterminant – de façon toutefois différenciée selon les régions ⁽⁵⁾ –

(1) D'après les informations transmises par l'ambassade de France en Allemagne, si le réseau de laboratoires allemand est étendu et diversifié, le recensement des laboratoires privés répartis sur le territoire n'est pas centralisé et il est impossible d'en arrêter une liste exhaustive.

(2) <https://www.institutmontaigne.org/blog/les-etats-face-au-coronavirus-lallemagne-un-modele-resilient>

(3) À titre indicatif, les tests PCR sont examinés par un réseau de 118 institutions à travers le pays, dont le KCDC, 18 instituts de recherche de santé publique et environnementale et 95 laboratoires médicaux et hôpitaux privés.

(4) Des laboratoires comme Quest Technologies, Lab Corp et des industriels comme Roche, Thermo Fisher, Cepheid, Abbott....

(5) Au total, dans le premier mois de la crise le nombre de lits en soins intensifs mis à disposition pour les malades de Covid-1 dans des cliniques privées s'élevait à 16 % du total des lits en soins intensifs sur le territoire national. La Lombardie et le Latium sont les régions qui se sont distinguées par une inclusion

l'action de certains laboratoires privés a pu susciter des critiques de la part des autorités nationales et régionales. Cela a été le cas face à la vente de tests sérologiques payants qui a pu être critiquée en Italie ⁽¹⁾, à la fois en raison de l'imposition d'une logique de profit dans un domaine défini comme un service public gratuit et eu égard à la faible fiabilité des tests vendus. À l'instar du niveau d'investissement dans la santé collective, la détermination de la place et du rôle du secteur privé dans le domaine sanitaire gagnera à faire l'objet d'une réflexion approfondie à l'aune de l'expérience de la crise sanitaire.

ii. Approvisionnements en masques et doctrines d'emploi

À bien des égards, la production et la doctrine d'emploi des masques ont été au cœur de la gestion de cette crise sanitaire. Cela a pu être constaté dans tous les pays étudiés, qui ont tous connu des difficultés d'approvisionnement, résorbées plus ou moins rapidement. Dans la majorité des pays, la doctrine d'emploi des masques a d'abord été dictée par l'insuffisance des stocks.

L'évolution de la doctrine constatée dans de nombreux États est à mettre en perspective avec les fluctuations des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le port du masque.

Celles-ci ont évolué à quatre reprises au cours de l'année 2020 ⁽²⁾. Les premières recommandations datent du 29 janvier et indiquent qu'il n'est « *pas nécessaire de porter un masque car aucun élément n'indique que les masques protègent les personnes qui ne sont pas malades* », le port d'un masque de type médical est recommandé mais uniquement en cas de « *symptômes respiratoires* ». Depuis le 5 juin, l'OMS recommande le port du masque grand public, en cas de transmission généralisée de la covid-19 et lorsqu'il est difficile de maintenir une distanciation physique. La dernière actualisation des recommandations, en date du 2 décembre, invite au port du masque dans les lieux clos, y compris à son propre domicile lorsqu'on y reçoit des personnes extérieures au foyer.

L'écrasante majorité des pays touchés ont connu des problèmes d'approvisionnement en masques, qui se sont souvent étendus aux équipements de protection individuelle dans leur ensemble (blouses, gants, voire gel hydroalcoolique). En Belgique, la pénurie a concerné l'ensemble des équipements de protection et la gestion de crise a été fragilisée par plusieurs commandes s'étant révélées non conformes et donc inutilisables ⁽³⁾, situation connue également par d'autres pays européens ⁽¹⁾ ou par les États-Unis ⁽²⁾.

substantielle du privé, avec 334 lits dans les services de soins intensifs des cliniques privées en Lombardie et 279 dans le Latium (données transmises par l'ambassade de France en Italie).

(1) Le 18 juin dernier, le Conseiller Santé du Latium – Alessio D'Amato – commentait à cet égard : « *Le contrôle du virus n'est pas un business. Il est inutile de gâcher de l'argent dans des tests privés qui risquent de créer des faux positifs ou négatifs. Ce que cette crise nous aurait dû apprendre c'est le rôle essentiel et irremplaçable de la santé publique* ».

(2) <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#event-41>

(3) Cela a notamment concerné trois millions de masques FFP2 commandés à un producteur chinois à la fin mars, puis une nouvelle commande de cinq millions de masques annulée car le fournisseur s'était avéré

Même la Chine, pourtant principal producteur mondial de masques, a connu des insuffisances dans ses stocks en début d'épidémie, conduisant certaines provinces à réguler la distribution de masques au public⁽³⁾. Pour le grand public, la distribution *via* les commerces et grandes surfaces a été difficile pendant tout le mois de février et la situation ne s'est améliorée que courant mars⁽⁴⁾.

Aux États-Unis, les difficultés d'approvisionnement ont traduit un manque de préparation mais aussi de coordination entre État fédéral et États fédérés, qui se sont retrouvés en concurrence (voir *infra*). Selon le témoignage de Rick Bright⁽⁵⁾, ancien directeur de l'agence BARDA (agence américaine pour la recherche et le développement biomédical avancé) démis de ses fonctions en avril, le gouvernement fédéral et son administration ont « *rejeté les signaux d'alerte précoce, alors que le virus est apparu comme une menace à l'étranger* ». Aux États-Unis, les polémiques ont été d'autant plus vives que de nombreux industriels ont proposé de produire des masques ou d'en augmenter leur production, sans que l'État ne donne suite à leurs propositions.

Même dans des pays dont les habitants sont rompus au port du masque comme la Corée du Sud, des tensions sur les stocks ont été constatées. En Corée du Sud, cela s'est traduit par un rationnement temporaire (interdiction des exportations, limitation des achats à deux masques par semaine et par famille, sur présentation de la carte de sécurité sociale). Selon les informations publiques disponibles, le gouvernement coréen ne disposait pas de stocks de masques avant la crise de la covid-19, les masques n'étant pas inscrits dans la liste des « ressources de gestion de crise » qui font l'objet d'un suivi par les autorités coréennes⁽⁶⁾. Toutefois, le masque étant un objet d'usage fréquent notamment face à la pollution (voir *infra*), les entreprises productrices disposaient probablement de stocks d'avance, et ont rapidement été appelées par les autorités à

« malhonnête » https://www.rtf.be/info/dossier/epidemie-de-coronavirus/detail_coronavirus-une-commande-de-millions-de-masques-ffp2-annulee?id=10470332

- (1) *Par exemple le Royaume-Uni, avec une commande de 84 tonnes d'équipements de protection individuelle prévue pour le 19 avril et qui ne finit par atterrir qu'avec une partie de l'équipement prévu, qui s'est avéré inutilisable.*
- (2) *La Food and Drug Administration a ainsi retiré le 7 mai l'autorisation accordée à plus de 60 fabricants chinois d'exporter des masques de type N95 aux États-Unis, en citant des tests qui montraient que les produits ne répondaient pas aux normes de qualité. Par ailleurs, de nombreuses escroqueries et un afflux de faux masques N95 ont été constatés.*
- (3) *À Shanghai, mise en place d'une obligation de s'inscrire sur un registre tenu par le comité de quartier et distribution d'un nombre limité par famille, à Wuhan, même à l'hôpital, les professionnels pouvaient garder la même protection pendant une journée.*
- (4) *Selon le ministère chinois de l'industrie (MIIT), la Chine pouvait produire 20 millions de masques par jour et en produisait effectivement 14,8 millions en date du 5 février. Ces capacités ont fortement augmenté au cours des semaines suivantes. Fin mars, certains acteurs du secteur estimaient ainsi les capacités de production du pays à environ 300 millions masques/jour, et elle a continué à augmenter depuis bien qu'aucune statistique officielle ne soit disponible.*
- (5) https://energycommerce.house.gov/sites/democrats.energycommerce.house.gov/files/documents/Testimony-Bright-Protecting%20Scientific%20Integrity%20in%20the%20COVID-19%20Response_051420.pdf
- (6) *Le ministère de l'intérieur a révisé le 4 juin le règlement sur la « catégorie des ressources de gestion de crise » pour ajouter les masques comme ressources de crise, il prévoit désormais des stocks de 100 millions de masques en cas de crise.*

en fabriquer. Le constat est proche au Japon, qui a été confronté à une pénurie et a dû faire appel à la Chine, ainsi qu'à des entreprises locales dont certaines se sont reconverties dans la production de masques. À la fin du mois de février et jusqu'au début du mois de mars, il était impossible de trouver des masques, dont les prix avaient énormément augmenté. Face à cette pénurie, le gouvernement japonais a décidé de distribuer à tous les Japonais des masques en tissu désormais qualifiés d'« *Abenomask* », qui se sont avérés défectueux pour beaucoup d'entre eux.

La gestion taïwanaise des masques offre un exemple de bonne gestion stratégique. Dès le mois de janvier 2020, le gouvernement a en effet commandé du matériel pour doubler la capacité locale de production de masques – passée de 10 à 19 millions d'unités quotidiennes – et mis en place des outils numériques pour organiser une vente rationnée. Les entreprises privées mobilisées dans la production ont bénéficié de mesures particulières pour financer les achats de machines, et l'armée a été mobilisée pour monter les chaînes de production.

En Espagne, mais aussi dans d'autres pays comme le Royaume-Uni ⁽¹⁾, la polémique sur les stocks de masques et autres équipements de protection individuelle s'est cristallisée sur la situation des soignants, premiers exposés au virus et pourtant fragilisés par l'insuffisance des stocks. Dès lors, la doctrine d'emploi, comme cela a pu être constaté en France, a été contrainte à une hiérarchisation, privilégiant dans un premier temps les soignants, avant une extension progressive. Mi-avril, *Public Health England* a été contrainte de faire évoluer ses recommandations aux soignants, dans un sens moins protecteur, faute d'équipements suffisants ⁽²⁾.

Au Royaume-Uni, compte tenu des très fortes tensions sur l'approvisionnement en masques des personnels soignants, le choix a d'abord été fait de ne pas émettre de recommandations sur l'usage des masques par le grand public, arguant que leur utilité était marginale face à d'autres mesures barrière. Lorsque la recommandation a été faite, en mai, de porter un masque lorsque le respect de la distance de deux mètres entre deux personnes dans l'espace public n'était pas possible ⁽³⁾, le gouvernement a pris soin de distinguer la notion de masque, réservée aux personnels de santé et médico-sociaux, de celle de « *face covering* » (protection pour le visage, pouvant être assurée par une écharpe ou un foulard), à privilégier pour le grand public.

En France, au début de la crise, le stock national de masques de protection géré par Santé publique France se trouvait à un niveau bas, correspondant à environ une centaine de millions de masques chirurgicaux et à un stock inexistant pour les masques les plus protecteurs, FFP2, destinés aux personnels soignants.

(1) Au Royaume-Uni, la situation des « carers » a régulièrement fait l'objet de questions adressées au gouvernement et au Premier ministre depuis le début de la crise.

(2) <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/17/nhs-staff-to-be-asked-to-treat-coronavirus-patients-without-gowns>

(3) À compter du 11 mai en Angleterre, avec une extension en juin concernant les transports en commun.

L'État a dû procéder à des commandes massives – au 28 mai, Santé publique France avait commandé 3,42 milliards d'unités, dont 2,4 milliards de masques chirurgicaux et 978 millions de masques FFP2 – ainsi qu'à des réquisitions, et a soutenu le développement des capacités de production nationales. Comme l'a souligné le ministre des solidarités et de la santé devant la mission d'information de la conférence des présidents sur l'épidémie de covid-19, le manque de masques de protection a imposé une hiérarchisation de leur distribution, d'abord orientée vers les zones de circulation les plus actives du virus et les personnels soignants y travaillant⁽¹⁾. Un constat similaire peut être fait dans le cas de l'Espagne, où l'obligation élargie du port du masque a toutefois été édictée plus tôt qu'en France : dès le 4 mai dans les transports publics, depuis le 21 mai dans les espaces à l'air libre et dans tout lieu fermé d'usage public ou recevant du public. Le port du masque y est globalement bien accepté et respecté, et son refus pour partie lié à la contestation du gouvernement par le parti d'extrême-droite Vox, lié à la mouvance « anti-masques ». La dimension « politique » du port du masque est apparue plus nettement encore dans d'autres pays, à commencer par les États-Unis.

Aux États-Unis, la doctrine fédérale d'emploi est apparue comme un moyen de gérer la pénurie, et le port du masque est devenu un symbole des divisions politiques sur l'appréhension du virus. Début avril⁽²⁾, les centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) publient une nouvelle recommandation sur les masques en tissu pour le grand public, invitant à en porter lorsque les mesures de distanciation sociale ne peuvent pas être respectées. Cette recommandation est publiée après de nombreux échanges avec la Maison blanche, alors que le Président n'y est pas favorable. Face à l'insuffisance de stocks des masques N95 utilisés par les soignants, la Food and Drug Administration (FDA) et les CDC publient mi-mai des recommandations sur la gestion de pénurie, allant jusqu'à suggérer de re-stériliser les masques pour les utiliser une nouvelle fois. Ces recommandations ont fait l'objet d'importantes critiques de la part des personnels soignants⁽³⁾.

À l'inverse, dans d'autres pays qui se distinguent par une bonne gestion d'ensemble de la crise, le port du masque a fait l'objet d'un consensus et d'une large acceptation par les populations, malgré des insuffisances initiales dans les stocks. L'expérience passée de précédentes épidémies, mais aussi les habitudes des populations, ont joué un rôle important. Au Japon, dès le mois de janvier et à la lumière des recommandations venant de Chine, de très nombreux Japonais ont commencé à porter un masque à l'extérieur et à accorder une importance accrue au lavage des mains, avant même que des recommandations officielles ne soient formulées à ce sujet. Comme l'a souligné en réunion de travail avec la

(1) Le ministère de la santé a mis en place un dispositif logistique d'approvisionnement des personnels soignants en masques à compter du 16 mars.

(2) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/diy-cloth-face-coverings.html>

(3) Notamment du syndicat National Nurses United, qui a condamné l'utilisation des systèmes de décontamination comme « inacceptable et dangereuse ».

commission des affaires étrangères Laurent Pic, alors ambassadeur de France au Japon, les Japonais « *portent volontiers le masque notamment l'hiver, et tous ces facteurs permettent probablement d'avoir amorti une partie de la pandémie* ».

Un constat similaire peut être fait concernant la Corée du Sud, où la population a commencé à porter le masque dans les espaces publics dès la mi-janvier, alors que la première alerte adressée par les autorités à ce sujet date du 23 janvier ⁽¹⁾. À Taïwan, le port du masque, l'usage des solutions hydroalcooliques mais aussi la prise de température se sont généralisés très rapidement, sur le modèle de la crise du SRAS.

À noter que la Suède s'est également distinguée en matière de port du masque. Ce dernier n'a pas été rendu obligatoire et n'est pas non plus particulièrement recommandé par les autorités. Pour l'Agence de santé publique suédoise, les preuves de son efficacité pour réduire les transmissions sont faibles, et pis encore, le masque peut provoquer un sentiment de « *fausse sécurité* » risquant de conduire à baisser la garde sur les règles de distanciation physique et sociale, sur lesquelles l'accent a été mis. Pour le chef épidémiologiste Anders Tegnell, le fait que certains pays aient étendu et imposé le port du masque et n'aient pas pour autant empêché l'afflux d'une seconde vague épidémique incite à ne pas faire du masque un élément central des stratégies de lutte contre la covid-19 ⁽²⁾.

iii. Matériels médicaux

L'insuffisance des stocks constatée dans de nombreux pays n'a pas uniquement concerné les masques. D'autres équipements dits de protection individuelle tels que les blouses ou les gants ont manqué. De façon générale, le matériel médical nécessaire pour faire face à la pandémie (médicaments, respirateurs, etc.) a souvent en-deçà des besoins dans les premiers temps de la crise.

Ces insuffisances se sont traduites par des hausses de prix sur les marchés internationaux. Selon l'OMS, les prix des matériels de santé ont « grimpé en flèche » entre janvier et mars 2020 : ils ont doublé pour les blouses médicales et sextuplé pour les masques chirurgicaux ⁽³⁾. La nécessité pour de nombreux États de répondre dans l'urgence aux besoins suscités par la pandémie a donné lieu à des échanges commerciaux massifs de matériels médicaux. Selon les données de l'administration générale des douanes chinoise, la Chine a importé 2,46 milliards de pièces de matériel de prévention et de contrôle de l'épidémie pour un montant d'un milliard de dollars entre le 24 janvier et le 29 février 2020, avant d'exporter

(1) Comme évoqué supra, le port du masque s'est également développé en Corée du Sud du fait de vagues de pollution récurrentes au printemps, en raison de l'émission de particules fines et des conditions météorologiques.

(2) https://www.lemonde.fr/international/article/2020/11/11/face-au-covid-19-la-suede-a-visage-decouvert_6059310_3210.html

(3) <https://www.who.int/fr/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>

entre le 1^{er} mars et le 30 avril des matériaux médicaux pour une valeur d'environ 71,2 milliards de yuans, dont 27,8 milliards de masques et 130 millions de combinaisons de protection ⁽¹⁾.

Face à la pandémie, force est de constater que la plupart des pays ont pâti d'un manque de préparation, qui s'est manifesté par une insuffisance dans les renouvellements des stocks de matériels médicaux, notamment des matériels d'urgence.

En France, face à l'évolution de l'épidémie et compte tenu de l'insuffisance des stocks, l'agence Santé publique France, responsable de la gestion des stocks stratégiques nationaux en produits de santé, s'est vue attribuer au mois de mars une dotation exceptionnelle de 4 milliards d'euros afin d'acquérir essentiellement des masques, des respirateurs et des médicaments ⁽²⁾. D'autres pays européens ont été concernés par des stocks insuffisants de matériels médicaux, dont l'Italie. En mars, le haut-commissaire en charge de la lutte contre la covid-19, Domenico Arcuri, déclarait ainsi : « *il nous faut plus de matériel, plus de lits, plus de personnel : nous devons mettre en œuvre une révolution de notre système sanitaire* ⁽³⁾ ».

Aux États-Unis, les inquiétudes du monde médical ont notamment porté sur les respirateurs. Selon une étude de l'Université Johns Hopkins de 2018, les États-Unis devraient disposer d'au moins 742 500 appareils d'assistance respiratoire pour pouvoir faire face à une grave pandémie mondiale (la référence de l'étude étant la grippe espagnole de 1918). Or, au début de la crise, il est estimé que les États-Unis ne pouvaient compter que sur 160 000 appareils, dont 98 000 incomplets. Lors d'un point presse, en mars 2020, l'épidémiologiste Anthony Fauci avait en outre indiqué que le stock d'urgence ne comprenait que 12 700 respirateurs ⁽⁴⁾.

À noter que certains pays étaient mieux préparés que d'autres en termes de matériels et équipements médicaux. C'est le cas de l'Allemagne, qui, pour rappel, disposait au début de la crise de plus de 25 000 lits de soins dotés d'un système d'assistance respiratoire, soit cinq fois plus que l'Italie et quatre fois plus que la France ⁽⁵⁾ (voir focus sur l'Allemagne *infra*).

(1) <https://fr.theepochtimes.com/le-regime-chinois-accumule-les-stocks-mondiaux-de-materiel-medical-entrainant-une-penurie-croissante-en-dehors-de-la-chine-1321519.html>

(2) Un premier arrêté du 11 mars 2020 lui avait attribué une dotation de 260 millions d'euros ; ce montant a été porté à 860 millions d'euros par un arrêté du 22 mars 2020, puis à 4 milliards par un arrêté du 30 mars 2020.

(3) <https://www.leparisien.fr/societe/coronavirus-en-soins-intensifs-l-italie-a-64-de-lits-supplementaires-et-ce-n-est-pas-fini-24-03-2020-8286918.php>

(4) <https://www.letemps.ch/monde/aux-etatsunis-guerre-respirateurs#:~:text=Selon%20une%20C3%A9tude%20de%20la%20grippe%20espagnole%20de%201918.>

(5) <https://www.pourleco.com/en-vrai/la-fabrique-de-leco/allemande-coree-du-sud-quels-meilleurs-systemes-de-sante>

iv. Dépistage

Au moins autant que les masques, les tests – de dépistage, dits « PCR », et dans une moindre mesure les tests sérologiques, détectant la présence d'anticorps – ont été au cœur de la gestion de la crise sanitaire. Utilisés pour contenir la propagation du virus, ils sont aussi un déterminant dans la connaissance de l'étendue de l'épidémie sur un territoire et dans l'évaluation de sa létalité, *via* le décompte des cas positifs.

Comme l'a souligné une étude comparative conduite par le chercheur Joe Hasell, portant sur quatre pays ⁽¹⁾, les deux données que sont le nombre de tests pratiqués dans un pays et le nombre de cas confirmés de covid-19 ne disent rien ou presque de l'efficacité des politiques mises en œuvre lorsqu'elles sont prises séparément. D'une part, le nombre de cas confirmés dans un pays n'est pas suffisant pour y mesurer l'étendue de la pandémie s'il n'est pas rapporté à la politique de tests qui les a découverts. D'autre part, il est nécessaire de prendre en compte le nombre de cas confirmés dans l'analyse des politiques de tests : ainsi, une politique de dépistage massive mais tardive peut voir son efficacité limitée.

Pour rappel, l'OMS a commencé le 16 mars 2020 à préconiser le dépistage systématique de toutes les personnes présentant des symptômes de la covid-19.

Selon les conclusions de cette étude, le dépistage à grande ampleur, suffisamment tôt dans la vague épidémique, est l'une des mesures clé pour combattre une pandémie. L'exemple de la Corée du Sud est mis en avant : les autorités ont mis en place dès le 4 février une campagne de dépistage à grande échelle, reposant sur des centres « *drive-through* » permettant d'être testé sans sortir de son véhicule, ce qui a aussi eu l'avantage de limiter la pression sur les hôpitaux et de réduire les risques de transmission en évitant les contacts entre les personnes testées ⁽²⁾.

Ces tests ont été couplés à une stratégie de traçage des contacts, relativement intrusif et contraignant. Une fois qu'un individu est testé positif, les autorités sanitaires retracent ses mouvements récents pour identifier et isoler les cas contacts, à l'aide d'une série de données (voir *infra*). Progressivement, la montée en puissance du dispositif a permis d'obtenir des résultats de tests PCR en moins de six heures, dès le mois de février ⁽³⁾. Cette stratégie a par ailleurs pu s'appuyer sur des tests dont la préparation a commencé dès le mois de décembre, à partir des informations disponibles et grâce à l'efficacité des industriels qui ont su en produire rapidement.

La mobilisation des laboratoires privés semble avoir joué un rôle important dans la montée en puissance des capacités de dépistage et par là-même

(1) <https://ourworldindata.org/covid-testing-us-uk-korea-italy> Les États-Unis, le Royaume-Uni, la Corée du Sud, l'Italie

(2) Le cas susmentionné de la Vénétie fournit également un exemple de dépistage massif mené avec profit

(3) https://www.liberation.fr/planete/2020/03/29/la-coree-du-sud-les-tests-la-premiere_1783519

dans la connaissance de l'étendue de l'épidémie. En Europe, le cas singulier de l'Allemagne a aussi illustré l'importance de la coopération public-privé dans le déploiement du dépistage ⁽¹⁾. L'Allemagne a mis au point un premier protocole de test dès le 17 janvier, avant la Chine (24 janvier), et a d'emblée mobilisé ses laboratoires pour effectuer des tests PCR, là où la France ne l'a autorisé qu'à partir du 7 mars, par décret. Dès la fin du mois de mars, l'Allemagne pratiquait 300 000 à 500 000 tests par semaine, contre 35 000 à 85 000 en France.

D'autres pays étant parvenus à limiter la propagation de l'épidémie ont toutefois eu recours à des stratégies de dépistage très ciblées, éventuellement associées à un traçage approfondi des individus.

Le Japon a ainsi privilégié une politique de dépistage très restrictive ⁽²⁾, axée sur les cas symptomatiques et l'identification de foyers épidémiques, selon les « 3T3 » (*test-track-treat*). Cette stratégie, pour partie dictée par le manque d'infrastructures et de personnels pour procéder aux tests PCR, a d'abord bien fonctionné, avant que le système de dépistage et de traçage ne soit débordé en mars du fait de l'accélération de la pandémie, et qu'un nouvel équilibre ne soit progressivement atteint pour pouvoir prendre en charge avec efficacité un maximum de *clusters*.

Dans le cas de Taïwan, le recours aux tests a été limité par la stratégie d'identification des cas mise en place dès le début de l'épidémie en janvier, misant sur un contrôle automatique aux frontières du pays, associé à une identification des chaînes locales de transmission. Les frontières ont été fermées dès le mois de mars, et les personnes autorisées à gagner le territoire taïwanais sont depuis lors soumises à une quarantaine obligatoire, suivie quotidiennement par les autorités, et à un double dépistage, qui, comme tout test pratiqué à Taïwan, est aux frais du patient, pour un montant non négligeable équivalent à environ 200 euros. À ce dépistage ciblé s'est ajoutée une stratégie de traçage et de surveillance mettant à profit les outils numériques (voir *supra*), entraînant des atteintes à la vie privée mais perçus comme un moyen d'éviter un confinement généralisé de la population : données (vidéos surveillance, localisation) utilisées pour identifier les chaînes de transmission, au besoin grâce à un croisement avec les données relatives aux consultations médicales, surveillance numérique pour les personnes placées en quarantaine ⁽³⁾, mise en place d'un *chatbot* ⁽⁴⁾ entre les autorités

(1) https://www.huffingtonpost.fr/entry/tests-face-au-coronavirus-pourquoi-la-france-ne-copie-pas-lallemagne_fr_5e81c3c0c5b66149226ad574

(2) *La prise en charge systématique à l'hôpital de tous les cas positifs a de fait donné un rôle de régulation aux médecins, qui ont prescrit peu de tests afin d'éviter une saturation des hôpitaux.*

(3) *Au début de l'épidémie, les autorités sanitaires taïwanaises avaient distribué à chaque personne placée en quarantaine un téléphone portable surveillant leur localisation, via le GPS. Le nombre de personnes en quarantaine augmentant au fur et à mesure des retours à Taïwan (jusqu'à environ 80 000 personnes), les autorités sanitaires taïwanaises avaient rapidement abandonné cette option, matériellement difficile, pour une identification à partir du numéro de téléphone via les antennes-relais.*

(4) *Un chatbot est un logiciel de conversation instantanée qui permet de simuler une conversation avec un agent, en intégrant grâce à l'intelligence artificielle une reconnaissance de mots-clés et des réponses pré-programmées*

sanitaires et les personnes placées en quarantaine, pour rendre compte régulièrement de leur état de santé.

La majorité des pays étudiés ont adopté des stratégies intermédiaires qui ont pu connaître des évolutions en fonction des stocks de kits de test disponibles et des ressources humaines mobilisables. L'état des connaissances sur la maladie a aussi joué un rôle dans l'évolution des stratégies de dépistage.

Par exemple, en Italie, avant le début de la crise, les tests étaient réalisés seulement sur les personnes entrées en contact avec des personnes provenant de Chine ou ayant été en contact avec des personnes provenant de Chine. À compter du 27 février, seules les personnes ayant des symptômes et/ou ayant été en contact avec des personnes positives sont dépistées. Le 3 avril, le ministère de la santé a précisé la politique de dépistage adoptée depuis lors : les tests sont réalisés pour toutes les personnes avec des symptômes et pour leurs contacts « à risque » et tous les patients d'hôpital et d'EHPAD avec une infection respiratoire. En Espagne, en vertu du protocole adopté en février par le comité interterritorial, les tests ont été ciblés sur les personnes présentant des symptômes ou de retour d'une liste de pays et régions à risque, et sur l'ensemble des malades hospitalisés pour affections respiratoires aiguës non expliquées. Face à l'insuffisance des stocks de kits, le dépistage a dû être restreint à la mi-mars aux personnes présentant des symptômes graves.

En France, dans les premières semaines de l'épidémie, les tests PCR ne sont effectués que sur prescription médicale pour un nombre limité de patients ⁽¹⁾. L'accès aux tests a été généralisé à compter du 24 juillet, en le rendant accessible à toute personne volontaire ⁽²⁾, avant qu'une nouvelle priorisation n'intervienne au début de l'automne face à l'engorgement des laboratoires. La capacité de dépistage a progressivement augmenté grâce à la commande de tests et à l'augmentation de la production, à l'achat d'équipements nécessaires à leur réalisation et à la mobilisation des laboratoires, les premiers tests de diagnostic ayant été disponibles dans les laboratoires de ville à compter du 9 mars (voir *supra*).

Distinctes des capacités allemandes, les capacités françaises l'étaient aussi des moyens disponibles dans un pays comme la Corée du Sud, rendant impensable la mise en place d'un dépistage de masse ⁽³⁾. Les capacités françaises se sont améliorées à partir de début avril ⁽⁴⁾, avec 125 000 tests effectués la semaine du 6,

(1) *Patients symptomatiques présentant des signes graves nécessitant une hospitalisation, liste prédéfinie de personnes à risque, professionnels de santé et personnes fragiles vivant en structure collective (EHPAD, handicap). Cette stratégie initiale rejoint les recommandations formulées le 31 mars par le Haut conseil de santé publique* <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=790>

(2) <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042148309?r=Gly8Bu60gG>

(3) *Voir à ce propos les déclarations du président du Conseil scientifique Jean-François Delfraissy, interrogé fin mars à ce sujet* https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/20/jean-francois-delfraissy-nous-avons-une-vision-a-quat-semaines_6033854_3244.html

(4) *Plusieurs leviers ont été actionnés pour permettre la montée en puissance de la capacité de dépistage : commandes de réactifs et d'écouvillons, prises d'arrêtés de réquisition de laboratoires (neuf en avril),*

tandis que le système de remontée d'informations prenait forme *via* les Agences régionales de santé ⁽¹⁾.

La montée en puissance des tests PCR a pu faire l'objet de débats et l'organisation a connu des évolutions dans la majorité des pays touchés.

Au Royaume-Uni, le gouvernement est passé d'une prise de distance vis-à-vis des recommandations de l'OMS en matière de dépistage à l'engagement d'atteindre 100 000 tests quotidiens fin avril, au prix d'une modification partielle de la définition (non plus les tests effectivement réalisés, mais la capacité de test). Jusqu'à la fin du mois d'avril, les tests étaient exclusivement réalisés par *Public Health England* et le NHS. Pour arriver à étendre les capacités de test nationales, les laboratoires privés ont été progressivement associés. Il a fallu attendre le 18 mai pour que toute personne présentant des symptômes puisse se faire tester, et les campagnes de tests systématiques des résidents et du personnel des maisons de retraite n'ont été lancées qu'à partir de la fin du mois d'avril ⁽²⁾. Aux États-Unis, la montée en puissance de la capacité de tests et la doctrine d'emploi ont aussi connu des fluctuations, et ont été émaillées de plusieurs polémiques ⁽³⁾. Un certain retard a été accumulé en début de crise, sur les mois de janvier-février, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) se sont révélés incapables de déployer massivement et rapidement leur technologie de dépistage, et certains des kits envoyés dans les laboratoires des États fédérés se sont avérés défectueux. La capacité de test n'a commencé à augmenter sensiblement qu'à partir de la mi-mars. Entre mars et juin, les CDC ont modifié les lignes directrices d'emploi des tests à cinq reprises. D'abord très restrictives, elles se sont progressivement ouvertes. Les gouverneurs et les maires des grandes villes ont aussi incité leurs habitants à se faire tester à mesure que leurs capacités grandissaient.

c. L'impact de l'organisation de l'État sur la gestion de crise

La répartition des compétences, et notamment de la compétence sanitaire, entre l'échelon central ou fédéral et les échelons locaux fait partie des variables qui ont pu avoir un impact sur la gestion de la crise sanitaire. Dans l'ensemble, l'éclatement ou le conflit de compétences semblent avoir été préjudiciables, tandis que la coordination entre les différents échelons a le plus souvent été un déterminant important de l'efficacité de la gestion de crise, bien que le renforcement de l'échelon central ou fédéral n'ait pas été systématique.

acquisition d'automates capables de réaliser plus de 2 000 tests par jour, commandes d'équipements de protection individuelle. Au 11 mai, la capacité était de 149 635 tests par jour.

(1) Le 13 mai, le système d'information SI-DEP, destiné à effectuer un recensement global des patients testés, a été mis en place. Sa mise en place a été autorisée par la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020.

(2) Pour rappel, elles ont été lancées en France le 7 avril.

(3) Ces polémiques ont notamment tenu à la communication des autorités fédérales et du président Trump (« tous les Américains peuvent accéder à un test » le 6 mars, alors même que cela n'a jamais été le cas, « les États-Unis effectuent le plus de tests au monde », faux le 22 avril en valeur absolue, resté faux par habitant à mesure que le nombre de tests a augmenté)

En Belgique comme en Italie, la crise a ainsi ravivé des débats d'ordre institutionnel.

En Belgique, la santé est une compétence répartie entre l'État, les Communautés et les Régions, à tel point qu'on compte neuf ministres détenant une compétence dans le domaine sanitaire. En réunion de travail avec la commission des affaires étrangères, l'ambassadrice de France en Belgique Hélène Farnaud-Defromont a rappelé que les six réformes constitutionnelles que la Belgique a connues étaient « *toujours allées vers une régionalisation des compétences* », et a décrit cette situation comme « *l'inverse* » de la situation française.

Cette répartition des compétences n'a pas toujours favorisé la gestion de crise, et le manque de coordination entre les pouvoirs publics a pu avoir un rôle négatif dans la gestion de crise en maisons de retraite, ces dernières relevant principalement de la compétence des communes là où les infrastructures hospitalières relèvent de la compétence fédérale. Le gouvernement, limité avant la crise à la gestion des affaires courantes s'est vu octroyer le 19 mars la confiance du Parlement ainsi que des pouvoirs spéciaux. La Première ministre alors en poste Sophie Wilmès a pu s'appuyer dans sa gestion de crise sur un conseil national de sécurité qui comprenait les ministres-présidents des Régions et Communautés, et où toutes les grandes mesures ont été prises. L'ensemble des partis politiques, des Régions et des Communautés, ont été associés par le gouvernement à la gestion de crise. Rapidement, des différends sont apparus sur plusieurs sujets centraux : pénurie de masques, de gel hydroalcoolique et de médicaments, situation de surmortalité dans les maisons de retraite, réouverture des écoles et du secteur culturel au moment du déconfinement. Face à ces points de tension, le débat sur une « refédéralisation » des compétences de santé – ou à l'inverse un transfert complet aux Régions – a été ravivé en Belgique par la crise sanitaire ⁽¹⁾.

En Italie, la question de la répartition des compétences dans la gestion de la crise s'est posée avec d'autant plus d'importance que les Régions et l'État disposent de compétences concurrentes dans le domaine de la santé, en vertu de l'article 117 de la Constitution ⁽²⁾, la direction générale de la protection civile étant chargée d'une mission de coordination. D'importantes disparités entre les Régions ont pu être observées dans la gestion de crise (voir *supra*), surtout, l'absence d'un axe clair de commandement, combinée à une importante politisation des enjeux sanitaires, a empêché la mise en place d'une unité d'action, qui a pu avoir des conséquences dommageables. Le partage des compétences dans le domaine sanitaire a fait l'objet de nombreux débats. Si les propositions de recentralisation en matière de santé ont émané des partis traditionnellement attachés à l'unité nationale (Fratelli d'Italia, Forza Italia, M5S), il est possible, comme l'a suggéré en réunion de travail l'ambassadeur de France en Italie Christian Masset, qu'une

(1) <https://plus.lesoir.be/308601/article/2020-06-21/refederaliser-la-sante-impossible-nest-pas-belge>

(2) <https://mjp.univ-perp.fr/constit/tit1947a.htm>

des conséquences de la crise en Italie passe par un renforcement du rôle de l'État, avec une capacité de coordination et des moyens accrus ⁽¹⁾.

De façon générale, dans les situations de compétences sanitaires partagées, le besoin d'une coordination forte s'est fait ressentir.

En Allemagne, l'une des principales difficultés mise au jour au printemps a tenu à la coordination entre les niveaux fédéral et régional – les Länder étant notamment compétents en matière de planification hospitalière, mais aussi de culture et d'éducation, ce qui a eu un impact sur la gestion du déconfinement – ce qui a pu se traduire par un manque de lisibilité des mesures. Par exemple, l'obligation du port du masque a d'abord été recommandée par la Chancellerie, le 15 avril, après concertation avec les Länder. Plusieurs communes ont immédiatement décidé de rendre le port du masque obligatoire, mais les Länder ne s'y sont ralliés que progressivement. La répartition allemande des compétences en matière de politiques publiques a pu entraîner pour l'État fédéral des difficultés de suivi et d'anticipation. Par exemple, le gouvernement fédéral allemand ne dispose pas de tous les outils de supervision sanitaires (tensions d'approvisionnement de médicaments, taux d'occupation des lits de soins intensifs ou encore gestion des stocks de matériels de protection), qui sont gérés au niveau local.

Face à ces difficultés, une volonté de coordination s'est manifestée et des mécanismes de coordination entre l'État fédéral et les Länder ont été mis en place, avec l'organisation de réunions régulières en visioconférence. Deux lois fédérales de protection de population ont été adoptées au printemps (le 27 mars et le 15 mai), ainsi que des ordonnances renforçant les compétences de l'État fédéral en cas de situation épidémique d'ampleur nationale ⁽²⁾.

Face à la crise, c'est bien la capacité de coordination des différents échelons territoriaux qui semble avoir joué un rôle important, davantage que la répartition des compétences.

Dans le cas de l'Allemagne, la coopération entre l'autorité nationale de sécurité sanitaire, le Robert Koch institut (RKI), avec le réseau des 400 bureaux de santé public locaux (*Gesundheitsämter*) a été un atout dans la gestion de l'épidémie, notamment pour le suivi épidémiologique et la diffusion de recommandations sanitaires et de bonnes pratiques. En Corée du Sud, État fortement centralisé, les chaînes de commandement et d'exécution verticales sont régulièrement utilisées, et le cas de la gestion de crise sanitaire n'a pas fait exception. Or, cette chaîne mobilise de façon essentielle les collectivités territoriales – essentiellement les municipalités, et jusqu'aux arrondissements pour

(1) Interrogé sur ce point en réunion de travail, l'ambassadeur de France en Italie a abondé dans ce sens.

(2) Par exemple celles relatives aux réglementations pour les voyages transfrontaliers, permettant d'introduire des obligations de déclaration pour le transport par rail et par bus, des obligations de déclaration et de test, des mesures visant à assurer l'approvisionnement de base en médicaments, en équipements de protection, de produits de désinfection et en tests de laboratoire, des mesures pour assouplir la réglementation des établissements médicaux et infirmiers, notamment pour renforcer les ressources humaines dans le système de soins, etc.

Séoul – notamment dans le domaine sanitaire où le Centre coréen de contrôle et de prévention des maladies (KCDC) a été épaulé par des structures locales de type dispensaire, ce qui a permis avec succès de mobiliser les ressources pour mettre en place les centres de dépistage, effectuer les dépistages, créer les structures de réponse et instaurer la communication à l'attention du public, ce qui est d'autant plus essentiel que la société civile joue traditionnellement un rôle important en Corée du Sud.

Le Japon a également bénéficié d'une bonne articulation entre l'échelon central, sur la base de la déclaration par le Premier ministre de l'état d'urgence, et l'échelon local, au niveau notamment des gouverneurs répartis dans les 47 préfectures du pays, et chargés de la mise en œuvre des mesures de restriction et de la distribution d'aides d'ordre économique, en complément de mesures déployées au niveau national.

La bonne coopération entre les échelons territoriaux apparaît comme l'une des clefs de la réussite de la lutte contre la pandémie.

En France, quelques difficultés de coordination entre les échelons territoriaux ont pu être constatées. Le décalage entre l'échelon régional des Agences régionales de santé (ARS), qui dépendent du ministère de la santé, l'échelon départemental où opèrent les préfets, et l'échelon municipal, a pu susciter des interrogations ⁽¹⁾. Par ailleurs, les acteurs mobilisés dans la gestion de crise au quotidien ont pu avoir le sentiment d'un certain manque de souplesse, malgré le rôle clef joué par les ARS dans l'augmentation des capacités de réanimation ou le transfert des patients ⁽²⁾.

En Espagne, la santé est une compétence exclusive des communautés autonomes, et la gestion de la première vague de l'épidémie a nécessité la proclamation de l'état d'alerte, mesure juridique qui permet à l'État central de reprendre des compétences dévolues aux régions. Du 14 mars au 21 juin, c'est donc un réflexe de centralisation qui a prévalu. Malgré cela, les mesures adoptées ont dans l'ensemble été très hétérogènes. Dans ses recommandations-pays, formulées dans le cadre du Semestre européen, la Commission européenne a souligné qu'il existait d'importantes différences régionales en matière de dépenses et de ressources humaines, et que la coordination entre les niveaux de gouvernance n'était pas toujours effective. Dans le cadre du déconfinement, elle a

(1) *Devant la mission d'information de la conférence des présidents sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de covid-19, M. Frédéric Valletoux, président de la fédération hospitalière de France, déclarait ainsi le 8 juillet 2020 : « Le fonctionnement des ARS est également à améliorer, notamment dans les départements des très grandes régions où le siège de l'ARS s'est beaucoup éloigné des territoires. On a souvent évoqué les problèmes de coordination entre l'appareil d'État, côté sécurité civile intérieure qui est organisé au niveau des départements, et les ARS organisées au niveau des régions. La faiblesse des ARS dans leurs représentations départementales a été mise en lumière lors de cette crise. »*

(2) *Lors de même audition, Le 8 juillet 2020, le président de la fédération hospitalière de France, M. Frédéric Valletoux, dénonçait ainsi la bureaucratisation et le manque de coordination de ces institutions.*

appelé à un renforcement de cette coordination, afin d'éviter que les différences ne croissent.

Plus encore, l'éclatement des compétences peut favoriser des désaccords et des divisions, qui peuvent nuire à la clarté des réponses fournies.

Au Brésil, pays parmi les touchés par la pandémie, la loi prévoit une coordination entre le ministère de la Santé, les États fédérés et les municipalités. En outre, une loi a été adoptée en février 2020 pour attribuer aux gouvernements locaux des compétences pour l'adoption de mesures visant à diminuer la propagation de la covid-19. Pourtant, la gestion de l'épidémie a été marquée par un affrontement politique entre le gouvernement fédéral et les gouverneurs et maires, qui se sont vus contester la compétence de prendre décisions face à la crise. Le pouvoir judiciaire a dû interdire à plusieurs reprises des communications du gouvernement fédéral allant à l'encontre des mesures de confinement décidées au niveau local. Pis encore, les États fédérés ont pu se retrouver en concurrence pour obtenir des ventilateurs ou des masques.

Les États-Unis n'ont pas échappé à ces phénomènes de tension entre niveau fédéral et niveau fédéré et de mise en concurrence. Traditionnellement, aux États-Unis, les grandes crises donnent plutôt lieu à un accroissement des pouvoirs fédéraux, or, face à la pandémie de covid-19, le pouvoir fédéral s'est montré hésitant et sa visibilité a été dépassée par celle de gouverneurs comme Andrew Cuomo (New-York) ou Gretchen Whitmer (Michigan), placés en première ligne. Le manque de coordination a pu fragiliser la réponse à la crise, les États fédérés s'étant à plusieurs reprises retrouvés en concurrence pour l'achat de fournitures médicales, à des prix parfois multipliés par dix dans le cas des masques. L'action du gouvernement a été très critiquée, il lui a été reproché d'avoir mobilisé trop tardivement et de façon incomplète les outils fédéraux, créant ainsi désordres et retards dans la réponse à la crise.

6. Une variable essentielle : la confiance des populations

La crise sanitaire a mis à l'épreuve les responsables publics, mais aussi les modes de gouvernance nationaux. Pour comprendre certaines stratégies et essayer d'évaluer leur efficacité, il convient ainsi de s'intéresser à l'importance de la confiance des populations dans leurs gouvernants et à l'importance de la communication et de la transparence.

Pour votre rapporteure, ces éléments sont clef pour permettre aux populations d'adhérer aux décisions sanitaires prises par les autorités.

En Suède, la stratégie singulière qui a été mise en œuvre s'explique pour partie par la place de la « confiance » dans le modèle suédois de gouvernance, confiance qui se déploie sous trois formes : confiance de la population envers les autorités, politiques comme scientifiques, confiance des autorités envers les citoyens et leur responsabilité individuelle, et confiance des citoyens entre eux

(respect des gestes barrières, distanciation sociale spontanée). La crise a d'abord eu tendance à renforcer ces liens de confiance, mais le ralliement autour des institutions a toutefois connu une certaine fragilisation autour de sujets de discorde (politique de dépistage, surmortalité liée à la covid-19 dans les EHPAD). La réponse suédoise reste toutefois marquée par la « société de confiance », qui s'appuie sur deux piliers : transparence de la vie publique et indépendance des autorités publiques ⁽¹⁾. La confiance dans les institutions est aussi favorisée en Suède par le fait que les sujets techniques et scientifiques soient confiés à des agences, sans ingérence politique. L'ensemble de ces facteurs permettent d'éclairer le choix d'une stratégie non contraignante qui s'est avant tout appuyée sur des recommandations ⁽²⁾.

Ce choix d'une stratégie non contraignante a aussi été celui du Japon, où les instructions des autorités nationales comme locales ont été largement suivies, sans qu'un système de confinement n'ait dû être mis en place. Pour rappel, le gouvernement, même dans le cadre de l'état d'urgence, n'a pas les moyens juridiques de prendre des mesures coercitives de type fermeture des commerces. La confiance dans les institutions et la transparence des prises de décisions des autorités ont été des atouts en Corée du Sud. Là encore, il s'agit d'une leçon tirée de l'expérience du MERS, qui a conduit à opter pour une communication la plus transparente possible, de nature à renforcer la crédibilité des institutions et la confiance portée par les citoyens.

Dans son rapport d'étape, la mission conduite par le professeur Pittet a, à l'inverse, mis en avant les défaillances de la communication de crise déployée en France. Le rapport déplore une confiance ébranlée en début de crise par différentes polémiques sur les masques et les tests et sur les changements dans les discours officiels tenus à ce propos, ainsi qu'un « *manque de pédagogie sur la pertinence des mesures mises en œuvre, un appel réduit à la responsabilité des citoyens et une communication insuffisamment tournée vers les jeunes* ».

Les premiers temps de la crise sanitaire en France ont en effet été marqués par une certaine crise de confiance, qui a touché l'exécutif - jugé bien plus sévèrement à la fin du printemps que dans des pays voisins comme l'Italie, l'Allemagne ou encore le Royaume-Uni ⁽³⁾ – et les institutions de façon générale. À noter que ces données ont pu évoluer au fil des semaines. Si le président du

(1) *L'indépendance des agences publiques par rapport aux ministères est inscrite dans la Constitution depuis l'adoption d'une des quatre lois fondamentales suédoises (la « Forme du Gouvernement » en 1634), et le principe de transparence est contenu dans une loi adoptée en 1766 qui permet encore aujourd'hui à tout citoyen de consulter librement n'importe quel document public.*

(2) *Le recours à la responsabilité individuelle semble avoir limité le besoin de recourir à des mesures contraignantes. Par exemple, l'analyse des données de géolocalisation mobile a révélé, alors même que cela n'était pas interdit, une baisse de 90 % des déplacements de longue distance dans le pays pour les vacances de Pâques (<https://www.contrepoints.org/2020/04/28/370150-coronavirus-letonnante-politique-de-la-suede>)*

(3) *Début mai, seuls 24 % des Français se disent « satisfaits » du Président de la République. Ce même chiffre est de 59 % en Italie pour le Premier ministre Giuseppe Conte, de 50 % en Allemagne pour la chancelière Angela Merkel et de 48 % pour le Premier ministre du Royaume-Uni, Boris Johnson malgré l'aggravation récente de la situation dans son pays.*

Conseil italien Giuseppe Conte restait populaire à l'automne malgré une légère fragilisation, le Premier ministre britannique Boris Johnson apparaissait en revanche de plus en plus contesté, tandis que le président de la République Emmanuel Macron connaissait un regain de popularité.

Parmi les griefs adressés à l'exécutif et les sujets de tensions nationaux, ont pu figurer la gestion des tests et plus encore des masques, mais aussi le recours aux outils technologiques.

En effet, le rapport entre les populations et les autorités politiques, voire scientifiques, a joué un rôle dans la mobilisation d'outils numériques et dans le traitement des données personnelles. Le système de traçage mis en place en Corée du Sud, inspiré des recherches faites sur les « villes intelligentes », a permis de passer d'un délai de 24 à 48 heures à un délai de 4 à 6 heures pour retracer une chaîne de contamination après une détection. Les données utilisées en priorité ont été celles du bornage téléphonique, dont l'usage est d'autant plus facile que la possession d'un téléphone « intelligent » est très répandue dans la société coréenne. Là encore, l'expérience du MERS, à la suite de laquelle les opérateurs téléphoniques s'étaient de leur propre initiative mis au service du Centre coréen de contrôle et de prévention des maladies (KCDC) en cas de crise, a été précieuse.

En utilisant de façon combinée les données issues du bornage téléphonique, et celles issues de l'utilisation des cartes crédits, ainsi que les images de vidéosurveillance, les autorités coréennes n'ont pas eu besoin de créer une application de traçage spécifique dédiée à la lutte contre la covid-19, ce qui explique que le succès de l'outil numérique en Corée du Sud ne soit pas mesuré à l'aune d'un nombre d'utilisateurs ⁽¹⁾. Ce recours aux données personnelles dans un cadre juridique prévoyant des règles et des garanties dans le recours aux données, a été facilité par la perception de la population, qui ne redoutait pas de « détournement » des données par les autorités ⁽²⁾.

À l'inverse, le lancement de l'application française « Stopcovid » n'a pas rencontré le succès attendu, avec un total de 2,6 millions de téléchargements en quatre mois – contre 16 et 20 millions pour les applications britannique et allemande, à titre d'exemple – avec 7 969 personnes déclarées positives dans l'application pour seulement 474 notifications envoyées à la mi-octobre ⁽³⁾. En France, une nouvelle version de l'application « Tous anti-Covid » a été lancée le

(1) « En Corée du Sud, la recherche numérique des contacts ne s'appuie pas sur une application ni sur un système de suivi des contacts, mais sur la collecte a posteriori d'informations de différentes sources, notamment les données de suivi des appareils mobiles, les données de transaction par carte et les données de vidéosurveillance. Ces informations sont ensuite combinées pour générer des notifications via des SMS aux personnes potentiellement infectées » <https://www.usinenouvelle.com/editorial/covid-19-chine-coree-du-sud-allemande-comment-les-applications-de-tracking-se-deploient-dans-le-monde.N951161>

(2) Le recours aux données a toutefois été marqué par quelques dysfonctionnements initiaux, lorsque des données anonymisées ont été rendues publiques pour alerter sur le risque de foyers de contaminations. Des ajustements ont été nécessaires, à l'initiative de la commission nationale des droits de l'homme, afin de réduire le niveau de détail des données anonymisées.

(3) https://www.lemonde.fr/pixels/article/2020/10/14/emmanuel-macron-acte-l-echec-de-l-application-stopcovid-qui-sera-renommee-tous-anti-covid_6056049_4408996.html

22 octobre, en conservant le même objectif de facilitation du suivi des chaînes de contamination, mais avec une pédagogie renforcée, invitant à activer l'application dans les endroits où le respect de la distanciation sociale est le plus incertain. Un peu plus d'un mois après son lancement, l'application avait dépassé le cap des dix millions d'utilisateurs.

À noter qu'en Allemagne, l'application de suivi des cas contacts « Corona-Warn-App » a été bien accueillie alors même que l'attachement au respect des données personnelles est très fort. À la mi-septembre, trois mois après son lancement, elle avait été téléchargée 18 millions de fois.

La question des données personnelles dans la lutte contre l'épidémie de covid-19 renvoie au débat, plus large, sur la nature et le degré de restrictions mises en place pour lutter contre la propagation du virus. Dans le cas de la Corée du Sud mais aussi de Taïwan, deux pays présentés comme des modèles de bonne gestion, les mesures de traçage numérique, strictement encadrées pour un usage proportionné et limité⁽¹⁾, ont interrogé en termes de respect de la vie privée mais ont aussi contribué à éviter un confinement général de la population et une cessation des activités économiques. À Taïwan, l'outil numérique a été appréhendé comme un moyen d'éviter un confinement généralisé de la population.

7. Le rôle de la gestion des frontières

L'instauration de restrictions sur la mobilité des biens et surtout des personnes fait partie de la panoplie de mesures envisageables pour faire face à une pandémie. Il apparaît que l'instauration de contrôle aux frontières, lorsqu'elle intervient de façon très précoce et comme le montre l'exemple de Taïwan (voir *infra*), peut contribuer à freiner la propagation d'un virus. La mise en place de contrôles aux frontières apparaît alors comme une mesure temporaire et pragmatique, qui doit permettre de limiter les effets du virus sur les échanges et mobilités à long terme.

Dans le cas de la covid-19, compte tenu de la connexion très forte des territoires touchés – la Chine et la région du Hubei étant des territoires très fortement intégrés aux échanges mondiaux⁽²⁾ – les mesures de contrôle aux frontières étaient appelées à ralentir la propagation du virus plutôt qu'à l'empêcher. L'épidémiologiste Antoine Flahaut, directeur de l'Institut de santé globale (UNIGE) de la faculté de médecine de Genève, relayant cette analyse, a ainsi décrit les fermetures de frontières comme un moyen de gagner du temps face au virus, « *de diminuer la tension sur les systèmes de santé, de permettre aux États de se préparer davantage* ». La réactivité des autorités, cruciales en temps

(1) À Taïwan, la gestion des données par le centre de commandement placé sous l'autorité du ministre de la santé est distincte de celle du ministère de l'Intérieur : les données sont consultées par les autorités sanitaires, non par les forces de l'ordre qui sont seulement alertées.

(2) À l'inverse de territoires touchés par l'épidémie d'Ebola entre 2013 et 2016 comme la Sierra Leone, la Guinée et le Liberia : la fermeture des frontières avait alors joué un rôle clef pour limiter la propagation internationale du virus

de pandémie, l'est particulièrement en matière de contrôles frontaliers : en effet, une fois un territoire atteint par le virus, la fermeture des frontières peut limiter le nombre de cas entrants, mais n'a aucun impact sur les cas déjà présents ⁽¹⁾.

La gestion des frontières a été un levier dans la lutte contre la pandémie, qui s'est décliné selon différentes nuances et modalités. Les « fermetures » se sont plutôt apparentées à des contrôles, admettant le plus souvent une série d'exceptions notamment pour les nationaux souhaitant regagner le territoire national, et intégrant progressivement le recours au dépistage pour identifier les cas positifs, en amont du départ ou à l'arrivée sur le territoire.

Début 2020, les premières fermetures de frontières ont concerné les voisins directs de la Chine et de l'Iran, à l'encontre des personnes arrivant de ces deux pays, alors foyers de l'épidémie ⁽²⁾. Dans l'ensemble, les premières mesures ont toutefois été modestes. Alors que les premiers cas d'infection enregistrés en Thaïlande, à Singapour, au Vietnam ou encore en Malaisie étaient le fait de personnes ayant séjourné à Wuhan, aucune décision régionale n'a été prise pour limiter la propagation du virus via des contrôles renforcés sur les personnes arrivant du Hubei. La Thaïlande, qui accueille 25 % des vols au départ de Wuhan, a dans un second temps détourné les avions vers des aéroports équipés en matériels sanitaires, et imposé une quarantaine obligatoire de 24 heures pour les passagers.

À l'inverse, à Taïwan, un premier contrôle aux frontières a été mis en place dès le 31 décembre – près d'un mois avant l'identification du premier cas le 21 janvier - pour les passagers en provenance de Wuhan, suivi de mesures de restriction renforcées en janvier (quarantaine obligatoire pour les cas à risque à compter du 15 janvier, suspension de l'autorisation d'entrée sur le territoire taïwanais en provenance de Wuhan à compter du 23 janvier). Taïwan a ensuite fermé ses frontières quel que soit le pays de provenance, les exceptions admises pour les nationaux ou résidents s'accompagnant d'un dépistage et d'une quarantaine suivie quotidiennement par les autorités (voir *supra*). L'exemple de la Nouvelle-Calédonie peut aussi être mentionné. Collectivité française d'outre-mer à statut spécial, qui a certes pour avantage géographique d'être un archipel, la Nouvelle-Calédonie a fermé ses frontières dès le 20 mars 2020, et cet état de fait, qui prévoit une quatorzaine obligatoire dans un hôtel pour toute personne arrivant sur le territoire, devrait être maintenu au moins jusqu'au mois de mars 2021. Début décembre, la Nouvelle-Calédonie ne comptait que 36 cas confirmés de covid-19 ⁽³⁾.

En Corée du Sud, les mesures prises ne sont intervenues qu'après l'identification d'un premier cas sur le sol national – un ressortissant chinois, le

(1) https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-la-fermeture-des-frontieres-est-elle-une-mesure-efficace-pour-lutter-contre-l-epidemie_3840565.html

(2) La Russie, de la Mongolie, de la Corée du Nord, du Népal et de Singapour pour ceux arrivant de Chine. Pakistan, Afghanistan, Turquie, Iraq, Azerbaïdjan avaient fait de même avec l'Iran

(3) <https://gouv.nc/coronavirus>

20 janvier – mais très rapidement une fois le cas identifié, avec la mise en place d’une interdiction d’accès au territoire pour les personnes arrivant du Hubei, et de contrôles stricts pour les autres passagers (contrôles de températures et interrogation sur l’état de santé à compter du 19 mars, quarantaine obligatoire à compter du 1^{er} avril, sous peine d’une forte amende et d’une peine pouvant aller jusqu’à un an de prison). Pour la Corée du Sud, le contrôle aux frontières a été facilité par le caractère « insulaire » du territoire, qui constitue un « *avantage comparatif* » comme l’a rappelé en réunion de travail l’ambassadeur de France Philippe Lefort.

La maîtrise anticipée des frontières n’a pas été le seul fait des pays voisins de la Chine. Plusieurs pays relativement épargnés par l’épidémie ont rapidement choisi d’instaurer des contrôles aux frontières, voire de les fermer complètement pendant plusieurs semaines. Cette rapidité s’apprécie au nombre de jours entre l’apparition des premiers cas et l’instauration de contrôles. Ainsi au Sénégal, le premier cas a été identifié le 2 mars et les frontières aériennes ont été fermées dès le 18 mars, avant une fermeture des frontières terrestres le 21. En Tunisie, où le premier cas a été identifié le 2 mars, dès le 13 mars les liaisons aériennes avec l’Italie sont suspendues et un auto-isolement de 14 jours pour toute personne entrant sur le territoire est exigé, avant une fermeture générale des frontières aériennes, terrestres et maritimes à compter du 18 mars. En Israël enfin, l’accès au territoire a été restreint avant même l’apparition des premiers cas, dès le 30 janvier avec l’interdiction des vols en provenance de Chine, mesure étendue courant février à plusieurs pays d’Asie. À compter de la fin du mois de février, l’accès au territoire israélien a été progressivement interdit aux ressortissants de plusieurs pays d’Europe, dont la France début mars.

À l’inverse, la plupart des pays d’Europe ont attendu plusieurs semaines avant d’instaurer des contrôles aux frontières, les frontières extérieures de l’espace Schengen ayant été fermées à compter du 17 mars. En France, les frontières ont été fermées à compter du 18 mars à tous les ressortissants étrangers de pays non-membres de l’Union européenne, de l’espace Schengen ou du Royaume-Uni n’ayant pas de raison impérative de se rendre en France. À la même date, des contrôles aux frontières internes de l’Union européenne ont été instaurés afin de permettre l’accès au territoire national dans une série de cas ⁽¹⁾. Ce calendrier est à mettre en perspective avec la date d’identification des trois premiers cas de covid-19 sur le territoire national, tous importés de Chine, le 24 janvier ⁽²⁾. À noter que pour les pays membres de l’espace Schengen, une coordination plus précoce entre les États membres sur la gestion des frontières intérieures aurait été souhaitable (voir *infra*). Les premières lignes directrices de la Commission européenne à ce sujet n’ont été que formulées le 16 mars, alors même que plusieurs États (dont

(1) <https://www.actualitesdudroit.fr/browse/transport/mer-voies-navigables/26518/covid-19-la-france-fermes-frontieres>

(2) https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/01/24/coronavirus-deux-premiers-cas-confirmes-en-france-a-bordeaux-et-paris_6027158_3244.html

l’Autriche, la Hongrie, la République Tchèque, la Slovaquie et la Slovénie) avaient déjà commencé à mettre en place des contrôles frontaliers ⁽¹⁾.

8. Focus sur la gestion de l’épidémie en Allemagne ⁽²⁾

Dans l’ensemble, l’Allemagne semble avoir rencontré un certain succès dans sa réponse à la première vague de la pandémie de covid-19. À noter que dès le 12 février, un débat a été organisé en séance publique au Bundestag sur « la stratégie de l’Allemagne face au coronavirus », dans le cadre d’une « heure d’actualité ⁽³⁾ ».

À première vue, l’Allemagne a pu disposer de nombreux atouts face à la pandémie.

Le premier est contingent : une moindre exposition au virus. En effet, l’Allemagne n’a pas connu de foyers épidémiques majeurs comme celui du rassemblement religieux intergénérationnel de Mulhouse, ce qui a permis de davantage maîtriser la progression du virus. En d’autres termes, le facteur chance a joué en faveur de l’Allemagne, selon le Dr Karl Lauterbach, épidémiologiste et expert santé du parti social-démocrate SPD, « *l’Allemagne a eu de la chance car ses premiers et principaux clusters étaient facilement retraçables* ». Et ce alors même que les premiers cas confirmés de covid-19 ont été détectés à la même période qu’en France, soit à partir de fin janvier 2020.

Une deuxième série d’avantages tient à des facteurs non sanitaires. D’une part, la densité relativement faible des grandes villes allemandes, notamment en comparaison avec les grandes villes françaises. Les trois plus grandes villes allemandes (Berlin, Hambourg et Munich) ont une densité inférieure à 5 000 habitants au km², contre 20 000 pour Paris et 10 000 pour Lyon. Enfin, la culture allemande tend à davantage préserver la distanciation physique entre les individus. Le foyer moyen allemand est composé de 2 personnes, contre 2,2 en France, soit 10 % inférieur. De plus, l’école n’est obligatoire qu’à partir de six ans, et la proportion d’enfants gardés par un de ses parents ou grands-parents est plus forte. Enfin, la culture allemande tend à préserver plus spontanément les distances entre individus.

Enfin, les points forts de l’Allemagne dans la gestion de la crise tiennent aussi à des aspects d’ordre sanitaire :

(1) https://www.liberation.fr/planete/2020/03/14/coronavirus-les-fermetures-de-frontiere-se-multiplient-en-europe_1781594

(2) Sources : Ambassade de France en Allemagne et réunion de travail avec l’ambassadrice de France en Allemagne Anne-Marie Descôtes, ministère de la Santé et des Solidarités, OCDE

(3) L’heure d’actualité (« *aktuelle Stunde* ») est un mécanisme grâce auquel tout groupe politique du Bundestag allemand peut demander l’inscription complémentaire à l’ordre du jour d’une séance publique d’un débat d’actualité et ce jusqu’à la veille de cette séance à midi, et n’a donc pas d’équivalent en droit parlementaire français. Cette demande est de droit. Le débat du 12 février avait été inscrit à la demande des groupes de la coalition gouvernementale CDU-CSU et SPD.

– le triple rôle centralisateur de l'autorité nationale de sécurité sanitaire, le Robert Koch institut (RKI) : suivi centralisé des données épidémiologiques avec publication quotidienne depuis le premier cas confirmé en Allemagne (avec les données transmises par les bureaux de santé locaux), publication des recommandations scientifiques et/ou médicales à destination des professionnels de soins, des autorités sanitaires locales, des entreprises et/ou du grand public⁽¹⁾, la participation et publication d'études épidémiologiques ;

– le réseau de 400 bureaux de santé public locaux (*Gesundheitsämter*) dont le rôle en cas d'épidémie est triple : déclaration des cas de covid-19⁽²⁾ suivi des chaînes de contamination et des mesures de quarantaine, application opérationnelle des recommandations sanitaires de l'Institut Robert Koch, et, dans le cadre de l'assouplissement des mesures de restriction, mobilisation pour former des équipes de cinq personnes pour 20 000 habitants afin de suivre les personnes ayant été en contact avec les personnes infectées, selon une logique comparable aux « brigades de *tracing* » mises en place par les caisses primaires d'assurance maladie françaises chargées du dispositif décentralisé au niveau départemental ;

– le nombre élevé de lits pour soins intensifs (« *Intensivbetten* ») en Allemagne (3,8 lits de soins intensifs pour 1 000 habitants selon les données 2017). Face à l'épidémie, ces lits ont constitué une force compte tenu des spécificités des traitements nécessaires en cas de développement de symptômes respiratoires graves, dont le recours à une ventilation en soins intensifs. À la date du 25 mai – 12 heures, le nombre de lits de soins intensifs déclarés est de 32 252 dans le registre national allemand DIVI, selon une acceptation large qui comprend les lits de soins intensifs, de réanimation et de soins continus. Si l'OCDE et d'autres experts ont souvent dénoncé comme une surcapacité économiquement coûteuse ce nombre élevé de lits, en partie liée au fait que l'Allemagne n'a pas opéré son virage vers des soins ambulatoires, force est de constater que cette surcapacité a pu constituer un atout fort dans la lutte contre l'épidémie.

Les atouts de l'Allemagne, sa relative bonne gestion de l'épidémie invitent à s'interroger sur les forces du modèle sanitaire allemand comparé au système français. Certains chiffres peuvent attirer l'attention, tels que le nombre de lits de soins intensifs, de réanimation et de soins continus, qui s'élève à 32 252 côté allemand pour 18 181 côté français, soit 1,5 pour 1 000 habitants. On compte en Allemagne 4,3 médecins pour 1 000 habitants, le ratio étant de 3,2 en France. En part de PIB, les dépenses de santé des deux pays sont comparables : 11,5 % pour l'Allemagne, 11,3 % pour la France.

(1) Dès la survenance du premier cas de Covid-19 en Allemagne, le RKI a mis en ligne une liste de recommandations et des documents utiles régulièrement actualisée (par exemple : plan de pandémie national allemand et plan de pandémie des Länder, plan national de pandémie spécifique pour la covid-19 (le 4 mars), fiches spécifiques à destination des médecins et personnel de soins : organisation des soins ambulatoires, recommandations de séparation de patients, etc.)

(2) Une ordonnance du 30 janvier 2020 a étendu l'obligation de déclaration aux infections au coronavirus (cas suspect, cas confirmés et décès lié au Covid-19). En effet, depuis la loi de 2001 relative à la protection contre les infections, les bureaux de santé ont une obligation de déclaration de l'évolution de certaines maladies à l'autorité sanitaire fédérale, le Robert Koch Institut.

Pour autant, d'importantes précautions doivent être prises en matière de comparaison.

L'Allemagne est un État fédéral, dont les principales compétences en matière de santé (organisation de l'offre de soins, gestion de crise sanitaire, politiques de prévention, ...) sont dévolues aux 16 *Länder*. Dans le cadre d'une crise sanitaire, le ministère fédéral allemand de la santé n'a donc pas le même rôle ni les mêmes leviers d'action que le ministère des solidarités et de la santé français.

En matière de données chiffrées, certaines comparaisons doivent inviter à la prudence. C'est le cas du nombre de lits pour soins intensifs (« *Intensivbett* » voir *supra*), ainsi la dénomination allemande comprend des lits dont l'environnement en équipement médical peut différer des définitions françaises actuelles des lits de réanimation et des lits de surveillance continue.

En France comme en Allemagne, l'épidémie a touché les régions de manière différente, ainsi lors de la première vague les régions de l'ouest de la France ont été largement moins touchées par la covid-19 que la Bavière (14 morts pour 100 000 habitants), dont la gestion de la crise a pourtant été saluée. Pour autant, aucun *Land* allemand n'a eu son système hospitalier régional sollicité de manière aussi extrême que dans les régions françaises du Grand Est, d'Île-de-France ou des Hauts-de-France.

L'Allemagne a aussi rencontré certaines difficultés.

Tout d'abord, des difficultés liées la coordination entre les niveaux fédéral et régional, qui ont pu se traduire par un manque de lisibilité des mesures. En raison de l'organisation fédérale et de la répartition des compétences (avec celles dévolues aux *Länder* pour la planification hospitalière, l'éducation, ou encore la culture), cette problématique a souvent été pointée par les médias allemands, en particulier à deux moments de la gestion de crise sanitaire : durant la phase de mise en place des mesures de restriction, par exemple sur les différences initiales de recommandation sur le port du masque, et durant la phase de déconfinement, par exemple sur les différences dans le rythme de réouverture des écoles entre les *Länder*.

La répartition allemande des compétences en matière de politiques publiques a pu entraîner pour l'État fédéral des difficultés de suivi et d'anticipation. Le gouvernement fédéral allemand ne dispose pas de tous les outils de supervision, comme par exemple sur les tensions d'approvisionnement de médicament, le taux d'occupation des lits de soins intensifs⁽¹⁾, ou la gestion des stocks de matériels de protection (masques notamment), gérés au niveau local.

Pour pallier ces difficultés, l'Allemagne a instauré des mécanismes de coordination entre l'État fédéral et les *Länder*, avec des réunions régulières en visioconférence, afin de favoriser une approche commune, et l'adoption de lois fédérales de protection de la population (voir *supra* comparatif global)

Enfin, l'Allemagne a dû faire face à des pénuries de personnels soignants dans plusieurs structures médicales (bureaux de santé locaux, unités de soins intensifs, maisons de retraite et établissements de soins).

Il n'en demeure pas moins que l'Allemagne a fait preuve face à la première vague de l'épidémie d'une bonne gestion de crise, dont des leçons doivent être tirées. Ce succès restait au début de l'automne sanctionné par la satisfaction de l'opinion publique – avec un taux de 72 % de satisfaction globale sur la gestion de crise et un taux de 60 % d'opinion favorable à la chancelière Angela Merkel – et par le maintien d'une forte confiance de la population dans la gestion de crise et dans les autorités.

L'Allemagne a rencontré davantage de difficultés face à la deuxième vague de l'épidémie. Le 7 décembre, le porte-parole du gouvernement Steffen Seibert a indiqué que l'Allemagne était encore « *loin du renversement de tendance espéré* ». Certains *Länder* tels que la Bavière ont annoncé de nouvelles mesures (couvre-feux locaux, fermetures partielles d'écoles *etc...*). La coordination entre *Länder* et État fédéral semble avoir été plus difficile face à la deuxième vague, les régions les plus touchées appelant à des restrictions renforcées, par exemple sur la généralisation du port du masque à l'école, tandis que les régions relativement épargnées demandent plus de souplesse. Face à l'aggravation de la situation, certains experts ont appelé à la mise en place d'un confinement strict, jusque-là évité par l'Allemagne au niveau national ⁽¹⁾. Constatant « *les très nombreux décès* » dus à l'épidémie et la « *croissance exponentielle des infections* », la chancelière Angela Merkel a annoncé dimanche 13 décembre que tous les commerces non essentiels, ainsi que les écoles et les crèches, fermeraient à partir du mercredi 16 décembre et jusqu'au 10 janvier.

(1) <https://www.lefigaro.fr/sciences/covid-19-l-allemande-n-arrive-pas-a-eteindre-l-epidemie-20201204>

II. LA PANDÉMIE DE COVID-19 A SUSCITÉ UNE SÉRIE DE CRISES DONT LA PORTÉE A DÉPASSÉ LE SEUL DOMAINE SANITAIRE

D'abord sanitaire, la crise provoquée par la pandémie de covid-19 s'est rapidement étendue à d'autres domaines. Dans tous les pays touchés, elle a été de nature à accentuer des situations de fragilité sociale et économique. La crise a touché inégalement les pays mais aussi les personnes, certains groupes déjà vulnérables ayant été particulièrement exposés au virus et à ses conséquences.

L'effet amplificateur de la crise sanitaire a aussi été constaté à l'échelle de zones ou de pays, déjà en crise avant la pandémie. Cela vaut tout particulièrement pour les zones de conflit, où l'action humanitaire a dû être adaptée au contexte de crise sanitaire.

A. UNE CRISE QUI A DAVANTAGE TOUCHÉ LES PERSONNES ET LES GROUPES LES PLUS VULNÉRABLES

1. La crise s'est traduite par une amplification des inégalités au sein des sociétés

La pandémie a mis en avant de nombreuses situations d'inégalité devant la crise sanitaire et ses conséquences sociales et économiques, en même temps qu'elle a contribué à accentuer ces inégalités. Les conséquences de la crise ont parfois conduit à des situations de détresse psychologique qui ne sauraient, pour votre rapporteure, être minimisées.

a. La crise sanitaire a davantage frappé les personnes les plus vulnérables socialement

Comme l'a souligné le 4 mai la vice-secrétaire générale des Nations unies Amina Mohammed : « *dans les économies avancées, nous observons des taux de mortalité plus élevés parmi les groupes déjà marginalisés. Et dans les pays en développement, la crise frappera encore plus durement les populations vulnérables* ⁽¹⁾ ».

La carte de la mortalité se superpose souvent à la carte de la précarité : les personnes les plus précaires sont davantage affectées que la moyenne du fait de comorbidités (obésité, diabète, etc.) plus fréquentes mais aussi en raison d'inégalités d'accès aux soins. D'autres facteurs tiennent à la situation professionnelle, les personnes les plus précaires étant souvent parmi les plus exposées dans les transports publics, et ayant un moindre accès au télétravail. En Amérique latine, où les inégalités socio-économiques sont très fortes, elles ont pu

(1) <https://news.un.org/fr/story/2020/05/1068102>

être analysées par la professeure en éthique de la santé mondiale Deisy Ventura, en réunion de travail avec la commission des affaires étrangères, comme étant « à l'origine de la propagation vertigineuse de la maladie », du fait des différents « déterminants sociaux de santé » que sont l'éducation, les conditions de travail ou encore le logement.

On constate aussi une surreprésentation des personnes issues de minorités ethniques parmi les victimes de la pandémie.

C'est le cas au Royaume-Uni, où les statistiques font apparaître un taux de mortalité trois fois plus important parmi les minorités ethniques, dites BAME (*Black Asian Minority Ethnic*). Ces populations, qui sont surreprésentées parmi les travailleurs dits essentiels, représentent aussi la majorité – 63 % à la mi-mai – des personnels soignants décédés du covid-19⁽¹⁾. Dans l'ensemble, plusieurs facteurs explicatifs sont avancés : manque de protections, personnes vivant dans des zones très denses favorisant les clusters, comorbidités plus fréquentes. La surreprésentation des minorités a été constatée aux États-Unis, s'agissant notamment des communautés afro-américaine et indienne⁽²⁾. Les facteurs explicatifs avancés sont similaires, à commencer par la concentration dans des quartiers pauvres surpeuplés, où l'accès aux soins est de surcroît plus difficile.

D'autres exemples peuvent illustrer la vulnérabilité des minorités et populations d'origine étrangère à l'épidémie de covid-19, en Europe comme la Suède⁽³⁾, ou en Amérique latine comme le Pérou.

b. Les conséquences économiques et sociales de la pandémie devraient se traduire par une hausse des inégalités et de la pauvreté

En plus d'avoir davantage touché les personnes les plus socialement vulnérables, la crise liée à la pandémie de covid-19 devrait se traduire par une hausse des inégalités sociales et de la pauvreté.

Sur le plan mondial, le FMI estime que la pandémie et les mesures de restriction à l'activité économique adoptées pour y répondre pourraient faire basculer plus de 90 millions de personnes dans une situation d'extrême pauvreté, pour la seule année 2020, par ailleurs, le taux d'extrême pauvreté devrait augmenter pour la première fois depuis 1998⁽⁴⁾. Selon le Bureau international du

(1) https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/05/29/coronavirus-la-troublante-surmortalite-des-minorites-ethniques-au-royaume-uni_6041111_3232.html

(2) <https://www.apmresearchlab.org/covid/deaths-by-race>

(3) Selon les informations transmises par l'ambassade de France en Suède, début avril, l'épidémiologiste A. Tegnell relevait une surreprésentation des populations d'origine étrangère (notamment somalienne, irakienne et syrienne) parmi les malades de la covid-19. Ainsi on relève 14,2 décès pour 10 000 habitants à Rinkeby-Kista ou 10,9 à Spånga-Testa – caractérisés par une forte proportion d'habitants d'origine immigrée – contre une moyenne de 6,6 pour la commune de Stockholm.

(4) La Banque mondiale définit le seuil d'extrême pauvreté à 1,90 dollar par jour. La pandémie et les mesures adoptées dans son sillage pourraient conduire le nombre de personnes concernées à avoisiner les 700 millions.

Travail ⁽¹⁾, il devrait y avoir 9 à 35 millions nouveaux travailleurs pauvres dans les pays en développement en 2020.

La hausse de la pauvreté, associée à d'autres conséquences de la pandémie telles que les pertes de revenus, les destructions d'emplois et la désorganisation des chaînes d'approvisionnement alimentaires, a accru les risques de malnutrition et d'insécurité alimentaire ⁽²⁾. Certaines régions sont particulièrement exposées : les pays en situation de conflit ou de fragilités, où la logistique et la distribution sont difficiles, même sans mesures de distanciation sociale ou sans situation d'épidémie ; les pays affectés par des crises multiples résultant d'épisodes climatiques extrêmes ou de vagues de nuisibles plus fréquentes (telles que la vague de criquets pèlerins – la plus grave depuis plusieurs décennies – qui affecte la sécurité alimentaire dans plus de 20 pays, notamment en Afrique ⁽³⁾) ; les populations pauvres et vulnérables, comprenant les 820 millions de personnes dans le monde qui étaient déjà en situation d'insécurité alimentaire avant la crise de la covid-19, et le nombre croissant de personnes basculant dans la pauvreté en raison de la pandémie.

L'Europe et la France n'échappent pas aux conséquences économiques et sociales de la pandémie, qui a entraîné l'apparition de « nouveaux pauvres ».

Le Secours populaire a annoncé être venu en aide à près de 1,3 million de personnes en France pendant le confinement du printemps, dont 45 % inconnues de l'association auparavant. D'après le baromètre de la pauvreté publié par le Secours populaire et l'institut de sondage IPSOS fin septembre ⁽⁴⁾, 20 % des Français estimaient que la situation financière de leur foyer s'était dégradée durant le confinement, et le chiffre atteignait les 30 % pour les ménages les plus pauvres. En Espagne, selon la Fédération des banques alimentaires du pays (Fesbal), l'aide alimentaire a augmenté de 40 % durant le confinement du printemps, en Italie, selon le syndicat agricole Coldiretti, le nombre de personnes ayant recours à l'aide alimentaire a augmenté d'un tiers, pour atteindre 3,7 millions de personnes.

Cette hausse prévisible de la pauvreté et des inégalités s'explique par différents facteurs. Les mesures de confinement ont entraîné de nouveaux coûts pour les ménages (surconsommation de chauffage, d'électricité, hausse des dépenses alimentaires avec la fermeture des cantines, etc.) qui peuvent représenter un poids important pour les plus vulnérables. Par ailleurs, les conséquences socio-économiques de la crise devraient être plus fortes pour les personnes occupant des emplois précaires dans la mesure où elles sont plus exposées aux licenciements. Pour de nombreuses personnes, la pandémie s'est en effet traduite par la perte de leur emploi. En France, 67 000 ruptures de contrats de travail et près de 5 000 licenciements collectifs de « petite taille » (moins de dix salariés) ont été

⁽¹⁾ *Secrétariat permanent de l'Organisation internationale du travail, agence spécialisée de l'ONU.*

⁽²⁾ *La sécurité alimentaire est une situation qui garantit à tout moment à une population, l'accès à la nourriture à la fois sur le plan qualitatif et quantitatif.*

⁽³⁾ <https://blogs.worldbank.org/fr/voices/invasion-de-criquets-pelerins>

⁽⁴⁾ <https://www.secourspopulaire.fr/barometre-ipsos-spf-2020-la-precarite-depuis-la-covid-19>

répertoriés entre mars et novembre. En Allemagne, le taux de chômage s'élevait à 6,4 % en août 2020, contre 4,9 % un an auparavant. La progression du chômage a été particulièrement frappante aux États-Unis : il touchait 1,7 million de personnes mi-mars, et plus de 26 millions cinq semaines plus tard.

Dans les pays à faible revenu, le poids du secteur informel ⁽¹⁾ dans l'emploi crée une vulnérabilité supplémentaire face aux chocs. Cela vaut aussi pour certains pays européens dont l'Italie, où les quatre millions de personnes travaillant dans l'économie souterraine ont basculé du jour au lendemain dans une situation de précarité extrême. Comme l'a souligné en réunion de travail le 3 avril l'ambassadeur de France à Rome Christian Masset, la crise a été vue en Italie comme mettant en jeu des questions de survie ⁽²⁾.

Pour des pays dont la situation économique et sociale était déjà fragile avant la pandémie, celle-ci a été une source d'aggravation. C'est le cas du Liban, où plus de 50 % de la population était passée sous le seuil de pauvreté au début de l'été, contre environ 30 % avant la crise sanitaire ⁽³⁾. Entendu par la commission des affaires étrangères le 10 juin, Nassif Hitti, alors ministre des affaires étrangères et des émigrés du Liban, évoquait une situation de crise structurelle préexistante à la pandémie, dont l'un des traits les plus marquants est l'affaiblissement de la classe moyenne et l'existence d'un « *descendeur social* » que la crise sanitaire n'a fait qu'amplifier ⁽⁴⁾.

Enfin, la hausse du chômage, des inégalités sociales et de la pauvreté emporte de lourdes conséquences psychologiques, qui se sont ajoutées à l'anxiété provoquée par la pandémie et par les mesures de restriction mises en œuvre pour y répondre, telles que les mesures de confinement.

Selon Santé publique France, 21 % de la population française était concernée au mois de novembre par un « état dépressif ». D'après l'OMS, au cours du printemps 2020, la Chine a recensé une hausse de 50 % des cas de dépression et de 45 % des cas d'anxiété. Au Japon, la crise sanitaire et ses conséquences économiques – l'archipel ayant été relativement épargné par la pandémie en termes de cas et de décès – ont conduit à une hausse dramatique des suicides, tout particulièrement chez les jeunes de moins de 30 ans (+ 55 % en un an) et chez les femmes (+ 45 % en un an) qui connaissent une situation de précarité économique plus importante que les hommes. Ces données rompent une tendance à la baisse engagée il y a quinze ans.

⁽¹⁾ Selon la Banque mondiale, le secteur informel représentait en 2019 81 % de l'emploi dans les pays à faible revenu.

⁽²⁾ Les chiffres de la fondation Caritas révélaient à cette date une augmentation des demandes d'aide de l'ordre de 20 à 50 % selon les régions.

⁽³⁾ <https://www.franceculture.fr/politique/sibylle-rizk-au-liban-plus-de-la-moitie-de-la-population-est-passee-sous-le-seuil-de-pauvrete>

⁽⁴⁾ http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/l15cion_afetr1920050_compte-rendu#

Compte tenu de l'ampleur des effets de la crise sur les économies de tous les pays touchés, les conséquences sociales de la pandémie pourraient s'accroître et perdurer sur le long terme.

Pour rappel, selon les estimations du Fonds monétaire international (FMI), précisées dans les réponses écrites adressées à la commission des affaires étrangères, la crise du covid-19, « *unique par sa nature, devrait avoir un impact négatif sur l'économie mondiale bien plus sévère que la dernière crise financière internationale de 2008-2010* ». Les données publiées dans le *World Economic Outlook* au 13 octobre 2020 prévoient une contraction de la croissance mondiale de l'ordre de 4,4 % en 2020. Pour la zone euro, la pandémie de covid-19 pourrait se traduire par la pire crise économique de son histoire. Selon les prévisions de la Banque mondiale du 8 juin 2020, la baisse de la production dans la zone devrait atteindre 9,1 % en 2020, avec un rebond de croissance attendu de 4,5 % en 2021 du fait des mesures fiscales et monétaires adoptées.

Tous les pays ne sont pas exposés aux mêmes types de risques. Ainsi les pays dont l'économie dépend prioritairement d'un secteur, par exemple l'exportation des matières premières ou le tourisme, sont particulièrement exposés aux conséquences de la crise.

Certains risques concernent uniquement les pays à bas revenu, tels que la baisse des transferts d'argent des migrants vers leurs pays d'origine.

**Un risque majeur pour les pays à bas revenus :
la baisse des transferts d'argent des migrants**

Tant du fait de la crise sanitaire que des mesures de restriction mises en place pour lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19, les pays à bas revenus ont vu l'une de leurs premières sources de financement menacée : les transferts financiers des migrants vers leurs pays d'origine. Selon la Banque mondiale, ils pourraient diminuer de 19,7 % en 2020, créant un risque d'aggravation de la crise économique et sociale dans les pays concernés. En valeur absolue, ces transferts devraient s'élever cette année à 410 milliards d'euros.

Selon les chiffres publiés par la Banque mondiale le 22 avril, cette baisse sera particulièrement marquée en Europe et en Asie centrale (- 27,5 %), en Afrique subsaharienne (- 23,1 %) et en Asie du Sud (- 22,1 %).

Ce recul s'explique par plusieurs facteurs. D'abord, les travailleurs migrants à l'origine des transferts sont employés majoritairement dans les secteurs les plus frappés par la crise, comme la restauration, l'hôtellerie, les transports ou la vente au détail. En situation de crise, ils sont également souvent plus exposés que la main-d'œuvre locale à une perte d'emploi. Enfin, la suspension des liaisons aériennes et la fermeture de la plupart des opérateurs de transferts d'argent, à commencer par Western union, ont rendu les transferts d'argent plus complexes.

Dans ce contexte, et compte tenu des besoins financiers des pays pauvres et émergents pour faire face à l'épidémie de covid-19, estimés par le FMI à environ 2 500 milliards de dollars des mesures de facilitation de l'envoi et de la réception de ces fonds doivent pouvoir être mises en œuvre.

Source : Banque mondiale

Les conséquences sociales et économiques de la crise sur le long terme dépendront pour beaucoup des politiques publiques adoptées pour y faire face. Les plans économiques d'urgence et de relance adoptés par les États ont été d'une ampleur variable.

En Europe, on peut mentionner le cas de la France, où le plan de relance annoncé en septembre s'élève à 100 milliards d'euros, soit 4,6 % du PIB, sans compter les sommes débloquées au printemps dans les trois lois de finances rectificatives successivement adoptées, représentant 200 milliards d'euros au total. À ces sommes doivent être ajoutées une première série de mesures de soutien décidées au printemps dont les réductions d'impôts, le financement du chômage partiel ou encore les prêts garantis par l'État. Une distinction doit être faite entre les montants engagés et les sommes déboursées. D'après les données du ministère des comptes publics, à la suite de la première vague, 463 milliards d'euros avaient été mobilisés dont 58 considérés alors comme des dépenses budgétaires effectives. En Allemagne, les mesures adoptées en urgence au printemps représentent un total de 218,5 milliards d'euros, sans compter 400 milliards d'euros prévus – mais pas entièrement déboursés – pour garantir des prêts aux entreprises en difficultés. Le plan de relance représentait quant à lui 130 milliards d'euros, soit 4,15 % du PIB. Pour l'Italie et l'Espagne, les montants sont proches (107 et 72 milliards d'euros

annoncés pour les seuls plans de relance) mais plus importants en parts de PIB (près de 6 % pour l'Italie et 5,5 % pour l'Espagne).

D'autres pays ont adopté des plans de relance de très grande ampleur, c'est par exemple le cas du Japon, où le gouvernement a annoncé au printemps un plan en plusieurs phases d'un montant total représentant 2 100 milliards de dollars, soit environ 40 % du PIB. Il s'agit d'une somme comparable au montant du plan de soutien à l'économie adoptée en mars aux États-Unis (2 000 milliards dollars), un autre plan dont l'adoption a été ralentie par des désaccords entre camps politiques étant attendu d'ici la fin de l'année 2020.

2. Une exposition accrue aux risques pour les migrants, les demandeurs d'asile et les réfugiés

La pandémie de covid-19 a eu un impact majeur sur les mouvements de population à travers le monde. Les différentes mesures mises en place pour lutter contre la propagation du virus (fermetures de frontières, suspension des services consulaires, perturbations sur les vols commerciaux *etc.*) se sont traduites par un ralentissement brutal des mobilités. Or, les mouvements migratoires ont été les premiers à être affectés. On estime que dans les pays de l'OCDE, les flux entrants ont été divisés par deux au 1^{er} semestre 2020 par rapport au premier semestre 2019.

La dynamique des flux migratoires irréguliers n'a toutefois pas disparu, et a connu un regain dès la fin de l'été, dans des conditions parfois extrêmement périlleuses pour les migrants. Les conséquences économiques et sociales de la pandémie dans les pays de départ ont conduit à favoriser les départs de personnes ayant perdu leur travail. Les îles Canaries ont dans ce contexte vu sensiblement s'accroître les arrivées de migrants en situation irrégulière, portant le total à 16 700 depuis le début de l'année. La route des Canaries étant l'une des routes les plus risquées pour gagner le continent européen, plus de 500 personnes auraient déjà péri en tentant de traverser la Méditerranée.

La crise a eu des conséquences dramatiques sur d'autres migrants, qui avaient déjà quitté leur pays d'origine avant la pandémie. Dès le mois d'avril 2020, le Comité international de la Croix-Rouge a alerté sur les risques spécifiques auxquels sont exposés les migrants face à la pandémie d'une part, et face aux mesures prises pour l'endiguer. L'organisation alertait tout particulièrement sur les migrants les plus vulnérables, s'appuyant en temps normal sur les services sociaux ou sur une assistance humanitaire, et sur les demandeurs d'asile ⁽¹⁾.

Les fermetures de frontière ont aussi eu des répercussions sur la liberté de circulation des demandeurs d'asile et l'accès à la protection internationale. Si le droit international admet des mesures de contrôle aux frontières incluant une

(¹) <https://www.icrc.org/fr/document/covid-19-pourquoi-les-migrants-sont-particulierement-vulnerables>

vérification de l'identité et de l'état de santé de chaque demandeur d'asile, ces mesures ne sauraient porter atteinte au droit de demander l'asile et respecter le principe de non-refoulement ⁽¹⁾, qui ne prévoit que des exceptions très limitées en cas de menaces contre la sécurité ou l'ordre public. Or, au 3 septembre 2020, on comptait 75 pays refusant l'accès au territoire national, sans exception pour les demandeurs d'asile ⁽²⁾.

L'impact de la pandémie de covid-19 sur la demande d'asile dans l'Union européenne

Selon les dernières données disponibles, on observe depuis le début de la pandémie une forte tendance à la baisse de la demande d'asile enregistrée en Europe. Ainsi en avril, 8 730 demandes ont été déposées, soit 87 % de moins qu'en janvier, avant la diffusion mondiale du virus. Les demandes sont reparties à la hausse à partir du mois de mai, à mesure que le déconfinement a progressé en Europe, mais le total restait à la fin du mois d'octobre 2020 inférieur de 31 % au niveau de 2019.

La pandémie a eu un impact sur la demande d'asile, mais aussi sur son traitement par les États membres de l'Union européenne. À titre indicatif, 35 075 décisions ont été rendues en avril, soit 35 % de moins qu'en janvier. Les mesures prises par les États pour endiguer la pandémie ont eu des effets sur le traitement des demandes de protection internationale, documentés par le Bureau européen d'appui en matière d'asile (EASO) dans un rapport publié le 2 juin 2020 ⁽³⁾. La majorité des États ont fermé leurs accès au public ou les ont fortement restreints, l'enregistrement des demandes a connu des limitations, notamment en France où les procédures ont été suspendues temporairement (sauf cas exceptionnels et personnes vulnérables identifiées au niveau des structures du premier accueil des demandeurs d'asile). Les transferts de demandeurs d'asile entre États, en application du règlement dit Dublin III du 26 juin 2013, ont également été suspendus en raison de la très forte limitation de la circulation des personnes. À la fin de l'été, les restrictions liées à la pandémie de covid-19 affectaient encore le traitement administratif des demandes d'asile dans la plupart des pays européens.

Les États membres ont aussi su faire preuve d'une certaine flexibilité dans l'application des règles, par exemple avec une extension des dates limites pour le dépôt des demandes (par exemple en Espagne, en France et en Slovénie) ou en utilisant des moyens électroniques d'accès ou de communication (Autriche, France).

(1) <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/covid19-emergency-measures-asylum-reception-systems.pdf>

(1) Voir l'article 33 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés

(2) https://im.unhcr.org/covid19_platform/

Enfin, pour les réfugiés et déplacés internes ⁽¹⁾, la crise sanitaire s'est rapidement muée en crise sociale et économique ⁽²⁾. Pour reprendre les termes du Haut-Commissaire des Nations unies pour les réfugiés Filippo Grandi, lors de sa déclaration à l'occasion de la Journée mondiale du réfugié, réfugiés et déplacés font face à une « *pandémie de pauvreté* ».

Selon les dernières données du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), on compte aujourd'hui dans le monde près de 80 millions de réfugiés et de déplacés internes. Plus de 80 % des réfugiés et la quasi-totalité des personnes déplacées dans leur propre pays vivent dans des pays à revenu faible ou moyen, dont certains sont touchés par les conflits, la faim ou encore la diffusion de maladies. Ces personnes se placent ainsi parmi les plus exposées et les plus vulnérables face à la covid-19. Cette exposition particulière au virus a pu être accrue par les restrictions de voyage liées à la pandémie, qui ont remis en question ou suspendu la fourniture d'aide humanitaire dans plusieurs opérations du HCR. Autre conséquence indirecte de la crise, la réduction de l'accès aux moyens de subsistance, du fait de confinement.

Dans ce contexte, le HCR a lancé un appel de fonds pour la prévention et la lutte contre la covid-19, à hauteur de 745 millions de dollars pour couvrir des besoins urgents, jusqu'à la fin 2020 ⁽³⁾. Le HCR travaille étroitement avec les États pour veiller à l'inclusion des réfugiés et des personnes déplacées dans les plans de réponse sanitaire, et a publié des recommandations à l'adresse de l'Union européenne pour assurer leur protection durant la pandémie et au-delà ⁽⁴⁾.

B. UNE PANDÉMIE DE NATURE À AGGRAVER DES SITUATIONS DE CRISE PRÉEXISTANTES

Comme le soulignait dès le mois de mars en audition Éric Chevallier, directeur du Centre de crise et de soutien du ministère de l'Europe et des affaires étrangères, « *l'épidémie est en train de compliquer considérablement la situation dans un certain nombre de crises déjà très actives dans le monde* ⁽⁵⁾ ».

La pandémie de covid-19 a eu des conséquences accrues pour les personnes les plus vulnérables, mais elle a aussi été un facteur d'amplification des crises à l'échelle de pays ou de zones telles que les zones de conflit. Cette

(1) Juridiquement, les déplacés se distinguent des réfugiés par le fait qu'ils n'ont pas franchi de frontière internationale, bien qu'ils aient dû fuir leur lieu initial de résidence. Les déplacés n'ont donc pas le statut de migrants.

(2) La situation a notamment été décrite par le HCR dans un communiqué de presse du 1^{er} mai 2020 <https://www.unhcr.org/fr-fr/news/briefing/2020/5/5eabf630a/personnes-deracinees-durgence-besoin-daide-protection-sociale-face-graves.html>

(3) <https://www.unhcr.org/fr-fr/news/press/2020/5/5eba469da/hcr-recherche-soutien-durable-protoger-personnes-deracinees-contre-limpaci.html>

(4) <https://www.unhcr.org/europeanunion/key-calls-on-the-covid-19-response/>

(5) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/15cion_afetr1920036_compte-rendu#

superposition des crises a fait apparaître de nouveaux besoins, et imposé une réorganisation de l'action humanitaire.

En Afrique, les populations ont été relativement épargnées par la dimension sanitaire de la crise, mais pâtissent de ses conséquences économiques et sociales.

1. En zones de conflits, un facteur de crise supplémentaire

La pandémie de covid-19 a fait craindre l'apparition de « crises dans les crises » dans les zones de conflits, où le travail des personnels humanitaires se révélait déjà particulièrement difficile en raison de conditions sécuritaires fortement dégradées.

La pandémie de covid-19 fait peser une menace accrue sur les États dont les systèmes de santé sont particulièrement fragilisés par les conflits armés et les crises humanitaires préexistantes. Des services publics insuffisants et une gouvernance affaiblie rendent plus difficile le déploiement d'une réponse urgente et efficace contre la propagation du virus. De plus, ces dernières années, les structures et les personnels de santé ont été la cible d'attaques dans de nombreux conflits (Syrie, Yémen, *etc.*). Ces atteintes au droit international humanitaire se révèlent d'autant plus dramatiques en période de pandémie.

À Gaza, il n'existe que 65 respirateurs artificiels et 75 lits en soins intensifs, pour une population de près de 2 millions d'habitants. Avant même la crise sanitaire, 50 % des médicaments essentiels ne disposaient que d'un mois de stock, et 40 % n'étaient pas disponibles selon un rapport de Médecins du monde ⁽¹⁾.

Au Yémen, l'apparition des premiers cas de contamination a fait craindre des répercussions humanitaires catastrophiques en cas de propagation massive du virus, dans un pays où le système de santé est en pleine déliquescence (seule la moitié des infrastructures de santé fonctionnerait encore) et qui se trouve déjà confronté à des épidémies de dengue et de choléra particulièrement meurtrières. Selon Médecins sans frontières (MSF), qui a ouvert un centre dédié à la covid-19 au Yémen ⁽²⁾, la situation était décrite en juin comme très préoccupante. À titre indicatif, le nombre de décès pour le seul centre MSF au mois de mai – 143 – était supérieur au total publié par les autorités pour l'ensemble du pays (114 décès). Les capacités de dépistage sont extrêmement limitées, ce qui rend toute estimation de la propagation du virus très incertaine.

Selon les Nations unies, le Yémen a connu au printemps une escalade des violences, à rebours de l'appel du secrétaire général de l'ONU du 23 mars à un cessez-le-feu planétaire. Le conflit yéménite a précipité la dégradation des

(1) Médecins du monde, Labyrinths to Health in Gaza, décembre 2019.

(2) <https://www.msf.fr/actualites/coronavirus-au-yemen-beaucoup-de-gens-meurent-rapidement>

structures hospitalières du pays, où la covid-19 est venue s'ajouter à d'autres maladies graves et récurrentes dans le pays (choléra, dengue, rougeole). À cela s'ajoute une situation d'insécurité alimentaire parmi les plus graves au monde, et une économie qui connaît une dégradation rapide ⁽¹⁾.

Si la Syrie semble avoir été relativement épargnée par la première vague de covid-19, les bilans officiels communiqués par le régime doivent être considérés avec prudence, en raison notamment de la faiblesse du dépistage. La propagation du virus s'est accélérée au cours de l'été, avec 920 cas constatés en août contre 532 en juillet et 157 en juin, alors même que le système de santé, fragilisé par des années de guerre, n'est pas préparé à faire face à une épidémie de grande ampleur. Début novembre, la situation sanitaire connaissait une dégradation préoccupante avec plus de 17 000 cas confirmés et près de 500 décès depuis le début de la pandémie, alors que les personnels soignants se retrouvaient particulièrement exposés du fait d'un manque d'équipements de protection.

Surtout, l'épidémie de covid-19 est venue se superposer à une situation extrêmement fragile sur le plan humanitaire. Le 10 juillet, le Conseil de sécurité a voté la prorogation pour un an du mécanisme d'acheminement de l'aide humanitaire transfrontalière vers la Syrie, créé en 2014 par la résolution 2165. Le vote a abouti après quatre tentatives infructueuses, du fait de désaccords entre les membres du Conseil de sécurité des Nations unies sur l'étendue de la résolution. L'acheminement de l'aide humanitaire suscite des tensions depuis plusieurs années, et les points d'accès se sont progressivement réduits, affectant tout particulièrement le nord-est syrien. Le gouvernement syrien souhaite pouvoir contrôler l'approvisionnement de l'aide humanitaire, et estime que l'acheminement *via* les postes transfrontaliers constitue une violation de souveraineté, et une forme de soutien aux rebelles. C'est dans ce contexte que la Russie, soutien du régime de Bachar Al-Assad, avait émis un veto en décembre 2019 contre la proposition de résolution présentée au Conseil de sécurité afin de permettre la mobilisation des points de passage de Yarounbivé et Ramta, depuis l'Irak. Les seuls points de passage inclus dans le dispositif de l'ONU se sont alors concentrés sur le nord-ouest, à Bab Al-Salamah et Bab Al-Hawa, laissant l'acheminement de l'aide humanitaire au nord-est et au sud sous le contrôle direct du régime. La prorogation votée le 10 juillet dernier, fruit d'un compromis, a dû inclure la fermeture du poste frontière de Bab Al-Salamah.

Le gouvernement syrien contrôle la livraison des équipements envoyés par l'OMS dans le nord-est du pays et bloque largement la distribution dans les territoires occupés par les rebelles ⁽²⁾. Pour l'OMS et l'ensemble des organisations intervenant sur le terrain, la fermeture du point de passage de Yarounbivé – qui

(1) <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Situation%20Report%20-%20Yemen%20-%206%20May%202020.pdf>

(2) Ainsi, selon un rapport du Middle East Institute paru le 23 avril 2020, 89 % des équipements livrés à cette date par l'OMS au nord-est de la Syrie étaient utilisés à l'hôpital national de Qamishli, qui est sous le contrôle du gouvernement syrien.

avait permis à l’OMS de faire transiter 210 tonnes de traitements et équipements médicaux en 2019 – contraint à faire transiter les aides par Damas.

2. La nécessité d’une nouvelle solidarité internationale et d’une adaptation de l’action humanitaire pour répondre à l’amplification des crises

La superposition de la pandémie à des crises et fragilités préexistantes a eu des conséquences immédiates sur l’action humanitaire, en créant de nouveaux besoins, mais aussi en fragilisant les capacités d’intervention dans des contextes de vulnérabilité extrême. Cette superposition des crises a illustré la nécessité d’une nouvelle solidarité internationale, à laquelle les organisations internationales, les États et les ONG ont pris leur part.

a. Une crise qui a suscité de nouveaux besoins pour les pays les plus vulnérables

Face à l’urgence financière, les Nations unies ont formulé fin mars une première estimation de coût d’une réponse urgente et ambitieuse pour endiguer la pandémie et éviter une catastrophe humanitaire, en appelant au financement du plan d’urgence humanitaire du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (BCAH) des Nations unies. Ce plan, portant lors de sa première présentation le 25 mars sur 51 pays d’Amérique du Sud, d’Afrique, du Moyen-Orient et d’Asie, évaluait alors les besoins à 2 milliards de dollars. Il a depuis été réévalué pour tenir compte de l’extension de la pandémie. La réévaluation publiée en juillet faisait état d’une aggravation « dramatique » de l’impact de la pandémie « sur les vies et les moyens de subsistance des personnes les plus vulnérables », soit les personnes qui « souffraient déjà de la violence, de la stigmatisation, de la discrimination et d’un accès inégal aux services de base ». Le plan, qui porte sur une période allant jusqu’en décembre 2020, évaluait alors les besoins recensés – intégrant désormais 63 pays – à 10,3 milliards de dollars ⁽¹⁾.

D’autres appels aux dons ont été lancés dès le début de la pandémie pour faire face aux nouveaux besoins induits par la crise pour les plus vulnérables. Le Mouvement international de la Croix-Rouge, qui regroupe le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et les 192 sociétés nationales et de la Fédération des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, a lancé le 26 mars un appel à contribution d’urgence pour faire face aux besoins liés à la crise, en plus de l’appel régulier pour 2020, et à hauteur de 800 millions de francs suisses (soit environ 823 millions de dollars).

La France a pris sa part dans la construction de cette solidarité de crise, en réorganisant son aide publique au développement et en revoyant à la hausse les financements alloués dans le domaine sanitaire (voir *infra* sur la mobilisation des leviers de l’action extérieure française).

(1) Au 7 août 2020, le plan était financé à hauteur de 2,05 Mds USD.

La solidarité envers les pays les plus vulnérables a aussi émané de l'Union européenne. Début avril, une aide européenne reposant sur un paquet global de 20 milliards euros a été annoncée par la Commission européenne et le service européen d'action extérieure afin d'aider les pays les plus vulnérables à répondre aux conséquences économiques, sociales et humanitaires de la crise. Il s'agit pour l'essentiel d'une réorientation de fonds non encore utilisés, issus notamment du Fonds européen pour le développement (FED) et des garanties données par le Fonds européen pour le développement durable (FEDER). L'approche de ce programme, intitulé « *Team Europe* », consiste à combiner les ressources européennes préexistantes, les moyens de deux institutions financières que sont la Banque européenne d'investissement et la Banque européenne pour la reconstruction et le développement, et les ressources des États membres.

Plus de 15,6 milliards d'euros ont été réorientés dès le printemps vers le programme « *Team Europe* », et la priorité a été donnée à l'Afrique, les autres bénéficiaires seront les pays du Proche-Orient accueillant des réfugiés, les pays des Balkans occidentaux, l'Arménie, l'Ukraine et quelques pays d'Amérique latine, des Caraïbes et du Pacifique ⁽¹⁾.

Des initiatives concrètes ont été mises en place pour apporter un soutien aux pays les plus vulnérables. Un pont aérien a ainsi été organisé par l'Union européenne, à partir du mois de mai, afin d'acheminer du matériel médical et de travailleurs humanitaires vers plusieurs pays africains ⁽²⁾. Cela a permis de faciliter l'acheminement des personnels et du matériel de protection (masques, gels hydroalcooliques...) ainsi que la distribution de produits alimentaires. Dans ses recommandations, le groupe de travail de la commission des affaires étrangères sur l'aide publique au développement et l'action humanitaire invitait à soutenir logistiquement ce type d'initiatives aussi longtemps que nécessaire, et à œuvrer pour un allègement des processus douaniers pour accélérer l'acheminement des biens de première nécessité.

Cette initiative a permis de répondre pour partie aux nouveaux besoins opérationnels suscités par la crise.

b. La pandémie et les restrictions mises en œuvre pour y faire face ont imposé une adaptation de l'action humanitaire

Sur le plan opérationnel, l'action humanitaire a dû se réorganiser pour répondre aux nouveaux besoins soulevés par la crise, tout en s'adaptant dans l'urgence à cette nouvelle configuration.

Les mesures prises pour lutter contre la pandémie de covid-19 ont entraîné des fermetures de frontières et des restrictions de mouvement plus ou moins sévères, qui ont eu pour effet collatéral de gripper le travail des organisations non

(1) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_20_604 pour consulter la répartition exacte.

(2) République centrafricaine, Nigeria, République démocratique du Congo, Niger, Cameroun, Burkina Faso.

gouvernementales (ONG) chargées de déployer une assistance humanitaire auprès des populations les plus vulnérables.

Auditionné par la commission des affaires étrangères, le président du Comité international de la Croix-Rouge (CICR)⁽¹⁾ Peter Maurer a parlé à cet égard de « dilemmes » pour l'action humanitaire : « *d'un côté on veut aider les États à mettre en place les recommandations de l'OMS sur les restrictions et, de l'autre, nous voyons que ces politiques peuvent aller à l'encontre de l'effort de création d'un espace humanitaire* ⁽²⁾ ».

Les restrictions liées à la pandémie se sont ajoutées à des contraintes préexistantes. Ainsi dans certaines parties du monde, les régimes de sanctions induisent une limitation parfois dramatique des capacités d'intervention humanitaire, malgré l'existence d'exemptions.

Les risques induits par les sanctions internationales

Les sanctions américaines à l'encontre d'États comme Cuba, l'Iran, la Syrie, etc., sont de nature à entraver l'acheminement de matériel médical et de produits alimentaires et, plus généralement, la lutte contre l'épidémie de covid-19. Les sanctions européennes sont, quant à elles, plus ciblées et comprennent des exemptions humanitaires précises et connues des acteurs économiques. Dans les régimes américains de sanctions, il existe également des exemptions humanitaires, qui sont toutefois très peu utilisées. Elles apparaissent moins bien maîtrisées par les entreprises qui, dès lors, tendent à adopter des comportements de « surconformité » de crainte d'être mises en cause par le gouvernement américain ⁽³⁾.

Les autorités américaines tendent à maintenir les sanctions à portée extraterritoriale, dans un objectif politique ou en fonction d'intérêts économiques. Le Caesar Syria Civilian Protection Act, par exemple, qui prévoit des sanctions secondaires contre toute personne ayant des activités commerciales avec le gouvernement syrien ou toute entité qui lui serait liée, apparaît de nature à freiner la fourniture d'aide humanitaire.

Adoptant une ligne différente, les gouvernements français, anglais et allemand ont réalisé, le 7 avril dernier, la première livraison de matériel médical à l'Iran grâce au dispositif INSTEX (Instrument in Support of Trade Exchanges), créé en février 2019. Ce dernier reste toutefois peu utilisé.

(1) <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=70d9b57b-d544-4dcf-ad50-543fb0ba20d1>

Face à la crise, des adaptations de la réponse humanitaire sont ainsi apparues indispensables afin d'assurer concomitamment la continuité des actions déployées en faveur des populations les plus fragiles et la lutte contre la propagation du virus. Les réponses adressées à la commission des affaires

(1) *Le CICR est une organisation intergouvernementale sui generis, est l'un des piliers du mouvement international de la Croix-Rouge, aux côtés des 192 sociétés nationales et de la Fédération des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.*

(2) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/l15cion_afetr1920040_compte-rendu#

étrangères par de nombreuses ONG – Handicap international, Médecins sans frontières, Médecins du Monde, Amnesty International, Action contre la faim, CARE France, Save the Children et Coordination Sud – ainsi que la contribution du CICR, ont permis d'établir dès le printemps un diagnostic à court et long termes de l'impact de la pandémie sur l'action humanitaire et d'identifier des besoins prioritaires.

La pandémie de covid-19 constitue, pour les ONG, autant de crises que de pays d'intervention, chaque contexte se révélant singulier et se trouvant affecté d'une manière différente. Les capacités sanitaires locales, l'urgence humanitaire préexistante, le profil épidémiologique et la densité de la population ainsi que les mesures prises par les gouvernements locaux obligent les associations humanitaires à faire preuve de réactivité et d'adaptabilité.

La crise sanitaire actuelle a eu un fort impact sur les capacités d'approvisionnement en matériels et d'acheminement des personnels sur le terrain. Les équipements de protection étant peu ou pas disponibles ⁽¹⁾, certaines activités ont dû être temporairement interrompues. L'achat et l'acheminement de ces équipements de protection représentent, par ailleurs, un véritable défi puisque les ONG ont pu se retrouver en concurrence directe avec les États, ce qui a eu pour effet, selon les estimations communiquées à la commission des affaires étrangères par Coordination Sud au mois de juin, de multiplier par dix le prix des équipements de protection individuelle et de multiplier par trois celui du fret aérien ⁽²⁾. Les possibilités d'intervention des ONG ont aussi été fragilisées par les difficultés de circulation des personnels. Ces difficultés ont touché à la fois les personnels implantés au niveau des sièges des organisations, qui se sont retrouvés dans l'impossibilité d'effectuer des visites de suivi ou de participer à des actions de formation sur le terrain, et les personnels internationaux et nationaux ne pouvant plus circuler entre les pays ou au sein d'un pays ⁽³⁾. Ainsi, les obligations de confinement et de mise en télétravail des équipes ont posé d'importants problèmes logistiques, en rendant impossible l'accès aux zones d'intervention et en compliquant les activités de distribution de denrées alimentaires ou de soins.

Par ailleurs, les personnels humanitaires peuvent être perçus comme porteurs potentiels du virus et être à ce titre pris à partie par les populations. Certaines ONG ont donc dû mettre en place des stratégies d'acceptation supplémentaires afin de renforcer la sécurité de leurs équipes sur le terrain ⁽⁴⁾. Les ONG et le CICR ont également mis en œuvre des protocoles sanitaires rigoureux

(1) C'est notamment le cas, selon des données de Médecins du monde, en Afrique de l'Ouest, en Centrafrique ou au Yémen, où le seul matériel disponible est non conforme ou de mauvaise qualité.

(2) À titre d'illustration, selon des données de Médecins du monde, en Colombie, au Pakistan ou en Irak, les prix des masques, gants et gels hydroalcooliques ont rapidement triplé, allant jusqu'à atteindre dix fois le prix initial avant la crise. Au Yémen, un thermomètre sur le marché local peut coûter aujourd'hui jusqu'à 400 dollars. Au Pakistan, un thermo flash coûte 200 dollars l'unité.

(3) Selon les informations communiquées par plusieurs ONG, plusieurs exemples peuvent être cités : au printemps, les mesures de lutte contre la covid-19 interdisaient de circuler entre les villes au Mali et au Burkina Faso.

(4) Réponses écrites au questionnaire adressé par la commission des affaires étrangères.

pour éviter que leurs personnels ne deviennent de fait des « *instruments de propagation du virus* ⁽¹⁾ ».

De façon générale, la pandémie de covid-19 a eu un impact massif et généralisé sur les activités des ONG interrogées et du Comité international de la Croix-Rouge. À titre indicatif, Handicap international précisait ainsi qu'au début de l'été, quelques mois après le début de la pandémie, seuls 7 % de ses projets n'avaient pas été entravés par la crise sanitaire. Au 22 avril ⁽²⁾, sur ses 95 zones d'intervention, le CICR évaluait à une dizaine le nombre d'opérations totalement entravées par les restrictions sanitaires et politiques adoptées nationalement.

La réorganisation de l'action humanitaire a aussi visé à répondre aux nouveaux besoins suscités par la crise. Les ONG interrogées par la commission des affaires étrangères et le CICR ont mentionné plusieurs types d'actions mises en œuvre pour lutter contre la pandémie : participation à des mesures de prévention (diffusion de tracts ou de messages par radio, éducation sanitaire, etc...) soutien aux autorités sanitaires pour les activités de dépistage ou la prise en charge des malades, soutien matériel et financier aux établissements de santé. Le CICR a indiqué avoir concentré son attention sur les publics plus vulnérables, dont les personnes déplacées et les personnes placées en détention. L'organisation s'est aussi employée à sensibiliser les États sur les conséquences des mesures de restriction de circulation sur la délivrance de l'aide humanitaire.

c. Le risque de se détourner des crises préexistantes

Une crise de l'ampleur de la pandémie de covid-19 emporte le risque de détourner l'attention de la communauté internationale de situations de vulnérabilité préexistantes, et par là-même de les laisser s'aggraver.

Les acteurs de l'humanitaire, dont les ONG interrogées par la commission des affaires étrangères, ont alerté dès le printemps sur le risque induit par les réallocations de fonds, qui ont constitué l'essentiel des mesures annoncées par les principaux bailleurs de fonds pour répondre à la crise.

Or les expériences précédentes en matière d'épidémie montrent qu'une réponse ne reposant que sur des réallocations des fonds, sans suffisamment de fonds supplémentaires, peut créer à terme un risque de surmortalité du fait de difficultés accrues pour accéder aux soins pour d'autres pathologies (voir *infra* sur l'Afrique). Combinées à la pression exercée sur les systèmes sanitaires nationaux, ces réallocations peuvent induire une surmortalité qui peut égaler voire dépasser la surmortalité induite par l'épidémie combattue. Dans le cas d'Ébola, près de 11 000 décès supplémentaires avaient été constatés en Guinée, au Liberia et en Sierra

(1) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/l15cion_afetr1920040_compte-rendu# Citation de Peter Maurer

(2) Date de l'audition de Peter Maurer

Leone sur 2014-2016 causés par la malaria, la tuberculose ou le VIH, et une diminution de 30 % des vaccinations de routine des enfants ⁽¹⁾.

La réponse aux besoins sanitaires et humanitaires induits par la pandémie doit faire l'objet d'une approche de long terme, qui prenne en compte les conséquences indirectes de la covid-19. Il s'agit du seul moyen de répondre sur le temps long aux vulnérabilités suscitées par la pandémie. À titre d'exemple, l'UNICEF, dans un rapport publié à la mi-novembre, alertait contre les risques encourus pour les enfants. Si les enfants sont peu touchés par le virus et a fortiori par ses formes graves, ils ont été exposés à de nombreuses conséquences de la crise. Cela vaut en matière de santé, de nutrition et d'éducation ⁽²⁾. L'éducation de jeunes enfants et d'étudiants a été interrompue par la crise dans le monde entier : au mois de juin, on comptait plus de 1,5 milliard d'enfants et étudiants privés d'école dans 188 pays en raison de la pandémie.

Cette nécessaire attention aux effets de long terme de la pandémie figurait parmi les recommandations formulées par le groupe de travail de la commission des affaires étrangères susmentionné, qui invitaient à mobiliser des ressources financières favorisant le déblocage des fonds supplémentaires et non les seules réallocations et à veiller à assurer la continuité des services de santé au-delà de la lutte contre la covid-19.

Ce constat concerne plusieurs régions du monde, à commencer l'Afrique subsaharienne.

3. En Afrique, un risque d'accentuer des vulnérabilités préexistantes malgré l'ampleur limitée de la pandémie

a. Sur le plan sanitaire, l'impact de la covid-19 a été moins important que ce qui pouvait être redouté au début de la pandémie

Malgré les craintes exprimées par de nombreux observateurs au premier semestre 2020 – le virologue camerounais John Nkengasong, directeur du Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (Africa CDC, agence rattachée à l'Union africaine), évoquait fin mars une « catastrophe imminente » ⁽³⁾ – le continent africain restait à l'automne relativement préservé de la pandémie de covid-19, au moins sur le plan sanitaire. Dans un communiqué en date du 24 septembre, l'OMS recensait environ 1,4 million de personnes contaminées pour un peu plus de 35 000 décès, ordre de grandeur comparable au nombre de décès alors enregistrés en Italie.

(1) Données communiquées à la commission des affaires étrangères par Coordination Sud.

(2) <https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/lunicef-veut-%C3%A9viter-une-g%C3%A9n%C3%A9ration-perdue>

(3) <https://www.jeuneafrique.com/915312/societe/coronavirus-nous-sommes-passees-dune-menace-imminente-a-une-catastrophe-imminente/>.

Si les chiffres officiels restent sous-évalués, du fait du manque de moyens de dépistage ⁽¹⁾, il semblerait tout de même que l’Afrique ait évité la catastrophe sanitaire redoutée.

Certains pays ont toutefois suscité des inquiétudes, à commencer par l’Afrique du Sud qui comptait au 1^{er} décembre près de 800 000 cas de covid-19 et près de 22 000 décès, soit quasiment la moitié des décès causés par la pandémie sur tout le continent africain à la même date (52 106).

Dans le communiqué du 24 septembre 2020 ⁽²⁾, l’OMS a avancé plusieurs hypothèses permettant d’expliquer la bonne résistance de l’Afrique à la covid-19. La relative jeunesse de la population tout d’abord – les plus de 65 % représentent environ 3 % de la population, contre 20 % en France – qui permettrait d’expliquer le faible taux de mortalité par habitant dû à la covid-19, estimé à 2,4 %, et la part importante de porteurs asymptomatiques, estimée à 80 % contre 40 à 50 % dans le reste du monde. Deuxièmement, à l’exception de quelques pays comme l’Afrique du Sud le continent est relativement isolé des grands flux d’échanges mondiaux, et les mobilités entre les pays sont limitées par le niveau de développement des infrastructures de transports et des équipements. L’OMS a aussi avancé des facteurs explicatifs liés aux modes de vie dominants, ainsi le virus se transmet moins en extérieur, or l’Afrique compte une part importante de sa population qui évolue dans des milieux ruraux et essentiellement en extérieur. Enfin, les personnes âgées en Afrique vivent souvent avec leurs proches, et non dans des maisons de retraite qui ont pu devenir dans les pays développés des foyers épidémiques.

Enfin, la directrice régionale de l’OMS pour l’Afrique, Matshidiso Moeti, a insisté dans ce même communiqué sur la rapidité de réaction des pays africains, qui a joué un rôle crucial dans la lutte contre la pandémie.

Sur le plan sanitaire, l’Afrique est cependant exposée à des risques spécifiques. La pandémie risque d’avoir indirectement un impact négatif sur la santé des populations, du fait de la prévalence d’autres pathologies telles que le VIH, le paludisme ou la tuberculose. Si la crainte d’une comorbidité liée au VIH a été relativisée par plusieurs études scientifiques ⁽³⁾, des inconnues subsistent encore sur le virus de la covid-19 et ses effets, ce qui invite à la prudence.

Surtout, le risque est fort de voir les efforts fournis pour la lutte contre la covid-19 fragiliser la mobilisation contre d’autres maladies pourtant mortelles. Une modélisation parue dans la revue médicale britannique *The Lancet* a souligné l’importance du maintien de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme

(1) Cette insuffisance a été soulignée notamment par le directeur du Centre africain de contrôle et de prévention des maladies de l’Union africaine John Nkengasong <https://www.dw.com/fr/covid-19-lafrique-sort-elle-trop-t%C3%B4-du-confinement/a-53831511>

(2) <https://www.afro.who.int/fr/news/les-facteurs-sociaux-et-environnementaux-consideres-lorigine-des-faibles-taux-de-covid-19-en>

(3) <https://www.healio.com/news/infectious-disease/20201119/hiv-does-not-increase-risk-for-covid19-hospitalization> ; <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/hiv.html>

pour limiter l'impact de la crise sanitaire liée à la covid-19 dans les pays à faibles et moyens revenus où ces maladies sont particulièrement prégnantes. Selon cette étude parue en juillet 2020, la crise sanitaire actuelle pourrait entraîner dans le monde jusqu'à 10 % de décès supplémentaires liés au VIH, 20 % dans le cas de la tuberculose et 36 % dans le cas du paludisme, à horizon de cinq ans. Selon les informations communiquées à la commission des affaires étrangères par l'ambassade de France en Afrique du Sud, la crise actuelle a eu dès le printemps 2020 des effets sur les deux grandes épidémies qui touchaient déjà le pays, la tuberculose et le VIH, avec une diminution des tests de dépistage et des mises sous traitement préventif ou thérapeutique ⁽¹⁾.

Par ailleurs, l'Afrique connaît une permanence ou une résurgence d'autres épidémies. La République démocratique du Congo a ainsi annoncé le 1^{er} juin 2020 qu'une nouvelle flambée d'Ébola s'était déclarée dans la province de l'Équateur, à l'heure où le pays luttait contre la plus grande épidémie de rougeole dans le monde. La RDC est aussi touchée par le choléra, qui a également connu un regain au Cameroun en janvier 2020, dans quatre régions.

Dès lors, il est essentiel que la lutte contre la covid-19 en Afrique ne conduise pas à sacrifier les efforts engagés sur le continent pour lutter contre des fléaux endémiques comme le VIH ou le paludisme, et contre les différentes flambées épidémiques locales. Cet aspect doit être pris en compte dans l'orientation de l'aide publique au développement et dans la programmation de l'action humanitaire (voir *supra* et *infra*).

Les craintes exprimées aussi bien en Afrique qu'à l'étranger au printemps 2020 s'appuyaient principalement sur l'état des systèmes sanitaires nationaux, souvent défaillants et dépendants de l'aide étrangère, que la pandémie a mis en lumière. À titre d'exemple, l'Éthiopie possède 300 lits de réanimation pour une population de 110 millions d'habitants. Par ailleurs, l'arrêt quasi-total des liaisons aériennes et les fermetures de frontières ont posé des problèmes majeurs pour l'acheminement de matériels voire de personnels qualifiés.

Le confinement est apparu plus problématique qu'ailleurs à mettre en place. Ces difficultés ont été soulignées en réunion de travail de la commission des affaires étrangères le 28 avril par Rémi Maréchaux, alors directeur de l'Afrique et de l'océan Indien au ministère de l'Europe et des affaires étrangères : « *les populations vivent au jour le jour et gagnent quotidiennement ce qu'elles peuvent dépenser pour se nourrir. Tous les États qui ont essayé le confinement, je pense notamment à l'Afrique du Sud, se sont retrouvés confrontés à des émeutes de la faim, des violences, des pillages* ». À l'exemple de l'Afrique du Sud – qui a mis en place un confinement dont le niveau maximal était particulièrement strict,

(1) Autre exemple, dans son bulletin humanitaire du 31 août, le BCAH déplorait ainsi un recul de la vaccination des enfants en Haïti contre plusieurs maladies dont la polio et la rougeole.

n'admettant pas par exemple la possibilité de faire de l'exercice en extérieur – on peut ajouter les cas du Sénégal et de la République démocratique du Congo ⁽¹⁾.

L'une des principales raisons avancées pour écarter le recours à des mesures de confinement semblables aux mesures mises en place en Europe tient au poids de l'économie informelle, tout particulièrement en Afrique subsaharienne où elle représente entre 25 et 65 % du PIB selon le FMI. Des mesures de confinement strict peuvent alors entraîner des risques de pénuries d'eau, de denrées alimentaires et de médicaments, compte tenu de la faiblesse des chaînes logistiques dans de nombreux pays. C'est en ce sens qu'un des responsables du CDC de l'Union africaine, Benjamin Djoudalbaye, a appelé les pays africains à « *ne pas appliquer les solutions des autres à nos problèmes* ⁽²⁾ ».

En pratique, une vingtaine de pays africains ont eu recours à des mesures de confinement, initiées pour la plupart entre fin mars et début avril et simplement « recommandées » à la population dans certains pays ⁽³⁾ tels que le Mali, le Soudan ou la Côte d'Ivoire. L'absence de confinement n'a pas empêché le recours à des mesures de restriction plus ponctuelles, par exemple l'interdiction des grands rassemblements et la fermeture des commerces non essentiels (Lagos, Abidjan, Ndjamena, etc.) ou encore la mise en place de couvre-feux (Congo, Nigeria). La pression socio-économique pesant sur les décisions d'ordre sanitaire est restée forte, ainsi selon les analyses transmises à la commission des affaires étrangères par l'ambassade de France en Afrique du Sud, « *l'évolution des restrictions a été plus adaptée à la situation économique et sociale du pays qu'à l'évolution de l'épidémie* », avec un premier allègement du confinement initié en mai alors que l'épidémie amorçait une croissance exponentielle du nombre de cas, et afin de tenir compte des conséquences socio-économiques potentiellement désastreuses d'un confinement prolongé, en particulier sur les populations les plus vulnérables.

b. Sur le plan socio-économique, la crise risque d'avoir un impact considérable

Plusieurs mois après le début de la pandémie, l'impact socio-économique de la crise suscite des inquiétudes parfois plus importantes que son impact sanitaire. Le FMI a revu durant l'été ses prévisions à la baisse, et prévoit une récession historique en 2020, à hauteur de – 3,2 % contre – 1,6 % dans ses prévisions formulées en avril. Les prévisions pour 2021 ont aussi été revues à la baisse, avec une reprise estimée à 3,4 % contre 4,1 % en avril. En définitive, plus les économies africaines participent aux flux de mobilité internationaux, plus elles

(1) Ainsi à Kinshasa en RDC, trois personnes sont mortes le 9 juin lors d'une manifestation réunissant des centaines de personnes afin de réclamer la réouverture du grand marché central de la ville, fermé depuis fin mars.

(2) <https://www.dw.com/fr/covid-19-lafrique-sort-elle-trop-t%C3%B4t-du-confinement/a-53831511>

(3) *Ibid.*

ont été touchées, et certains pays relativement moins développés devraient connaître une croissance relativement forte en 2020 ⁽¹⁾.

Les deux premières économies du continent, le Nigeria et l'Afrique du Sud, n'échapperont pas à cette tendance. Au Nigeria, la récession attendue pour 2020 est de 4,3 %, en Afrique du Sud, la baisse attendue cette année est de 8 %, alors que le pays connaissait déjà une crise économique avant la pandémie. En réunion de travail avec la commission des affaires étrangères le 3 décembre 2020, l'ambassadeur de France en Afrique du Sud Aurélien Lechevallier a évoqué des conséquences économiques « *extrêmement douloureuses* » pour le pays.

La crise sanitaire est intervenue dans un contexte déjà fragilisé pour certains États par l'effondrement des cours des matières premières, particulièrement en Afrique centrale. Ainsi, le Nigeria et l'Angola, qui sont très dépendants du pétrole, ne peuvent équilibrer leur budget et assurer les transferts sociaux nécessaires avec un prix du baril qui se situe entre 15 et 20 dollars. Celui-ci y représente d'un tiers à 80 % des recettes publiques. De façon générale, la part importante de l'emploi informel sur le continent (estimée à 85,8 %) se traduira par une plus grande précarité des travailleurs (70 % occupent un emploi vulnérable) et par une baisse des revenus des ménages. En Côte d'Ivoire par exemple, selon le Programme des Nations unies pour le développement, la pandémie a produit un choc négatif important sur le revenu de la majorité des ménages, qui s'explique essentiellement par une baisse de 47,2 % des salaires depuis le début de la crise sanitaire. Par ailleurs, la fragilisation du secteur touristique, qui représente une part très importante du PIB de certains pays, notamment en Afrique de l'Est et en Afrique australe, est aussi un facteur déstabilisant.

Les conséquences économiques de la crise se mesurent notamment à l'aune de son impact sur les PME, qui représentent 90 % de l'activité économique africaine et 60 % de l'emploi sur l'ensemble du continent. Avant l'épidémie de covid-19, l'Afrique subsaharienne comptait déjà la plus grande proportion de PME contraintes financièrement (54 %) dans le monde, et le déficit de financement des 44 millions de micro, petites et moyennes entreprises (MPME) implantées dans cette même zone était estimé à 331 milliards de dollars en 2018 ⁽²⁾. Or, la pandémie s'est accompagnée dans de nombreux pays d'un ralentissement sans précédent de l'activité, qui a contraint des entreprises à fermer, parfois définitivement. Selon les dernières estimations disponibles, fournies par la Direction de l'Afrique et de l'Océan indien (MEAE) à la commission des affaires étrangères, les PME africaines pourraient perdre 20 à 40 milliards de dollars en

(1) Les cinq pays les plus touchés seraient les Seychelles (-10,8 %), le Zimbabwe (-7,4 %), Maurice (- 6,8 %), Sao Tomé et Príncipe (- 6 %) et l'Afrique du Sud (-5,8 %). A contrario, le Soudan du Sud (+4,9 %), le Bénin (+4,5 %), le Rwanda (+3,5 %), l'Ouganda (+3,5 %) et l'Éthiopie (+3,2 %) devraient rester relativement épargnés par la crise.

(2) Selon les informations communiquées à la commission des affaires étrangères par la Direction de l'Afrique et de l'Océan Indien du MIE, les difficultés d'accès au financement pour les PME sont importantes dans de nombreux pays, où les banques requièrent des collatéraux et autres sûretés ou proposent des financements assortis de taux d'intérêts très élevés ou de maturité insuffisante pour assurer la rentabilité des investissements financés.

2020, avec des variations importantes selon les pays, en fonction de la structure de l'économie, de son degré d'ouverture et de l'ampleur des restrictions imposées pour lutter contre le virus.

Enfin, l'Afrique a subi l'impact de la baisse des transferts financiers des migrants. Ces transferts sont très réguliers et jouent traditionnellement un rôle contra-cyclique d'amortissement des crises (voir *supra*).

III. LA CRISE A MIS À L'ÉPREUVE L'UNION EUROPÉENNE, APPELÉE À RENFORCER SON AUTONOMIE STRATÉGIQUE

A. UNE RÉACTION EUROPÉENNE TARDIVE, MARQUÉE PAR UNE INSUFFISANTE CAPACITÉ D'ANTICIPATION

Comme l'a souligné Jean-Yves Le Drian lors de son audition du 8 avril devant la commission des affaires étrangères, « *chacun l'a constaté, et la présidente de la Commission européenne l'a reconnu, la machinerie européenne a connu un retard à l'allumage* ⁽¹⁾ », du fait d'un manque d'anticipation et d'une tentation à agir en ordre dispersé. Les institutions européennes ont à l'évidence sous-estimé, dans un premier temps, la gravité et les conséquences de l'épidémie ainsi que sa capacité à s'étendre fortement hors d'Asie. Le fait que la santé publique relève de la compétence des États membres ne justifiait pas de se désintéresser de l'irruption d'une crise de nature globale mêlant des aspects sanitaires, économiques, sécuritaires, géopolitiques, etc.

Dans le même sens, lors d'une réunion de travail du 17 avril, la secrétaire générale aux affaires européennes Sandrine Gaudin, a précisé « *qu'on a très vite demandé à l'Union européenne de prendre des mesures dans un domaine dans lequel sa compétence est pourtant extrêmement limitée* ». Si cela peut sembler paradoxal, l'expérience de la crise sanitaire liée à la pandémie de covid-19 a souligné la nécessité de renforcer les capacités d'action européennes en la matière.

(1) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/15cion_afetr1920038_compte-rendu

Les compétences de l'Union européenne en matière sanitaire

En vertu de l'article 168 TFUE, la santé publique relève de la compétence des États membres et l'Union européenne ne dispose que d'une compétence dite d'appui en la matière. L'UE peut compléter les politiques nationales dans de larges domaines, mentionnés par l'article 168 TFUE :

- Amélioration de la santé publique ;
- Information et éducation en matière de santé ;
- Prévention des maladies et des causes de danger pour la santé physique et mentale ;
- Lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur les causes, leur transmission et leur prévention ;
- Surveillance, alerte et lutte contre les menaces transfrontières graves sur la santé ;
- Réduction des effets nocifs de la drogue sur la santé.

L'UE est appelée à « encourager la coopération » entre les États membres et la « coordination » de leurs politiques et systèmes sanitaires, « en particulier dans les régions frontalières » et à « favoriser la coopération » avec les États tiers.

Des textes contraignants peuvent être adoptés au niveau européen dans le domaine sanitaire, par exemple pour fixer des normes minimales.

Sur le plan institutionnel, c'est la direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire de la Commission européenne (DG Santé) qui mène la politique globale de l'Union européenne et suit l'application de la législation.

L'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé et l'alimentation (CHAFEA) est quant à elle chargée de mettre en œuvre le programme Santé, sur une base pluriannuelle. Le programme Santé pour la période 2014-2020, qui s'inscrit dans la stratégie globale Europe 2020, poursuit « quatre objectifs spécifiques dans 23 domaines prioritaires » :

- Prévenir les maladies et favoriser des modes de vie sains ;
- Protéger les citoyens des menaces transfrontières graves ;
- Contribuer à des systèmes de santé innovants, efficaces et viables ;
- Faciliter l'accès des citoyens à des soins de santé sûrs et de qualité.

Les financements sont en principe attribués en fonction des priorités et critères redéfinis chaque État avec les États membres, dans le cadre d'un plan de travail annuel. Le programme Santé sur 2014-2020 était doté de 449,4 millions d'euros, en hausse constante depuis le premier programme qui portait sur la période 2003-2007.

Enfin, il existe également des organes spécialisés, parmi lesquels on trouve notamment l'Agence européenne des médicaments (EMA), qui délivre des autorisations de mise sur le marché des médicaments valables dans l'ensemble des États membres.

Certes, dès le 28 janvier, alors que les premiers cas d'infection sont constatés sur notre continent, la présidence croate active le mécanisme de réaction de l'Union, dit « IPCR » (*Integrated Political Crisis Response*) qui permet, en cas de crise, de coordonner la réaction politique en réunissant les États membres touchés et différents organes de l'Union européenne, dont la Commission européenne et le Service européen pour l'action extérieure. Toutefois, lorsque la nouvelle Commission européenne, entrée en fonction le 1^{er} décembre 2019, célèbre début mars ses cent premiers jours de travail, son communiqué de presse ne mentionne l'épidémie de covid-19 que comme un sujet secondaire, relégué à l'avant-dernier paragraphe ⁽¹⁾.

Les premières mesures de réaction face à la pandémie ont le plus souvent été prises en ordre dispersé.

Cela a été le cas pour l'instauration de contrôles aux frontières intérieures de l'Union européenne, qui ont pris des formes différentes selon les pays, sans coordination. L'instauration de contrôles aux frontières intérieures est admise et prévue par le Code frontières Schengen ⁽²⁾, et dans l'ensemble, peu de blocages ont été constatés pour la circulation transfrontalière des personnes disposant d'un motif impérieux – médical, familial ou professionnel pour l'essentiel – en revanche, l'absence de coordination et de lignes directrices communes ont limité la lisibilité des mesures aux premiers temps de la crise.

La coopération entre les États membres, et au-delà la solidarité européenne, ont été mises à l'épreuve par la crise. Des pays, parmi lesquels la France ou l'Allemagne ont, au début du mois de mars, bloqué leurs exportations de matériel médical vers les pays tiers, y compris européens. D'autres, comme la Belgique, ont refusé de prendre en charge des patients issus d'autres pays européens alors que des lits en soins intensifs étaient disponibles. Le fait qu'une aide, amplement médiatisée, ait été apportée à l'Italie par des pays comme la Chine, la Russie, Cuba ou le Venezuela a souligné par contrecoup l'absence de solidarité européenne. D'après un sondage publié le 13 mars, 88 % des Italiens estimaient que l'Union européenne n'aidait pas l'Italie face au coronavirus et 67 % considéraient qu'appartenir à l'Union constituait un désavantage ⁽³⁾. Lors de sa réunion de travail le 3 avril avec les membres de la commission des affaires étrangères, Christian Masset, ambassadeur de France en Italie, avait souligné combien le peuple italien avait pu être blessé par ce manque de solidarité.

(1) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_20_403.

(2) Conformément à l'article 23 du Code frontière Schengen, « En cas de menace grave pour l'ordre public ou la sécurité intérieure, un État membre peut exceptionnellement réintroduire le contrôle à ses frontières intérieures durant une période limitée d'une durée maximale de trente jours ou pour la durée prévisible de la menace grave si elle est supérieure à trente jours ».

(3) L'exemple de l'Espagne peut aussi être avancé. Une enquête publiée par le journal *El Espagnol*, réalisée au plus fort de la crise (17 - 20 avril), a mis en évidence la chute de confiance de l'ensemble des citoyens espagnols envers l'Union européenne au plus fort de la crise : plus de 90 % des sondés, tous bords politiques confondus, estiment que les autres pays européens se sont comportés de façon peu, voire pas du tout solidaires.

B. LA CONSTRUCTION PROGRESSIVE D'UNE RÉPONSE COORDONNÉE

Face à la crise, une solidarité entre États européens a progressivement pris forme, tandis que les institutions de l'UE ont tâché d'organiser une réponse européenne à la crise.

Lors d'un Conseil européen du 10 mars, les chefs d'État et de gouvernement ont dégagé quatre priorités : limiter la propagation du virus, fournir du matériel médical, promouvoir la recherche et faire face aux conséquences socio-économiques de la pandémie. Ils ont donné mandat à la Commission européenne pour coordonner les actions des États membres. Lors d'un second Conseil européen les chefs d'État et de gouvernement ont acté la mise en place d'un certain nombre de mesures proposées par la Commission européenne, telles que la « fermeture ⁽¹⁾ » des frontières extérieures de l'Union européenne pour une durée de trente jours, renouvelée à plusieurs reprises.

En parallèle, la Commission européenne s'est organisée en interne, en constituant une équipe de coordination au niveau politique, composée des commissaires chargés des domaines d'action les plus concernés (santé, marché intérieur, gestion des crises, frontières, *etc.*), ainsi qu'un groupe consultatif sur l'épidémie de covid-19 composé d'épidémiologistes et de virologues et chargé d'élaborer des orientations sur une base scientifique ⁽²⁾.

En matière de mobilité aux frontières extérieures et intérieures des États membres, la Commission européenne a publié des lignes directrices, approuvées par les chefs d'État et de gouvernement le 17 mars. Elles insistent sur la nécessité de préserver la libre circulation des biens essentiels (denrées alimentaires, équipements médicaux, *etc.*) et de ne pas perturber les services essentiels d'intérêt général.

La Commission européenne a aussi contribué à l'organisation d'une réponse européenne commune en lançant des initiatives concrètes, telles que des appels d'offres communs dont l'un a porté, dès le mois de mars, sur l'acquisition d'équipements de protection individuelle ⁽³⁾.

Des gestes concrets de solidarité ont été organisés entre États membres. Une fois levées les interdictions d'exportations, l'Italie a ainsi reçu un million de masques de la France et un million de l'Allemagne, laquelle a également envoyé sept tonnes de matériel médical (300 respirateurs, masques à anesthésie).

(1) Il ne s'agissait pas d'une fermeture totale, dans la mesure des dérogations où des dérogations étaient prévues notamment pour les membres de la famille de citoyens européens, les diplomates, les professionnels de santé et les travailleurs frontaliers.

(2) Dans ce cadre, des orientations ont été publiées ces derniers mois sur une série de thèmes : mesures de lutte contre la propagation du virus, modalités de mise au point d'applications mobiles de traçage, stratégies de dépistage *etc.*

(3) Autre exemple, le 8 octobre, un contrat-cadre de passation conjointe de marché avec la société pharmaceutique Gilead visant à fournir jusqu'à 500 000 traitements de Remdesivir a été conclu.

Parmi les initiatives les plus remarquables, des transferts de patients ont été organisés entre États européens, des patients français ont ainsi été accueillis pendant la première vague en Allemagne, au Luxembourg, en Autriche et en Suisse ⁽¹⁾.

La crise a donné lieu à la mise en place de la toute première réserve européenne commune de matériel médical. La « réserve rescUE », créée en 2019 pour mettre en commun des moyens afin de renforcer la lutte aérienne contre les feux de forêt, a été réorganisée dès le mois de mars, lorsque la Commission européenne a décidé d'en faire le support de la constitution « *d'un arsenal de contre-mesures médicales, d'équipements médicaux de soins intensifs et d'équipements de protection individuelle* ». Cette réserve est financée à 90 % par la Commission et à 10 % par les États membres, et son budget initial s'est élevé à 50 millions d'euros.

Une mobilisation commune en vue de la mise au point d'un vaccin et de traitements a été enclenchée. La Commission européenne a mobilisé plus de 660 millions d'euros depuis janvier 2020 au titre du programme « Horizon 2 020 ⁽²⁾ » pour la recherche de traitements et d'un vaccin contre la covid-19 ⁽³⁾.

Par ailleurs, la coopération européenne a mobilisé un outil préexistant conçu pour faciliter la réaction des États en situation de crise, le Mécanisme européen de protection civile (MEPC). Créé en 2001, il s'agit d'un mécanisme de coopération internationale qui regroupe les 27 États membres de l'Union européenne et six États « participants » ainsi que le Royaume-Uni pour une période de transition. Il a pour but de favoriser la coopération entre les autorités nationales de protection civile des différents États membres en coordonnant les mesures d'aide aux victimes de catastrophes naturelles et humaines en Europe et dans le monde.

Dans le cadre de la crise sanitaire liée à la pandémie de covid-19, le mécanisme a été utilisé pour organiser des rapatriements de citoyens européens et pour une assistance médicale, à la faveur d'une orientation de ses missions vers une dimension sanitaire. Dès le 28 janvier 2020, la France a demandé l'activation du mécanisme à la Commission dans le but de rapatrier les citoyens européens présents à Wuhan. Début juin, le mécanisme avait permis de rapatrier plus de 75 000 citoyens de l'UE et 10 000 citoyens de pays partenaires depuis plus de

(1) D'après le ministère des solidarités et de la santé, entre mars et avril, 644 patients français ont été transférés dont 183 vers des pays européens ou vers la Suisse. Dans le détail, 172 patients ont été transférés du 21 mars au 5 avril du Grand Est vers l'Allemagne, la Suisse, le Luxembourg et l'Autriche. Du 26 au 28 mars, 5 patients ont été transférés de la Bourgogne Franche-Comté vers la Suisse. Le 31 mars, 6 patients ont été transférés du Grand Est vers l'Allemagne.

(2) Horizon 2 020 a été remplacé pour la période 2021-2027 par Horizon Europe, futur programme-cadre de l'Union européenne pour la recherche et l'innovation (R & I) pour la période 2021-2027. Il s'agit de l'initiative phare de l'UE en matière de soutien à la R & I, du concept à la mise sur le marché, qui complète les financements nationaux et régionaux.

(3) https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-responses/overview-commissions-responses_fr#soutenir-la-recherche-de-traitements-doutils-de-diagnostic-et-de-vaccins

80 pays à travers le monde. Le mécanisme a aussi été mobilisé pour coordonner et co-financer la fourniture d'équipements médicaux, d'abord à l'attention de pays tiers, dont la Chine ⁽¹⁾, puis entre participants au mécanisme. La solidarité européenne s'est donc aussi tournée vers des pays tiers, et tout particulièrement vers les pays les plus vulnérables face à la crise (voir *supra*).

La crise a contribué à ouvrir le débat sur la nécessité pour l'Union européenne de se doter d'un centre de crise, qui serait exclusivement consacré à l'anticipation et à la gestion des crises. Plusieurs propositions allant en ce sens ont été formulées, à commencer par celle du président du Conseil Charles Michel, qui a appelé à la mise en place d'un véritable « *centre de crise européen* », qui donnerait à l'Europe une « *unité de commandement* ⁽²⁾ » commune. Un tel centre pourrait aider les institutions européennes et les États membres à se tenir prêts face aux crises potentielles et à les gérer au mieux lorsqu'elles éclatent, et non pas à agir simplement « en réaction », comme cela a été le cas pour la crise liée à l'épidémie de covid-19.

L'Allemagne, qui a pris la présidence tournante du Conseil de l'Union européenne en juillet 2020, a proposé la création d'une « *task force* » (force opérationnelle) qui porterait plus spécifiquement sur la gestion des crises sanitaires, et qui aurait pour mission d'élaborer des plans de prévention et de riposte aux futures épidémies, aux côtés des institutions nationales, et pourrait en partie répondre à l'ambition de renforcement des capacités de gestion de crise européennes.

La proposition allemande suggère une intégration de cette « *task force* » au sein du Centre européen de contrôle et de prévention et des maladies (ECDC), qui a été mis à l'épreuve par la crise sanitaire.

Le Centre européen de contrôle et de prévention de maladies (ECDC) est une agence de l'Union européenne créée en 2005 suite à l'épidémie de SRAS, dans l'objectif de renforcer la protection de l'Europe contre les maladies infectieuses. Le Centre a pour mission d'analyser et interpréter des données issues des pays de l'Union Européenne, de fournir des avis scientifiques, d'assurer une détection précoce des menaces émergentes et d'aider les pays membres à se préparer aux épidémies. Il a aussi un rôle de soutien à la Commission européenne dans la mise en œuvre de politiques liées aux maladies infectieuses, et s'assure de leur mise en œuvre. Depuis 2017, le Centre est dirigé par l'épidémiologiste allemande Andrea Ammon qui dispose d'un effectif de 290 personnes. Son budget est relativement faible au regard de sa mission : 59 millions d'euros en 2019. À titre de comparaison, les ressources financières de l'Institut Pasteur s'élevaient à 289,1 millions d'euros en 2018.

(1) Au cours du mois de février, plus de 56 tonnes d'équipement de protection individuelle (masques chirurgicaux, vêtements de protection, désinfectants), provenant d'Allemagne, de France, d'Autriche, d'Italie, d'Estonie, de Lettonie, de République tchèque et de Slovaquie, ont été livrées à la Chine

(2) https://www.rtf.be/info/monde/detail_charles-michel-nous-avons-besoin-d-une-approche-plus-solide-au-niveau-europeen-pour-gerer-les-crisis-du-coronavirus?id=10464425

Or la réaction de l'ECDC face à la pandémie de covid-19 a fait l'objet de critiques et des marges de progression ont été identifiées. La revue scientifique *The Lancet* a souligné les limites du Centre face à la crise, faute de ressources suffisantes pour lui permettre de mener à bien sa mission et de s'imposer comme un pôle d'expertise scientifique en matière d'épidémie, malgré un rôle actif dans la communication de données scientifiques sur le virus ⁽¹⁾. En comparaison, l'*US Center for Disease Control and Prevention*, dont les objectifs sont similaires, dispose de compétences et de pouvoirs plus étendus – l'ECDC publie des lignes directrices, mais n'a pas de pouvoir de contrainte sur les États – et un budget nettement plus important (8 milliards de dollars en 2020) ⁽¹⁾.

La France s'est associée à la proposition allemande de réforme du Centre européen de contrôle et de prévention et des maladies, à condition qu'elle soit précédée d'une évaluation indépendante de son rôle pendant la crise sanitaire, à l'instar de ce qui est attendu concernant l'Organisation mondiale de la santé (voir *infra*).

C. L'UNION EUROPÉENNE DOIT ENCORE FAIRE FACE À DE NOMBREUX DÉFIS POUR RÉUSSIR LA SORTIE DE CRISE

1. Les défis de la sortie de la crise sanitaire et de la reconstruction économique

Alors que l'Europe a été touchée à la fin de l'été par une deuxième vague dont l'ampleur reste encore incertaine, et que de nombreux pays ont dû prendre de nouvelles mesures de restrictions ⁽²⁾, les États européens doivent faire face aux conséquences socio-économiques de la crise et préparer l'avenir.

Ces derniers mois, plusieurs initiatives ont pris forme pour renforcer la coordination européenne face à la pandémie. Par exemple, si chaque État a déterminé souverainement son rythme et son calendrier de déconfinement, la présidente de la Commission européenne et le président du Conseil européen ont présenté dès le 15 avril une feuille de route du déconfinement, établie sur la base des recommandations du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies ⁽³⁾. En octobre, les ministres des affaires européennes se sont mis d'accord sur des critères communs – non contraignants – pour harmoniser les

(1) À noter que le 27 mai, dans le cadre du budget européen pour la relance, la Commission a proposé de mettre en place un nouveau programme intitulé « EU4Health » pour la période 2021-2027, doté d'un budget de 9,4 milliards d'euros. Ce fonds sera chargé d'améliorer la coordination en matière de santé publique et de renforcer les outils de gestion de crise sanitaire. Ce programme devrait allouer une partie de son budget au Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

(2) https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/04/coronavirus-l-italie-sous-couvre-feu-national-le-portugal-retrouve-un-confinement-partiel-et-allege_6058462_3244.html Point au point européen au début du mois de novembre

(3) Cette feuille de route propose des critères en termes de calendrier de déconfinement et pose des principes de coordination, tels que la notification préalable des décisions prises. Elle souligne, la nécessité d'une collecte de données harmonisées et d'un système efficace de traçage des contacts, à l'aide d'outils numériques respectant la confidentialité des données.

restrictions de voyage au sein de l'espace communautaire, sur la base d'une carte de situation établie chaque semaine par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies ⁽¹⁾. Une recommandation a été adoptée en juin et revue en octobre sur la levée progressive des restrictions temporaires des déplacements non essentiels vers l'Union européenne, qui prévoit un réexamen régulier sur la base de critères préétablis, afin de proposer une liste de pays tiers à l'égard desquels les restrictions peuvent être levées ⁽²⁾.

D'importants défis attendent l'Union européenne sur le plan économique et social (voir données *supra*). Il existe un risque majeur de voir s'accroître les divergences des économies au sein de la zone euro. Comme l'a souligné Odile Renaud-Basso, directrice générale du Trésor, lors de la réunion de travail avec notre commission le 30 avril, l'Allemagne, en particulier, pourrait, grâce à son industrie, rebondir beaucoup plus vite que les pays du sud de l'Europe.

L'Union européenne a posé depuis la mi-mars les premiers jalons d'une réponse à l'ampleur inédite, qui a fait l'objet de discussions entre les États membres pendant plusieurs mois.

La Banque centrale européenne (BCE) a annoncé le 18 mars un plan de rachat, sur les marchés financiers, de la dette des États et des entreprises de la zone euro, à hauteur de 750 milliards d'euros. Le Conseil de l'Union européenne a assoupli, quelques jours après, les règles en matière de discipline budgétaire et d'aides d'État.

L'eurogroupe a adopté le 9 avril un plan de 540 milliards d'euros, comportant trois volets :

– capacité de prêt aux entreprises pouvant aller jusqu'à 200 milliards d'euros pour la Banque européenne d'investissement (BEI) ;

– possibilité pour la Commission européenne d'accorder des prêts aux États membres pour le financement de leurs dispositifs de chômage partiel, grâce au mécanisme de « soutien pour atténuer les risques de chômage en cas d'urgence » dans la limite de 100 milliards d'euros (dispositif SURE – *Support to mitigate Unemployment Risks in Emergency*) ;

– ouverture d'une capacité pour le Mécanisme européen de stabilité (MES) d'accorder aux États membres des lignes de crédit, dans la limite de

(1) L'accord prévoit que le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies publie chaque semaine une carte de la situation de l'ensemble des pays de l'Union au niveau régional, avec un code couleurs en fonction du niveau de risque d'une zone. Ces zones sont définies en prenant en compte les critères du nombre de nouveaux cas notifiés pour 100 000 habitants sur les 14 derniers jours et du taux de positivité des tests. Une quatrième couleur (gris) est prévue pour les zones dans lesquelles il n'existe pas de données suffisantes ou lorsque le nombre de tests menés pour 100 000 habitants est jugé trop faible. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement>.

(2) <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11701-2020-INIT/en/pdf>

240 milliards d’euros, pour couvrir des dépenses contribuant à la lutte contre la covid-19.

Le Conseil européen du 23 avril a validé les décisions de l’eurogroupe ainsi que la mise en place d’un fonds de relance dont la Commission européenne est chargée de proposer les modalités dans les semaines à venir.

Le plan de relance européen

Les effets de la crise du covid-19 sur les économies des États-membres de l’Union Européenne ont été massifs. Dès le mois d’avril, face à la gravité et l’exceptionnalité de la crise, les dirigeants européens se sont mis à réfléchir à l’élaboration d’un plan de relance européen. Berlin et Paris, qui signaient une initiative franco-allemande pour la relance européenne dès le mai 2020, ont plaidé pour un « *endettement collectif* », qui ouvrirait la voie à une intégration plus forte de l’UE en matière de fiscalité. Lors des négociations au Conseil européen en juillet 2020, la question de l’octroi de subventions par la Commission aux pays les plus durement touchés par la crise a largement cristallisé les différends entre deux camps : d’une part, une majorité des Vingt-sept, et parmi eux, les pays du Sud de l’Europe, d’autre part, les pays dits « frugaux » - Pays-Bas, Autriche, Suède et Danemark, qui conditionnaient leur adhésion au plan de relance à une série de garanties souveraineté fiscale et budgétaire. La Pologne et la Hongrie avaient également prévenu dès le début des négociations qu’elles ne soutiendraient pas un mécanisme de conditionnalité lié à la garantie de l’État de droit.

Le 21 juillet 2020, à la suite de négociations houleuses, le président du Conseil Européen Charles Michel a annoncé que les Vingt-Sept s’étaient mis d’accord sur un ensemble de dispositions. Le plan de relance européen, *Next generation EU*, prendrait la forme d’un soutien financier extraordinaire de 750 milliards d’euros à destination des États-membres. Concrètement, la Commission européenne serait autorisée à emprunter sur les marchés au nom des États européens des capitaux qui seront redistribués à ces États sous formes de prêts (à hauteur de 360 milliards) et de subventions (390 milliards d’euros). Les Vingt-sept ont également consenti à ce que l’argent distribué puisse être investi dans des politiques volontaristes en matière de transition écologique et numérique. Ils ont ainsi convenu que 30 % du montant total des dépenses du cadre financier pluriannuel (CFP) – qui comprend le budget pluriannuel de l’Union ainsi que le plan de relance – seraient alloués à des projets liés au climat.

Next generation EU, comme conçu par les États membres, déploie sept programmes financiers différents destinés à appuyer l’investissement dans plusieurs secteurs. À titre d’exemple, *Horizon Europe*, un programme doté de 5 milliards d’euros, doit appuyer les projets d’innovation dans l’Union Européenne, tandis que le *Fond pour une transition juste* doit permettre une allocation de 10 milliards d’euros aux territoires de l’UE et secteurs industriels touchés par la politique de transition *verte* voulue par la Commission européenne. Du reste, le programme le plus important financièrement – à hauteur de 672,5 milliards d’euros soit 90 % de l’enveloppe totale du plan de relance –, renommé *La facilité pour la reprise et la résilience*, doit soutenir les États européens, en favorisant l’investissement public et les réformes économiques nécessaires. Pour bénéficier de ces fonds, les États-membres doivent élaborer des plans nationaux pour la reprise et la résilience, qui seront évalués par la Commission Européenne selon un certain nombre de critères déterminés et approuvés par le Conseil européen à la

majorité qualifiée. Selon les termes de l'accord au Conseil Européen en juillet, la France toucherait 40 milliards d'euros, l'Italie quelque 70 milliards et l'Espagne une soixantaine.

Début décembre, alors que le Parlement européen a déjà proposé ses amendements au plan de relance, qui ont trait principalement à la répartition des fonds dans les différents programmes, le plan de relance européen n'avait toujours pas été adopté par les États membres. En cause, la Hongrie et la Pologne ont refusé une disposition majeure que ni le Parlement, ni l'immense majorité des États membres ne souhaitent abandonner, seule la Slovénie ayant affiché son soutien. Les gouvernements polonais et hongrois contestent le Règlement pour un régime général de conditionnalité pour la protection du budget européen⁽¹⁾, qui conditionne le déblocage des fonds du plan de relance à la protection de l'État de droit au sein de l'Union. Ainsi, sur la base du non-respect de l'*État de droit*, tel que défini à l'article 7 du Traité de l'Union européenne, le Conseil européen pourrait, après un vote à la majorité qualifiée, annuler le transfert des fonds de soutien aux États mis en cause. La Hongrie et la Pologne demandent l'élaboration de « *critères objectifs* » et la « *possibilité d'un recours juridique* » sur la décision du Conseil soit instaurée. À l'issue de la réunion des chefs d'État et de gouvernement européen du 10 décembre, un compromis a été obtenu. Les 27 se sont engagés dans leur déclaration commune à ce que le lien entre l'État de droit et les fonds européens soit appliqué « objectivement » et uniquement pour garantir l'utilisation appropriée des fonds de l'Union européenne. La possibilité pour les États de déposer un recours auprès de la Cour de justice de l'Union européenne sur la conformité du mécanisme de protection de l'État de droit aux traités européens a également été garantie.

(1) <https://www.consilium.europa.eu/media/45842/regulation-of-the-european-parliament-and-of-the-council-on-a-general-regime-of-conditionality-for-the-protection-of-the-union-budget.pdf>. Ce règlement a vocation à s'appliquer aussi bien au plan de relance qu'à l'ensemble des fonds prévus par le budget pluriannuel de l'Union européenne.

Sources : Commission européenne, Conseil européen.

Pour obtenir une présentation détaillée de l'ensemble des mesures et outils prévus par le plan de relance, on pourra consulter les liens suivants : <https://www.consilium.europa.eu/fr/meetings/european-council/2020/07/17-21/>; <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2020/10/09/covid-19-council-agrees-its-position-on-the-recovery-and-resilience-facility/>

Pleinement mis en œuvre, ce plan de relance pourra constituer une avancée notable pour l'Europe. Deux des éléments qu'il prévoit apparaissent comme des progrès notables en matière de solidarité européenne : le principe d'un endettement collectif, et la part importante – bien que réduite par rapport à la proposition initiale de la Commission européenne⁽¹⁾ – de subventions, particulièrement attendue dans un contexte d'endettement massif⁽²⁾ de nombreux États européens.

(1) La proposition formulée au mois de mai prévoyait 500 milliards d'euros de subventions et 250 milliards d'euros de prêts.

(2) À titre indicatif, la dette publique de l'Italie devrait atteindre d'ici la fin de l'année 2020 155,7 % du PIB, la dette publique espagnole a atteint 110 % du PIB au deuxième trimestre 2020, en France en 2019, la dette publique était égale à 98 % du PIB elle devrait atteindre 119, 8 % du PIB en 2020.

2. La nécessité de doter l'Europe d'une véritable autonomie stratégique

a. Un objectif dont la crise sanitaire a fait une nécessité vitale pour l'Europe

Appelée de ses vœux par le Président de la République avant même que la crise sanitaire ne frappe la France et l'Europe, la recherche d'une « autonomie » et d'une « liberté d'action » européennes apparaît désormais comme une nécessité vitale pour l'Europe ⁽¹⁾.

Comme l'a souligné Jean-Yves Le Drian lors de son audition du 8 avril devant la commission des affaires étrangères, « *le concept de souveraineté stratégique européenne commence à émerger* ». L'expérience de la crise liée à la pandémie de covid-19 a sensiblement favorisé cette dynamique, qui doit encore trouver une pleine traduction dans les faits, dans une série de domaines qui vont bien au-delà du domaine sanitaire. Pour reprendre les mots du philosophe Edgar Morin lors de son audition devant la commission des affaires étrangères, « *tout le monde a compris, à l'occasion de cette crise, que nous avons désormais besoin d'une autonomie sanitaire et je dirais même au-delà, en prévision de tout ce qui pourrait arriver, d'un minimum d'autonomie alimentaire* ⁽²⁾ ».

Dans le cadre de « l'initiative franco-allemande pour la relance européenne face à la crise du coronavirus », présentée le 18 mai par Emmanuel Macron et Angela Merkel, le renforcement de la souveraineté sanitaire et économique de l'Europe a fait l'objet d'une série de propositions.

Le volet portant sur la souveraineté sanitaire reposerait sur le développement d'une industrie sanitaire européenne dotée d'un positionnement stratégique apte à favoriser la capacité de l'Union à proposer une réponse mieux coordonnée entre les systèmes de santé européens et à diminuer la dépendance de l'Union à l'exportation de produits sanitaires.

Concrètement, l'initiative franco-allemande propose :

- l'augmentation des capacités européennes de recherche et développement dans le domaine des vaccins et des traitements, ainsi que la coordination des politiques en matière de marchés publics communs dans ce domaine afin de garantir un accès européen et mondial plus efficace ;
- la mise en place de stocks stratégiques communs de produits pharmaceutiques et médicaux ainsi que le développement des capacités de production de ces produits dans l'Union européenne ;

(1) Voir notamment le discours du 7 février devant la 27^{ème} promotion de l'école de Guerre <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/02/07/discours-du-president-emmanuel-macron-sur-la-strategie-de-defense-et-de-dissuasion-devant-les-stagiaires-de-la-27eme-promotion-de-lecole-de-guerre>

(2) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/15cion_afetr1920052_compte-rendu#

- la mise en place d'une « task-force » de l'UE chargée de la santé au sein du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (voir *supra*), dans le but d'élaborer des plans de prévention et de riposte face aux futures épidémies ;
- la définition de normes européennes communes en matière d'interopérabilité des données sanitaires.

Le volet portant sur le renforcement de la souveraineté économique européenne prévoit l'identification des biens d'importance stratégique pour notre sécurité (sanitaire, mais aussi dans d'autres domaines comme le numérique), l'identification des vulnérabilités d'approvisionnement et la mise en œuvre des dispositions nécessaires à la reconfiguration des chaînes de valeur (diversification des fournisseurs, développement de nos propres capacités de production et d'investissement en Europe). En pratique, l'initiative propose :

- la diversification des chaînes de valeur en intégrant de nouvelles initiatives, en renforçant les mécanismes visant à répondre aux subventions des pays tiers ainsi que le contrôle des investissements aux niveaux national et européen pour les investisseurs non européens dans les secteurs stratégiques ;
- la modernisation de la politique européenne de concurrence avec une accélération de l'adaptation des règles en matière d'aides d'État et des règles de concurrence, afin de faire évoluer la stratégie industrielle ;
- le renforcement du marché unique via l'établissement d'une nouvelle feuille de route visant à créer un marché intérieur qui intègre de manière plus totale les domaines prioritaires : l'Europe du numérique, de l'énergie et des marchés de capitaux ;
- l'amélioration du fonctionnement de l'espace Schengen, qui passerait par l'approfondissement des obligations de coordination entre les États membres en temps de crise et le renforcement des frontières extérieures communes ;
- le renforcement de la convergence sociale, notamment en accélérant les discussions sur le cadre de l'UE pour un salaire minimum adapté aux situations nationales.

Le renforcement de la souveraineté sanitaire et de la souveraineté économique européennes sont des objectifs essentiels. En effet, la crise liée à la pandémie de covid-19 a mis en lumière la vulnérabilité de l'Europe en termes de production et d'approvisionnement. Le cas des médicaments et des matériels médicaux (voir comparatif *supra*) en a été la manifestation la plus frappante, et a fait ressortir la nécessité pour l'Union européenne de se développer son autonomie stratégique dans le domaine sanitaire. Selon l'Agence européenne des médicaments, 40 % des médicaments finis commercialisés dans l'Union

européenne proviennent de pays tiers et 80 % des principes actifs des médicaments sont fabriqués en Chine ou en Inde.

Ces tensions sur l’approvisionnement des biens médicaux ne sont pas nouvelles. Selon un rapport présenté en 2019 par le Leem (Les Entreprises du médicament) ⁽¹⁾, syndicat regroupant des industries pharmaceutiques françaises, les ruptures de stock et tensions d’approvisionnement sur les médicaments progressent « de façon préoccupante » depuis 2008, en France ⁽²⁾ mais aussi dans d’autres pays du monde, dont les États-Unis. Le rapport mettait en avant pour expliquer ces ruptures des « *causes multiples et de dimension internationale* » : tension mondiale entre la demande et la capacité de production, fluctuations imprévues des marchés, problèmes liés à la production en elle-même, problèmes d’approvisionnement en principes actifs, et raisons liées à des contraintes réglementaires et des contraintes économiques.

Avant même que la crise n’en révèle le caractère vital pour l’Europe, le renforcement de l’autonomie stratégique a fait l’objet de propositions, qui exigent aujourd’hui un engagement total des États membres.

Par exemple, la stratégie de l’Union européenne en matière de politique industrielle, présentée le 10 mars 2020, prévoit de soutenir « *le développement de technologies clés génériques qui revêtent une importance stratégique pour l’avenir industriel de l’Europe* », dont la robotique, les infrastructures de données en nuage (« cloud »), la biomédecine ou encore les produits pharmaceutiques. Elle prévoit l’adoption d’une nouvelle stratégie pharmaceutique, « *qui mettra l’accent sur la disponibilité, le caractère abordable et durable et la sécurité de l’approvisionnement des produits pharmaceutiques* » ⁽³⁾.

Si certains secteurs comme le numérique ont été identifiés comme des priorités par la Commission européenne, le renforcement de l’autonomie stratégique de l’Europe devra inclure tous les domaines revêtant une importance stratégique pour l’Union européenne.

Cette souveraineté devra aussi être une souveraineté alimentaire, dans un contexte où la crise sanitaire a rappelé l’importance d’un accès de proximité à des produits alimentaires sains et de qualité. La politique agricole commune (PAC) doit dès lors être intégrée à la construction de cette autonomie nouvelle.

Enfin, la crise sanitaire a rappelé l’importance du numérique dans le renforcement de l’autonomie stratégique européenne. Du fait des mesures de restriction adoptées pour lutter contre la pandémie de covid-19, la crise sanitaire a conféré aux outils numériques une place centrale dans nos modes de

(1) <https://www.leem.org/sites/default/files/2019-02/DP-Leem-P%C3%A9nurie-VF.pdf>

(2) Selon les données de l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé relayées par le rapport du Leem, le nombre de signalements de rupture ou de tensions d’approvisionnement augmente de façon régulière en France. Il est passé de 44 en 2008, à 404 en 2013 et 538 en 2017, pour les médicaments d’intérêt thérapeutique majeur (MITM) vendus en pharmacie de ville et à l’hôpital.

(3) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?qid=1593086905382&uri=CELEX%3A52020DC0102>

communication et d'échanges, comme le soulignent les très bons résultats obtenus par les « géants » du numérique américains ⁽¹⁾. En France, les inquiétudes suscitées pour les petits commerces par les mesures de confinement – plus fortes encore lors du confinement de l'automne – se sont portées sur la concurrence jugée déloyale de la grande distribution mais aussi du commerce en ligne, or le géant américain Amazon représente 22 % de ce commerce en France.

La place occupée par le numérique dans nos vies quotidiennes et professionnelles depuis le début de la pandémie a aussi révélé la dépendance française et européenne aux outils et infrastructures numériques de pays tiers, à commencer par les États-Unis.

Dans ce contexte et en s'appuyant sur la stratégie numérique de la Commission européenne, adoptée en novembre 2019, l'Europe doit favoriser le développement de solutions technologiques de confiance – aptes à garantir la protection des données des utilisateurs européens – et idéalement la consolidation d'un véritable marché unique numérique européen.

b. Dans un contexte géopolitique revu par la crise, l'Europe pourrait construire son autonomie stratégique avec des pays partenaires

La nouvelle donne géopolitique mondiale suscitée par la pandémie (voir *infra*) concerne directement l'Union européenne. À l'heure où la crise pourrait contribuer à réorganiser les équilibres géopolitiques en blocs régionaux, le renforcement de l'autonomie stratégique européenne peut s'envisager comme la construction d'une autonomie partagée avec d'autres pays avec lesquels l'Europe entretient déjà des relations plus ou moins denses.

En d'autres termes, l'Europe doit prendre de sa part dans la construction d'un monde façonné par des grands ensembles régionaux. Pour votre rapporteure, il s'agit là d'un objectif que l'Union européenne ne doit surtout pas négliger.

La perspective de nouveaux partenariats passe d'abord par une nouvelle approche des échanges commerciaux (voir *infra* sur les évolutions du commerce international).

La proximité géographique a vu sa valeur croître dans un contexte de perturbation des transports et des chaînes d'approvisionnement, mais la question de la régionalisation des chaînes de valeur industrielles se posait déjà avant la crise sanitaire.

L'Union européenne doit pouvoir mettre à profit ces dynamiques en donnant une nouvelle dimension aux partenariats avec les pays de son voisinage, au sud et à l'est. Il s'agit là d'une orientation identifiée par le Haut Représentant

(1) Amazon a réalisé au deuxième trimestre 2020 5,2 milliards de dollars de bénéfice net, soit le double d'il y a un an, pour Apple, la hausse de chiffres d'affaires de 11 % avec 11 milliards de dollars, hausse similaire à celle enregistrée par Facebook dont les revenus s'établissaient à 18,7 milliards de dollars, seule la maison mère de Google, Alphabet, a enregistré un recul dans son bénéfice net.

de l'Union européenne pour les affaires étrangères Josep Borrell concernant la mondialisation de demain, et dont votre rapporteure partage l'impératif : pour l'Europe, le développement économique des pays situés dans son immédiate proximité est plus que jamais une priorité, qui nous invite à recentrer davantage nos chaînes de valeur vers l'Afrique et tout particulièrement l'Afrique du Nord ⁽¹⁾.

L'Europe gagnerait à construire une relation nouvelle avec les États du Maghreb. Le resserrement géographique des chaînes de valeur pourrait bénéficier à ces pays, dans des secteurs clé comme la santé, le numérique et les énergies renouvelables. Ces États présentent d'importants atouts : proximité géographique, ouverture commerciale ⁽²⁾, qualité de la formation. Du point de vue de la France, la francophonie et la densité des liens bilatéraux sont aussi des atouts pour un renforcement des partenariats industriels et commerciaux. La crise sanitaire a eu un impact pour partie positif du point de vue des échanges bilatéraux : dans les secteurs agro-alimentaire, de l'énergie et de l'industrie électronique, les opérateurs marocains se sont tournés vers la France pour obtenir des produits et intrants habituellement fournis par la Chine, tandis que la France a commandé au printemps des masques fabriqués au Maroc. En réunion de travail avec la commission des affaires étrangères, l'ambassadrice de France Hélène Le Gal a rappelé combien l'industrie marocaine avait pu faire preuve « *d'agilité* » pendant la crise.

Selon les analyses de l'économiste et vice-président de l'université Paris-Dauphine El-Mouhoub Mouhoud, « *il y a une carte à jouer* » pour les pays du Maghreb dans les relocalisations des chaînes de valeur industrielles à venir.

Plus largement, un nouveau partenariat doit voir le jour entre le continent africain et l'Union européenne.

En termes géopolitiques, une Union européenne plus forte pourra plus aisément se distinguer sur la scène internationale et constituer une voie d'équilibre dans le contexte d'une rivalité sino-américaine exacerbée par la crise (voir *supra*). S'il y a fort à parier que l'élection du démocrate Joe Biden à la tête des États-Unis devrait « *remettre à jour* » les relations des États-Unis avec l'Union européenne ⁽³⁾, la rivalité sino-américaine devrait à l'inverse être peu touchée par ce changement politique.

Dans ce contexte, l'Union européenne doit offrir une troisième voie dans le jeu géopolitique mondial, tournée vers une nouvelle forme de coopération internationale et de multilatéralisme. Comme l'a justement souligné en réunion de travail au mois de juin Nicolas de Rivière, « *la croisade* » menée par les États-

(1) https://www.ecfr.eu/page/-/the_post_coronavirus_world_is_already_here.pdf

(2) Les taux d'ouverture des économies marocaine et tunisienne sont respectivement de 55 et de 44 %, et de plus de 60 % pour l'Algérie.

(3) Pour reprendre l'analyse de l'International crisis group, sollicité par la commission des affaires étrangères à l'été 2020, « *une victoire de l'ancien vice-président Joe Biden produirait des changements importants. Les États-Unis se réconcilieraient avec le multilatéralisme et chercheraient à remettre à jour les relations avec l'Union européenne* ».

Unis contre la Chine n'est pas la nôtre. L'Union européenne doit parler d'une seule voix à la Chine, en étant ferme sur ses valeurs et en défendant ses intérêts stratégiques. En réunion de travail avec la commission des affaires étrangères, l'ambassadeur de France en Chine Laurent Bili a souligné la nécessité maintenir un dialogue sur les différents sujets sur lesquels la convergence est possible, notamment en matière de défense du multilatéralisme.

IV. LA CRISE A EU D'IMPORTANTES CONSÉQUENCES SUR LES RELATIONS INTERNATIONALES, QUI NOUS INVITENT À FAIRE ÉVOLUER LA GOUVERNANCE INTERNATIONALE

A. LA PANDÉMIE A CONTRIBUÉ À ACCENTUER LES LIMITES DU MULTILATÉRALISME

La crise que traverse le multilatéralisme dont les piliers ont été posés après la Seconde guerre mondiale n'a pas été directement suscitée par la pandémie, mais celle-ci a contribué à en révéler l'ampleur et à l'accentuer, au moins dans les premiers temps de la crise. Si l'organe décisionnaire majeur de l'Organisation des Nations unies (ONU), le Conseil de sécurité, a connu un blocage pendant plusieurs mois, une coopération internationale a toutefois pu prendre forme pour tenter de répondre aux nombreux défis collectifs soulevés par la pandémie.

La gouvernance sanitaire internationale, et l'Organisation mondiale de la santé qui y occupe une place centrale, a été plus que jamais mise à l'épreuve par la crise.

La priorité est aujourd'hui aux retours d'expérience, afin de tirer toutes les leçons possibles de la pandémie et contribuer à la une nécessaire réflexion sur le multilatéralisme de demain.

1. La crise a mis en lumière les faiblesses du multilatéralisme traditionnel

Alors que l'humanité tout entière a été confrontée à une menace globale pour la santé publique, l'Organisation des Nations unies (ONU) a rencontré d'importantes difficultés pour se mobiliser et contribuer à lutter efficacement contre la covid-19, à tel point que la pandémie pourrait avoir renforcé la crise traversée par le multilatéralisme, rendant plus que jamais nécessaire un sursaut. Pour reprendre le terme utilisé par Jean-Yves Le Drian devant la commission des affaires étrangères le 8 avril, le multilatéralisme issu de l'après Seconde guerre mondiale, dont l'ONU est le pilier, s'est retrouvé « *bloqué* » et doit être repensé.

À plusieurs égards, la crise provoquée par la pandémie de covid-19 apparaît comme un révélateur et un accélérateur de tendances préexistantes, défavorables au multilatéralisme. Michel Duclos, ancien ambassadeur, a parlé dans une note pour l'Institut Montaigne de « *virus clarificateur* ⁽¹⁾ » de nature à accélérer et à aggraver des crises préexistantes. Si la crise n'a pas fondamentalement bouleversé les équilibres géopolitiques, elle a bel et bien eu des conséquences sur les relations internationales.

(1) <https://www.institutmontaigne.org/blog/un-virus-clarificateur-limpact-du-covid-19-sur-la-politique-etrangere-de-la-france>

Pour certains observateurs dont Serge Sur, professeur émérite de droit public à l'université Panthéon-Assas et rédacteur en chef de la revue *Questions internationales* : « *La crise du covid-19 ne fait que servir de loupe grossissante à des blocages anciens. Pour que le multilatéralisme fonctionne, il faut des puissances leaders ayant une vision des relations internationales. La crise résulte du fait que ces leaders n'existent plus. Les États-Unis n'ont plus de vision et la Chine ne voit le multilatéralisme que comme un instrument de domination.* » ⁽¹⁾

La méthode multilatérale portée depuis 1945 – qui est *le fait pour des États d'agir ensemble sur la base de règles définies en commun* – se trouve désormais remise en cause par les trois puissances mondiales que sont les États-Unis, la Chine et la Russie. Comme l'a explicité Thomas Gomart, directeur de l'Institut française des relations internationales (IFRI) lors de son audition du 13 mai devant la commission des affaires étrangères, à la tendance américaine consistant à « *détricoter méthodiquement* » le multilatéralisme s'est ajoutée une double stratégie chinoise consistant en une « *prise de contrôle graduelle de l'appareil multilatéral* » – les exemples sont nombreux au niveau des agences onusiennes : l'OMS, mais aussi de façon plus directe l'Organisation des Nations unies pour le développement industriel (ONUDIC), l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI), basée à Montréal, l'Union internationale des télécommunications (UIT) et le Fonds de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) – et à développer une « *conception très directe du rapport de force* » ⁽²⁾, que la crise provoquée par la pandémie de covid-19 a manifestée. Par ailleurs, l'usage répété par Pékin et Moscou de leur droit de veto depuis l'internationalisation de la crise en Syrie, en 2014, a conduit à une situation de blocage récurrente du Conseil de sécurité, et « *l'enceinte de prédilection pour la gestion des crises est devenue une enceinte d'affrontement* » ⁽³⁾.

Dans ce contexte d'exacerbation des tensions géopolitiques, favorisant la compétition entre les États, le blocage du Conseil de sécurité des Nations unies est apparu comme le symbole des limites du multilatéralisme face à ce que le secrétaire général des Nations unies, António Guterres, a décrit comme « *le plus grave défi* » auquel l'ONU a été confrontée depuis sa création.

Près de quatre semaines ont séparé la première réunion du Conseil de sécurité des Nations unies portant sur la crise sanitaire, le 9 avril, de la déclaration de l'état de pandémie par l'Organisation mondiale de la santé, agence de l'ONU, le 11 mars. Lors de cette réunion, António Guterres a rappelé que crise n'était pas que sanitaire mais qu'elle constituait également un désastre économique et social et représentait « *une menace importante pour le maintien de la paix et de la sécurité internationale* ». À noter qu'au moment où l'OMS a déclaré l'état de

(1) https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/29/l-onu-symbole-du-desordre-mondial_6038075_3232.html.

(2) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/l15cion_afetr1920044_compte-rendu#

(3) Ibid.

pandémie, la Chine exerçait la présidence tournante du Conseil de sécurité. Pendant cette période d'un mois, Pékin n'a pas organisé de réunion ou de débat au sujet de la crise sanitaire mondiale, en s'abritant derrière une conception étroite des notions « *de paix et de sécurité* » – dont le Conseil est le garant – pour bloquer toute initiative.

Plus encore, trois mois de négociations ont été nécessaires pour que le Conseil de sécurité des Nations unies parvienne à adopter une résolution appelant à une cessation des hostilités, le mercredi 1^{er} juillet. Le secrétaire général de l'ONU avait pourtant lancé un appel à un cessez-le-feu immédiat dès le 23 mars. Dans l'intervalle, l'Assemblée générale des Nations unies – grâce à l'initiative de six pays, dont la Norvège, le Ghana et la Suisse – a adopté, le 2 avril, une résolution non contraignante qui constate « *les effets sans précédent de la pandémie* » et affirme son « *attachement au multilatéralisme* » et à « *la nécessité d'une réponse mondiale fondée sur l'unité et la solidarité* »⁽¹⁾.

Face à une crise sanitaire majeure, jamais le Conseil de sécurité ne s'était retrouvé ainsi paralysé. Même au temps de la guerre froide, ses membres étaient parvenus à trouver un accord afin de lutter conjointement et massivement contre la poliomyélite. En 2000, ce même Conseil avait œuvré en faveur d'un Plan mondial contre le sida et, en 2014, il avait décidé à l'unanimité de ses membres une mobilisation générale contre l'épidémie d'Ebola. Face à cette situation de paralysie, le représentant permanent de l'Allemagne auprès des Nations unies, Christophe Heusgen, a évoqué un « *silence assourdissant* ».

2. Plusieurs tendances géopolitiques ont été suscitées ou accélérées par la crise

La crise liée à la pandémie de covid-19 aura sans aucun doute des conséquences sur les relations internationales et les équilibres géostratégiques, dont les effets pourraient se prolonger sur le long terme.

L'Asie et tout particulièrement la Chine devraient en sortir renforcés.

Les pays asiatiques touchés par la crise ont dans l'ensemble fait preuve de capacités d'anticipation et de gestion de crise supérieures à celles des pays occidentaux, tout en ayant chacun des modèles différents (voir comparatif *supra*). Si cette meilleure gestion de la crise sanitaire s'explique pour partie par le retour d'expérience issu d'épisodes épidémiques dans la région ces dernières années (SRAS, MERS), elle pourrait contribuer à renforcer économiquement et politiquement le bloc asiatique sur la scène internationale⁽²⁾.

(1) « Covid-19 : l'Assemblée générale de l'ONU réclame une intensification de la coopération internationale », ONU Info, 3 avril 2020.

(2) Sur la dimension culturelle de cette évolution géopolitique, on pourra aussi se rapporter aux analyses livrées par Thomas Gomart lors de son audition devant la commission des affaires étrangères le 13 mai 2020 : « Je vais l'exprimer autrement : cette crise est en train d'accélérer la diffusion des valeurs dites « asiatiques ». Cela ne vient pas de nulle part, c'est quelque chose de très construit. Je n'ai pas le temps de développer mais Singapour a joué un rôle tout à fait décisif à cet égard. Pour le dire très rapidement, nous

Pour rappel, quinze pays d'Asie et d'Océanie ont conclu le 15 novembre 2020 un accord créant un Partenariat régional économique global (*Regional Comprehensive Economic Partnership* ou RCEP). Cet accord, qui prévoit une élimination de 90 % des tarifs douaniers entre pays membres et des règles communes en matière de protection intellectuelle, réunit les dix membres de l'ASEAN ⁽¹⁾ ainsi que la Chine, le Japon, la Corée du Sud, la Nouvelle-Zélande et l'Australie, et est devenu le plus grand accord commercial du monde, représentant 30 % du PIB de la planète. Pour rappel, le marché commun européen représente environ 19 % du PIB mondial.

Dans ce contexte, la crise a donné lieu à une intensification de l'activisme chinois sur la scène internationale, au service d'une série d'objectifs qui ont pour l'essentiel précédé par la crise. À l'instar d'autres États, la Chine a érigé la réduction de sa dépendance à l'étranger en objectif prioritaire, selon une évolution stratégique notable qui a pris forme plusieurs mois après le début de la pandémie.

Cet objectif a été énoncé lors 5^{ème} plénum du Parti communiste chinois qui s'est tenu en octobre. À cette occasion, une série d'orientations ont été adoptées pour le Plan quinquennal 2021-2025, tout fixant des objectifs à l'horizon plus éloigné de 2035. L'ambition affichée pour 2035 est de faire de la Chine un « pays socialiste moderne » et plus autonome. Plusieurs axes ont été identifiés pour ce faire : renforcement des « capacités d'innovation » chinoises, développement du marché intérieur, accélération de la modernisation de l'armée.

La quête d'une autonomie renforcée est présentée comme compatible avec un engagement maintenu sur la scène internationale, le Comité central du Parti communiste a ainsi souligné que le monde recelait encore de « nombreuses opportunités stratégiques » et invité à un développement du *soft power* chinois. Ainsi, comme l'a souligné lors de son audition par la commission des affaires étrangères Alice Ekman, analyste responsable de l'Asie à l'Institut d'Études de sécurité de l'Union européenne, la crise n'a pas « remis en cause les ambitions de la politique étrangère chinoise » ⁽²⁾, à commencer par la volonté des autorités de promouvoir le système de gouvernance chinois à l'étranger. Ainsi dès 2013, devant le Comité central du parti communiste chinois, Xi Jinping faisait explicitement référence à la « supériorité du socialisme sur le capitalisme », avant de développer à partir de 2016 le concept des quatre « confiances en soi » ⁽³⁾.

avons d'abord eu des valeurs occidentales que nous avons présentées comme universalistes et que nous avons cherché à inoculer en particulier en Asie. Je pense que nous sommes dans une phase dans laquelle les valeurs asiatiques sont inoculées à l'Europe par voie informatique » http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/115cion_afetr1920044_compte-rendu#

(1) Brunei, la Birmanie, le Cambodge, l'Indonésie, le Laos, la Malaisie, les Philippines, Singapour, la Thaïlande et le Vietnam.

(2) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/115cion_afetr1920048_compte-rendu#

(3) *Confiance en sa propre voie de développement, en ses propres théories, en sa propre culture et en son propre système politique*

Durant la crise sanitaire, la Chine a déployé une stratégie de communication visant à mettre en valeur le modèle politique chinois, en s'appuyant sur les faiblesses présumées de la gestion de crise des pays occidentaux. La Chine a pu s'appuyer sur une capacité réelle d'endiguement du virus, dont la propagation a semblé contenue dès l'été 2020.

La Chine face à la pandémie de covid-19

Si des incertitudes persistent sur l'origine exacte du virus, sa manifestation initiale à Wuhan dans la province de Hubei en Chine justifie d'accorder une attention particulière à la réponse formulée par les autorités chinoises face à la covid-19.

On peut distinguer plusieurs phases structurantes dans cette réponse.

Tout d'abord, une période relativement peu connue, qui démarre à l'automne 2019. Une étude du Centre chinois de contrôle et de prévention des maladies (CDC), publiée le 18 février 2020, a mentionné l'apparition de 104 cas entre le 8 et le 31 décembre. Il s'agit d'une étude réalisée *a posteriori*, en retraçant des cas non identifiés dans un premier temps. Selon une publication du *South China Morning Post* datée de mars 2020, et s'appuyant sur des données gouvernementales chinoises, la première contagion remonterait au 17 novembre 2019.

Néanmoins, cette première phase reste incertaine, d'autant plus que l'un des endroits identifiés comme source potentielle de propagation du virus, le marché de Wuhan, a été totalement désinfecté début janvier, sans qu'une inspection soit possible.

La deuxième période s'étend de la fin du 31 décembre, date à laquelle la Chine déclare à l'OMS des cas d'une « pneumopathie inconnue » à Wuhan, au 20 janvier, date de l'annonce par les autorités nationales de la transmission interhumaine du virus. Il s'agit d'un temps de dénégation et de minimisation, marqué par la répression de médecins souhaitant donner l'alerte et notamment l'arrestation début janvier de huit médecins pour « *propagation de fausses rumeurs* ». L'un d'entre eux, Li Wenliang, est décédé de la covid-19 le 7 février, quelques jours après sa réhabilitation.

Durant cette deuxième période, la transmission interhumaine est niée, alors même qu'elle est attestée sur le terrain – notamment par la contamination de nombreux médecins – et que le virus est séquencé à plusieurs reprises. Tout en reconnaissant la transmission interhumaine, l'épidémiologiste Zhong Nanshan, « conseiller médical » du gouvernement, indique qu'il ne s'agira probablement pas d'une crise de l'ampleur de celle du SRAS. Malgré des signaux, la méconnaissance du virus a probablement joué un rôle pendant cette phase, de même que des considérations d'ordre politique et bureaucratique, tenant entre autres à la gestion de l'information.

Il est probable que cette phase de minimisation du virus ait joué un rôle dans sa diffusion hors de Chine. En effet, très peu de pays avaient alors choisi d'interrompre leurs liaisons aériennes avec la Chine ou d'instaurer des contrôles renforcés à l'arrivée sur le sol national. Il n'existe pas à ce jour d'estimations de l'impact du tourisme international chinois sur la propagation de la covid-19, mais force est de constater que la forte connexion de la Chine au reste du monde a pu jouer un rôle d'accélérateur (voir *supra* développement sur les frontières).

A partir de la fin du mois de janvier, la Chine entre dans une période de crise nationale mais aussi de déploiement d'une stratégie sanitaire d'endiguement du virus ferme et coordonnée, qui semble avoir rencontré un succès réel. Dans la nuit du 23 janvier, Wuhan est brutalement confinée et coupée du monde, l'appareil sanitaire est mis à

l'épreuve et l'exécutif local de Wuhan est mis en cause par le pouvoir central. Pour l'historien et spécialiste de la Chine François Godement, auditionné par la commission des affaires étrangères le 3 juin, la lutte contre la covid-19 s'est opérée de trois manières principales :

– mise en place de blocus régionaux et locaux, sans confinement général mais avec des interdictions de circuler appuyées par la population, forte de traditions villageoises de blocus en cas d'épidémie ou de danger. Il s'agit de blocus très stricts, encadrant des confinements sous une surveillance extrêmement poussée mobilisant non seulement les autorités mais aussi les comités de quartier, les organisations de masse du Parti communiste et d'autres réseaux locaux ;

– politique d'isolement complet des cas, y compris au sein des cellules familiales ;

– recours aux méthodes de traçage numérique – via l'application pour smartphone « Code de santé individuel » – connaissant très peu de limites, à l'exception notable de la mise en commun des données des grandes plateformes commerciales.

À partir de la mi-février, une phase de reprise progressive de l'activité a été initiée, en parallèle d'un changement de narratif sur l'épidémie. Ce changement, qui se manifeste publiquement à partir du 27 février, première prise de parole publique émettant un doute sur l'origine chinoise du virus, a progressivement pris la forme d'une diplomatie offensive mettant en cause la gestion de crise des pays étrangers pour mieux valoriser la réponse chinoise. Si cette évolution peut sembler concerner en priorité la politique étrangère chinoise, elle s'inscrit aussi dans le rapport des autorités à la population, qui a dans l'ensemble adhéré sans discontinuité à l'efficacité de la gestion de crise et au-delà à la résilience du système chinois.

Depuis le début de la crise, des mesures très strictes ont été déployées, avec une forte responsabilité donnée aux échelons locaux (de la province jusqu'à la ville, voire le district), expliquant une variabilité des règles et du degré de contrainte en vigueur selon les localités, voire selon les quartiers. Quelques exemples permettent d'illustrer l'approche chinoise face à l'épidémie :

- Les écoles, fermées pendant plusieurs mois, ont rouvert en septembre 2020 avec un protocole sanitaire très strict (prise de température à l'arrivée à école et déclarations de santé quotidiennes avant de pénétrer dans un établissement scolaire, traçabilité des trajets effectués hors de la municipalité, port du masque dès 6 ans, en cas d'élève testé positif mise en quarantaine de la famille et de tout le niveau d'enseignement concerné, *etc.*) ;

- En cas de déclaration d'un foyer épidémique, des dépistages à grande échelle – pouvant concerner des millions de personnes – sont menés, tous les cas contacts sont mis sous observation et tous les cas confirmés sont hospitalisés, y compris les cas asymptomatiques, et une interdiction totale des entrées et sorties de la zone touchée, confinée, est appliquée.

Par ailleurs, la politique de dépistage a connu des évolutions. Elle a d'abord été ciblée sur les personnes présentant des symptômes, avant qu'une stratégie de dépistage massif ne soit mise en place, suite à une montée en puissance des capacités de tests. Wuhan a ainsi connu pendant la période de confinement de l'hiver une campagne massive de dépistage de trois jours, sur la base d'un porte-à-porte dans les résidences de la ville. À l'issue du confinement, début mai, Wuhan et le Hubei ont mené une campagne de dépistage massive qui aurait touché selon les autorités 6,6 millions des habitants de Wuhan (sur 11,5), permise par un recours à la méthode du groupage des échantillons. Cette technique permet de tester dans la même réaction plusieurs échantillons de même

type provenant de patients différents : en cas de présence du virus dans les échantillons groupés, un nouveau dépistage individuel est pratiqué sur chacun des patients concernés.

Le bilan de la Chine a pu susciter des interrogations. Au 1^{er} décembre, les chiffres officiels chinois faisaient état de 92 993 cas confirmés et de 4 743 décès pour la Chine continentale (hors Hong Kong et Macao). La Chine ne compte toutefois comme « cas confirmés » que les cas symptomatiques, les cas asymptomatiques faisant l'objet d'un décompte distinct.

En début d'épidémie, la méconnaissance du virus et l'insuffisance ainsi que le manque de fiabilité des tests ont rendu impossible un suivi précis de la progression de la covid-19. Dans ce contexte, les rectifications intervenues dans le décompte des cas et des décès ne sont pas surprenantes, et ont pu être constatées ailleurs dans le monde. La revalorisation des chiffres relatifs à Wuhan et au Hubei intervenue mi-avril a toutefois soulevé des interrogations, dans la mesure où elle a correspondu à une hausse de 50 %, à l'unité près. Par ailleurs, plusieurs changements ont eu lieu dans les décomptes depuis le début de l'épidémie (définition d'un « cas », exclusion totale des cas asymptomatiques puis mise en place d'un décompte séparé au 31 mars, rectifications du nombre de cas et de décès).

Dans la mesure où le CDC chinois (voir *supra*) a établi une date minimale d'apparition de l'épidémie autour du 8 décembre, et dénombré 104 cas entre le 8 et le 31 décembre, ayant eux-mêmes généré des contacts, le chiffre officiel communiqué au 1^{er} janvier, faisant état de 41 cas, peut surprendre. Compte tenu des déplacements massifs ayant eu lieu pendant la période de congés du Nouvel an chinois (samedi 25 janvier 2020) – le maire de Wuhan a lui-même déclaré qu'au moment du blocus, environ cinq millions de personnes avaient déjà quitté la ville – les données relatives à la progression du virus durant l'hiver semblent aussi avoir été minimisées.

Sources : ambassade de France en Chine et audition de François Godement et Alice Ekman le 3 juin 2020 par la commission des affaires étrangères

La communication de la Chine, relayée notamment par les diplomates chinois en poste dans le monde entier, a toutefois pu prendre des formes discutables, et a donné lieu en France à une convocation par Jean-Yves Le Drian de l'ambassadeur de Chine à Paris ⁽¹⁾, suite à la publication d'une tribune où les pays occidentaux étaient accusés d'avoir injustement dénigré la Chine dans sa gestion de la crise, et la France spécifiquement visée par des accusations contre les personnels soignants des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, jugés responsables d'abandons de poste.

Cette communication s'est inscrite dans ce qui a été décrit comme la « diplomatie du masque ». La diplomatie du masque s'est appuyée en priorité sur des dons et ventes de masques (provenant du gouvernement, des municipalités, de fondations comme la Fondation Jack Ma et la Fondation Alibaba, *etc.*) à de nombreux États étrangers (une cinquantaine ont été concernés sur le seul mois de

(1) <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/chine/evenements/article/communiqu%C3%A9-de-jean-yves-le-drian-14-04-20>

mars 2020), incluant des pays européens dont la France ⁽¹⁾. On peut également y intégrer le don ou la vente d'autres types de matériels médicaux (gants, combinaisons, respirateurs, tests de dépistage), l'organisation de visio-conférences destinées à partager l'expérience chinoise dans le domaine du contrôle de l'épidémie, l'envoi d'équipes médicales chinoises, une coopération active avec la communauté internationale en matière de recherche – en particulier sur les vaccins – tout en visant une position de leader mondial. La diplomatie sanitaire chinoise renvoie à une stratégie élaborée dès les années 1960 ⁽²⁾ et accordant depuis plusieurs années une place particulière à l'Afrique, selon une stratégie détaillée dans deux documents globaux en 2006 et 2015, « *China's African Policy* » et « *China's second Africa policy paper* ». Par ailleurs dès son annonce en 2013, le projet des « nouvelles routes de la soie » a intégré une dimension sanitaire ⁽³⁾.

Sur le plan économique, la Chine a rapidement retrouvé un rythme de croissance positif : la tendance globale sur les neuf premiers mois de 2020 est positive (+ 0,7 %) et la croissance a marqué un rebond à 4,9 % au troisième trimestre, après une progression de 3,2 % au deuxième.

En parallèle, la crise a confirmé une tendance au désengagement américain, les États-Unis n'ayant pas assumé de *leadership* pendant la crise. La tendance au repli observée depuis l'élection du président Trump ⁽⁴⁾ a connu une accélération, avec l'annonce en pleine pandémie du départ américain de l'OMS le 29 mai – et ce alors que les États-Unis étaient le premier bailleur de fonds de l'organisation – ou encore l'annonce dans un délai de six mois du retrait du traité « ciel ouvert » de 2002, les États-Unis accusant la Russie d'avoir abusé des possibilités de survols offertes par le traité et de ne pas respecter de façon générale ses stipulations ⁽⁵⁾.

(1) *D'après les informations fournies à la commission des affaires étrangères par l'ambassade de France en Chine, l'aide matérielle apportée par la France à la Chine a été fournie au travers de trois vols de fret du gouvernement français en direction de Wuhan, fin janvier et début février 2020 (dont environ 17 tonnes de matériel dans le 3^e vol en provenance de l'État français, de l'Estonie et de la Lettonie et de la société civile française) ayant permis de livrer à la Chine près de 900 000 masques, plus d'un million de gants et environ 18 000 surblouses. L'aide fournie par la Chine à la France comprend notamment des dons de matériel médical de la part du gouvernement chinois (deux vols, transportant environ un million de masques ainsi que d'autres matériels médicaux), de collectivités chinoises (dans le cadre de jumelages entre villes françaises et chinoises) ainsi que de la société civile chinoise (fondations ou entreprises telles qu'Alibaba, individuels, etc.).*

(2) *Les premières actions de la Chine en ce sens remontent aux années 1960, avec l'envoi d'une équipe médicale en Algérie en 1963.*

(3) *En octobre 2016, le plan « Healthy China 2030 » énonce les principaux objectifs chinois en matière de santé. Sur le plan international, le pays annonce vouloir établir un réseau de coopération sanitaire autour des nouvelles routes la soie, approfondir la coopération sanitaire bilatérale et multilatérale, devenir un acteur important du secteur pharmaceutique, accroître son influence dans la gouvernance sanitaire internationale et mondialiser la médecine traditionnelle chinoise.*

(4) *Marquée notamment par le retrait des États-Unis de l'accord de Paris sur le climat (annoncé en 2017), de l'accord de Vienne sur le nucléaire iranien (annoncé en 2018), du traité sur les forces nucléaires à portée intermédiaire (2019) de 1987 ou encore le retrait des troupes américaines du Nord-Est syrien à l'automne 2019.*

(5) *Ce traité, qui englobe les États-Unis, la Russie, beaucoup de pays en Europe et le Canada, est un traité de contrôle des armements et de confiance transatlantique qui permet, par des vols de chaque pays au-dessus du territoire d'autres pays, d'obtenir une certaine transparence sur la situation militaire des différentes parties prenantes à ce traité.*

Les déconvenues rencontrées par le gouvernement américain dans la gestion de la crise sanitaire, qui avait fait plus de 260 000 morts à la fin novembre, ont aussi contribué à fragiliser l'influence américaine sur la scène internationale. Certaines images ont marqué les esprits aux États-Unis comme ailleurs, à l'instar des fosses communes installées à New-York face à l'afflux de décès au plus fort de la pandémie. Comme l'ont souligné les analyses de Marie-Cécile Naves, directrice de recherche à l'Institut de relations internationales et stratégiques (IRIS) et spécialiste des États-Unis le fait que le président Trump ait privilégié le « *déni de la gravité de la pandémie et rejeté le prisme de la vulnérabilité individuelle et collective* » a non seulement contribué à isoler les États-Unis, mais aussi et surtout à renforcer « *de manière contreproductive, le soft power de la Chine* ».

L'idée d'un désengagement américain accentué par la crise admet quelques nuances. En réponse à l'interventionnisme chinois en Amérique latine – la Chine a déployé sa « diplomatie du masque » dans la région via des dons matériels et financiers – les États-Unis ont fourni des centaines de milliers de masques à plusieurs pays de la région et ont réorienté 150 millions de dollars de leur aide publique au développement (via l'Agence des États-Unis pour le développement international USAID) vers l'Amérique latine. Les États-Unis ont annoncé un plan d'investissements et de financement des infrastructures latino-américaines doté de 60 milliards de dollars. Nommé « *Growth in the Americas* », ce plan vise à freiner l'insertion des pays d'Amérique latine aux « Nouvelles routes de la soie » chinoises ⁽¹⁾.

L'influence des États-Unis a aussi été relayée par la réputation d'excellence des laboratoires américains, dans le contexte de compétition internationale pour la quête d'un vaccin contre la covid-19 (voir *infra*). Les vaccins élaborés respectivement par les laboratoires américains Pfizer (en partenariat avec l'allemand BioNTech) et Moderna ont été parmi les premiers à atteindre un niveau d'efficacité dépassant les 90 %, dès le mois de novembre 2020.

Enfin, l'élection le 3 novembre à la tête des États-Unis du démocrate Joe Biden laisse entrevoir une série de changements pour la politique étrangère américaine, dont un retour sur la tendance au repli portée par Donald Trump.

L'approche de Joe Biden face à la pandémie s'est démarquée de celle de son prédécesseur dès la campagne présidentielle. Peu après sa victoire, Joe Biden a annoncé que la lutte contre la covid-19 serait l'une de ses premières priorités, et qu'une stratégie nationale allait être élaborée, qui comporterait la vaccination gratuite pour tous les Américains. Il a également annoncé son souhait d'interrompre la procédure de retrait des États-Unis de l'Organisation mondiale de la santé, initiée par Donald Trump, ce qui préfigure une nouvelle approche de la coopération internationale et du multilatéralisme.

(1) https://www.iris-france.org/151014-covid-19-une-bataille-strategique-entre-la-chine-et-les-etats-unis-en-amerique-latine/#_ftn5

Ces annonces laissent entrevoir un retour à une approche plus favorable au multilatéralisme, qui devrait aussi concerner la lutte contre le changement climatique ou encore les négociations sur le nucléaire iranien. Le 5 novembre, jour du retrait officiel des États-Unis de l'accord de Paris sur le climat, Joe Biden déclarait que les États-Unis rejoindraient à nouveau l'accord dans « *exactement 77 jours* », faisant référence à la date de son investiture. Dans un éditorial paru sur le site de CNN en septembre, Joe Biden a exposé ses positions sur le nucléaire iranien, indiquant que si l'Iran « *respectait strictement* » les termes de l'accord de Vienne, les « *États-Unis rejoindraient l'accord* » et en feraient le point de départ de « *nouvelles négociations* »⁽¹⁾.

Les différentes tendances décrites ont convergé pour partie vers une autre dynamique exacerbée par la crise liée à la pandémie de covid-19, et qui promet de rester forte malgré le changement de camp politique à la tête des États-Unis : la rivalité entre la Chine et les États-Unis. Celle-ci emporte aussi des conséquences pour l'Union européenne, appelée à peser davantage sur la scène internationale.

(1) « *If Iran returns to strict compliance with the nuclear deal, the United States would rejoin the agreement as a starting point for follow-on negotiations.* » <https://edition.cnn.com/2020/09/13/opinions/smarter-way-to-be-tough-on-iran-joe-biden/index.html>

Une donnée géopolitique majeure : l'exacerbation de la rivalité sino-américaine

La rivalité entre la Chine et les États-Unis n'est pas nouvelle. Elle s'est accrue ces dernières années et se manifeste dans un grand nombre de domaines : nouvelles technologies et numérique, tensions commerciales, « intérêts vitaux » de la Chine comme Taïwan, le Xinjiang, le Tibet ou encore la mer de Chine méridionale et Hong-Kong. Pour l'historien Graham Allison, auteur de *Vers la guerre : l'Amérique et la Chine dans le piège de Thucydide*, « les menaces liées au coronavirus s'ajoutent à des rivalités structurelles qui s'imposent à nous. À commencer par l'avènement de la Chine comme puissance à l'ascension fulgurante (...) La Chine menace aujourd'hui réellement les États-Unis et pourrait les éjecter du sommet d'une hiérarchie que l'Amérique considère comme naturelle depuis des décennies »⁽¹⁾.

La rivalité sino-américaine s'est déplacée sur le terrain de la pandémie de covid-19, qui a contribué paradoxalement à la renforcer. Cette exacerbation a d'abord pris la forme d'une guerre de narratifs, le président Donald Trump et le secrétaire d'État Mike Pompeo déclarant détenir les preuves d'une implication des laboratoires de virologie de Wuhan dans l'apparition du virus, les autorités chinoises évoquant en retour la responsabilité de militaires américains venus participer en octobre 2019 aux jeux militaires mondiaux de Wuhan. Pour Graham Allison, la valorisation de la maîtrise chinoise de l'épidémie, opposée aux importantes difficultés rencontrées par les États-Unis dans la gestion de la crise, pourrait entraîner une évolution de la « perception par chacun des mérites de l'autoritarisme chinois et des vertus de l'hégémonie américaine ».

Tout au long de la crise, l'opposition entre la Chine et les États-Unis a connu différentes manifestations et supports. Elle s'est manifestée en particulier aux Nations unies, où elle a contribué au blocage du Conseil de sécurité, et à une remise en cause d'institutions comme l'OMS. Le retrait américain de l'Organisation souhaité par le président Trump a ainsi été justifié par sa trop grande proximité présumée avec la Chine, et les deux États ont eu un différend autour de l'aspiration de Taïwan à redevenir un État observateur de l'OMS. Fin mai, la loi chinoise sur la sécurité nationale concernant Hong Kong a provoqué un regain de tensions, les États-Unis déclarant ne plus considérer le territoire hongkongais comme autonome.

La rivalité sino-américaine, attisée par la crise liée à la pandémie de covid-19, devrait probablement rester une donnée fondamentale des équilibres géopolitiques mondiaux à l'issue de la crise. Pour reprendre les termes d'Alice Ekman⁽²⁾, « les tensions entre la Chine et les États-Unis sont très profondes, et la crise sanitaire ouvre un nouveau front ». Plusieurs facteurs permettent de penser que cette rivalité va rester structurante. L'opposition à la Chine fait l'objet d'un consensus bipartisan aux États-Unis, et ne devrait donc pas être fondamentalement remise en cause par l'élection présidentielle de novembre, qui a porté au pouvoir le démocrate Joe Biden. La tendance observée ces derniers mois a été plutôt à la riposte systématique, comme l'ont illustré les fermetures des consulats de Houston et Chengdu décrétés consécutivement par les gouvernements américain et chinois les 22 et 24 juillet 2020.

(1) <https://www.lefigaro.fr/vox/monde/graham-allison-la-crise-sanitaire-pourrait-radicaliser-la-rivalite-pekin-washington-20200527>

(2) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/115cion_afetr1920048_compte-rendu#

B. LA CRISE A SOULEVÉ LA NÉCESSITÉ D'UNE ÉVOLUTION DE LA GOUVERNANCE SANITAIRE MONDIALE ET TOUT PARTICULIÈREMENT DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

1. Un paysage sanitaire mondial qui compte aujourd'hui de nombreux acteurs

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), organisation intergouvernementale de 194 membres, est la seule organisation sanitaire universelle. La place particulière qu'elle occupe dans la gouvernance de santé mondiale doit être remise dans le contexte d'un paysage qui s'est depuis le début du XXI^e siècle fragmenté en de nombreuses organisations : fondations philanthropiques, fonds dits globaux ou verticaux ⁽¹⁾, partenariats publics-privés, organisations internationales.

Comme l'a souligné en audition devant la commission des affaires étrangères Auriane Guilbaud, maîtresse de conférences en sciences politiques à l'Institut d'études européennes, il est à la fois normal et remarquable que l'OMS soit au centre de l'attention, dans la mesure où « *ces vingt dernières années les financements dans le champ de la santé mondiale se sont beaucoup développés - nous sommes passés de 10 milliards de dollars en 2000 à 40 milliards de dollars aujourd'hui, soit un quadruplement en vingt ans - or seulement 7 % de ces financements sont consacrés au budget de l'OMS* ⁽²⁾ ».

Parmi les principaux acteurs, tous mis à l'épreuve par la pandémie de covid-19, on trouve :

– le Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme, fondation à but non lucratif créée en 2002 ;

– l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation ou GAVI (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*), partenariat public-privé créé en 2000 afin d'assurer le meilleur accès possible aux vaccins dans les pays pauvres, notamment pour les enfants ;

– Unitaïd, organisation internationale créée en 2006 et dont les priorités vont au développement de moyens de prévention et de traitement essentiellement du VIH, de la tuberculose et du paludisme ;

– la fondation CEPI (Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies), créée en 2016 et associant partenaires publics et privés pour financer la recherche dans l'élaboration de vaccins et la lutte contre les maladies infectieuses ;

(1) Les fonds verticaux ou globaux sont des initiatives internationales ayant pour objectif de financer des approches thématiques, sectorielles ou sous-sectorielles du développement.

(2) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/15cion_afetr1920042_compte-rendu

– la Fondation Bill-et-Melinda-Gates, créée en 2000 dans le but d’améliorer les soins de santé et de réduire l’extrême pauvreté ;

– le Wellcome Trust, fondation caritative britannique créée en 1936 et qui vise à encourager et promouvoir la recherche pour améliorer la santé humaine et animale.

Les capacités financières de ces organismes sont très importantes. Lors de son appel aux dons du 4 juin 2020, GAVI a ainsi récolté 8,8 milliards de dollars de promesses de dons. Pour le Fonds mondial, la reconstitution de 2020 a permis de lever 14 milliards de dollars.

D’autres institutions transversales peuvent avoir un rôle en matière de santé publique. C’est le cas de la Banque mondiale, plus important contributeur financier aux programmes sanitaires depuis les années 1980, *via* les prêts qu’elle octroie. Le 4 mars, elle a annoncé un plan d’urgence de 12 milliards de dollars pour financer la réponse à l’épidémie de covid-19.

Pour rappel, la Banque mondiale avait été très mobilisée en réponse à l’épidémie d’Ébola en 2014-2015. À la suite de cet épisode épidémique, la Banque mondiale a augmenté les financements de l’Association Internationale de Développement (AID – guichet concessionnel de l’institution) consacrés au programme de renforcement des systèmes de surveillance des maladies (REDISSE, selon son acronyme en anglais)⁽¹⁾.

2. L’Organisation mondiale de la santé a été particulièrement attendue et mise à l’épreuve par la crise

Mise à l’épreuve par la pandémie, l’OMS devra, ni plus ni moins que les États touchés par la crise sanitaire, prendre sa part aux retours d’expérience indispensables pour tirer toutes les leçons possibles de cette crise. Pour votre rapporteure, il est essentiel qu’une évaluation rigoureuse et impartiale précède toute réforme de l’Organisation. Toute évolution des moyens de l’OMS devra être précédée d’une réflexion sur le rôle et les objectifs de l’Organisation.

À l’initiative de l’Union européenne et avec le soutien de la France, une résolution a été adoptée à l’unanimité des 194 États membres lors l’Assemblée mondiale de la santé. Elle prévoit le lancement « *dès que possible et en consultation avec les États membres, [d’un processus progressif d’évaluation impartiale, indépendante et complète [...] pour examiner l’expérience acquise et les enseignements tirés de la réponse sanitaire internationale coordonnée par l’OMS à la COVID-19* ». Le 9 juillet, le directeur général de l’OMS a annoncé la création du groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, chargé de piloter cette évaluation. Ses conclusions, attendues pour la prochaine

(1) Cette initiative, qui couvre 16 pays d’Afrique occidentale et centrale, consiste en une série de projets visant à renforcer les capacités de surveillance épidémiologique et de riposte intégrées au niveau national, régional et intersectoriel.

Assemblée mondiale de la santé en mai 2021, nourriront la future réforme de l'Organisation.

a. Les caractéristiques de l'OMS lui confèrent une place particulière dans le paysage sanitaire international

L'OMS est une organisation intergouvernementale et une agence spécialisée des Nations unies fondée en 1948 et siégeant à Genève. Elle s'appuie sur une « Constitution », qui la définit comme l'autorité directrice et coordinatrice dans le domaine de la santé internationale. Ses missions principales sont la surveillance des maladies infectieuses et la coordination de la réponse internationale en cas d'épidémie, l'élaboration de standards internationaux en matière de santé, de formation de personnel, de promotion de la recherche, et le soutien à ses États membres pour leur développement sanitaire. Le rôle de l'OMS est donc essentiellement normatif.

Elle n'est pas une organisation opérationnelle et n'a pas vocation à mener des actions sanitaires directes sur le terrain ou des actions de recherche et de développement de médicaments. En cas d'épidémie, elle propose des plans de réponse et conseille les États dans la mise en place d'une stratégie de réponse globale. De façon générale, grâce à son expertise en matière de santé, aux données qu'elle récolte et qu'elle produit, elle peut conseiller les États et autres acteurs non étatiques sur la conduite à tenir et les actions à mener, et disséminer l'information auprès des différents acteurs, enfin elle peut susciter des initiatives internationales.

Pour lutter contre les épidémies, l'OMS s'appuie sur le Règlement sanitaire international (RSI). C'est en vertu de ce document, rédigé en 1951 et revu en profondeur en 2005 après l'épidémie de SRAS de 2003, que l'OMS a pu déclarer une urgence de santé publique internationale et demander aux États de prendre des mesures contre l'épidémie de covid-19. Le RSI est juridiquement contraignant pour les États membres de l'OMS.

D'après le RSI, les États doivent mettre en place des mécanismes de surveillance au niveau national et rapporter auprès de l'OMS les « événements de santé publique » (par exemple la détection de cas de maladies infectieuses comme l'épidémie de covid-19). De plus, les acteurs non étatiques peuvent désormais faire remonter des cas auprès de l'OMS, et cette dernière est autorisée à dénoncer publiquement le manque de coopération des États, même si en pratique les dirigeants de l'organisation tendent à favoriser la négociation et la recherche de compromis.

Le RSI prévoit également que le directeur général de l'OMS puisse déclarer une situation d'urgence sanitaire internationale, qui l'habilite à formuler des recommandations et à appeler à la mobilisation l'ensemble de la communauté internationale. Il peut la déclarer après avoir réuni un comité d'urgence composé d'experts, dont l'avis est seulement consultatif.

Afin de pouvoir aider en amont les États les plus fragiles à renforcer leurs systèmes de santé, l'OMS s'est dotée en 2016, à la suite de l'épidémie d'Ébola de 2014, d'un programme de gestion des situations d'urgence sanitaire, disposant de son propre budget et contribuant au développement des capacités opérationnelles pour permettre des interventions plus rapides. Ce programme, accompagné d'un Fonds de réserve pour les situations d'urgence, n'a toutefois toujours pas été finalisé et pâtit d'un sous-financement chronique, qui fragilise la capacité de l'OMS à répondre à des situations d'urgence. Les réflexions sur l'avenir de l'Organisation et les moyens que les États sont prêts à fournir pour son renforcement devront donc accorder une place particulière au financement du programme d'urgence.

La gouvernance de l'OMS est assurée par l'Assemblée mondiale de la santé, qui est le principal organe décisionnel. Elle réunit les 194 États membres chaque année à Genève. Tous les trois ans, elle élit un Conseil exécutif composé de 34 membres possédant des compétences techniques dans le domaine de la santé.

L'organisation est dirigée par un directeur général nommé pour cinq ans par l'Assemblée mondiale de la santé sur proposition du Conseil exécutif. Le mandat de l'actuel directeur général, Tedros Adhanom Ghebreyesus, court jusqu'à mai 2022.

L'OMS travaille directement sur le terrain auprès des gouvernements et des acteurs non étatiques par l'intermédiaire de ses bureaux répartis dans 150 pays.

Les ressources financières de l'OMS sont fixées dans un « budget-programme » voté tous les deux ans.

Le « budget-programme » pour l'exercice 2020-2021 a été voté le 24 mai 2019 lors de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé. Il est de 5,84 milliards de dollars, les contributions régulières des États ont représenté 16,4 % du total.

Le budget de l'OMS est donc relativement faible. En comparaison, en 2019, le budget des établissements de santé publics français était de 82 milliards d'euros (90 milliards de dollars), soit presque quatorze fois plus que celui de l'OMS ⁽¹⁾.

Pour cet exercice, les cinq États qui contribuent le plus au titre des contributions obligatoires sont les États-Unis (22 %), la Chine (12 %), le Japon (8,6 %), l'Allemagne (6,1 %) et le Royaume-Uni (4,6 %). La France est le sixième État contributeur (4,4 %) ⁽²⁾.

(1) <https://www.ars.sante.fr/budget-des-hopitaux-une-hausse-de-2-milliards-deuros-pour-2019>.

(2) Selon le barème des contributions voté lors de la soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé le 28 mai 2019 :

Malgré la position de la Chine, il faut noter que, compte tenu du poids des contributions volontaires, l'OMS ne dépend pas particulièrement de celle-ci d'un point de vue financier. Selon les dernières données agrégées disponibles, qui portent sur 2018, la Chine était le seizième contributeur, les États-Unis et la Fondation Gates demeurant les deux principaux contributeurs. Les contributions volontaires de la France s'élevaient à 9,4 millions de dollars, contre 281,1 millions de dollars pour les États-Unis.

En termes de ressources, le budget est financé au moyen d'une combinaison de contributions régulières fixées pour les États membres (de l'ordre de 20 %) et de contributions volontaires pour l'essentiel (de l'ordre de 80 %).

Les contributions fixées pour les États membres correspondent au montant que ceux-ci doivent verser chaque année. Elles sont calculées en fonction du produit intérieur brut et de la population de chaque État.

Les contributions volontaires sont apportées pour moitié par les États membres et pour moitié par des acteurs non étatiques. Ces derniers, qui ne sont pas concernés par les contributions obligatoires, occupent une place importante dans le financement de l'Organisation.

À titre indicatif, sur le budget programme 2018-2019, la Fondation Bill et Melinda Gates était le troisième contributeur toutes contributions confondues pour un total de 455 millions de dollars, suivie par l'Alliance Gavi (389 millions de dollars), les 9 et 10^{ème} contributeurs étant respectivement le *Rotary international* et le *National Philanthropic Trust* ⁽¹⁾.

Les contributions volontaires ont pour spécificité d'être pour l'essentiel destinées par avance à un programme ou une action spécifique de l'OMS ⁽²⁾, ce qui peut contraindre les marges de manœuvre de l'organisation. Le caractère aléatoire de ces contributions peut entraîner des variations d'un programme et d'une année sur l'autre. La crise ayant mis en lumière la relative faiblesse des moyens de l'OMS, il pourrait être utile d'engager une réflexion sur le mode de financement de l'Organisation.

b. La réaction de l'OMS face à la pandémie a ouvert le débat sur la nécessité d'une évolution de l'Organisation

On trouvera en annexe du présent rapport une chronologie détaillée de la réponse de l'OMS face à la pandémie de covid-19 de décembre 2019 à juillet 2020, réalisée sur la base des communiqués de presse de l'OMS.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329340/A72_R12-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

(1) Le *National Philanthropic Trust* est l'une des principales associations caritatives américaines

(2) On distingue les « contributions volontaires de base », dont l'objet n'est pas désigné au préalable, des « contributions volontaires à objet désigné », qui représentaient pour le budget programme 2020-2021 plus de 90 % du total des contributions volontaires, et ont pour caractéristiques d'être strictement réservées à des secteurs de programme spécifiques et/ou à certains lieux et doivent être utilisées dans un délai déterminé.

Le 31 décembre 2019, l'OMS est alertée par la Chine sur des cas de pneumonies sans cause connue dans la ville de Wuhan. Le 5 janvier 2020 et sur la base des informations préliminaires fournies par l'équipe d'enquête chinoise, l'OMS déclare qu'il n'existe « aucune preuve de contamination interhumaine significative ». Le 11 janvier 2020, la Chine confirme son premier mort de l'épidémie de covid-19. Le 20 janvier 2020, la Chine confirme la transmission interhumaine, constat validé par le bilan de la première visite de l'OMS sur le terrain.

À noter qu'après avoir constaté les premiers signaux venant de Chine, où vivent plusieurs centaines de milliers de Taïwanais, Taïwan, qui n'est pas membre de l'Organisation, a saisi l'OMS à titre de précaution le 31 décembre, date à laquelle les premiers contrôles aux frontières ont été instaurés pour les passagers en provenance de Wuhan.

Le 22 janvier 2020, le directeur général de l'OMS convoque son comité d'urgence dans le cadre du RSI pour déterminer si la situation constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), mesure qui permet à l'Organisation de demander aux États la mise place des mécanismes de surveillance au niveau national, mais les membres du comité sont alors divisés. Ce niveau d'urgence ne sera déclaré que le 30 janvier 2020, à l'issue d'une visite du directeur général à Pékin, et alors que l'ensemble du territoire chinois est touché par le virus. Dans un communiqué accompagnant la déclaration, le comité d'urgence a invité l'OMS à revoir son dispositif d'alerte à la faveur d'une approche plus graduelle, plutôt que l'approche binaire actuelle qui donne uniquement le choix entre « absence d'USPPI » et « USPPI », avant l'ultime niveau qui est celui de la pandémie.

Comme l'a souligné en réunion de travail le représentant permanent de la France auprès de l'ONU à Genève François Rivasseau, le temps de réaction de l'OMS doit être remis dans le contexte des reproches qui lui avaient été adressés, notamment face au MERS et à l'épidémie de grippe H1N1. L'OMS avait alors été accusée d'avoir donné l'alerte trop tôt et trop fort. Ce précédent, combiné à l'absence de consensus scientifique au sein de l'organisation, contribue à expliquer la durée du processus d'alerte, et permet d'abonder dans le sens d'une réforme du processus d'alerte.

Le 3 février, l'OMS publie le plan stratégique de préparation et de riposte de la communauté internationale qui vise notamment à organiser l'aide aux États les plus vulnérables, et évalue les besoins globaux à 675 millions de dollars pour la période allant de février à avril.

La mission conjointe OMS-Chine, composée de plusieurs experts internationaux, se rend à Pékin et à Wuhan du 16 au 24 février 2020 et publie un rapport qui salue la mobilisation chinoise et estime que la communauté internationale n'est pas prête à faire face.

Le 26 février 2020, l'OMS affirme qu'il y a plus de cas quotidiens déclarés hors de Chine que dans le pays d'origine. Deux jours plus tard, l'organisation passe son niveau d'alerte à un niveau très élevé au niveau mondial. Le 11 mars 2020, face à la hausse du nombre de cas, du nombre de pays touchés et la sévérité de la maladie, l'OMS qualifie la situation de pandémie. Enfin, le 13 mars 2020, l'OMS déclare que l'Europe est désormais l'épicentre de la pandémie.

Les relations entre l'OMS et la Chine, dont l'influence sur les systèmes multilatéraux est croissante, ont pu être interprétées comme un frein dans la prise en compte du risque sanitaire soulevé par l'épidémie de covid-19. Certains observateurs ont pu rappeler les liens entre l'actuel directeur général et Pékin, qui avait soutenu sa candidature à la fonction de directeur général de l'organisation en juillet 2017. Au début de la crise, le directeur général a d'ailleurs multiplié les éloges sur la gestion de la crise par les autorités chinoises alors même qu'elles avaient interpellé les médecins lanceurs d'alerte de Wuhan qui avaient mis en garde contre la transmission interhumaine. Fin janvier, quand, à la suite de la fermeture de l'aéroport de Wuhan Tianhe le 23 janvier, les compagnies aériennes occidentales et la plupart des compagnies asiatiques ont annoncé annuler leurs liaisons avec la Chine et que divers pays, notamment l'Italie, les États-Unis et la Russie, ont fermé leurs frontières terrestres ou aériennes avec elle, l'OMS s'est montrée critique.

Données sur les relations entre la Chine et l'OMS

En 2017, un *memorandum of understanding* est signé entre la Chine et l'OMS : il promeut la sécurité sanitaire le long des nouvelles routes de la soie.

La contribution de la Chine à l'OMS représente 12 % du budget total de l'organisation en 2020. En sus, la Chine fait don de 20 millions de dollars en mars à l'OMS, puis 30 millions en avril.

Lors de la dernière assemblée mondiale de la santé, le président chinois a également fait plusieurs annonces :

- versement de 2 milliards de dollars sur deux ans pour aider les pays touchés par la covid-19, en particulier les pays en développement, à y répondre et se redresser sur le plan du développement économique et social (sans fléchage sur l'OMS) ;
- mise en place par la Chine, en lien avec l'ONU, d'un « *dépôt et hub de réponse humanitaire mondiale en Chine, afin d'assurer le fonctionnement des chaînes d'approvisionnement destinées à la lutte contre les épidémies et favoriser des « corridors verts » de transport et de dédouanement* » ;
- garantie que lorsque que le vaccin contre la covid-19 sera disponible en Chine, il deviendra un « bien public mondial » ;
- mise en œuvre d'un « mécanisme de coopération sino-africain » pour associer les hôpitaux chinois à 30 hôpitaux africains, et accélération de la construction du siège du CDC africain pour aider le continent à accroître sa capacité à se préparer et à maîtriser les épidémies.

La crise a ouvert un débat incontournable sur la question du pouvoir de contrainte de l'OMS. Comme toute organisation multilatérale, l'OMS n'a que les pouvoirs que les États membres lui concèdent.

Si le RSI est un instrument international juridiquement contraignant, il n'existe pas de mécanismes pour le faire appliquer. En outre, lorsque des informations sont transmises par un pays, le seul moyen de vérification existant pour l'OMS est la tenue d'une mission conjointe entre l'OMS et le pays en question, comme cela a été fait avec la Chine en février 2020⁽¹⁾, après une première visite de terrain à la fin du mois de janvier. Or l'OMS ne peut effectuer ces visites qu'à la demande du pays concerné, et n'est pas autorisée à entrer dans un pays sans y être invitée⁽²⁾. Pour reprendre l'expression utilisée en audition par Marie-Paule Kieny, directrice de recherche à l'INSERM et membre du think tank

(1) *Le but de la mission, qui s'est rendue dans plusieurs villes dont Beijing et Wuhan du 16 au 24 février, était d'évaluer la gravité de cette nouvelle maladie : sa dynamique de transmission, la nature des mesures de lutte mises en œuvre par la Chine et leurs incidences. La mission était composée de 25 experts nationaux et internationaux de la République populaire de Chine, d'Allemagne, du Japon, de la République de Corée, du Nigeria, de la Fédération de Russie, de Singapour, des États-Unis d'Amérique et de l'OMS, chacun ayant été sélectionné après une série de consultations. Le rapport a été rendu public : <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>*

(2) *Pendant les premières phases de la riposte mondiale à la covid-19, des équipes se sont aussi rendues dans des pays où la transmission communautaire était relativement élevée, tels que la République islamique d'Iran, l'Espagne et l'Italie.*

« Santé mondiale 2030 », le RSI « *n'a pas de dents* », « *et ceci explique en particulier la raison pour laquelle l'OMS n'a pas pu faire davantage pour intervenir plus tôt en Chine* ⁽¹⁾ ».

En pratique, toutes les exigences du RSI ne sont pas systématiquement respectées par les États. Par exemple, il est demandé dans le RSI aux États de mettre en œuvre les moyens pour assurer la surveillance des « événements de santé publique » sur leur territoire, mais en 2019, seuls 57 % des États ⁽²⁾ avaient développé les capacités minimales nécessaires (d'où la mise en place d'un programme d'aide d'urgence en 2016, voir *supra*).

Autre exemple, le RSI prévoit que les États puissent prendre des mesures hors des recommandations de l'OMS, pourvu qu'ils en informent l'organisation dans les quarante-huit heures. Or, dans le cas des fermetures de frontières en réponse à l'épidémie de covid-19 par exemple, plus d'un tiers d'entre eux ne l'ont pas fait.

Le RSI impose aux États parties de développer et de maintenir des capacités essentielles minimales pour être en mesure de surveiller et de réagir face à tout événement susceptible de constituer une urgence de santé publique internationale. Les pays sont tenus de remettre un rapport à l'Assemblée nationale de la santé et au Comité exécutif de l'OMS à ce sujet. Depuis 2015, l'OMS permet aux États volontaires de se soumettre à un processus « d'évaluation extérieure conjointe », à l'issue de laquelle ils doivent présenter un plan d'action national pour la sécurité sanitaire, en vue d'atteindre les exigences fixées par le RSI. Or seuls 67 États s'étaient, à la date du 20 novembre 2020, saisis de cette possibilité, 49 seulement avaient partagé leur plan avec l'OMS, parmi ces États aucun n'avait prévu les financements suffisants pour la mise en œuvre. Parmi les États membres de l'Union européenne, seule la Finlande a remis un plan d'action. Le ministère de la santé et des solidarités a indiqué à la commission des affaires étrangères que la France était volontaire, mais avait dû reporter ce projet du fait de la crise sanitaire.

Dès lors, une des pistes de réforme pourrait consister en un renforcement des moyens dont dispose l'OMS pour faire appliquer le RSI. Selon un cadre et un protocole préalablement acceptés par les États membres, la possibilité pour l'OMS de conduire des inspections obligatoires indépendantes dans un ou plusieurs pays en cas de fortes suspicions de risque épidémique pourrait être envisagée.

Une réflexion doit aussi s'engager en matière de recherche scientifique. Depuis le début de la crise, l'OMS rassemble les dernières découvertes scientifiques sur l'épidémie de covid-19 dans une base de données, élabore des protocoles standardisés pour la recherche et dispose d'un système d'enregistrement international des essais cliniques. En mars, un essai clinique mondial appelé « *Solidarity* » a été initié.

(1) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/15cion_afetr1920042_compte-rendu#

(2) [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30553-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30553-5/fulltext).

Ce travail de recensement des données scientifiques n'a pas empêché, au sein et au-delà de l'OMS, la diffusion tout au long de la crise d'injonctions et de recommandations contradictoires, source d'une certaine confusion pour les États. Par exemple, l'OMS a suivi le Comité d'urgence dans ses recommandations du 30 janvier où il ne « *recommande pas la mise en place de mesures restrictives au voyage et au commerce* », là où le bureau Europe de l'OMS indiquait le 16 mars que ces mesures pouvaient « *jouer un rôle* » et présenter « *des risques et des bénéfices* ». Si ces nuances s'expliquent en partie par le caractère décentralisé de l'OMS, qui permet une adaptation louable aux différentes situations régionales, elles reflètent aussi le besoin d'une référence scientifique mondiale, abondée par différents experts reconnus, qui permettrait d'apporter un point de repère partagé par les États. L'évolution de la doctrine de l'OMS sur un sujet comme les masques (voir comparatif *supra*), qui a été modifiée quatre fois en dix mois, invite aussi à formuler ce constat.

La nécessité d'un consensus scientifique fort est vitale pour les années à venir et l'anticipation des futures crises. Des marges de progression existent en la matière, notamment sur la connaissance des liens entre santé humaine et santé animale, dont la pandémie a souligné l'importance.

S'il est encore difficile de déterminer avec certitude comment le contact initial entre humains et animaux porteurs du covid-19 s'est fait, l'origine animale du virus laisse peu de place au doute et s'inscrit dans un contexte d'augmentation exponentielle et rapide des « zoonoses » depuis le dernier quart du XX^{ème} siècle.

La pandémie de covid-19 apparaît étroitement liée à la préservation de l'environnement, dans la mesure où elle prend sa source dans une perturbation humaine de l'environnement, amplifiée par nos modes de vie contemporains. Ce constat est d'autant plus incontournable qu'il avait déjà été pressenti par la communauté scientifique. La Plateforme intergouvernementale scientifique et politique sur la biodiversité et les services écosystémiques (IPBES) avait ainsi alerté la communauté internationale en avril 2019 à l'issue de la réunion plénière consacrée au rapport mondial sur la biodiversité et les services écosystémiques, qui mettait en avant les atteintes sans précédent subies par la biodiversité aujourd'hui ⁽¹⁾. Pour reprendre les termes utilisés en audition par le sociologue et anthropologue Bruno Latour, « *la crise sanitaire est intégrée dans la crise climatique qui la précède, qui l'accompagne et qui la suit* ⁽²⁾ ».

Nous devons sans plus attendre tirer des leçons de cette crise dans l'élaboration des politiques publiques environnementales et sanitaires, y compris sur le plan international. C'est le sens de la proposition de création d'un « GIEC

(1) *Sous l'effet de cinq principaux facteurs de pression directs : changements d'usage des terres, exploitation des ressources, changements climatiques, pollutions, espèces exotiques envahissantes, eux-mêmes sous l'influence de facteurs indirects comme la démographie, les modes de production et de consommation ou encore les institutions et modes de gouvernance. Voir : https://ipbes.net/sites/default/files/ipbes_7_10_add.1_fr.pdf*

(2) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/l15cion_afetr1920051_compte-rendu#

Santé⁽¹⁾ », portée par la France. Le Groupe international d'experts sur le climat (GIEC) a été créé en 1988 afin d'apporter aux États une expertise indépendante sur le changement climatique, or, dans le domaine sanitaire, la crise a rappelé que la communauté internationale ne pouvait pas s'appuyer sur un pôle de référence scientifique équivalent.

S'il a été un temps envisagé d'intégrer ce futur « GIEC Santé » à l'OMS, c'est finalement un organisme distinct, sur lequel pourront s'appuyer plusieurs organisations internationales, qui a été créé. À l'occasion du Forum de la paix de Paris en novembre 2020, les dirigeants de l'OMS, de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) ont lancé le « Conseil d'experts de haut niveau *One Health/ Une seule santé* ». Ce Conseil aura pour objectif de rassembler et de diffuser des informations fiables sur les liens entre les santés humaine, animale et environnementale et de formuler des recommandations à l'attention des États et des organisations internationales. Il pourra ainsi apporter un gage de légitimité et d'efficacité à la prise de décision en matière de santé publique.

Ce Conseil vient donner un cadre institutionnel à l'approche dite « *One Health* » (Une seule santé)⁽²⁾, qui invite à renforcer à la fois la dimension interdisciplinaire des travaux scientifiques⁽³⁾ et la coordination des actions menées dans les domaines sanitaires et environnementaux. Sa composition exacte n'est pas encore connue, mais il est prévu d'y intégrer des experts internationaux en sciences humaines, animales, sociales et de l'environnement.

En outre, en mobilisant plusieurs organisations internationales (OMS, OIE, FAO) le Conseil d'experts pourra contribuer à renforcer la coordination des différents acteurs de la santé mondiale. Le nombre croissant d'acteurs présents dans ce domaine (voir *supra*) et l'importance de leur mobilisation face à la pandémie plaident pour un renforcement de leur coordination. Comme l'a suggéré Jean-Yves Le Drian dans son discours de présentation de la troisième édition du Forum sur la paix de Paris, l'OMS, qui dispose déjà d'un rôle en ce sens, apparaît comme l'instance à privilégier pour progresser dans ce domaine⁽⁴⁾.

(1) En audition devant la commission des affaires étrangères, Jean-Yves Le Drian a promu dès le printemps 2020 la création d'un « GIEC santé », qui serait chargé d'informer les sociétés et d'alerter les gouvernements sur les risques sanitaires mondiaux http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/115cion_afetr1920046_compte-rendu#

(2) Un collectif de chercheurs s'est prononcé en novembre pour une « institutionnalisation » du concept *One Health*, afin de favoriser l'anticiper et la prévention des épidémies à l'échelle mondiale https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/11/10/il-faut-institutionnaliser-le-concept-one-health-pour-prevenir-de-nouvelles-epidemies-a-l-echelle-mondiale_6059242_3232.html

(3) Voir notamment la tribune co-signée en avril par 16 dirigeants d'organismes scientifiques : https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/17/la-pandemie-de-covid-19-est-etroitement-liee-a-la-question-de-l-environnement_6036929_3232.html

(4) <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/les-ministres/jean-yves-le-drian/discours/article/presentation-de-la-troisieme-edition-du-forum-de-paris-sur-la-paix-en>

C. CONCLUSION DU CHAPITRE : QUELQUES PISTES POUR UN NOUVEAU MULTILATÉRALISME À L'AUNE DE LA CRISE

La coopération internationale a été mise à l'épreuve par la pandémie. La crise nous invite à rechercher de nouvelles formes de multilatéralisme, plus souples, pouvant associer les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux autour d'objectifs communs et partagés.

Ainsi, la création du conseil d'experts « Une seule santé » s'est faite dans le cadre institutionnel de « l'Alliance pour le multilatéralisme », qui offre des pistes pour penser l'avenir de la coopération internationale. L'Alliance pour le multilatéralisme, cadre informel lancé en 2019 par les ministres français et allemand des affaires étrangères⁽¹⁾, s'apparente à ce que Nicolas de Rivière, représentant permanent de la France auprès des Nations unies à New-York, a qualifié en réunion de travail avec la commission des affaires étrangères d'« *incubateur d'initiatives multilatérales* », apte à fabriquer des alliances ponctuelles dont la vocation est de s'élargir⁽²⁾.

Ce modèle nous invite à promouvoir un multilatéralisme plus souple, qui ne repose pas uniquement sur l'adoption unanime de textes et de projets, mais aussi sur des alliances *ad hoc* répondant aux besoins de coopération internationale sur des sujets globaux comme la santé, l'environnement ou encore le numérique et associant les acteurs non gouvernementaux.

La crise nous impose aussi une réflexion sur les sujets et thèmes dont la coopération internationale devrait faire des priorités. La création d'un « GIEC Santé » ainsi que la mobilisation internationale pour un accès équitable à la vaccination contre la covid-19 (voir infra) nous invitent à penser un multilatéralisme attentif aux biens communs, en particulier sur quatre sujets étroitement liés que sont la santé (humaine et animale), le climat, la biodiversité et la sécurité alimentaire, d'ores et déjà identifiés comme des priorités par la France⁽³⁾.

(1) <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/la-france-et-les-nations-unies/l-alliance-pour-le-multilateralisme/>

(2) Réunion de travail du 7 juin.

(3) Pour reprendre les mots de Jean-Yves Le Drian lors de son audition du 8 avril devant la commission des affaires étrangères, « lors de la sortie de crise, nous devons prendre des initiatives pour que les biens communs mondiaux soient au cœur du nouveau multilatéralisme »

La notion de bien public mondial

Le concept de « bien public mondial » ou de « bien public global » dérive de la notion de « bien public » développée par Paul Samuelson en 1954 dans son article intitulé « *The Pure Theory of Public expenditure* ». Il définit le bien public selon deux critères : non-rivalité (la consommation du bien n'empêche pas les autres individus de le consommer de la même façon) et non-exclusion (il est impossible d'exclure quiconque de la consommation de ce bien et donc impossible de faire payer l'usage de ce bien).

Charles Kindleberger définit dès 1986 les biens publics mondiaux comme « *l'ensemble des biens accessibles à tous les États qui n'ont pas nécessairement un intérêt individuel à les produire* ». Si ces biens revêtent un caractère universel, l'auteur relève la difficulté d'uniformiser les pratiques des États vis-à-vis de ceux-ci, alors même que seule la coopération interétatique peut permettre de produire les biens publics mondiaux. La notion inclut progressivement le domaine de l'environnement, la préservation de la couche d'ozone, la réduction des gaz à effet de serre, la diminution des ressources naturelles et de la biodiversité ou encore les risques de contamination sanitaire.

Le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) réalise un travail de référence dans la définition et la préservation des biens publics mondiaux. L'ouvrage *Biens publics globaux* (1999) sert de base au développement institutionnel de ces biens. Le PNUD distingue trois catégories : les biens publics mondiaux naturels, tels que la biodiversité, les biens publics mondiaux d'origine humaine, tels que la connaissance scientifique, et les « résultats politiques globaux » tels que la santé.

Il n'existe cependant pas de consensus international sur la définition exacte de ce terme ni sur la liste des biens publics mondiaux. Celle-ci a vocation à évoluer dans les années à venir.

L'initiative Access to Covid-19 Tools – Accelerator (ACT-A), lancée le 24 avril par la France aux côtés de l'OMS, la Commission européenne et la Fondation Gates, constitue un exemple de coopération internationale *ad hoc* et promouvant l'application de la notion de bien public mondial.

L'objectif de cette initiative est d'accélérer le développement et l'accès aux diagnostics, aux traitements, aux vaccins et à des systèmes de santé résilients, et à les faire reconnaître comme des biens publics mondiaux, l'accès généralisé valant en particulier pour les pays les plus démunis comme l'a rappelé le Président de la République lors de son intervention du vendredi 24 avril.

Cette initiative a été soutenue par de nombreux leaders mondiaux, par l'Union africaine ou encore par le G20 via l'Arabie saoudite, qui a indiqué une participation au renforcement de la coordination sur le plan sanitaire et économique et un financement de l'appel à hauteur de 500 millions de dollars ⁽¹⁾.

(1) Les responsables de la GAVI, du Fonds mondial, de la CEPI, d'Unitaid et du Wellcome Trust, ainsi que la Banque mondiale, ont endossé l'appel, de même que la Croix-Rouge, avec l'appui du CICR, et les associations pharmaceutiques.

Le 4 mai a eu lieu sous l'impulsion de l'Union européenne une première conférence des donateurs pour réunir des fonds en vue de la mise en œuvre de cet appel. L'objectif initialement fixé visant à réunir au moins 7,5 milliards d'euros a été quasiment atteint début juillet, avec des promesses à hauteur de 7,3 milliards d'euros, dont un milliard pour l'Union européenne, 525 millions pour l'Allemagne et 510 millions pour la France. Deux réunions du Conseil de facilitation d'ACT-A, organe de gouvernance de l'initiative, ont eu lieu en septembre et en novembre. Elles ont essentiellement porté sur les besoins financiers de l'initiative et sur la nécessité d'une mobilisation soutenue de la communauté internationale. Début novembre, 28,4 milliards de dollars faisaient encore défaut sur les 38 milliards de dollars attendus. Lors de la dernière réunion du G20 les 21 et 22 novembre, un engagement a été pris pour combler les besoins de financement, sans plus de précisions à ce stade.

ACT-A repose sur quatre piliers : vaccin, diagnostics et traitement, systèmes de santé. Le pilier vaccin, intitulé « COVAX », a pour objectif de permettre le déploiement d'un vaccin contre la covid-19 dans les pays en développement afin de permettre un accès équitable et généralisé à la vaccination. Il s'agit d'un engagement pris par la France dès le lancement d'ACT-A en avril.

Comme l'ont rappelé lors du Sommet mondial sur la vaccination le secrétaire général des Nations unies et le Président de la République, le vaccin contre la covid-19 devra être considéré comme un bien public mondial, qui implique une coopération et une solidarité internationales réaffirmées. La résolution susmentionnée adoptée lors de la 73^{ème} Assemblée mondiale de la santé prévoit que tout accès à un futur vaccin et d'autres médicaments soit pour tous « *rapide et équitable* », « *de qualité, sûr et abordable* ». La position obtenue lors de la dernière Assemblée mondiale de la santé reste un peu en-deçà de la position française, puisque c'est le résultat du vaccin, soit l'immunisation, qui a été défini comme un bien public mondial. La France a renouvelé son engagement lors du Forum sur la paix de Paris en proposant un projet de Charte ACT-A sur l'accès équitable et universel aux diagnostics, traitements et vaccins, qui a reçu un fort soutien du directeur général de l'OMS ⁽¹⁾.

Pour la France, faire des futurs traitements et vaccins des biens publics mondiaux doit permettre « *d'éviter une marchandisation qui ne serait pas très acceptable moralement ni sur le plan de l'efficacité* », comme l'a souligné Jean-Yves Le Drian lors de son audition devant la commission des affaires étrangères le 20 mai.

Pour autant, la mise au point d'un vaccin engage des coûts substantiels et soulève des questions en matière de propriété intellectuelle. Faire du vaccin contre

(1) Les conclusions du Conseil européen des 10 et 11 décembre indiquent par ailleurs que la vaccination devrait être traitée « *comme un bien public mondial* ».

la covid-19 un bien public mondial implique un modèle de financement adapté ⁽¹⁾. C'est le sens de la facilité COVAX, qui se distingue d'autres modèles comme celui de la *Biomedical Advanced Research and Development Authority* (BARDA) américaine ⁽²⁾, qui associe les administrations et agences fédérales, les institutions de recherche et les industries pharmaceutiques, afin de pré-financer les capacités de production, en anticipant sur le financement de la production des vaccins et sur les processus règlementaires d'autorisations de mise sur le marché ⁽³⁾.

La recherche mondiale d'un vaccin contre la covid-19

Plus de cinquante laboratoires, seuls ou dans le cadre de coopérations, se sont lancés dans la quête d'un vaccin contre la covid-19 ⁽¹⁾. À la date du 12 novembre, selon les données de l'OMS, 212 vaccins étaient en cours d'élaboration, dont 48 en phase d'études cliniques sur l'homme et 11 en phase 3, dernière étape avant une autorisation de mise sur le marché. Le Royaume-Uni a planifié le début de sa campagne de vaccination pour la semaine du 10 décembre, après avoir autorisé la commercialisation du vaccin BioNTech-Pfizer.

La majorité des vaccins en cours d'élaboration contre la covid-19 sont des vaccins à ARN messenger, qui reposent sur une technologie développée dans les années 1990. À la différence des vaccins « historiques » hérités des découvertes de Louis Pasteur et qui utilisent un germe vivant modifié afin qu'il perde son pouvoir infectieux, les vaccins à ARN messenger sont fabriqués à partir d'une particule, d'une protéine ou d'une toxine créée de toute pièce. On parle de « vaccins inactivés », par opposition aux « vaccins vivants atténués ».

Les deux premiers vaccins à avoir atteint un niveau d'efficacité égal ou supérieur à 90 % reposent sur cette technologie. Il s'agit du vaccin du consortium BioNTech-Pfizer, le groupe ayant le lundi 9 novembre que son candidat-vaccin contre la covid-19 était efficace à 90 %. Ces résultats ont été obtenus à la suite d'essais entamés le 27 juillet 2020, et ont été revus à la hausse à l'issue d'un autre essai clinique à grande échelle, qui a permis de rehausser l'efficacité du candidat vaccin à 95 %. Ce chiffre signifie qu'une personne exposée au virus et ayant reçu ce vaccin, a 95 % de chance de ne pas tomber malade. De son côté, le groupe américain Moderna a annoncé le 16 novembre 2020 que son vaccin était efficace à 94,5 %.

(1) Le site suisse « infovac » répertorie l'ensemble des avancées de la recherche au niveau mondial <https://www.infovac.ch/fr/les-vaccins/par-maladie/coronavirus-covid-19>

(1) Des discussions ont aussi été lancées à l'OMC et à l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI) afin d'élaborer une solution qui permettrait de garantir à la fois un accès le plus large possible à la vaccination et une juste rétribution pour les laboratoires engagés dans la recherche contre la covid-19.

(2) « Nous avons initié, avec le Président de la République, un dispositif de financement ACT-A, qui diffère de la BARDA américaine en ce qu'il repose sur le principe selon lequel le vaccin est un bien public mondial », Jean-Yves Le Drian, audition du 20 mai devant la commission des affaires étrangères

(3) À la date du 22 mai 2020, BARDA avait déjà financé quatre fabricants potentiels de vaccin, dont Sanofi.

L'Institut Pasteur travaille depuis le début d'année sur plusieurs projets de vaccin, dont trois étaient décrits en novembre comme « bien avancés ». À noter que l'un de ces trois projets vise à élaborer un « vaccin à ADN », particulièrement novateur puisqu'aucun vaccin reposant sur cette technologie n'a jamais été commercialisé à ce jour. L'Institut Pasteur se distingue en ce sens des laboratoires susmentionnés.

Par ailleurs, le groupe français Sanofi espère passer la phase finale des essais cliniques avant la fin de l'année 2020, et a annoncé le 15 novembre que son vaccin serait disponible en juin 2021.

De son côté, la Chine a débuté son programme de vaccination le 12 avril 2020. Dès le 22 juillet, les autorités ont vacciné en urgence les personnels les plus exposés. Au mois de septembre 2020, au moins 350 000 Chinois auraient été vaccinés⁽¹⁾. La Chine a initialement développé 13 vaccins différents, seuls 4 ayant atteint la phase finale des essais. Les expérimentations finales se déroulent en Chine mais également au Brésil, en Indonésie, au Pakistan, en Turquie ou en Égypte. Le vaccin le plus avancé à ce jour s'intitule « CoronaVac » et est fabriqué par le laboratoire Sinovac. Il s'agit d'un vaccin vivant atténué.

Les déclarations sur l'état d'avancement de plusieurs candidats-vaccins ont eu des effets immédiats sur les marchés mondiaux. À la date du 18 novembre, selon les données compilées par le *Duke Global Health Innovation Center* – qui n'intègre pas les données relatives à la Chine – l'Union européenne avait précommandé 1,4 milliard de doses de vaccin, les États-Unis 1 milliard de doses et Royaume-Uni 500 millions de doses. Rapportées au nombre d'habitants, ces quantités correspondent à 3,1 doses par habitant pour l'Union européenne, 7,5 pour le Royaume-Uni et 3 pour les États-Unis, le Canada se plaçant en tête de ce classement avec 9,5 doses commandées par habitant.

Enfin, l'initiative Covax, pilotée par l'OMS, a commandé 1,6 milliard de doses afin de permettre l'accès à la vaccination pour les pays les moins développés.

(1) <https://www.tdg.ch/la-chine-vaccine-a-tour-de-bras-217811320444>

D. LES ORGANISATIONS RÉGIONALES ONT ADOPTÉ DIFFÉRENTS MODÈLES DE COOPÉRATION FACE À LA CRISE

Sans dresser un tableau exhaustif de l'implication des organisations régionales dans cette gestion de crise, il convient d'accorder à trois d'entre elles – qui répondent à des modèles d'organisation et de compétences différents – une attention particulière. Si les organisations régionales ont pu mobiliser des outils de coopération préexistants, et se doter progressivement d'outils *ad hoc* face à l'épidémie de covid-19, dans l'ensemble, leur capacité de réaction face à la crise semble avoir été pour beaucoup déterminée par leurs compétences préalables dans le domaine sanitaire, plus encore que par le degré d'intégration des États.

1. À l'échelle d'un continent, l'exemple de l'Union africaine

L'Union africaine (UA) a tout d'abord activé ses outils préexistants pour répondre à la crise liée à l'épidémie de covid-19. Très vite après l'apparition d'un premier cas en Égypte le 14 février 2020, l'Union africaine a convoqué une

réunion des ministres africains de la santé le 22 février, qui a adopté notamment de premières lignes directrices relatives aux restrictions de mouvements des personnes à risque en Afrique, ainsi qu'une stratégie continentale Covid-19 de l'UA. En application de cette stratégie continentale, une task force africaine pour le coronavirus a été mise en place, et s'est réunie chaque semaine ⁽¹⁾.

Par ailleurs, l'Union africaine dispose d'un Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC) depuis 2016 ⁽²⁾. Dès le 27 janvier, le CDC a activé son centre d'opérations d'urgence et son Incident Management System (IMS), avant de commencer en février à publier des bulletins sur l'état de la pandémie dans le monde, avant même que les premiers cas africains ne soient déclarés. Dès les premières semaines de l'épidémie, le Centre a entrepris la certification des capacités des laboratoires des États africains à effectuer des tests de dépistage, en partenariat avec plusieurs institutions dont l'Institut Pasteur de Dakar (voir *supra*).

Le 20 mars, le Centre publie la « Stratégie continentale africaine conjointe face à l'épidémie de covid-19 », qui met en garde la vulnérabilité de l'Afrique compte tenu de la « *relative fragilité de ses systèmes de santé, d'épidémies concurrentes, d'infrastructures d'eau et d'assainissement inadéquates, et la possiblité d'agitation sociale et politique* ». Quelques jours plus tard, l'Union africaine décide de créer un Fonds de solidarité continental contre l'épidémie de covid-19, auquel les États membres contribuent à hauteur de 11 millions de dollars, et qui s'accompagne d'un renforcement budgétaire de 5,5 millions d'euros pour le CDC. Celui-ci a lancé en avril l'initiative PACT (Partnership to Accelerate Covid-19 Testing : Test, Trace and Track), autour de plusieurs objectifs sur six mois, dont le dépistage de dix millions d'Africains.

Les chefs d'État africains membres du bureau de l'Assemblée de l'Union africaine ont donné dès le mois de mars une impulsion politique à cette mobilisation, en organisant une première réunion sur la pandémie. À cette occasion, les chefs d'État ont décidé la mise en place d'un fonds de réponse de l'UA à la covid-19 pour renforcer les capacités du CDC Afrique à répondre aux urgences de santé publique à travers le continent. Les fonds levés doivent être utilisés principalement pour l'achat et la distribution des équipements et fournitures médicaux essentiels et pour mobiliser une réponse rapide des États membres ⁽³⁾.

Dans l'ensemble, les États africains ont réagi plutôt rapidement, en accordant une place particulière à la coopération régionale. Cela peut s'expliquer

(1) Ses travaux s'appuient sur plusieurs groupes de travail techniques, désormais au nombre de neuf, dont, par exemple, un groupe de travail technique « sciences, normes et régulations » d'une vingtaine de scientifiques chargé de formuler des recommandations sanitaires auprès des États membres de l'UA.

(2) Le Centre Africain de Contrôle et de Prévention des Maladies (CDC Afrique) est une institution technique spécialisée de l'Union africaine visant à soutenir les initiatives de santé publique des États membres et renforcer la capacité de leurs institutions de santé publique à détecter, prévenir, contrôler et répondre rapidement et efficacement les menaces de maladies.

(3) Par exemple, ce fonds doit appuyer l'approvisionnement groupé de diagnostics et d'autres produits médicaux par le CDC africain, en vue d'une distribution aux 55 États membres.

par la conscience qu'ont eue les autorités du risque élevé de voir les systèmes de santé dépassés en cas d'expansion rapide de la pandémie, mais aussi par l'expérience acquise au cours des précédentes épidémies, à commencer par l'épidémie d'Ébola. Cela a permis aux pays africains de réagir rapidement malgré des moyens limités contre l'épidémie, en appliquant les mêmes protocoles de prévention (mise en isolement, prises de température aux postes frontières, limitation des mouvements de personnes) et de ralentir la propagation de la covid-19.

Par ailleurs, l'Union africaine s'est mobilisée pour la défense des intérêts financiers du continent africain.

À la suite du débat sur les dettes souveraines initié par le Premier ministre éthiopien et le Président de la République française (voir *infra* l'encadré sur le moratoire des dettes africaines), elle a désigné quatre envoyés spéciaux pour travailler sur cette question : Tidjane Thiam, ancien ministre et dirigeant d'entreprise franco-ivoirien, Ngozi Okondjo Iweala, ancienne ministre des finances du Nigeria, Donald Kaberuka économiste rwandais et ancien président de la Banque africaine de développement et Trevor Manuel, qui a été plusieurs reprises ministre en Afrique du Sud.

2. La réaction de l'ASEAN face à la pandémie dans l'une des premières régions touchées par la crise

Pour l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN), la crise liée au covid-19 a constitué une mise à l'épreuve de sa capacité de coordination et de réponse. Tous ses États membres ont été touchés, de la Thaïlande le 13 janvier au Laos le 24 mars 2020. Mais la crise a, de nouveau, mis en évidence la forte hétérogénéité des États membres, tant en termes de développement économique que de démographie ou de système de gouvernement.

En pratique, et comme l'a souligné Thierry Mathou, alors directeur d'Asie et d'Océanie au ministère des affaires étrangères, en réunion de travail avec la commission des affaires étrangères, l'organisation régionale a joué un rôle limité dans la réponse à la crise faute d'outils adéquats. Pour rappel, cette organisation est strictement intergouvernementale, et privilégie les principes de non-ingérence, de consensus et s'appuie sur des ressources limitées favorisant l'échelon national.

L'organisation a été mobilisée dès le mois de janvier grâce aux mécanismes de coopération préexistants. La plupart de ces outils ont été conçus en 2015, dans le cadre d'un « Agenda du secteur de santé de l'ASEAN pour l'après 2015 ». Les ministres de la santé de la zone ont eu dès le début de la crise des échanges réguliers, également au niveau de l'ASEAN+3 qui associe la Chine, le Japon et la Corée du Sud.

Plusieurs déclarations ont été adoptées à la suite de réunions consacrées à la pandémie, toutes ont souligné l'importance de la « *solidarité et de l'unité de*

l'ASEAN pour répondre efficacement aux défis posés par l'épidémie de covid-19 ⁽¹⁾», et quelques exemples de solidarité entre États membres (don de kits de test, d'équipements de protection et des respirateurs) ont été constatés sur le terrain. Pour autant, et comme ce fut le cas face à l'épidémie de SRAS en 2003, les États membres de l'organisation intergouvernementale ont chacun adopté une approche différente pour freiner la propagation du virus, que ce soit sous forme de quarantaines, de fermetures de frontières ou d'interdictions de voyager ou de transit. Chacun a aussi conçu son propre plan de relance économique pour amortir l'impact de la crise de covid-19, sans coordination particulière.

Les divergences entre États ont aussi reflété la fracture existante entre les membres vis-à-vis de la Chine. Ainsi le Cambodge n'a adopté aucune restriction concernant les déplacements de ou vers la Chine, Singapour et le Vietnam ont adopté une approche calibrée, imposant des interdictions de voyage en Chine tout en envoyant une assistance médicale au pays, tandis que l'Indonésie a décidé de suspendre les vols de et vers la Chine ainsi que des importations chinoises pour éviter tout risque de contamination. Alors que les premiers cas d'infection à la covid-19 en Thaïlande, à Singapour, au Vietnam ou encore en Malaisie étaient le fait de personnes ayant séjourné à Wuhan, il n'y a eu ni discussion, ni décision au niveau régional visant à circonscrire l'épidémie et à limiter le flot de touristes chinois qui se déplacent en Asie du Sud-Est à l'occasion des festivités du Nouvel an lunaire, malgré les nouvelles alarmantes provenant de la province chinoise.

Comme cela a pu être le cas pour l'Union européenne, l'ASEAN a progressivement renforcé sa réponse face à la crise, avec, le 31 mars, la réunion du nouveau groupe de travail sur les urgences de santé publique, suivie le 9 avril de la vingt-cinquième réunion du conseil de coordination. À l'occasion de cette réunion, les ministres des affaires étrangères ont décidé l'adoption de plusieurs mesures visant à renforcer la coopération en matière de santé publique dans la zone : constitution d'une réserve de fournitures médicales, élaboration et application de procédures standards pour les urgences de santé publique sur la base des réglementations de l'OMS, et création d'un Fonds de réponse à l'épidémie de covid-19, afin de mobiliser des ressources financières pour acheter du matériel médical.

Dans l'ensemble, les États membres ont été satisfaits de la réponse de l'ASEAN malgré son caractère limité, et ne semblent pas désireux de renforcer significativement ses capacités d'action dans le domaine sanitaire. Toutefois, certains États comme l'Indonésie se sont prononcés en faveur d'un renforcement de la capacité d'anticipation, de réponse et de coordination de l'organisation. Avec la Malaisie, l'Indonésie a proposé la création d'un « *Center for emergency disease and public health emergency* » afin de doter l'Association d'une agence spécialisée dans le domaine sanitaire.

(1) *Déclaration de la présidence de l'ASEAN sur la réponse collective à l'épidémie en date du 15 février, réunion spéciale des ministres des affaires étrangères ASEAN-Chine le 19 février, réunion du nouveau groupe de travail sur les urgences de santé publique le 31 mars, réunion des ministres de la santé le 7 avril, etc.*

3. En Amérique, le modèle mixte de l'Organisation panaméricaine de santé

L'Organisation panaméricaine de santé (OPS) est l'agence internationale sanitaire intervenant pour le continent américain. Il s'agit à la fois du bureau régional de l'OMS pour les Amériques et d'un des organismes spécialisés de l'Organisation des États américains (OEA), double casquette qui la distingue des autres organisations régionales. Créée en 1902, il s'agit de la première organisation sanitaire internationale à avoir vu le jour. Elle couvre 54 États, est implantée dans 28 d'entre eux, avec pour objectifs principaux de lutter contre les maladies et épidémies et leurs causes, de renforcer les systèmes de santé et de répondre aux situations d'urgence. L'OPS promeut l'accès à la santé pour tous, et promeut pour ce faire la coopération technique entre États membres.

Dotée depuis 1976 d'un programme consacré à la gestion d'urgence, le Program on Emergency Preparedness and Disaster Relief (PED), l'OPS a progressivement élargi le mandat de ce programme, qui inclut désormais la préparation et la réponse aux épidémies. Elle se distingue ainsi par son expérience de plusieurs décennies en matière de gestion des épidémies.

Depuis le début de la pandémie de covid-19, l'Organisation a joué un rôle de chef de file dans la réponse régionale à la crise sanitaire. Dès le 17 janvier 2020, un mécanisme dédié, l'Incident Management Support Team (IMST), a été mis en place pour organiser cette réponse, selon trois niveaux (régional, sous-régional et national) et autour de trois piliers :

- surveillance et analyse des données relatives à l'épidémie ;
- recommandations à l'attention des États membres en matière de santé publique ;
- renforcement des systèmes de santé.

Dès les premiers stades de la pandémie, une vingtaine de missions d'expertise ont été déployées auprès d'États membres afin de s'assurer de leurs capacités de dépistage et de traçage des contaminations. L'assistance technique s'est poursuivie dans un second temps sous un format virtuel, et l'OPS a organisé des réunions régulières avec les ministres de la santé de la zone afin d'assurer un partage le plus complet possible des informations relatives à la pandémie et la diffusion de recommandations.

Sur le plan matériel, dès le mois d'avril un appel aux dons a été lancé par l'Organisation à hauteur de 95 millions de dollars, réévalué à 200 millions de dollars d'ici la fin de l'année 2020, afin de soutenir les États d'Amérique latine et des Caraïbes⁽¹⁾. L'organisation s'est aussi associée à l'ONU pour fournir aux États membres dans le besoin des équipements médicaux.

(1) À la fin du mois de juillet 2020, 47 % de la somme avait été rassemblée.

Le rôle des partenariats extérieurs a également fait l'objet d'une attention particulière. Par exemple la Commission européenne a répondu à l'appel aux dons lancé en avril ⁽¹⁾. Comme cela a été indiqué par l'OPS dans ses réponses adressées au questionnaire de la commission des affaires étrangères, des coopérations concrètes entre l'Union européenne et l'OPS se sont aussi mis en place pour intervenir en soutien de plusieurs pays et territoires des Amériques ⁽²⁾, sur différents thèmes (surveillance épidémique, capacités des laboratoires, communication de crise, *etc.*).

(1) À hauteur de 743 000 dollars, via les directions ECHO et DEVCO.

(2) À l'été 2020, étaient concernés l'Argentine, le Belize, le Brésil, les pays de la Caraïbe, le Chili, la Colombie, le Guatemala, le Paraguay, le Pérou, Saint-Martin (Pays-Bas) et l'Uruguay.

V. FACE À LA PANDÉMIE, LES LEVIERS DE NOTRE ACTION EXTÉRIEURE ONT ÉTÉ ET DEMEURENT MOBILISÉS

Dans le cadre du suivi de la crise sanitaire et de la mission d'information de la Conférence des présidents sur le covid-19, la commission des affaires étrangères de l'Assemblée nationale a, sur une proposition votre rapporteure en sa qualité de présidente, créé plusieurs groupes de travail thématiques qui se sont concentrés sur l'évaluation de la mobilisation des leviers de notre action extérieure face à la crise.

La mise en place des groupes de travail a permis à la commission des affaires étrangères d'exercer pleinement sa mission de contrôle de l'action du ministère de l'Europe et des affaires étrangères et de ses opérateurs, et de proposer les changements nécessaires au vu des conséquences de la crise sur notre action extérieure.

A. LES RÉSEAUX DIPLOMATIQUE, CONSULAIRE ET CULTUREL SE SONT ADAPTÉS, DANS L'URGENCE, AUX CONSÉQUENCES DE LA CRISE SANITAIRE

1. La nécessité en début de crise d'assurer le rapatriement des Français de passage à l'étranger

Avec la mutation d'une épidémie localisée en pandémie mondiale, les agents du ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE) se sont largement mobilisés pour porter assistance à nos ressortissants en déplacement temporaire à l'étranger. Le 20 avril 2020, ce sont près de 170 000 Français de passage à l'étranger qui avaient été rapatriés en France depuis le début de la crise. Le 20 mai, le chiffre atteignait 186 000 Français ⁽¹⁾.

Le centre de crise et de soutien (CDCS) du MEAE a eu un rôle important dans la collecte de l'information, notamment par la mise en place d'un dispositif de remontée des données pays par pays et d'une cellule d'appel disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour recueillir les préoccupations des Français bloqués à l'étranger. L'information ainsi réunie a permis de mettre en œuvre des mesures diplomatiques pour convaincre certains pays de reporter l'interruption des liaisons aériennes ou de trouver des solutions alternatives pour aider au retour des Français de passage à l'étranger. Par exemple, au Maroc, les autorités ont décidé d'interrompre les vols avec la France de manière précoce, dès le 13 mars, une décision à l'origine de scènes de panique dans les aéroports du pays. Grâce à la mobilisation des personnels, 148 vols transportant 27 000 personnes (dont 20 000 Français) ont pu être opérés vers la France entre le 13 mars et le 22 avril.

(1) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_afetr/15cion_afetr1920046_compte-rendu

En réunion de travail avec la commission des affaires étrangères, l'ambassadrice de France Hélène Le Gal a insisté sur la mobilisation sans faille des agents – 50 agents ont été mobilisés à temps plein pendant cinq mois pour assurer les rapatriements – qui ont parfois été confrontés à la violence physique de leurs concitoyens.

Laurence Haguener, directrice des Français à l'étranger et de l'administration consulaire (DFAE), a souligné en réunion de travail avec la commission des affaires étrangères la mobilisation sur le terrain, en appui du CDCS, des personnels consulaires, qui ont dû gérer des situations complexes.

La mobilisation du Centre de crise a aussi permis de programmer des vecteurs aériens, en privilégiant le maintien de vols commerciaux et, là où ce n'était pas possible, en affrétant des vols charters ⁽¹⁾.

La crise sanitaire a mis en lumière l'importance, pour la France, d'un réseau diplomatique et consulaire dont l'universalité – il s'appuie sur 160 ambassades et 89 consulats généraux ⁽²⁾ – a permis d'assurer le retour des Français de passage à l'étranger. Selon le secrétaire général du Quai d'Orsay, François Delattre, également entendu en réunion de travail, la crise « a démontré, s'il en était besoin, le caractère crucial de notre réseau diplomatique et consulaire pour faire face aux crises de la mondialisation, mais aussi comme grand service public au service de nos concitoyens. » Cette leçon a été prise en compte dans la construction du budget pour 2021 puisque, pour la première fois depuis vingt ans, les effectifs du ministère ont été stabilisés. Le sous-groupe « réseaux diplomatique et consulaire » de la commission des affaires étrangères propose d'aller plus loin et de suspendre la mise en œuvre des objectifs de réduction des effectifs et de la masse salariale du Quai d'Orsay inscrits dans le plan « Action publique 2022 », dont trois quarts des objectifs ont été atteints.

La gestion de crise a aussi bénéficié d'un travail interministériel mis en œuvre entre le ministère de l'Europe et des affaires étrangères et le ministère des transports, de la mobilisation des personnels issus des différents réseaux de l'État à l'étranger et de la fluidité des relations avec Air France et sa filiale Transavia. Par comparaison, de nombreuses compagnies étrangères n'ont pas été aussi coopératives et certaines ont même tenté de profiter de la situation en imposant des prix prohibitifs sur les billets d'avion.

Enfin, une partie des opérations d'aide au retour se sont faites en lien avec le Mécanisme européen de protection civile (MEPC) ⁽³⁾, ce qui a permis

(1) Le 30 avril, 20 millions d'euros avaient été mobilisés pour financer les rapatriements depuis la mi-mars.

(2) Selon les données fournies en audition le 1^{er} avril par Jean-Baptiste Lemoyne, secrétaire d'État auprès du ministre chargé de l'Europe et des affaires étrangères.

(3) Mis en place en 2001, le MEPC a pour objet de renforcer la coopération entre États membres de l'Union européenne dans le domaine de la protection civile, en vue d'améliorer la prévention des catastrophes, ainsi que la réaction et la préparation à ces dernières. Il a été renforcé en 2013, notamment par la mise en place du Centre européen de réaction d'urgence (Emergency Response Coordination Centre – ERCC), un organisme qui dispose d'une capacité de surveillance des catastrophes et de coordination des interventions.

d'organiser des vols pour les Français ainsi que pour d'autres ressortissants européens. Les délégations de l'UE à l'étranger ont recensé, dans chaque pays, le nombre de ressortissants européens concernés et ont assuré la coordination des opérations.

2. Pour les réseaux diplomatique et consulaire, une adaptation aux enjeux et aux contraintes liés à la crise

Contrairement à d'autres pays, la France n'a fermé aucun poste diplomatique ou consulaire à l'étranger pendant la crise. À Wuhan, épicerie de la crise, le consulat français est par exemple resté ouvert quand le consulat britannique a fermé. Dans la plupart des postes, des plans de continuité d'activité (PCA) ont été mis en place pour concilier la poursuite des missions diplomatiques et consulaires et la protection de la santé des personnels. Les agents pouvant exécuter leurs missions à distance ont été placés en télétravail, ce qui n'a pas été sans poser d'importantes difficultés techniques. La crise a en effet mis en lumière l'insuffisante dotation des agents du ministère en outils numériques à la fois efficaces et sécurisés ⁽¹⁾.

Compte tenu de la rigidité des outils numériques du ministère, de nombreuses ambassades ont été contraintes d'utiliser de nouveaux outils pour répondre à des besoins spécifiques apparus pendant la crise. Pour compenser les insuffisances du service « Ariane » ⁽²⁾, qui ne peut être opéré qu'au niveau central, les postes ont utilisé des outils non sécurisés comme « *Google Forms* » pour créer des formulaires électroniques permettant de recenser les Français de passage à l'étranger. Par ailleurs, les personnels informatiques dans les postes ont dû élaborer dans l'urgence des plateformes de visioconférence sécurisées, pour pallier les limites de l'outil précédemment utilisé par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères, conçu pour un usage strictement interne.

Partant de ce constat, le sous-groupe « réseaux diplomatique et consulaire » a appelé à donner une véritable ambition à la transformation numérique du Quai d'Orsay, à travers la mise en place d'un « plan numérique » qui permettrait d'accélérer la modernisation des outils numériques du ministère de l'Europe et des affaires étrangères.

De façon générale, les priorités diplomatiques ont été bouleversées par la crise sanitaire et les chancelleries ont été mobilisées pour suivre la situation sanitaire à l'étranger. Par exemple, en Asie, les postes diplomatiques ont été appelés à participer à l'organisation des flux d'approvisionnement en équipements nécessaires à la lutte contre l'épidémie sur le territoire national (équipements de protection individuelle, respirateurs, médicaments, tests de dépistage, notamment).

(1) Par exemple, le ministère a manqué d'ordinateurs portables sécurisés de type « *Itineo* », qui permettent un accès à distance aux applications professionnelles du ministère.

(2) Le service Ariane est un service du MEAE permettant aux ressortissants français de recenser leurs voyages ou déplacements ponctuels à l'étranger, afin notamment de pouvoir être tenus informés des risques éventuels dans leur pays de destination et de recevoir des conseils de sécurité.

En Afrique, les ambassades ont eu un rôle décisif à jouer pour structurer l'action des acteurs français dans le cadre de l'aide aux pays vulnérables (voir *infra*). À cette fin, il a été demandé à chaque poste en Afrique de désigner un correspondant covid-19.

Les services consulaires ont aussi adapté leurs missions au nouveau contexte sanitaire. Selon les pays, les services ont décidé la fermeture de l'accueil au public, la restriction des horaires d'ouverture ou la limitation de l'accueil sur prise de rendez-vous et uniquement pour les démarches urgentes. La délivrance de titres de voyage a été essentiellement réduite aux laissez-passer ou aux visas pour conjoints de Français ⁽¹⁾. Les consulats ont continué à verser les aides sociales aux allocataires à l'étranger ainsi que des aides exceptionnelles pour les Français en difficulté. Le calendrier d'examen des demandes de bourses scolaires a été prolongé et, pour tenir compte de l'incidence de la crise sur les revenus, la situation économique des parents d'élèves a été évaluée, pour la première fois, sur l'année en cours, et non plus sur l'année précédente.

Les services consulaires ont aussi eu la charge de mettre en place une partie du dispositif de soutien aux communautés françaises à l'étranger annoncé le 30 avril ⁽²⁾. Pour rappel, ont été annoncés entre autres :

- la mise en place d'un dispositif médical spécifique qui repose sur la télésurveillance, la télé-médecine, la disponibilité de médicaments et, en dernier ressort, sur des évacuations sanitaires ;

- la mobilisation de 50 millions d'euros pour abonder l'enveloppe d'aides sociales à disposition des ambassades et consulats destinée à répondre aux besoins accrus des plus démunis ;

- le renforcement du dispositif de bourses scolaires, estimé à ce stade à 50 millions d'euros, pour aider les familles qui ont subi une baisse de leurs revenus.

L'enveloppe de l'aide sociale a été augmentée dans le cadre du budget pour 2021, en anticipation des conséquences économiques et sociales de la pandémie mondiale sur les Français de l'étranger. Comme l'a relevé le sous-groupe « réseaux diplomatique et consulaire », il sera utile de conduire, *a posteriori*, un travail d'évaluation, poste par poste, de l'aide apportée aux Français de l'étranger pendant la crise sanitaire.

(1) Cette priorisation des tâches a généré d'importants retards sur d'autres pans de l'activité consulaire, comme la délivrance des passeports à l'étranger. Dans leur rapport d'information sur le sujet paru en juillet 2020, les députés M. Didier Quentin et M. Alexandre Holroyd estimaient le retard attribuable à la crise sanitaire à environ 50 000 passeports par rapport à une année normale.

(2) <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/le-ministere-et-son-reseau/actualites-du-ministere/informations-coronavirus-covid-19/coronavirus-declarations-et-communiqués/article/presentation-du-dispositif-de-soutien-aux-français-de-l-etranger-par-jean-yves>

3. La mise à l'épreuve des réseaux de la diplomatie culturelle et d'influence

a. La mobilisation des services de coopération et d'action culturelle et des instituts français pour maintenir une activité malgré la crise

Les 131 services de coopération et d'action culturelle (SCAC), 98 instituts français et 834 alliances françaises (dont 386 sont conventionnées par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères, MEAE) ont été plus ou moins impactés par la crise : fermeture au public, suspension des cours de français, interruption et redéploiement de projets en cours ou prévus pour l'année à venir, annulation ou reports d'évènements.

Un sujet d'inquiétude touchant à l'influence française mérite une attention particulière : la coopération universitaire et scientifique. Cinquième destination mondiale ⁽¹⁾ pour les étudiants étrangers en mobilité, la France s'appuie sur un réseau mondial dense d'échanges et de coopération qui risque d'être durablement ébranlé par la crise. Les postes, de même que l'opérateur Campus France, se sont mobilisés pendant la crise pour accompagner les étudiants, qu'ils aient fait le choix de rester en France ou de regagner leur pays d'origine, le plus souvent sans perspective de retour annuel. Cet accompagnement s'est décliné en trois axes principaux : communication, évolution du dispositif de bourses pour permettre de distribuer des bourses en cas de suivi des cours à distance, développement des cours à distance, avec la création d'un nouveau catalogue « Ma formation à distance ».

Si le réseau culturel a pu en partie s'adapter, avec la mise en place de cours et d'évènements en ligne et d'une série d'accompagnements, l'impact financier de la crise reste un sujet d'inquiétude. Les instituts français, qui ont le statut d'établissements à autonomie financière (EAF), ont vu leur taux d'autofinancement sensiblement progresser ces dernières années, pour atteindre 74 % en moyenne en 2018, ce qui rend d'autant plus vulnérables face aux baisses de ressources.

Plus exposées encore, les alliances françaises ont dû faire face à des baisses de ressources, en parallèle de charges fixes. Malgré le soutien financier apporté par le MEAE sous la forme de subventions, certaines alliances françaises risquent de fermer du fait de la crise.

Face à ce risque, la commission des affaires étrangères a alerté par courrier le ministre de l'Europe et des affaires étrangères dès le mois de mai sur la situation de l'emblématique Alliance française de Siem Reap au Cambodge. Dans

(1) La France a perdu en 2020 sa quatrième place, au profit de l'Allemagne <https://diplomeo.com/actualite-chiffres-mobilite-etudiante-france>

sa réponse, Jean-Yves Le Drian indiquait avoir demandé à l'ambassadeur de France au Cambodge de soutenir pleinement cette alliance face à la crise ⁽¹⁾.

Située à proximité immédiate des temples d'Angkor, dans une zone à la fois très atteinte par la crise sanitaire et économique, du fait de l'interruption du tourisme, et revêtant une importance à la fois stratégique et symbolique pour la France qui assure avec le Japon la coprésidence du Comité international de coordination pour la sauvegarde et le développement du site historique Angkor (CIC-Angkor) l'Alliance française de Siem Reap risquait sans une intervention financière d'urgence du ministère de l'Europe et des affaires étrangères de ne pas passer le cap de la crise sanitaire.

Dans ses recommandations formulées au mois de mai, le sous-groupe de travail sur les réseaux culturels d'influence appelait à la fois à la réallocation immédiate d'une partie des crédits dont bénéficie la diplomatie culturelle afin de réorienter les crédits prévus pour des projets annulés ou reportés vers une aide d'urgence pour les établissements les plus durement touchés par la crise, et au démarrage, le plus tôt possible, d'un travail prospectif sur la sortie de crise. L'élaboration par les postes diplomatiques de « plans post-covid 19 » portant sur les priorités de la diplomatie d'influence dans tous ses secteurs clés (culture, enseignement, francophonie, coopération universitaire et scientifique, *etc.*) pourrait contribuer avec profit à l'élaboration de la « nouvelle feuille de route de l'influence française post-covid-19 » sur laquelle travaille actuellement le ministère de l'Europe et des affaires étrangères.

b. La nécessité de sauvegarder le réseau d'enseignement français à l'étranger

Le réseau d'enseignement français à l'étranger, constitué essentiellement des établissements du réseau de l'Agence française pour l'enseignement à l'étranger (AEFE), homologués par le ministère de l'éducation nationale, a également été mis à l'épreuve. Ce réseau a été touché dès le mois de janvier 2020 par une première fermeture d'établissement en Chine, puis au Vietnam et en Mongolie. À la mi-avril, la quasi-totalité des 522 établissements du réseau était touchée, soit 365 000 élèves sur 375 000. Une continuité pédagogique a été mise en place, plus ou moins facilement selon les pays et régions, et avec l'aide de l'AEFE et du Centre national d'enseignement à distance (CNED), qui a mis à disposition des établissements gratuitement trois plateformes pédagogiques dès le mois de février.

Les risques ont été et demeurent nombreux pour ce réseau qui, en plus de remplir une mission de service public d'éducation pour les familles françaises vivant à l'étranger, constitue un puissant vecteur d'influence pour la France, plus de la moitié des élèves étant désormais issus de familles non françaises. Or ces familles, qui seront pour certaines frappées par la crise économique et sociale, ne

(1) Une convention de subvention a été signée le 6 août entre l'ambassade de France au Cambodge et l'Alliance française de Siem Reap.

peuvent pas bénéficier des bourses françaises financées sur le programme 151 du budget de l'État.

Les établissements ont été exposés au risque d'une fragilisation de leur trésorerie, compte tenu de retards parfois observés dans le recouvrement des droits de scolarité, qui peuvent être payés à l'année mais aussi au trimestre voire au mois.

C'est dans ce contexte qu'une avance de trésorerie de 100 millions d'euros à l'AEFE et une revalorisation des bourses (voir *supra*) ont été annoncées le 30 avril, complétées dans le troisième projet de loi de finances rectificative pour 2020 par une subvention supplémentaire ouverte sur le programme 185 – diplomatie culturelle et d'influence – pour soutenir les familles étrangères en difficultés et les établissements, quel que soit leur statut.

La nécessité pour le ministère de l'Europe et des affaires étrangères de venir en aide à l'ensemble des familles le nécessitant, françaises comme étrangères, et à l'ensemble des établissements fragilisés, quel que soit leur statut ⁽¹⁾, a rapidement été identifiée par la commission des affaires étrangères, sur la base des travaux menés par le sous-groupe de travail sur les réseaux culturels et d'influence. Il s'agit d'une des recommandations adressées par courrier officiel au ministre Jean-Yves Le Drian, dès le 15 mai, en amont de la préparation du troisième projet de loi de finances rectificative.

B. LA MOBILISATION DE NOTRE AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT

Face aux multiples crises provoquées ou accélérées par la pandémie de covid-19, l'aide publique au développement (APD) a rapidement été identifiée comme un levier d'action extérieure pour la France, tant sur le plan bilatéral que sur le plan multilatéral. La mobilisation de notre aide publique au développement s'est d'abord organisée pour répondre aux besoins urgents, mais la crise actuelle aura aussi un impact de long terme sur les orientations de la politique française de développement international.

La commission des affaires étrangères, qui devrait examiner en 2021 le projet de loi de programmation relative à la politique de développement et à la lutte contre les inégalités mondiales et a créé en son sein dès 2018 un groupe de travail sur la préparation de ce texte, prendra pleinement sa part au débat sur l'avenir de l'aide publique au développement française.

(1) On distingue les établissements en gestion directe, les établissements conventionnés et les établissements partenaires.

1. À court terme, une réaction nécessaire pour répondre à l'urgence sanitaire

Face à l'urgence sanitaire, une série de mesures ont été lancées pour permettre une mobilisation rapide de l'APD.

L'Agence française de développement (AFD), a annoncé, le 9 avril 2020, la mise en place de l'initiative « Covid-19-Santé en commun », dont les principaux objectifs sont les suivants :

- renforcement des réseaux régionaux de surveillance épidémiologique ⁽¹⁾ ;
- contribuer aux plans nationaux de réponse à l'épidémie de covid-19 ;
- appuyer les principaux acteurs français de la réponse à l'épidémie de covid-19 (ONG, fondations, réseaux, organismes de recherches) ;
- apporter des appuis budgétaires pour le renforcement des systèmes de santé.

Le 21 avril, dans le cadre du programme « Covid-19-Santé en commun », l'AFD a annoncé le financement des six premiers projets afin d'intervenir en priorité dans les 19 pays prioritaires de l'aide publiquement au développement, tous situés en Afrique (voir *infra*) à l'exception d'Haïti ⁽²⁾, et dans une moindre mesure au Proche-Orient.

Les aides sont accordées sous deux formes : des dons à hauteur de 150 millions d'euros et des prêts à hauteur d'un milliard d'euros. Cette initiative s'adresse aux États mais également aux organisations de la société civile, aux banques publiques de développement, au secteur privé et aux acteurs français de la santé mondiale.

À la fin du mois de septembre, l'initiative avait permis d'engager près qu'une cinquantaine de projets, pour un total de 945 millions d'euros, essentiellement sous forme de prêts (823 millions d'euros) à des États et à des banques publiques de développement partenaires de l'AFD. 374 millions d'euros, représentant 40 % des financements engagés, avaient été décaissés.

Si on peut saluer la réactivité de l'Agence française de développement face à l'urgence suscitée par la crise sanitaire, le déséquilibre reste important entre les dons et les prêts. Alors qu'un moratoire sur les dettes africaines a été engagé en

(1) Dans ce domaine, Expertise France a mis en place une plateforme d'appui technique Covid-19 afin de renforcer les capacités des systèmes de santé africains sur le plan sanitaire et de mettre en œuvre des actions rapides pour renforcer les réseaux de surveillance régionaux et aider les pouvoirs publics des pays partenaires à détecter et prévenir l'extension de la pandémie.

(2) Bénin, Burkina Faso, Burundi, Comores, Djibouti, Éthiopie, Gambie, Guinée, Haïti, Liberia, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, Togo.

parallèle, il existe un risque d'accroître l'endettement des pays africains dans une période d'instabilité économique.

Les sommes déployées par l'initiative Santé en commun correspondent pour l'essentiel à des réorientations de crédits sur l'année 2020, permise par l'annulation ou le report d'un certain nombre de projets du fait de la crise sanitaire ⁽¹⁾.

À noter que dans le domaine sanitaire, certains projets auxquels l'Agence française de développement a apporté un soutien financier avant la pandémie ont pu être mobilisés pour y faire face. L'AFD apporte par exemple un appui financier au réseau de surveillance épidémiologique et d'alerte sanitaire de la Commission de l'Océan indien, dont la France est membre au titre de l'île de la Réunion. Ce réseau, intitulé « *SEGA-One Health* » a été créé en 2009 afin de mettre en relation les services sanitaires des 5 États membres (France, Comores, Madagascar, Maurice, Seychelles). Ce réseau n'est pas le seul exemple de coopération sanitaire décentralisée mobilisée pendant la crise au niveau des territoires français d'outre-mer. Ainsi, la Martinique a accueilli pendant trois mois, à compter du 26 juin, quinze médecins cubains ⁽²⁾ venus renforcer les équipes locales de personnels médicaux. Cet appui visait à répondre à la fois aux besoins créés par l'épidémie et à pallier la pénurie de professionnels de santé dans le département.

L'aide publique au développement déployée par France a aussi pris la forme d'une aide multilatérale.

Depuis le début de la pandémie, plusieurs rendez-vous multilatéraux ont eu lieu dans le but de rassembler des fonds pour lutter contre la covid-19. La France a pris sa part à cette dynamique multilatérale en annonçant une contribution de 510 millions d'euros à l'initiative ACT-A.

Les contributions de la France aux outils multilatéraux préexistants dans le domaine sanitaire ont aussi été augmentées. Ainsi, une hausse de 50 % de la contribution française à l'Organisation mondiale de la santé sur 2020-2021 a été annoncée. La France a revu à la hausse sa contribution initialement prévue à l'Alliance GAVI sur 2021-2026, pour la porter à un total de 500 millions d'euros, dont 100 millions d'euros conditionnés à la découverte d'un vaccin contre la covid-19, confirmés à l'occasion du Forum sur la paix de Paris en novembre ⁽³⁾.

(1) 70 M€ de subventions du programme 209 (50 M€ de redéploiement d'autorisations d'engagement initiaux programmés et 20 M€ de mobilisation de la réserve politique), 80 M€ d'ABG du programme 110 (60 M€ initialement notifiés, les aides budgétaires initialement prévues ont été affectées, pour la plupart, aux dépenses de santé ou plan de ripostes nationaux, et 20 M€ complémentaires ont été obtenus de la DGTTrésor pour répondre à des besoins complémentaires au Liban et au Soudan).

(2) L'équipe compte un pneumologue, deux spécialistes en médecine interne, un infectiologue, deux anesthésistes, trois radiologues, deux néphrologues, un hématologue, un urgentiste, un chef de brigade et un directeur administratif.

(3) <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/06/04/message-du-president-emmanuel-macron-lors-du-sommet-mondial-sur-la-vaccination-2020-alliance-du-vaccin-gavi> La France, sixième pays contributeur sur 2016-2020 avec 528 millions d'euros, a ainsi maintenu son rang parmi les principaux contributeurs financiers de GAVI.

L'ensemble des engagements pris devrait porter la part de l'APD multilatérale de France dans le domaine sanitaire pour 2020 à 44,3 % du total de l'aide multilatérale française (pour un montant de 411 millions d'euros), et à 47,3 % pour 2021. À l'approche de l'examen du projet de loi de programmation relatif à l'aide publique au développement, une réflexion doit être engagée sur les sommes mobilisées dans le domaine sanitaire (renforcement des systèmes de soin, formation des personnels de santé, *etc.*), afin de consacrer l'engagement de la France à y consacrer davantage de moyens à l'avenir.

Cette évolution dans la répartition de l'APD, qu'on peut saluer, a fait l'objet d'une recommandation du groupe de travail de la commission des affaires étrangères sur l'action humanitaire et l'aide publique au développement.

2. Un engagement particulier aux côtés de l'Afrique

Le continent africain a été défini en 2018, dans le cadre du Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID), comme l'une des priorités de l'aide publique au développement française. La mobilisation de ce levier de notre action extérieure a donc sans surprise accordé une place particulière à l'Afrique.

Sur le plan de l'aide bilatérale, la majorité des programmes financés par l'initiative « Santé en commun » de l'Agence française de développement ont ainsi porté sur l'Afrique. Par exemple, un projet d'appui à la recherche sur la pandémie et à la définition de la riposte africaine, « ARIACOV », a été lancé au Bénin, au Cameroun, au Ghana, en Guinée, en République démocratique du Congo et au Sénégal, pour un montant de plus de 2,2 millions d'euros. Son objectif principal est d'accompagner les autorités de ces six pays dans l'élaboration et le renforcement des stratégies nationales de riposte à l'épidémie. Autre exemple, un soutien de l'ordre de 20 millions d'euros a été réparti sur quatre États du Sahel (Mauritanie, Niger, Burkina Faso et Tchad) pour participer au financement des plans de riposte nationaux contre covid-19.

De nombreux partenaires ont été associés aux projets financés, dont le réseau des Instituts Pasteur. Cinq instituts, au Niger, au Sénégal, en Guinée, en République centrafricaine et à Madagascar ont bénéficié d'un appui financier global de 2 millions d'euros pour renforcer leurs capacités de dépistage de la covid-19. L'Institut Pasteur et le réseau international des Instituts Pasteur ⁽¹⁾ se sont engagés dès le mois de janvier 2020 dans la lutte contre la covid-19, dans quatre domaines prioritaires : développement d'outils diagnostics, recherche épidémiologique et modélisation, développement d'outils pour la recherche, connaissance du virus de sa pathogénèse, recherche thérapeutique et candidats vaccins.

(1) Ce réseau regroupe sept implantations en Afrique subsaharienne.

L'Institut Pasteur de Dakar occupe une place particulière dans ce réseau, et bien qu'il n'ait pas bénéficié de financements de l'AFD dans le cadre de la réponse à la covid-19, il s'agit d'une institution avec laquelle la France coopère régulièrement. Pour son directeur Amadou Sall, entendu par la commission des affaires étrangères, il s'agit même d'un exemple de « *coopération réussie entre la France et le Sénégal* », qui a favorisé l'émergence d'une expertise locale, particulièrement importante face aux épidémies, et qui devrait trouver un prolongement dans un projet bilatéral avec l'Union européenne, pour la création d'un centre de formation à la lutte contre les épidémies.

En plus de la coopération bilatérale, la France a joué un rôle important dans l'organisation d'une réponse globale pour l'Afrique, en œuvrant pour l'adoption d'un Appel à l'action paru le 15 avril dans le *Financial Times* et signé par 18 dirigeants européens et africains ⁽¹⁾.

C'est dans le cadre de cet « appel à l'action » qu'une initiative de suspension du service de la dette (ISSD) des pays en développement, en majorité africains, a été lancée. La France a été le premier pays à se prononcer en faveur d'une telle initiative.

(1) <https://www.ft.com/content/8f76a4c6-7d7a-11ea-82f6-150830b3b99a>.

Le moratoire sur les dettes des pays en développement

Le 15 avril 2020, 29 créanciers (les 22 pays membres du Club de Paris⁽¹⁾, les 5 créanciers du G20 hors Club de Paris - Chine, Inde, Arabie saoudite, Afrique du Sud, Turquie - et le Koweït et les EAU) ont présenté une initiative de suspension du service de la dette (ISSD). Cette initiative s'inscrit dans le cadre d'une mobilisation forte de la communauté internationale en faveur des pays les plus vulnérables depuis le début de la crise de la covid-19.

Cet accord historique en termes de coordination des créanciers publics doit permettre aux pays en développement, en particulier africains, de dégager des marges de manœuvre budgétaires supplémentaires et immédiates pour faire face aux besoins urgents de liquidité, protéger leurs populations et prioriser les dépenses nécessaires pour répondre à la crise (santé, mesures sociales ou soutien à l'économie). En effet, le paiement du service de la dette mobilise une part significative des ressources des pays africains, selon un rapport du réseau d'ONG Eurodad, 30 pays africains dépenseraient plus d'argent dans le remboursement de leur dette que dans leur système de santé.

Pour rappel, la dette publique des pays africains représentait fin 2018 environ 365 milliards de dollars⁽²⁾. Les 10 pays africains ayant le plus de dettes sont : l'Afrique du Sud (77 milliards), l'Angola (38 milliards), l'Éthiopie (27 milliards), le Kenya (25 milliards), le Nigeria (25 milliards), le Ghana (18 milliards), le Soudan (16 milliards), la Tanzanie (13 milliards), la Côte d'Ivoire (13 milliards) et le Sénégal (12 milliards). Ces chiffres sont à prendre avec précaution, dans la mesure où une certaine opacité subsiste autour de ces financements, qui rend leur estimation complexe y compris pour la Banque mondiale ou le FMI. La part respective des créanciers reste elle aussi incertaine, même si certaines dynamiques, telles que le poids croissant de la Chine vis-à-vis des créanciers du Club de Paris, font peu de doutes.

77 pays sont éligibles dont 38 pays d'Afrique subsaharienne : il s'agit des 76 pays éligibles au guichet concessionnel de la Banque mondiale auxquels s'ajoute l'Angola au titre de son statut de pays moins avancé (PMA). 4 États théoriquement éligibles mais se trouvent en situation d'arriérés vis-à-vis des institutions financières (le Zimbabwe, le Soudan, l'Érythrée, et la Syrie) et ont été exclus du dispositif.

Concrètement, l'ISSD repose sur des conditions de traitement standardisées pour tous les créanciers publics, États comme organisations internationales. Cela consiste, pour les pays éligibles qui en font la demande, en un report du paiement du service de la dette bilatérale dû aux créanciers publics officiels du G20 entre le 1er mai et le 31 décembre 2020. La période de remboursement sera de 3 ans, avec un délai de grâce d'un an. Les créanciers du Club de Paris examineront une éventuelle prolongation de la période de suspension avant la fin 2020, en tenant compte d'un rapport sur les besoins de liquidités des pays éligibles qui sera fourni par la Banque mondiale et le FMI.

(1) *Le Club de Paris est une instance de coordination des discussions et de négociation des dettes comptant 22 membres, dont la France. Ces dernières années, la part du Club de Paris a largement diminué au profit de créanciers émergents membres du G20, à commencer par la Chine.*

(2) *Données de la Banque mondiale (rapport International Debt Statistics).*

Au 13 octobre 2020, 46 pays (soit 63 % des pays éligibles à l'initiative de suspension du service de la dette) avaient demandé à bénéficier de l'initiative auprès des membres du G20, dont 30 pays d'Afrique subsaharienne, pour un montant agrégé de plus près de 5 Md\$; 34 accords multilatéraux avaient été signés entre des pays créanciers et le Club de Paris. Les pays africains en sont les premiers bénéficiaires, avec 23 accords multilatéraux signés avec le Club de Paris.

À noter que l'initiative de suspension du service de la dette n'a pas fait l'unanimité parmi les pays éligibles. Le ministre de l'économie et des finances béninois, Romuald Wadagni, a exprimé ses réserves sur le moratoire et a fortiori sur l'annulation des dettes⁽³⁾, arguant que cela enverrait un signal négatif sur les marchés financiers et conduirait à terme à une hausse des primes de risque et donc des taux d'intérêt exigés par les créanciers à l'avenir.

Au total, l'ISSD pourrait représenter 11,5 milliards de dollars de service de la dette dû à des créanciers bilatéraux en 2020. Si les 77 pays éligibles en faisaient la demande, le montant des échéances reportées serait de l'ordre de 570 millions d'euros pour les créances détenues par les différents organismes, dont environ 200 millions d'euros pour les créances gérées par la Banque de France (prêts à des États étrangers pour consolidation de dette envers la France), 200 millions d'euros pour les créances détenues par l'AFD, 140 millions d'euros pour les créances gérées par BPI France résultant uniquement de l'appel de garanties souveraines et 30 millions d'euros pour les prêts du Trésor gérés par Natixis.

Les discussions restent ouvertes quant au service de la dette pour 2021 et sur une annulation partielle des dettes africaines à plus long terme, dans un contexte marqué par un fort ralentissement des exportations. En effet, les principales recettes des pays africains proviennent de leurs exportations, principalement de matières premières, là où les recettes fiscales internes ne représentent que 17 % du PIB en moyenne. Lors du sommet du G20 en novembre, un cadre multilatéral commun a été adopté pour un traitement coordonné de la dette allant au-delà de l'initiative de suspension du service de la dette, qui pourra être prolongée jusqu'en juin prochain. La Chine et les créanciers privés ont accepté de participer à ce cadre commun, qui ne prendra pas nécessairement la forme d'annulations de dettes, bien qu'il s'agisse d'une option possible.

(3) <https://www.jeuneafrique.com/933004/economie/tribune-covid-19-pourquoi-lallegement-de-la-dette-africaine-nest-pas-la-solution/>

Sources : DGTTrésor, Banque mondiale, FMI.

3. À plus long terme, repenser notre aide publique au développement dans un contexte d'incertitude sur les moyens alloués

Dans un second temps, une réflexion devra être menée sur la reprogrammation et le financement des projets suspendus en raison de l'épidémie de covid-19⁽¹⁾, et sur défi que devrait représenter l'augmentation des besoins des pays en développement. Ainsi, un plan d'aide conséquent sera notamment nécessaire pour le développement et la distribution du vaccin en Afrique. Les pays

(1) Interrogée par la commission des affaires étrangères, l'Agence française de développement a indiqué que les projets reportés du fait de la crise seraient octroyés en 2021.

en développement, notamment les plus intégrés à la mondialisation et les pays pétroliers, auront également à lutter contre la crise économique, sociale et politique.

Le projet de loi de programmation relative à l'aide publique au développement sera le premier support de cette réflexion, qui devra plus que jamais intégrer l'objectif de lisibilité de l'aide publique au développement, défendu par la commission des affaires étrangères.

Concernant les outils, le rôle d'Expertise France, dont le nouveau contrat d'objectifs et de moyens a fait l'objet d'un avis de la commission des affaires étrangères, adopté le 14 mai, devra être pleinement pris en compte, notamment dans le domaine sanitaire.

À plus long terme, il faudra aussi prendre en compte l'incertitude qui risque de peser sur les moyens de l'aide publique au développement.

L'impact de la récession économique dans les pays donateurs risque de réduire fortement le montant de l'aide publique au développement. En effet, le montant de l'APD est indexé à un pourcentage du revenu national brut (RNB). Or les RNB des pays de l'OCDE risquent de diminuer au lendemain de la pandémie, entraînant une diminution de l'APD.

En 2019, l'APD de la France correspondait 0,44 % de son RNB. Ce taux couronnait une augmentation constante de la part du RNB français consacré à l'APD depuis 2017. Il constitue un pas de plus vers le cap des 0,55 % à l'horizon 2022 annoncé par le Président de la République en mai 2017. Or le RNB français, tout comme celui des pays de l'OCDE, risque de diminuer en 2020 voire en 2021 par rapport à 2019. L'objectif des 0,55 % du RNB pourrait dans ce cas être atteint sans que cela signifie une augmentation de l'effort.

C. LA CRISE A EU UN FORT IMPACT SUR LES MOBILITÉS ET LES ÉCHANGES INTERNATIONAUX, NÉCESSITANT UNE MOBILISATION IMMÉDIATE AINSI QU'UNE RÉFLEXION SUR L'AVENIR DES SECTEURS TOUCHÉS

La propagation de la covid-19 a entraîné un bouleversement des mobilités et des échanges internationaux, du fait des contrôles mis en place aux frontières par les États touchés et du ralentissement brutal des économies. Le commerce international a été sensiblement ralenti par la pandémie, et certains secteurs comme les transports ou le tourisme comptent parmi les plus impactés par la crise.

Sur le plan national, le choc subi par le commerce international a appelé une réponse urgente pour soutenir les entreprises exportatrices françaises. Dès à présent, l'impact de la pandémie nous enjoint aussi à conduire une réflexion sur l'avenir de l'économie mondialisée, à l'heure où la crise a souligné la nécessité d'un renforcement de nos capacités de production dans différents secteurs clef (voir *supra* sur l'Europe).

Après avoir anticipé au printemps une baisse de 13 à 32 % en 2020 des échanges commerciaux mondiaux, l'Organisation mondiale du commerce (OMC) prévoyait au 23 octobre une baisse de 9,2 %, avant une hausse de 7,2 % en 2021. Déjà entravés par les tensions commerciales entre la Chine et les États-Unis et les incertitudes liées Brexit, les échanges commerciaux ont été sensiblement fragilisés dans toutes les régions du monde, avec, toujours selon les économistes de l'OMC, une correction particulièrement aiguë des exportations de l'Amérique du Nord et de l'Asie.

La chute des échanges économiques mondiaux pourrait entraîner « *la plus profonde récession économique de notre existence* » ⁽¹⁾, selon Roberto Azevedo, directeur général de l'OMC. Si une reprise est prévue pour 2021, sa réalité et son ampleur dépendront en grande partie des résultats des politiques économiques qui ont été mises en œuvre depuis le printemps par les États touchés par la crise.

Parmi les secteurs les plus durement frappés par la crise, on trouve les transports et le tourisme.

Les transports, et plus particulièrement le transport aérien, ont vu leur activité se réduire considérablement. Au plus fort de la crise, l'essentiel des activités se sont concentrées sur des missions de fret et quelques missions de rapatriement. D'après l'Association internationale du transport aérien (IATA), le trafic aérien mondial a enregistré une baisse de 52,9 % au mois de mars 2020 par rapport au mois de mars 2019. En Europe, le trafic aérien de passagers devrait baisser de 55 % sur l'année 2020. L'IATA a dû revoir à la hausse les prévisions de pertes du secteur à quatre reprises en 2020, les dernières estimations, présentées en novembre après le nouveau ralentissement de l'automne, indiquaient des pertes cumulées de plus de 188 milliards de dollars pour l'année 2020.

Le secteur du tourisme a, quant à lui, été frappé par la crise dès le mois de janvier, lorsque l'épidémie s'est révélée en Chine. D'après l'Organisation mondiale du tourisme (OMT) le tourisme international a chuté de 81 % en juillet 2020 par rapport à juillet 2019 et de 79 % en août. Tous les continents ont été touchés par ce repli du tourisme, quoique de façon inégale ⁽²⁾, et selon une estimation publiée par l'ONU le 8 juillet, les restrictions liées à la pandémie de covid-19 devraient se traduire ces prochains mois par un manque à gagner mondial allant de 1 200 à 3 300 milliards de dollars pour le tourisme et les secteurs liés. L'OMT estime également que le nombre de touristes internationaux devrait diminuer de 58 % à 78 % pour l'ensemble de l'année 2020, selon les dates de réouverture des frontières et l'assouplissement des restrictions de voyage, et craint la mise en danger de 100 à 120 millions d'emplois directs dans le tourisme.

Alors que le tourisme représente environ 11 % du produit intérieur brut (PIB) de l'Union européenne (3 millions d'entreprises, dont 90 % de petites et

(1) https://www.wto.org/french/news_f/pres20_f/pr855_f.htm.

(2) l'Asie (-79 %), l'Afrique et le Moyen-Orient (-69 %), l'Europe (-68 %) et le continent Américain (-65 %).

moyennes entreprises), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) s'attend à ce que le secteur perde au moins 45 % de ses recettes – et jusqu'à 70 % si la reprise de l'activité était reportée à septembre. En France, le tourisme représente 7 % du PIB et 2 millions d'emplois, directs ou indirects.

Dans les circonstances actuelles, l'OMT estime qu'une reprise du tourisme international serait envisageable dès la fin de l'année 2021, voire le début de l'année 2022 ⁽¹⁾. D'après l'organisme, cette reprise dépendra surtout de la capacité des pays à coopérer pour une réouverture efficace et organisée de l'ensemble des frontières.

1. Une mobilisation d'urgence pour les entreprises françaises exportatrices et le secteur du tourisme

L'activité des entreprises françaises exportatrices a été fortement fragilisée par la crise économique. Au plus fort de la crise, nombre de ces entreprises ont cessé d'exporter, faute de visibilité sur l'avenir. Leurs parts de marchés sont d'autant plus menacées que d'autres grands pays exportateurs, tels que la Chine, le Japon ou la Corée du Sud, après un coup d'arrêt brutal en février 2020, repris leurs activités à l'international dès le printemps. Parmi les secteurs les plus touchés figurent la construction aéronautique et automobile, les vins - déjà touchés par les sanctions américaines - et spiritueux, les filières viandes et produits laitiers, les secteurs de la mode, de la décoration et des accessoires.

Outre des besoins de financement et de trésorerie, Business France a identifié trois types de besoins des entreprises en vue de maintenir au mieux leur activité à l'export : un besoin d'information sur leurs marchés, un besoin de prospection à distance pour identifier de nouveaux débouchés, et un besoin d'anticipation sur l'avenir, afin de préparer la sortie de crise.

Dans ce contexte, le Gouvernement a mis en place dès la fin du mois de mars, un plan de soutien aux entreprises exportatrices, articulé autour de quatre mesures : renforcement de l'octroi de garanties de l'État à travers Bpifrance Assurance Export (filiale de Bpifrance) pour les cautions et les préfinancements de projets exports, extension d'un an de la période de prospection couverte par les assurances en cours, élargissement du dispositif Cap Francexport de réassurance des crédits exports de court terme, renforcement de l'accompagnement des entreprises par les opérateurs de la Team France Export (Bpifrance, Business France et les chambres de commerces et d'industrie), en lien avec les régions, les conseillers du commerce extérieur et les acteurs privés.

Afin d'accompagner et de compléter la mise en œuvre de ce plan d'action, le groupe de travail de la commission des affaires étrangères sur l'action économique extérieure a plaidé en faveur d'une évaluation régulière de l'efficacité

(1) <https://www.unwto.org/news/international-tourism-down-70-as-travel-restrictions-impact-all-regions>

des mesures prévues par le plan, et d'une aide renforcée auprès des entreprises exportatrices, afin de les aider à préparer la sortie de crise en identifiant des opportunités géographiques et sectorielles.

Dans le secteur du tourisme, les entreprises ont pu bénéficier d'aides exceptionnelles comme le report d'échéances fiscales ou sociales, des dispositifs de garantie des prêts et d'activité partielle ainsi que d'un fonds de solidarité destiné aux indépendants et aux petites entreprises. Un plan de soutien et de relance a été adopté le 14 mai dans le cadre du Comité interministériel du tourisme (CIT)⁽¹⁾, pour un montant total de 18 milliards d'euros, et dont la mise en œuvre se poursuivait à l'automne.

L'opérateur Atout France a été chargé de la mise en œuvre d'une série de mesures pour soutenir la filière touristique française, telles que la campagne de communication « Cet été je visite la France » – en coordination avec les collectivités locales et le secteur privé – et l'adoption d'un logo certifiant du respect des protocoles sanitaires dans le secteur touristique.

2. La nécessité d'engager une réflexion sur l'avenir des échanges internationaux

Au-delà des mesures adoptées depuis le printemps face à l'urgence suscitée par la crise, les conséquences de la pandémie nous invitent à envisager l'avenir du commerce international ainsi que du secteur touristique. Loin de se limiter à une crise de court terme, les bouleversements entraînés par la pandémie auront des conséquences de long terme qui nous imposent une réflexion collective.

Si la crise a sensiblement ralenti les échanges internationaux, elle a aussi accéléré une tendance préexistante à la relocalisation des chaînes d'approvisionnement, au profit d'une approche plus régionale que mondiale (voir *supra*). En d'autres termes, la crise sanitaire est venue remettre directement en question une économie mondiale reposant sur la spécialisation de la main-d'œuvre par pays, en soulignant les inconvénients de ce système qui peut conduire à des ruptures d'approvisionnement en cas de fragilisation d'un ou plusieurs maillons de la chaîne. Dans ses recommandations, le groupe de travail de la commission des affaires étrangères sur l'action économique extérieure invite à encourager la relocalisation de certaines productions, en privilégiant les productions à haute valeur ajoutée pour lesquelles la main-d'œuvre nationale est particulièrement qualifiée et rentable.

Malgré l'engagement pris par les ministres du commerce du G20 le 30 mars 2020 pour limiter l'ampleur des restrictions à l'exportation adoptées en réaction à la pandémie, une série de contrôles et de restrictions ont été mis en place depuis le début de la crise, portant notamment sur des produits médicaux ou agricoles.

(1) https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/covid19-soutien-entreprises/DP_5e-CI_TOURISME-20200514.pdf

La crise sanitaire est intervenue dans un contexte qui était déjà incertain pour le commerce international, du fait de certaines tensions sur les échanges commerciaux, nourries tout particulièrement par la rivalité commerciale sino-américaine.

L'administration américaine a adopté, depuis deux ans, une stratégie consistant à imposer des tarifs douaniers sur un grand nombre d'importations chinoises aux États-Unis, pour obtenir une révision des accords commerciaux liant les deux pays. Cette stratégie a abouti à la signature d'un premier accord le 15 janvier 2020. La Chine s'engageait notamment à acheter pour 200 milliards de dollars de produits américains supplémentaires au cours des deux prochaines années, l'objectif étant de réduire le déficit commercial américain. L'accord contenait également des stipulations relatives à la protection de la propriété intellectuelle et aux conditions de transfert de technologies. L'avenir de cet accord reste toutefois incertain, alors que le déficit commercial américain a augmenté de 25 % depuis le début du mandat de Donald Trump.

En ce qui concerne les futurs accords commerciaux négociés et conclus par l'Union européenne, l'impact de la crise liée à la pandémie de covid-19 est encore difficile à mesurer. Lors de sa réunion de travail du 30 avril avec les membres de la commission des affaires étrangères, Odile Renaud-Basso, directrice générale du Trésor, a souligné qu'il existait des différences de vue en Europe sur l'importance du rythme à poursuivre pour les accords bilatéraux. En tout état de cause, la crise a invité à réfléchir sur les degrés d'ouverture commerciale à appliquer pour les années à venir, en fonction des filières et des secteurs concernés. Avant de multiplier les accords commerciaux bilatéraux, il apparaît nécessaire de s'attacher à relancer la régulation internationale et de veiller à la mise en œuvre correcte des engagements souscrits dans le cadre des accords déjà conclus.

La situation reste toutefois nuancée, et la crise ne s'est pas automatiquement traduite par le développement de réflexes protectionnistes : certains États ont également supprimé ou suspendu des contrôles commerciaux depuis le début de la crise ⁽¹⁾, et les restrictions commerciales sino-américaines ont été temporairement réduites dans le domaine médical ⁽²⁾.

L'ensemble de ces éléments plaident pour une réforme de l'Organisation mondiale du commerce, dont la crise a mis en avant la fragilisation.

(1) Par exemple, l'Argentine a suspendu ses droits antidumping sur les importations de certains produits médicaux en provenance de Chine, tandis que le Canada a temporairement supprimé les droits de douane pour des catégories spécifiques de produits s'ils sont importés par des organismes de santé publique, des hôpitaux et des sites de test, ou s'ils sont destinés à être utilisés par des organismes de première intervention.

(2) Les États-Unis ont par exemple décidé d'exclure une série d'équipements et d'appareils de protection médicale des droits supplémentaires imposés précédemment au titre de leur article 301, tandis que la Chine a accordé des exclusions temporaires de ses contre-droits pour certains produits américains comme les réactifs pour les tests ou des désinfectants.

L'OMC doit reprendre sa place au cœur d'un système multilatéral fondé sur des règles plutôt que sur des rapports de force. Dans cet esprit, l'Union européenne et une quinzaine d'autres États membres de l'OMC se sont accordés pour mettre en place un arrangement d'arbitrage d'appel intérimaire, destiné à pallier la paralysie de l'organe de règlement des différends causée par l'obstruction américaine au renouvellement de ses membres.

De façon générale, l'OMC ne semble pas en mesure de s'emparer de la question de l'avenir du commerce international alors même que ce pan des relations interétatiques se trouve à un tournant. La dynamique observée aujourd'hui pourrait en effet conduire à une réaffirmation des États comme à une segmentation plus régionale, autour de plusieurs blocs économiques, dont l'Union européenne pourrait faire partie en restant engagée dans une approche du commerce international compatible avec l'ambition de renforcement de l'autonomie stratégique européenne (voir *supra*).

Tous ces éléments plaident pour l'adoption d'un nouveau cahier des charges du commerce international, sur lequel la commission des affaires étrangères avait engagé une réflexion avant la crise sanitaire.

Dans le domaine du tourisme, une réflexion collective doit aussi être menée à plusieurs échelles sur l'avenir du secteur. Pour votre rapporteure, la crise nous rappelle la nécessité de promouvoir un tourisme plus qualitatif et plus durable, qui serait plus respectueux des sites touristiques et de leurs habitants. Dans ses recommandations, le groupe de travail de la commission des affaires étrangères sur l'action économique extérieure a suggéré à juste titre de porter cette réflexion également au niveau européen.

CONCLUSION

Face à la pandémie de covid-19, tous les États n'ont pas été égaux. L'exercice de la comparaison montre qu'il n'existe pas de solution uniforme qui aurait pu s'appliquer partout à l'identique pour répondre à la crise sanitaire, mais que certaines constantes peuvent, avec toute la prudence nécessaire, être retenues. Cet exercice invite aussi à plaider en faveur d'un renforcement de l'harmonisation des données épidémiologiques, au moins à l'échelle européenne.

Il apparaît que la capacité d'anticipation et la réactivité des autorités ont été essentielles face à l'épidémie, de même que la confiance des populations dans leurs gouvernants. La capacité des autorités à mobiliser tous les acteurs susceptibles de contribuer à la gestion de crise a aussi été déterminante, qu'il s'agisse de la répartition des tâches entre les différents échelons territoriaux ou de la coopération entre acteurs publics et privés. Nous devons aussi nous interroger sur les capacités et les ressources de nos systèmes sanitaires qui, partout dans le monde, ont été éprouvés par la crise.

Les épidémies comportent une part de hasard qui a favorisé certains États et en a desservi d'autres, mais c'est l'expérience passée d'épisodes épidémiques, telles que les vagues de SRAS et de MERS qui ont touché l'Asie orientale en 2003 et en 2015, qui semble avoir le plus nettement déterminé le niveau de préparation des États face à la covid-19.

En d'autres termes, les États qui avaient conduit à l'issue de crises précédentes un retour d'expérience, afin d'identifier les forces et les faiblesses, les atouts et les insuffisances de leur gestion de crise, ont été plus forts face à la pandémie de covid-19. Cette démarche doit être reproduite afin de mieux nous prémunir des pandémies à venir.

Force est de constater que les États occidentaux ont souvent manqué de réactivité face à la crise, faute de l'avoir suffisamment anticipée. Cette crise a montré que nul n'était à l'abri face au risque pandémique, mais aussi que ce risque pouvait et devait être anticipé. Il s'agit d'un enseignement essentiel pour l'avenir, dont nous devons dès à présent nous saisir.

La crise liée à la pandémie-19 a vite dépassé le seul domaine sanitaire, pour devenir une crise économique, et surtout sociale, d'une ampleur inédite. La dimension sociale et économique de la crise a touché pays en développement et pays développés, et s'est traduite par un ralentissement brutal des échanges humains et commerciaux entre États.

Il est vite apparu que le virus touchait inégalement les populations, d'une part car les personnes les plus vulnérables au sein des sociétés en ont été les premières victimes, d'autre part car la pandémie et les mesures prises pour y faire face ont été de nature à augmenter la pauvreté et les inégalités.

Pour les plus vulnérables et dans les zones les plus fragiles, la pandémie a été un amplificateur de crises préexistantes. La crise a souligné la nécessité d'une nouvelle solidarité internationale et imposé une mobilisation des outils de l'aide publique au développement et de l'action humanitaire, dont les priorités ont été bouleversées, au moins sur le court terme. Malgré l'apparition de nouveaux besoins, la pandémie ne doit pas détourner notre attention d'autres pathologies, au risque de conduire à une hausse indirecte de la mortalité.

La crise a aussi été une crise de la coopération internationale. Elle a révélé les limites d'un multilatéralisme toujours plus contraint par des rapports de force que la pandémie a pu exacerber. Il importe en effet de ne pas sous-estimer la portée géopolitique de cette crise, dont la gestion intérieure a pu, lorsqu'elle a été réussie, renforcer l'influence des États sur la scène internationale.

La pandémie n'a pas renversé les équilibres géopolitiques mondiaux, mais elle a contribué à accélérer certaines tendances préexistantes, favorables à un renforcement du poids de l'Asie et de la Chine vis-à-vis de l'Occident. Le contexte de crise a amplifié la forte rivalité sino-américaine, qui promet de rester une donnée géostratégique incontournable dans les années à venir, malgré le changement politique à la tête des États-Unis.

La crise sanitaire a posé à l'Union européenne la question vitale de sa vocation.

L'Union européenne, dont tous les membres ont été touchés de façon rapprochée par la pandémie, a d'abord eu du mal à se saisir de cette crise et à organiser une véritable solidarité entre États. Face à la pandémie, et comme ce fut le cas face à la crise migratoire de 2015, l'Union européenne a péché par manque d'anticipation, constat que votre rapporteure avait déjà été conduite à formuler par le passé ⁽¹⁾.

La réponse européenne s'est progressivement mise en place, mais la mobilisation de l'Union face à cette crise doit rester entière tant les défis qui restent à relever sont nombreux. Parmi ces défis, la relance économique et le renforcement de l'autonomie stratégique européenne seront cruciaux. De ce point de vue, le plan de relance adopté par l'Union européenne apparaît comme une novation qui peut ouvrir un cycle nouveau.

(1) http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion_afetr/115b0821_rapport-avis# Votre rapporteure avait déjà formulé ce constat en 2018, dans son rapport pour avis sur le projet de loi pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif,

La crise a révélé la dépendance de l'Europe à d'autres régions du monde dans des secteurs aussi essentiels que la santé. Elle a fait de l'autonomie stratégique une nécessité vitale pour l'Europe, qui pourra aussi se construire comme une autonomie régionalisée, associant certains de nos voisins. Il s'agit de promouvoir une nouvelle forme de partenariat débouchant sur une autonomie collective. Face aux conséquences de la pandémie sur les équilibres géopolitiques mondiaux et à une rivalité sino-américaine exacerbée, l'Union européenne sera appelée à proposer une troisième voie sur la scène internationale.

Avant même que la crise ne soit terminée, la nécessité d'en préparer l'issue s'est imposée à nous. Le « monde de demain » reste encore incertain, mais le retour d'expérience de cette crise a déjà commencé, et cela à tous les niveaux : États, organisations régionales et organisations multilatérales. Particulièrement attendue et observée depuis le début de la crise sanitaire, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait d'ores et déjà l'objet d'une évaluation indépendante. Les failles révélées à l'occasion de la crise devront être corrigées. Et toutes les leçons devront être tirées pour donner une perspective nouvelle à la gouvernance sanitaire mondiale.

C'est aussi le multilatéralisme dans son ensemble qui doit se réinventer, et le lancement au plus fort de la crise d'une initiative internationale telle qu'ACT-A – outil conçu pour faire de la vaccination un bien public mondial, accessible à tous – a rappelé la nécessité de la coopération entre États pour affronter des défis communs. L'expérience de la crise nous invite à rechercher de nouvelles voies en initiant des alliances ad hoc, plus souples et souvent plus efficaces, associant des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux. Ce nouveau multilatéralisme devra être particulièrement attentif aux biens communs mondiaux que sont la santé, le climat ou encore la biodiversité.

La France a joué un rôle moteur pour qu'un accès équitable à la vaccination soit reconnu comme un objectif prioritaire sur le plan international. Elle a aussi été le premier pays à lancer un appel en faveur d'une suspension du service de la dette des pays en développement (ISSD) pour 2020, afin de permettre aux pays concernés de pouvoir mobiliser suffisamment de moyens face à la pandémie. Cet engagement diplomatique doit être poursuivi.

Plus largement, la prise de conscience née de cette pandémie nous oblige à mettre en œuvre des solidarités nouvelles.

La commission des affaires étrangères s'est attachée dans ses travaux à suivre avec attention l'action du ministère de l'Europe et des affaires étrangères depuis le début de la crise. La totalité des leviers de notre action extérieure a été mobilisée, souvent dans l'urgence, et certaines priorités ont dû être revues. La crise doit être appréhendée sur le long terme et il convient désormais de poursuivre, collectivement, une réflexion sur les changements de paradigmes auxquels nous serons confrontés. De nombreux thèmes sont concernés : influence de la France à l'étranger, commerce international, tourisme, numérique, ou encore

défense de biens publics mondiaux comme la santé ou l'environnement. Il s'agit d'enjeux qui pourront être au cœur du multilatéralisme de demain.

Le travail collectif et dense qui a permis l'élaboration de ce rapport a vocation à se prolonger dans les mois à venir : les conséquences de cette crise sans précédent étant encore pour partie devant nous, des sujets essentiels comme la construction de l'autonomie stratégique européenne – qui fait l'objet d'une mission d'information créée à l'automne 2020 – la réforme de l'Organisation mondiale de la santé ou encore l'avenir de notre aide publique au développement – qui doit faire l'objet d'un projet de loi de programmation dont la commission des affaires étrangères sera saisie au fond – s'inscriront avec profit dans la continuité du travail engagé depuis le mois de mars.

CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ

Les commissaires aux affaires étrangères membres du groupe « La République en Marche » s'associent à la publication du rapport de Madame la Présidente de la Commission, Marielle de Sarnez. Ils soulignent la grande qualité de ce rapport qui dessine un état des lieux de la pandémie et montre avec clarté, que si la covid-19 est bien mondiale, il existe une diversité de réponses qu'il convient d'étudier.

Les commissaires La République en Marche déposent la présente contribution qui s'articule autour de 5 piliers :

1. L'État de droit.
2. Le multilatéralisme et les relations internationales à l'épreuve de la pandémie.
3. Le rapatriement inédit de centaines de milliers de français.
4. L'action extérieure de la France en faveur des entreprises.
5. Le couple franco-allemand à l'épreuve de la pandémie.

1. L'État de droit

Face à la situation sanitaire exceptionnelle, les États européens ont adopté des mesures exceptionnelles. Quel que soit le nom donné aux différents types d'« états d'urgence » mis en place, ils impliquent de manière importante, et différente, une restriction de l'État de droit et des libertés individuelles. Qu'il s'agisse de la liberté de circulation, des droits à la vie de famille, de la protection des données personnelles, les nombreuses restrictions mises en œuvre ont limité les droits et libertés fondamentales.

a. Les garanties démocratiques dans les situations d'urgence

Face aux conséquences lourdes et durables de la pandémie de Covid-19 sur la vie politique, économique et sociale, les assemblées parlementaires régionales ont permis d'avoir une analyse comparative de l'évolution de l'État de droit. À titre d'exemple, depuis le début de la crise, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) a effectué un *monitoring* précis auprès de ses États membres. Ces rapports ont notamment permis de **répertorier les bonnes pratiques nationales** et d'adresser des recommandations concrètes. En parallèle, le 7 avril 2020, le Secrétaire général de l'APCE a présenté une « boîte à outils » à destination des États membres du Conseil d'Europe intitulé « Respecter la démocratie, l'État de droit et les droits de l'homme dans le cadre de la crise sanitaire du Covid-19 ».

Dans une période de crise, la tentation est grande de restreindre les droits et libertés fondamentales pour réagir plus vite. Or, le risque que ces restrictions perdurent au-delà de la situation exceptionnelle ne peut être écarté. Ainsi, afin de garantir le respect de l'État de droit en cette période, quatre principes doivent être respectés. Premièrement, le principe de légalité selon lequel l'action publique doit être prévue par la loi. Deuxièmement, le régime de l'état d'urgence doit être limité dans le temps. Troisièmement, le principe de nécessité doit prévaloir, c'est-à-dire que les mesures d'urgences doivent atteindre leur but en altérant le moins possible les règles démocratiques. Enfin, les Parlements doivent obligatoirement conserver le pouvoir de contrôle de l'action de l'exécutif.

Misant sur le civisme des citoyens, **la grande majorité des Etats ont mis en place un confinement qui n'exige aucun document justifiant un déplacement.** Néanmoins, à l'instar de la France, quelques États (Italie, Espagne, Grèce...) ont instauré une attestation de déplacement. Ces mesures ont pu être mal perçues et ont parfois donné lieu à des appréciations arbitraires. La rapporteure a souligné la nature et le degré de restrictions mises en place pour lutter contre la propagation du virus et souligné la nécessaire acceptabilité de ces mesures. **Dans la perspective d'éventuels futurs confinements, il nous apparaît utile de limiter le pouvoir d'interprétation des forces de police et donc limiter les potentielles verbalisations abusives,** il y aurait nécessité de préciser les motifs objectifs de sortie à l'appui d'un document justifiant le motif coché sur l'attestation.

Au total ce sont près de 67 pays dans le monde qui ont été contraints de reporter des élections à différents niveaux (législatif, présidentiel ou municipal) depuis le début de la pandémie. Ainsi, l'Autriche et l'Italie ont reporté leurs élections municipales initialement prévues au mois de mars. Après avoir maintenu le premier tour des élections municipales sur la base d'un avis favorable du Conseil scientifique, la France a également reporté le second tour au 28 juin 2020. Selon la Commission de Venise, organe consultatif du Conseil de l'Europe, **la décision de maintien ou non d'élections dans une situation d'urgence doit être guidée par des principes bien définis, permettant d'éviter les abus de diverses natures.**

b. Le pouvoir législatif en tant de crise : comment garantir un contrôle effectif de l'exécutif ?

Le fonctionnement des parlements nationaux a été largement impacté par la pandémie de Covid-19. La plupart ont continué à exercer leurs devoirs constitutionnels tout en limitant, pour beaucoup, leurs fonctions aux questions urgentes liées à la crise sanitaire et ses conséquences économiques et sociales. Les parlements nationaux ont également adapté leurs fonctionnements même aux mesures de distanciation sociale. Ainsi, de nombreuses chambres ont limité le nombre de membres susceptibles de participer aux séances plénières.

Au-delà du recours massif aux technologies de communication pour les travaux quotidiens de contrôle, **certains parlements sont allés plus loin et ont modifié leurs règlements intérieurs afin de permettre le vote à distance** (les parlements roumain, letton et britannique). Sur ce point, l'Assemblée nationale française a créé un groupe de travail transpartisan visant à élaborer des recommandations sur le fonctionnement des travaux parlementaires en période de crise et notamment sur les solutions numériques pouvant être mises en place. L'enjeu de la pérennité des mesures prises à l'occasion de la pandémie de Covid-19 est central pour le fonctionnement des assemblées à long terme.

Face à une concentration inévitable de la prise de décision au niveau de l'exécutif, le rôle du parlement est d'autant plus important en temps de crise. En effet, ce dernier remplit des missions essentielles pour le bon fonctionnement démocratique. **Afin de pouvoir pleinement assurer ces missions, il convient d'obtenir le consensus le plus large possible**, associant l'ensemble des partis politiques, sur les décisions concernant les changements de procédure. Il s'agit là d'une condition *sine qua non* afin d'assurer leur pérennité. Repenser certaines procédures, en prévision d'éventuelles nouvelles crises, semble aujourd'hui nécessaire. Toutefois, **un juste équilibre entre travaux en présentiel et fonctionnement à distance doit être trouvé**. En effet, ce dernier conditionne le respect du principe d'égalité entre les parlementaires et ne doit pas entraver certaines négociations plus informelles nécessaires aux travaux législatifs.

c. Des atteintes inexorables aux droits à la vie de famille

De manière générale, l'atteinte portée au droit à la vie privée et familiale par les différents dispositifs internationaux, régionaux et nationaux a été variable, allant d'une rupture du lien pendant le temps d'une quatorzaine à une séparation de plusieurs mois liée à la très forte limitation du trafic aérien ou à l'absence de places disponibles du fait de la très forte demande au début de la crise. Il faut encore signaler le cas de la séparation définitive, lorsque le rapatriement du corps du défunt à l'étranger ou la présence à l'inhumation, ont été refusés à la famille, du fait d'un diagnostic positif au Sars-Cov-2. Ces atteintes ont été douloureuses pour les familles et doivent conduire à une réflexion approfondie sur la conciliation de ces droits.

La mise en place de l'état d'urgence sanitaire a eu d'importantes répercussions sur l'attribution d'actes administratifs créateurs de droits à l'égard des étrangers souhaitant profiter de leur famille résidant en France. Les processus de regroupements familiaux en cours ont été mis à l'arrêt par les Ambassades françaises. De même, les bénéficiaires de visas « familiaux » n'ont pu rendre visite à leur famille, à défaut d'avoir voyagé avant la mise en place du dispositif d'urgence. Si la mise à l'arrêt de ce dispositif est légitime au vu du contexte sanitaire, **il serait loisible de mettre en place un système simplifié de réattribution de ces titres et visas à leur ancien bénéficiaire, une fois la crise achevée**.

La souffrance et les difficultés liées à l'éloignement familial ont été plus complexes pour les Français non-résidents, en situation de transit à l'étranger. Sans domicile personnel pour la plupart, ils ont dû rechercher des solutions parfois quotidiennes, pour se loger, s'alimenter et s'occuper de leur hygiène corporelle. **Les citoyens français installés à Mayotte et binationaux ont été déclarés non prioritaires au rapatriement, au motif qu'ils étaient également citoyens comoriens.** Or, leur noyau familial et le centre de leurs intérêts matériels et moraux étaient bien situés à Mayotte, en France. Cette négation d'un droit fondamental a pu entraîner des prises de risques en raison de retour vers Mayotte grâce à des embarcations de fortune. **La jeunesse a tout particulièrement souffert de cet isolement familial.** Certains ont néanmoins pu bénéficier de la mutualisation des moyens de leurs collectivités d'origine. C'est ainsi que les Collectivités territoriales de Guadeloupe et de Martinique ont affrété un avion pour procéder au rapatriement de 112 jeunes bloqués au Canada.

En France, les couples binationaux non mariés, séparés par les restrictions de circulation, ont souffert des deux épisodes successifs de confinement. En effet, notre pays ne reconnaît que les couples mariés, PACSés, ou concubins pour bénéficier du droit de rentrer en France. Le concubinage désigne strictement deux personnes vivant ensemble sur le territoire français, en étant en mesure de le prouver : ce qui exclut *de facto* les couples qui vivent leur relation entre deux pays différents, et n'ayant donc pas ou pas encore de point fixe. Ainsi des couples franco-étrangers sont aujourd'hui séparés depuis plus de six mois, sans possibilité de faire venir en France leur partenaire, faute de reconnaissance administrative de leur relation et donc d'obtention d'un visa familial (pour les non ressortissants de l'UE). **Des évolutions ont été annoncées par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères et le ministère de l'Intérieur mais les résultats sont encore insatisfaisants.**

Cette crise inédite a rappelé le rôle essentiel de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes, y compris la violence domestique, en Europe. **Que ce soit à l'échelle nationale ou internationale, les femmes font partie des premières victimes des mesures de restriction liées à cette pandémie.** Elles subissent d'une part une augmentation des violences conjugales et intrafamiliales et d'autre part une accentuation des violences économiques. Le 24 mars 2020, Marceline Naudi, Présidente du Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, avait alerté les pouvoirs publics en expliquant que le confinement permettait « *aux auteurs de violence de renforcer leur pouvoir et d'exercer encore plus de contrôle au sein du foyer* ».

De leur côté, **les associations spécialisées n'ont plus été en capacité de poursuivre leurs missions quotidiennes** : écoute, logement, prise en charge psychologique et sociale. En proie à leur agresseur de jour comme de nuit, ces femmes n'ont donc pas pu alerter les services spécialisés et/ou de bénéficier des soins nécessaires. Cette recrudescence de violences s'est traduite par des chiffres très inquiétants.

Par ailleurs, la pandémie a favorisé la précarisation des femmes qui sont surreprésentées dans l'économie des services. Selon une récente étude de l'Organisation internationale du travail sur 28 pays de l'Union européenne, les femmes ont vu leur rémunération chuter de 8,1 % au premier semestre 2020, contre 5,4 % pour celle des hommes. Baisse de revenus, contrats courts, chômage partiel, licenciements, etc., cette violence économique constitue une double peine en cas de cohabitation violente car l'agresseur maintient une emprise financière sur la victime.

2. Le multilatéralisme et les relations internationales à l'épreuve de la pandémie

Avant même la survenance de la crise que nous traversons, la France, notamment par la voix du Président de la République mais également par celle du ministre de l'Europe et des Affaires étrangères, n'a eu de cesse de promouvoir un renforcement du multilatéralisme sanitaire, mais également de l'ensemble des mécanismes et vecteurs de coopération internationale.

Si les actions à mener en faveur du multilatéralisme sont nombreuses, la crise sanitaire aura malgré elle mis en lumière deux vecteurs susceptibles de constituer de solides bases pour la refondation de relations internationales basées sur les notions de solidarité et d'entraide : les organisations internationales, au premier rang desquelles l'Organisation Mondiale de la Santé ; ainsi que l'Aide Publique au Développement, instrument incontournable de la solidarité internationale.

a. La crise liée à la pandémie de covid-19 doit permettre une évolution de la gestion des problématiques de santé mondiale

L'architecture du système de santé mondiale a connu ces dernières années de profondes mutations. Avec la multiplication des acteurs impliqués dans le cadre de la sauvegarde et de la promotion des grands enjeux sanitaires internationaux, **cette architecture a évolué d'une construction centralisée autour des instances onusiennes vers une configuration multipartite.** Les chiffres actuels font état de la présence de plus de 200 acteurs agissant en matière de santé mondiale, parmi lesquels près de 140 organisations non-gouvernementales, contre seulement 11 institutions onusiennes et intergouvernementales, ainsi que plusieurs dizaines de partenariats public-privé et organisations professionnelles.

Dans cette nouvelle configuration, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est appelée à jouer un rôle capital, sous réserve qu'elle tire préalablement les enseignements de la crise sanitaire liée à la pandémie de covid-19, et particulièrement des conséquences organisationnelles et politiques constatées ces derniers mois. Seule organisation intergouvernementale habilitée à détecter, alerter et conseiller en matière sanitaire, l'OMS est une institution singulière à bien des égards. **Tout à la fois politique et scientifique, observatrice et évaluatrice des politiques de santé publique de ses membres, l'OMS dispose d'une**

polyvalence lui permettant de mener à bien ses missions, tout en l'exposant davantage aux critiques de ses détracteurs.

Au plus fort de la crise sanitaire, deux superpuissances ont tenté d'instrumentaliser cette incarnation du multilatéralisme de la santé afin d'en tirer un bénéfice politique : les États-Unis, lesquels ont suspendu leur contribution financière au motif d'une prétendue partialité de l'OMS ; et la Chine, qui, tout en soutenant officiellement l'Organisation, tente d'en contourner l'influence afin d'exploiter au mieux le potentiel de sa propre diplomatie sanitaire. Face à ces attaques, tout comme face aux insuffisances mises en lumière durant cette pandémie, la gouvernance de la santé mondiale doit se réinventer. Pour ce faire, l'OMS doit repenser son mode de financement, à la fois illisible et inadéquat. **L'organisation estime en effet elle-même que les contributions volontaires ne lui permettant pas de mettre en avant ses besoins réels en termes de ressources.** Elles représentent environ les trois-quarts de son budget et l'exposent en outre aux accusations politiques. De même, **le rôle normatif de l'OMS gagnerait à être amélioré, dans le sens d'un renforcement des instruments de santé contraignants** qu'elle est aujourd'hui susceptible d'adopter à l'égard de ses membres.

D'un point de vue structurel, la **création du Haut Conseil *One Health*** (« Une Seule Santé »), tel que proposé par le ministre de l'Europe et des Affaires étrangères, apparaît comme particulièrement opportune. Cette instance, construite sur le modèle du groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC), permettrait en effet d'apporter de manière objective l'ensemble des éléments scientifiques nécessaires à la prise de décision politique en matière de santé publique, et viendrait ainsi constituer un gage de légitimité et d'efficacité dans la prise d'initiative internationale.

Enfin, l'OMS doit avoir à cœur de tendre davantage vers un rôle de centralisateur de la gouvernance mondiale de la santé et engager plus de coordination entre les diverses organisations multilatérales œuvrant en faveur de la santé des populations. Ces instances – Unitaid, Gavi, Fonds mondial, ... – ont démontré toute leur utilité durant cette crise, en permettant par exemple le déblocage et l'allocation rapide de fonds afin de permettre aux pays les plus fragiles de faire face à une probable propagation du virus sur leur territoire. Ainsi, il apparaît nécessaire d'appuyer toute réforme de l'OMS visant à adapter son fonctionnement tout en reconnaissant qu'elle constitue la seule organisation internationale à même de jouer un rôle moteur dans la gestion des épidémies de grande ampleur comme celle de la Covid-19, mais également des autres grandes pandémies toujours en cours (tuberculose, paludisme, VIH).

La France a toujours joué un rôle pionnier en matière de financement de la solidarité internationale, comme en témoigne sa grande créativité s'agissant des modes de financements innovants que sont la taxe sur les transactions financières (TTF) ou encore la taxe de solidarité sur les billets d'avion (TSBA), ayant toutes deux pour objectifs de financer son action à l'international.

À ce titre, il est regrettable que la TSBA n'ait suscité l'inspiration que de neuf pays dans le monde. En effet, pour la seule France, où elle est comprise entre 2 et 60 euros par vol, elle générerait pourtant au maximum jusqu'à 10 millions d'euros par an. Ces fonds sont alloués à UNITAID et au programme de l'ONU visant à mettre fin à l'épidémie de VIH. À cet égard, et sans écarter les autres pistes de réflexion en présence (TTF, ...), **la France gagnerait à promouvoir davantage ces instruments financiers afin d'emmener avec elle ses partenaires, notamment européens, vers un renforcement pérenne des actions en faveur de la santé mondiale.**

De plus, à la lumière des négociations au sein de l'OMC, suite notamment à la proposition Indo-Sud-Africaine de déroger de manière temporaire à certaines dispositions sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, la pandémie de la Covid-19 a montré le lien intrinsèque entre les enjeux de santé mondiale et ceux de l'économie. **La question de l'accessibilité du vaccin contre la Covid-19 comme un bien public mondial soulève par son essence des interrogations d'ordre commercial, financier et juridique.** D'où l'importance pour l'OMS de ne plus considérer uniquement le traitement des questions de santé mondiale sous un angle stricto sensu sanitaire, mais de les aborder avec un prisme multilatéral intégrant d'autres Organisations Internationales, en particulier l'OMC.

b. La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 démontre la nécessité de remettre la santé et l'éducation au cœur des politiques d'aide publique au développement

Si les conséquences sanitaires et économiques au niveau du continent africain restent encore difficiles à estimer, cette crise aura eu le mérite de démontrer que **la santé devra dorénavant être placée comme secteur stratégique prioritaire pour le développement.** Les dépenses de santé, réduites dans les pays développés, et insuffisantes dans les pays émergents, ont en effet eu pour conséquence le manque d'équipement médical et le déficit en ressources humaines. Perçue dans nombre de pays dans le monde comme un poste de dépense et de coût, la santé va se révéler être une poste d'investissement stratégique dans la gestion du risque économique. Pour cela, les États africains notamment devront répondre aux besoins croissants de la population par la création d'emplois durables dans le secteur, l'arrêt de l'exportation du personnel de la santé en proposant des conditions de travail optimales au niveau local.

Plus que jamais la question de la prévention sanitaire et médicale doit être au cœur de la réflexion des pays en voie de développement et de l'APD. **La propagation du virus a provoqué la première récession dans le continent africain depuis 25 ans.** On s'attend à un recul de 6 % du produit intérieur brut par habitant, soit le niveau de 2007. Cette chute risque d'entraîner près de 40 millions d'Africains dans l'extrême pauvreté, c'est-à-dire vivre, ou plutôt survivre, avec moins de 1,9 dollar par jour, soit 1 000 francs CFA. Avec le soutien actif de l'APD, les pays de la région doivent mettre en œuvre des politiques et des

programmes créateurs d'emplois qui permettent d'accélérer la transformation économique pour réduire dès à présent l'impact économique de la pandémie, mais aussi de développer les capacités nécessaires à une future croissance économique inclusive.

À la rentrée 2020, un milliard d'écoliers n'a pas retrouvé le chemin de l'école selon les estimations, dont plus de 262,5 millions d'enfants du pré-primaire et du secondaire sur le continent africain (soit environ 21,5% de la population totale en Afrique). Cette situation est sans précédent et c'est en Afrique subsaharienne, selon l'Unesco, que le taux d'exclusion de l'éducation est le plus élevé au monde ; **les premières victimes en sont les filles**. Les familles les plus pauvres et/ou en milieu rural sont les plus touchées et les conséquences ne sont pas qu'éducatives : aller à l'école est aussi une question de santé et de bien-être dans de nombreux pays. Avec pour la plupart des élèves, la possibilité de bénéficier de repas gratuits ou à coûts réduits.

3. Le rapatriement inédit de centaines de milliers de Français

Au 20 mars 2020, près de 320 000 ressortissants – touristes, binationaux ou voyageurs d'affaires – se sont retrouvés bloqués à l'étranger, répartis dans 140 pays. La mission de rapatriement s'est révélée particulièrement complexe dans certains pays, où les Français étaient très dispersés, parfois dans des régions difficiles d'accès.

a. Un dispositif de solidarité et de rapatriement inédit

Face à cette crise exceptionnelle, **le réseau consulaire a fait preuve d'une mobilisation exemplaire**, malgré des moyens contraints et des conditions difficiles liées au contexte de la pandémie. Les commissaires signataires de cette contribution de groupe tiennent aussi à saluer le professionnalisme et l'engagement dont ont fait preuve l'ensemble des personnels mobilisés qui ont dû faire face au désarroi de nos ressortissants et de leurs proches. Le ministère de l'Europe et des affaires étrangères, avec l'appui de son réseau consulaire et du **Centre de crise et de soutien du ministère (CDCS)**, se sont fortement mobilisés afin de localiser, recenser et rapatrier nos ressortissants. Le dispositif mis en place par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères, en lien avec le ministère des Transports, a permis de maintenir des vols de rapatriement réguliers après avoir sollicité les autorisations nécessaires auprès des autorités compétentes.

De très nombreux parlementaires ont également été sollicités pour venir en aide aux ressortissants français bloqués à l'étranger. Ils ont joué un rôle de relai entre le Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères, les ambassades ou les consulats et les citoyens bloqués. Cette contribution des parlementaires a rendu plus aisé le travail des consulats dans l'identification et la quantification des français en difficulté. **Des initiatives innovantes et solidaires ont été mises en place à la faveur de cette crise. C'est par exemple le cas de l'application « SOS un toit »**, service d'urgence de mise en relation de Français bloqués à

l'étranger et de Français établis hors de France pouvant les accueillir temporairement, gérée par une start-up à l'initiative du ministère de l'Europe et des affaires étrangères. Plus de 5 500 places ont ainsi pu être proposées par ce canal.

b. L'exemple marocain

La mobilisation du réseau diplomatique et consulaire au Maroc illustre l'ampleur du dispositif mis en place par la France. Dès le 13 mars 2020, pour prévenir la diffusion du coronavirus, le Royaume du Maroc décide, après consultation des autorités françaises, la fermeture « jusqu'à nouvel ordre » de toutes les lignes aériennes et maritimes de passagers « *de et vers* » la France et l'Espagne.

Les autorités françaises ont obtenu du Maroc l'établissement de dérogations permettant des liaisons aériennes opérées par nos propres compagnies. Du vendredi 13 au samedi 21 mars, date à laquelle le dernier vol commercial d'Air France a décollé de Marrakech à 21h, **ce ne sont pas moins de 136 avions de rapatriement affrétés par diverses compagnies aériennes qui ont permis à 24.000 personnes de regagner la France.** D'autres ont pu regagner le territoire français en passant par des capitales européennes (la fermeture de l'espace aérien ne concernant, à date, que les vols en provenance et à destination de la France, l'Espagne ou l'Algérie). Les autorités consulaires ont également dû faire face aux difficultés liées à l'éloignement des ressortissants par rapport aux plateformes aéroportuaires agréées pour les rapatriements. **La singularité de la présence d'un millier de camping-caristes français a nécessité une mobilisation particulière.** Un pont maritime complémentaire à la multiplication des vols a été organisé vers l'Espagne, Sète et Marseille.

c. La nécessaire évolution des dispositifs de suivi des Français à l'étranger

Au regard de ces expériences, il apparaît que des évolutions significatives doivent être envisagées en ce qui concerne les dispositifs de suivi des Français à l'étranger. Les commissaires soulignent la pertinence des propositions de la rapporteure en la matière. Elles complètent de façon pertinente les propositions du rapport au Premier ministre sur « la mobilité internationale des Français ».

Le registre consulaire s'adresse aux Français, ainsi qu'à leur famille (conjoints, enfants - indépendamment de leur nationalité), qui prévoient de rester à l'étranger pendant une période supérieure à six mois. L'inscription est facultative et se fait sur une base volontaire. Pour les services consulaires, ce registre constitue une base de données approximative des ressortissants présents sur place. Il s'est avéré insuffisamment dimensionné pour de nombreux postes diplomatiques, lorsque la crise sanitaire s'est déclarée. **Un autre problème concernait le caractère sectoriel du registre.** En effet, selon la superficie ou le nombre de personnes déclarées, celles-ci peuvent être réparties en zone,

auxquelles sont attribuées un « chef d'îlot », chargé de faire office de relai entre le consulat et sa communauté. Si cet objectif concoure bien à une information ciblée et de proximité, elle ne peut être adressée qu'aux personnes dont l'adresse est référencée au sein d'une zone, et non aux personnes présentes sur site, lorsque l'incident survient, ce qui a pu poser problème pour un certain nombre de personnes prises de court par les mesures de restriction de circulation et de confinement.

Ariane est un des outils d'information dont dispose France Diplomatie pour informer les Français présents moins de six mois à l'étranger. Il permet également de se signaler en cas d'urgence, en y joignant un contact tiers. Comme pour le registre consulaire, l'inscription est facultative. **Il en résulte que l'outil, mal connu, est encore trop peu sollicité par les touristes et voyageurs de passage.** De fait, à l'occasion de l'épidémie de Coronavirus, nombre d'entre eux se sont signalés très tardivement, complexifiant en réalité le travail des postes, soumis à de nombreuses urgences. Les nombreuses sollicitations des français bloqués à l'étranger, en situation de transit, incitent à **recommander l'instauration d'un référent « famille » au sein des Ambassades**, chargé de rechercher des solutions opérationnelles pour les familles, à l'appui de son réseau consulaire et institutionnel.

4. L'action extérieure de la France en faveur des entreprises

a. Une mobilisation forte et efficace de l'État français en faveur du commerce extérieur

Avec plus de 129.000 entreprises et 3,9 milliards d'euros supplémentaires générés lors du premier trimestre 2020, l'export français était à son plus haut niveau depuis 20 ans. Ce bilan, fruit des mesures prises en faveur de la compétitivité dès 2017 et de la finalité de la Team France Export, a été fortement impacté par la pandémie de coronavirus.

Malgré ce constat, les pouvoirs publics et les acteurs économiques se sont rapidement mobilisés au début de la crise. Ainsi, **dès la fin du mois de mars, des mesures de soutiens aux entreprises exportatrices (garanties par l'État via BPI France, élargissement du dispositif de réassurance publique CapFranceExport, etc.) ont été déployées.** Cette mobilisation des acteurs publics et privés s'est également traduite par l'élaboration de solutions opérationnelles immédiates, reposant principalement sur le recours au numérique afin de permettre aux entreprises de rester actives à l'international. De même, de nombreux canaux d'information (webinaires, service d'informations par pays, ...) à destination des entreprises ont été mis en place, par exemple dans le cadre du réseau des chambres du commerce et de l'industrie, ou encore par les opérateurs publics BPI France et Business France. Au-delà de l'immédiateté, ces initiatives ont également visé à préparer les entreprises à toute reprise d'activité. Il convient également de relever que les acteurs du soutien à l'export ont travaillé étroitement avec le Gouvernement dans le cadre de l'élaboration du volet « export » du plan

de relance, tant au sein des réunions de comités stratégiques de l'export qu'au sein du groupe informel Solex, composé d'acteurs publics, privés ou encore de think-tanks. La nomination d'un ministre délégué en charge du commerce extérieur et de l'attractivité en la personne de M. Franck RIESTER a été perçue comme un excellent signal par les acteurs du secteur, complété par l'annonce d'un volet « export » au sein du plan de relance, financé à hauteur de 247 millions d'euros sur la période 2020-2022.

Parmi les axes prioritaires de ce volet « export », l'on retrouve entre autres le renforcement des moyens de Business France, la mise en place d'un chèque-export destiné à subventionner les actions de prospections, ou encore un important dispositif de soutien au volontariat international en entreprise (VIE) avec le lancement des chèques-VIE. L'ensemble des mesures de ce volet a fait l'objet d'une vaste campagne d'information par voie publicitaire ainsi que lors du « Relance Export Tour » organisé en régions. Un premier bilan de ces mesures a été établi lors du Conseil stratégique de l'export du 30 novembre 2020, lequel a mis en **lumière un rebond de 29% des exportations au troisième trimestre et une réponse largement positive de la part des entreprises**. Dès janvier 2021, d'autres initiatives verront le jour dans le cadre du plan de relance, à l'instar des vitrines de Business France ou encore le projet « infolive » ayant pour ambition de viser quelque 50.000 opérateurs.

b. L'impact de la crise sanitaire sur les entrepreneurs français établis à l'étranger (EFE)

Ainsi que le souligne le rapport de la présidente Marielle de Sarnez, le plan de relance a surtout permis de soutenir les entreprises exportatrices françaises, via les dispositifs susmentionnés. Néanmoins, et contrairement aux idées reçues, le tissu économique français à l'étranger n'est pas uniquement composé de très grandes entreprises ou de PME exportatrices. En effet, de nombreux entrepreneurs français ont choisi de s'établir à l'étranger afin de fonder des sociétés de droit local. Ils constituent à cet égard un rouage essentiel de l'influence économique de la France dans les pays concernés, et ce dans des secteurs divers comme l'industrie, l'alimentaire, le luxe, l'hôtellerie/restauration, etc... **Acteurs actifs du soft power français**, il convient également de souligner qu'ils emploient des milliers de personnes, parmi lesquels des Français établis à l'étranger ou de passage afin d'acquérir une expérience professionnelle internationale.

D'un point de vue structurel, les EFE sont également le dernier maillon d'une chaîne de valeur débutant en France et se terminant parfois à l'autre bout du monde. Ils constituent une force de soutien inestimable aux PMI/PME/TPE nationales souhaitant se lancer à l'international : dans le secteur du tourisme, elles assurent un réceptif francophone aux acteurs nationaux ; dans l'industrie, elles peuvent faire office de VRP et de support marketing, etc... **Sur les 3 millions de Français de l'étranger, entre 250.000 et 500.000 seraient des EFE.**

Parce que les liens avec leurs clients ne s'inscrivent pas dans des contrats à long terme, mais bien via une relation de confiance bâtie au fil des affaires, la crise sanitaire les frappe de plein fouet. Avec l'arrêt brutal de leur activité, de nombreux EFE se trouvent aujourd'hui en péril. En effet, **depuis mars 2020, beaucoup d'EFE se retrouvent sans ressources** (chiffre d'affaires en chute libre, épuisement de trésorerie,...), et donc exposés à des risques de faillite. Or, si leur nationalité est habituellement un point fort, les circonstances incitent les banques locales à leur refuser des prêts ou à les proposer à des taux dissuasifs. Les conséquences directes de cette situation prennent la forme de baisses de salaire, licenciements et fermetures de bureaux. Certains de ces EFE ont pu bénéficier des dispositifs exceptionnels d'aides sociales déployés par le Gouvernement. Au total, ce sont 50 millions d'euros qui sont consacrés à l'aide pour les Français de l'étranger les plus précaires, parmi lesquels les EFE.

Il convient de souligner l'existence l'ambitieux dispositif africain piloté par **Proparco** et doté de 160 millions d'euros, accessible aux EFE d'une dizaine de pays sélectionnés. Néanmoins, **le déploiement de ce dispositif est relativement lent, et ne concernera qu'une minorité d'EFE de par le monde.** Sur ce dernier point, le savoir-faire de Proparco gagnerait à être exploité afin de soutenir l'activité des EFE d'une partie de l'Asie et de l'Amérique du Sud, l'idée étant de cibler en priorité les pays dans lesquels les EFE n'ont pas accès aux aides locales.

Suite à une mobilisation de plus de 71 parlementaires auprès du ministre Bruno Le Maire afin de déployer une aide fléchée en direction du secteur privé dans les pays en voie de développement, et notamment des TPE/PME détenues par des EFE, au travers de la filiale de l'Agence Française de Développement (AFD) - Proparco - une aide spécifique a été mise en place dans le cadre de la troisième loi de finances rectificative pour 2020 (LFR3). En effet, dans le cadre du volet « *Choose Africa Resilience* », qui renforce d'1 milliard d'euros l'initiative « *Choose Africa* » de l'AFD/Proparco, une garantie de 160 millions d'euros de l'État français est plus particulièrement destinée aux TPE/PME affectées établies en Afrique par la crise dont celles détenues par des entrepreneurs français.

L'examen du projet de loi de finances 2021 a été l'occasion de porter des recommandations de la commission des affaires étrangères dans son avis budgétaire relatif au commerce extérieur. Elles sont au nombre des propositions qui suivent et ont pour objectif de conforter le dispositif de soutien à l'export et aux EFE :

- Mise en place de mesures d'accompagnement de moyen terme, destinées à contribuer à l'adaptation permanente des entreprises exportatrices dans un contexte instable ;

- Poursuite du déploiement de la Team Export France, appelée à jouer un rôle de premier plan dans la relance des exportations ;

- Incitation au recours à l'euro dans les échanges internationaux afin de contrebalancer la prédominance du dollar, riche de conséquences économiques et diplomatiques ;

- Accorder une attention particulière la zone Asie et à ses nombreuses opportunités pour les entreprises françaises ;

- Définition d'une nouvelle stratégie économique à l'égard des pays du Sud de la Méditerranée et du continent africain ;

- Mobiliser activement le réseau des conseillers du commerce extérieur de la France afin d'accompagner les TPE/PME à l'international ;

- Permettre un canal de remontées d'information dédié pour la diplomatie économique parlementaire ;

- Poursuivre et renforcer le recours aux outils numériques ;

- Valoriser et soutenir les fédérations des entrepreneurs du commerce international (OSCI), dont l'action est complémentaire de celle des opérateurs publics ;

- Soutenir les chambres de commerce française à l'étranger (réseau des CCIFI), indispensables vitrines de la présence économique française ;

- Préciser encore les missions de différents acteurs publics du soutien à l'export et encourager la concertation entre acteurs publics et privés à travers le maintien du Solex.

5. Le couple franco-allemand à l'épreuve de la pandémie

La rapporteure a souligné à juste titre la force du couple franco-allemand dans la mise en œuvre de la réponse à la pandémie à l'échelle européenne. Cette crise sanitaire a également été l'occasion d'un approfondissement de la relation franco-allemande dans le cadre transfrontalier mais aussi sanitaire.

a. Renforcer la coopération transfrontalière en matière de santé

La solidarité entre la France et l'Allemagne a été forte en ce qui concerne la prise en charge des malades. Les élus locaux alsaciens, face à la saturation des hôpitaux, ont demandé dès le 20 mars, de l'aide aux collectivités allemandes et aux 3 Länders (Sarre, Rhénanie Palatinat et Bade-Wurtemberg) limitrophes de la France. Rapidement, la prise en charge de malades ne s'est pas limitée à ces régions. Plusieurs centaines de malades ont été pris en charge par les hôpitaux allemands. Si le transfert de patients a été un succès, d'autres points ont été sujets à critiques, à l'instar de celui sur l'interdiction de l'exportation de matériel médical de protection. La fermeture partielle des frontières et le retour des contrôles aux frontières le 16 mars 2020 ont également entraîné de fortes crispations au sein des populations française et allemande.

Le bilan positif de la convention MOSAR des deux côtés de la frontière encourage à continuer de développer ce type de partenariats entre la

France et les autres Länder d'Allemagne (ex : Rhénanie Palatinat) mais aussi avec les autres pays frontaliers. Cette convention a été signée en juin 2019 entre l'est-mosellan et le land de la Sarre. Elle **permet l'accès aux habitants du périmètre transfrontalier**, dans le cadre d'une régulation médicale, **au plateau médicotechnique le plus proche et le plus adapté en cas d'urgence vitale dans les domaines suivants** : cardiologie, polytraumatisme, prise en charge neurochirurgicale, néo et périnatalité et médecine nucléaire.

L'Assemblée parlementaire franco-allemande (APFA) a porté des propositions pour une meilleure coopération sanitaire à l'occasion de son projet de résolution : « Plus forts ensemble pour sortir de la crise du coronavirus. Impulsions franco-allemandes pour renforcer l'Europe au sortir de la pandémie ». Elle encourage à :

- Aligner plus étroitement les règles de quarantaine et restrictions de voyage ;
- Continuer de développer l'échange d'informations et la communication entre autorités sanitaires ;
- Optimiser la coordination de la répartition et de la prise en charge de patients des soins intensifs ;
- Travailler à une meilleure comparabilité des données en situation de pandémie, grâce à une harmonisation des critères jugés déterminants et des indicateurs quantifiables ;
- Élaborer pour le moyen terme des stratégies en cas de pandémie.

b. Poursuivre l'intégration transfrontalière

Non contents des décisions subies lors de la première vague, les élus mosellans ont fait bloc avec leurs homologues allemands de la Sarre et de la Rhénanie-Palatinat pour se faire entendre à Paris et à Berlin. Ils ont demandé à ce que, à l'avenir, il n'y ait pas de fermeture de frontière sans concertation mais bien une stratégie commune au niveau du bassin de vie, de part et d'autre de la frontière. **Lors du second confinement français, les gouvernements français et allemand se sont coordonnés et il n'y a eu aucune fermeture brutale de frontières.**

À l'avenir, il convient de développer la coopération politique locale via les euro-districts « Saar-Moselle » et « Strasbourg-Ortenau » et via le Groupement Européen de Coopération Territoriale (GECT) « Grande Région ». Cette ambition passe par la revalorisation de la place des maires de petites villes et des maires ruraux au sein des euro-districts, ceux-ci restant trop éloignés des décisions et des actions des euro-districts. En outre, le développement du Groupement Européen de Coopération Territoriale « Grande Région (regroupant les 5 divisions territoriales : Lorraine, Wallonie, Grand-Duché du Luxembourg, Rhénanie-Palatinat et Sarre) doit se poursuivre en intégrant un volet sanitaire sur le modèle de la convention sanitaire MOSAR.

CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE LES RÉPUBLICAINS

Depuis bientôt un an, le monde vit au rythme de la pandémie de Covid-19. En décembre 2019, des premiers cas de pneumonies, plus ou moins graves, étaient détectés dans des hôpitaux chinois dans la Province du Hubei.

Quelques semaines plus tard, le monde entier savait où placer la ville de Wuhan en Chine et découvrait les images des hôpitaux bondés, des médecins et personnels soignants débordés et épuisés, le ballet des ambulances, la mise en quarantaine de millions de personnes, en moins d'un week-end. Les pangolins ou les chauves-souris envahissaient les écrans, ainsi que les images du fameux marché de Wuhan ou de son laboratoire P4.

Qui sincèrement pouvait imaginer à cet instant les conséquences de ces évènements qui paraissaient à l'époque bien lointains ?

Force est de constater qu'un an après, le SARS-Cov2 (Covid-19) a envahi la vie de chacun et bouleversé très durablement le monde dans lequel nous vivons. Nous avons assisté -et assistons encore- en direct à un évènement historique majeur, dont les conséquences sont encore extrêmement difficiles – voire impossibles – à évaluer.

Lors de chaque évènement majeur, les certitudes sont bousculées, les modèles remis en cause, des ruptures sont envisagées, des avancées majeures deviennent possibles... tous ces aspects font partie de la résilience de l'humanité dans son ensemble. Il est impossible, à ce stade, de mesurer l'ensemble des conséquences de cette pandémie qui, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pourrait encore durer plusieurs mois, voire des années....

La France s'est trouvée confrontée aux premiers malades de la Covid-19, le 24 janvier 2020, lorsqu'elle a notifié à l'OMS, la présence de trois cas chez des personnes revenant de Wuhan. Il s'agit alors des premiers cas officiellement confirmés en Europe.

À peine deux mois plus tard, le Président de la République annonce un confinement strict et inédit de l'ensemble de la population française. Les semaines précédentes, les pays européens ont assisté en silence – parfois même avec condescendance – à la dramatique dégradation de la situation chez nos voisins italiens et espagnols, la ville de Bergame devenant le symbole de l'inexorable progression de la pandémie sur le sol européen.

Au-delà du choc de cette décision, les Français assistent soir après soir à l'emballlement des chiffres, du nombre de contaminés, d'hospitalisés, de décès et

constatent que leur système de santé, tant vanté, souffre terriblement... il tiendra, certes, mais à quel prix ?

Après ce confinement qui voit le nombre de cas se réduire drastiquement et les hôpitaux retrouver des capacités d'accueil quasi normales, vient le temps de l'espoir et du « déconfinement ». Cet optimisme ne dure, hélas, pas très longtemps et la France, comme ces principaux partenaires européens, se trouve confrontée à une deuxième vague parfois plus massive que la première... ce qui devait être un évènement exceptionnel – le confinement – redevient la norme.

À l'heure où paraît ce rapport de la Commission des Affaires étrangères, un déconfinement progressif se met en place dans le pays, des secteurs entiers de notre économie sont encore à l'arrêt total (restauration, tourisme, secteur culturel...) certains évoquent déjà une troisième vague issue d'un certain relâchement dû aux fêtes de Noël et du Nouvel an, comme cela a pu être constaté aux États-Unis et au Canada, après Thanksgiving.

Dès le début du confinement et l'arrêt de toutes les activités sur le site de l'Assemblée nationale, la Commission des Affaires étrangères, sous l'impulsion de sa Présidente Madame Marielle de Sarnez, a mis en place **un programme de travail très intense**. Elle est la première Commission à avoir mis en place les réunions et auditions par visioconférence !

Ce nouveau mode de travail a permis à la Commission de faire des dizaines d'auditions avec des personnalités – françaises et étrangères – partout dans le monde et d'ouvrir toute une série d'opportunités. La liste des personnes auditionnées en annexe du rapport témoigne de la richesse et de la diversité de ces auditions. Les députés « Les Républicains » se félicitent de ces nouvelles capacités d'auditions ouvertes par la visioconférence et souhaitent qu'elles puissent perdurer, une fois la situation redevenue la plus normale possible. **Le contact humain, les échanges et le dialogue direct sont et doivent rester la base de la diplomatie et du travail parlementaire**, mais la visioconférence permet la réactivité et la simplicité d'organisation nécessaire aux sujets traités par la Commission.

La mise en place de groupes de travail (Réseaux, Aide publique au développement et Action économique extérieure) a permis de **démultiplier les sujets d'intérêts et de couvrir ainsi l'ensemble des compétences du ministère des Affaires étrangères** : aussi bien le secteur du tourisme que le rôle des ambassades et consulats, la question essentielle de l'enseignement français à l'étranger, la redéfinition de notre aide publique au développement (APD) ou le soutien à l'export...

Les députés de la Commission ont, par exemple, sous l'impulsion de Monsieur Michel Herbillon, Président du groupe d'amitié France-Cambodge, pu intervenir pour éviter la fermeture, pourtant envisagée, de l'Alliance Française de Siem Reap.

Les députés « les Républicains » souhaitent profiter de l'occasion qui leur est donnée de souligner **le très grand professionnalisme des personnels du Quai d'Orsay**. Les députés et les élus de manière générale ont été particulièrement sollicités par leurs concitoyens bloqués à l'étranger par les différentes mesures de restrictions prises parfois brutalement par certains pays. Ils ont pu constater au quotidien les attentes exigeantes et parfois même démesurées des Français se trouvant parfois dans des situations difficiles (avions annulés, manque de moyens, pénurie de médicaments, problèmes de santé...) partout dans le monde.

Les députés Les Républicains souhaitent témoigner de l'efficacité et du dévouement des personnels parfois rudoyés. **Qu'ils soient ici remerciés et assurés du soutien des députés « les Républicains ».**

Le travail mené par la Commission des Affaires étrangères et sa Présidente permet à la fois de dresser une étude complète de la gestion de la crise selon les pays et de montrer les réussites et manquements des uns et des autres. Il souligne sans concessions les difficultés de l'Union européenne à réagir, mais aussi sa prise de conscience et sa capacité à s'adapter. Il permet et c'est en effet essentiel de **sortir d'une vision purement franco-française et donner à cette crise la véritable dimension mondiale qui la caractérise.**

Car n'en doutons pas, les conséquences de cette crise sont encore devant nous.

Beaucoup de nos concitoyens ne mesurent pas encore totalement **les bouleversements qu'elle va induire dans les années à venir** : fragilisation des personnes déjà vulnérables, aggravation des situations des crises préexistantes, difficultés durables de déplacements affectant entre autres l'aide humanitaire, tentative de repli, tensions sanitaires et alimentaires, crises migratoires...

Depuis le début de la crise, les députés « les Républicains » ont souhaité faire part de leurs propositions dans un esprit de responsabilité : ils ont fait des propositions pour préparer le déconfinement, ils ont activement participé à la mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences, dans toutes ses dimensions, de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19. Il y a encore une semaine, ils ont de nouveau fait des propositions pour assurer un déconfinement rationalisé afin de permettre la relance de l'économie tout en évitant une troisième vague.

Devant les conséquences encore inconnues de la crise de la Covid-19, les députés « les Républicains » souhaitent rappeler leur attachement à **la solidarité internationale** (programme de vaccination dans les pays les plus pauvres et les plus fragiles...), **à une aide publique au développement efficace et transparente**, et à **une réforme de la gouvernance sanitaire mondiale.**

Ils souhaitent, par ailleurs, réaffirmer leur soutien à une diplomatie française **souveraine, indépendante et capable de porter le message universel de la France**, ainsi que sa langue et sa culture.

En ces temps complexes pour l'Union européenne à la fois marqués par le Brexit et la crise sanitaire, **les députés « Les Républicains » constatent avec satisfaction une plus grande capacité à réagir face aux crises**. Après la déception intense et dévastatrice suscitée par le début de la crise, l'Union s'est montrée capable de faire face et de bousculer ses principes pour offrir des réponses concrètes et efficaces aux États membres.

CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE MOUVEMENT DÉMOCRATE (MODEM) ET DÉMOCRATES APPARENTÉS

La présente réflexion traite essentiellement, mais pas exclusivement, de l'axe III du rapport d'information « La crise a mis à l'épreuve l'Union européenne, appelée à renforcer son autonomie stratégique ». L'ampleur du travail réalisé par la Présidente de la commission des Affaires étrangères, Marielle de Sarnez, dans l'élaboration de ce rapport, qu'elle a par ailleurs porté de sa propre volonté, témoigne de son engagement personnel mais aussi de la mobilisation collective des parties prenantes pour rendre compte des conséquences de la crise sanitaire et en tirer les enseignements. Ils seront déterminants dans le cadre de l'adoption du projet de loi de programmation de l'aide publique au développement, mais aussi des textes pour lesquels la commission est saisie, et dans son rôle de contrôle du Gouvernement.

Le rapport souligne avec justesse le paradoxe européen que la crise sanitaire a exacerbé. La logique européenne actuelle a montré ses limites et la défiance à l'égard des institutions européennes, dans l'opinion publique, mais aussi dans les rangs de ses défenseurs, est à un tournant.

D'abord, avec l'absence d'anticipation et de mobilisation coordonnée face à la crise, l'Union européenne n'a pas incarné la protection que l'on attendait d'elle. La dépendance de nos pays vis-à-vis du monopole productif chinois a montré l'échec de notre stratégie de délocalisation industrielle.

L'Union aurait dû immédiatement fédérer les pays dans un élan commun. Elle a, au contraire, été perçue comme le symbole de l'incapacité des pays européens à proposer une réponse collective de solidarité à la hauteur des enjeux. Le rapport n'en fait pas état, mais le fiasco du projet Discovery a été un désastre pour l'image européenne. Face à l'absence de concertation efficace au niveau européen, le repli des États membres dans leur gestion de la crise et dans leurs décisions sanitaires a été manifeste.

La colère contre cette Europe impuissante est réelle, chez les partisans de l'Union notamment, mais le procès fait à l'Union européenne est largement biaisé. On lui reproche de ne pas avoir fait ce qu'on s'est refusé à lui donner : à savoir qu'elle se comporte comme un État fédéral alors qu'elle est souvent cantonnée à une logique de délégation de compétences sous la surveillance des souverainetés nationales. Le pouvoir d'agir dans l'urgence aussi, dans le cadre de la santé surtout, qui est un secteur ne relève pas de ses compétences.

C'est pourquoi surmonter cette crise est essentiel pour l'Union et en relever les défis lui offre l'occasion de réfléchir à un nouveau modèle qui serait plus autonome et inclusif. Cela passe avant tout par l'adoption d'un plan de

relance ambitieux. Nous connaissons la difficulté des négociations et les fractures qu'elles ont fait ressortir entre les États membres. Pourtant, avec Next generation EU, l'Union a fait le choix de la solidarité avec un plan de relance sans précédent. L'adoption de cet accord par les États membres est restée longtemps en suspens en raison d'un blocage de la Hongrie et de la Pologne sur la conditionnalité des fonds du plan de relance à la protection de l'État de droit au sein de l'Union. Ce plan a finalement été adopté lors du Conseil européen des 10 et 11 décembre dernier. Il permet à l'Union de donner une impulsion déterminante au projet d'intégration européenne avec, pour la première fois, la décision d'une dette commune qui finance un plan d'actions commun. Nous sommes plus forts ensemble et la voix de l'Union dans les négociations multilatérales, particulièrement dans la gouvernance sanitaire mondiale, est décisive si elle est unanime. La décision, pour la première fois aussi, de négocier l'achat de vaccins en commun souligne cette détermination de coopérer et de rompre l'isolement.

Pour cela, il nous faut construire des réponses nouvelles aux défis de l'Union. Je livre ici des réflexions qui sont peu abordées dans le débat public aujourd'hui et qui me semblent pourtant primordiales dans la construction du projet européen.

La première question est de savoir comment créer un effet d'entraînement au sein de l'Union européenne pour relancer les initiatives dans cette période critique. La meilleure chance de réussir cette force d'impulsion est une concertation plus marquée de l'axe franco-allemand. Il a la responsabilité d'insuffler des dynamiques nouvelles en matière de coopération. Au sein de cette relation franco-allemande, nous avons mis en œuvre collectivement de réelles actions ces trois dernières années : un traité d'amitié, de coopération et d'intégration franco-allemande d'une ampleur inégalée avec le Traité d'Aix-la-Chapelle qui affirme « l'harmonisation des modèles économiques et sociaux », mais aussi l'Assemblée parlementaire franco-allemande qui vise à faire converger nos droits, ou encore le Comité de coopération transfrontalière institué pour plus de fluidité à nos frontières. La crise de la Covid-19, sera un moment de vérité pour mesurer l'effet d'entraînement de cette relation renouvelée.

Une deuxième question est de savoir comment adapter nos accords de libre-échange à la réalité du monde d'aujourd'hui. L'évolution de ces accords commerciaux doit prendre en compte deux enjeux. D'abord, et à la veille du cinquième anniversaire de l'Accord de Paris, celui du combat contre le réchauffement climatique, puis celui de l'accès au marché européen. La lutte contre le réchauffement climatique progressera dès lors que l'on systématisera des clauses strictes qui conditionneront chaque accord au respect de l'Accord de Paris. Mais l'essentiel est de faire enfin le choix d'une taxe carbone à nos frontières européennes, qui alimenterait les finances propres de l'Union et pénaliserait les produits dont la production et le transport seraient peu respectueux des enjeux climatiques.

Le combat pour la puissance économique européenne face aux géants chinois et américains implique la fin du dogme libre-échangiste de la Commission européenne au profit d'une régulation juste des flux commerciaux. Face à la crise, notre dépendance par rapport à la Chine dans le domaine de la santé a souligné un point de non-retour. Nos filières stratégiques doivent retrouver une souveraineté européenne, et nos législations doivent imposer, a minima, aux géants de l'industrie pharmaceutique des capacités européennes propres de production en cas de crise.

Une autre question est de savoir comment faire évoluer le modèle institutionnel de l'Union européenne. Il faut d'urgence recréer un lien plus fort et plus étroit entre les États membres et l'Union, et faire preuve de fermeté face aux dérives de certains pays membres qui s'éloignent de l'État de droit. Comme en témoigne le long blocage de la Hongrie et de la Pologne, nous ne pouvons plus rester complaisants en la matière et l'actuel système de vote au Conseil européen est un frein majeur. Depuis la saisine du Conseil européen sur la base de l'article 7 du Traité de l'Union européenne par la Commission européenne en décembre 2017 (pour la Pologne) et par le Parlement européen en juillet 2018 (pour la Hongrie), aucun vote n'a été organisé pour les sanctionner. Pire, ces deux États ont créé une solidarité, chacun bloquant une possible sanction par le Conseil du fait de l'exigence d'un vote à l'unanimité.

Enfin, de même que l'Union ne réussira pas sans les États, ces derniers ne réussiront pas sans les territoires et l'engagement citoyen. En France, la crise sanitaire est intervenue dans une situation de tensions sociétales fortes. Le rôle de l'État dans la gestion de la crise sanitaire a été déterminant et la puissance publique, dans le domaine social en particulier, a repris toute sa place. L'un des éléments importants du retour d'expérience de cette crise est que l'articulation entre l'État et les collectivités territoriales est l'un des facteurs clefs du succès dans la gestion de crise. Il est essentiel de faire confiance à l'État et aux collectivités territoriales pour analyser ce qu'il faut mettre en place et veiller à ce que la logique de réseaux s'impose face à une logique trop centralisatrice. Dans la gestion de cette crise, l'État et les collectivités ont pris leurs responsabilités. La mobilisation citoyenne aussi, avec de nouvelles formes de solidarités qui se sont pleinement exprimées. La capacité d'action de l'État doit reposer sur cet engagement citoyen. Ces « circuits courts » entre l'exécutif et les citoyens, dans lequel les élus ont un rôle déterminant à jouer, est l'un des faits nouveaux sur lequel il nous faut capitaliser pour relever les défis.

Dans ce contexte, le cadre et les modes de la gouvernance future devront être revus à l'aune des manques qui se sont faits jour à l'occasion de cette crise.

Cette question, centrale, pose en effet le problème de la confiance que les citoyens accordent à leurs gouvernants. Pour une large part, elle explique la réussite ou non de certaines des décisions qui ont pu être prises par les différents gouvernements, partout dans le monde. Comment expliquer, en effet, qu'une décision identique prise dans deux États produisent des effets sensiblement

différents, si ce n'est, en partie du moins, par le déficit de confiance dans la parole publique de la part de certaines opinions ?

L'association des citoyens aux décisions qui les concernent est un facteur déterminant de leur réussite. C'est à cette pédagogie permanente que nous appelons et qui permet de dépasser les difficultés que nous avons pu rencontrer, entre, d'une part, des décisions politiques contraignantes, et, d'autre part, un manque d'explications qui a rendu ces mesures d'autant plus difficiles.

Cette pédagogie est d'autant plus importante qu'elle permet d'éviter de tomber dans une spirale terrible qui veut qu'en l'espèce, moins la décision publique est acceptée, et donc moins suivie, plus elle se devait d'être contraignante pour demeurer efficace.

Les pays qui ont fait le choix de stratégies non contraignantes et qui ont pu les mettre en œuvre sont justement ceux qui ont placé au cœur de leur vie politique la question de la transparence de la vie publique. L'enjeu démocratique est dévoilé : bâtir une société de la décision partagée et assumée, ensemble, par les citoyens et leurs représentants dans les différentes instances auxquelles les institutions leur donnent accès.

Transparence de la vie publique bien sûr, mais aussi transparence de la prise de décision.

Le défi est immense de ce point de vue tant la confiance est abîmée à l'endroit de tout ce qui peut ressembler de près ou de loin à une autorité, politique évidemment, mais aussi de tout ce qui porte une parole dite « sachante », scientifique, journaliste... et qui ont pourtant toute leur place dans le processus qui conduit à éclairer les choix dans une société démocratique avancée. De même, tout attermoisement de la prise de décision, tout défaut de communication, nuit à l'efficacité des mesures déployées quand ce n'est pas la défiance qui menace de s'installer.

Ce décalage a été d'autant plus handicapant qu'il n'a pas permis un déploiement optimal des capacités que nous offre, par exemple, la technologie pour remonter les chaînes de contamination. En France, cela s'est traduit notamment par un démarrage très poussif de l'application « Stop Covid » avant qu'un effort d'explications n'ait relancé la mise en ligne et le téléchargement de la seconde application « Tous Anti Covid ». Cette dernière a remporté une large adhésion de la part des français.

À l'inverse, la force de la réponse européenne au travers du plan de relance et du soutien apporté aux États membres a été reçue positivement par les opinions publiques qui, une fois passée la phase de négociations, toujours complexe, ont perçu l'ampleur et la dimension de la solidarité qui s'exprimait.

Les dimensions nationale et européenne sont par là-même inextricablement liées et la crise pandémique vient rappeler la communauté de destin qui lie les peuples entre eux.

Cette communauté appelle nécessairement à l'émergence progressive d'un espace davantage intégré autour des valeurs qui la distinguent dans le monde et qui fondent son caractère démocratique que l'époque actuelle remet profondément en question.

C'est pourquoi l'Union européenne ne peut concevoir de continuer à avancer et à fonctionner comme dans le passé. Il faut qu'elle puisse s'imposer comme une évidence aux yeux des peuples européens pour que, dans le plus profond respect des nations européennes, elle resserre les liens d'amitié, l'intérêt commun, mais aussi les chances de survie de notre modèle démocratique, libre et humaniste. À nous d'en relever le défi.

*Sylvain Waserman
et le groupe Mouvement démocrate et Démocrates apparentés*

CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE SOCIALISTES ET APPARENTÉS

I- La dimension européenne de la gestion de la crise du Covid

1) La nécessité de mieux coordonner la gestion des risques entre les niveaux nationaux et européens

La crise du covid doit conduire à mieux coordonner la gestion des risques entre les niveaux nationaux et européens. La Mission d'information de l'Assemblée nationale sur « la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-COVID19 » a proposé dans son rapport la création d'un ministère chargé de l'anticipation et du risque. Le groupe Socialistes et apparentés souscrit à l'idée d'un Ministère chargé de l'anticipation et du risque, placé sous l'autorité du Premier ministre. Ainsi, il appartiendrait à ce ministre d'établir chaque année, devant le Parlement, à l'occasion d'un débat dédié, un état de notre capacité collective à faire face à de telles pandémies. L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) pourrait être rétabli et placé sous l'autorité du Ministère chargé de l'anticipation et du risque.

Il conviendra de mieux coordonner la réponse française en matière de gestion des risques et la réponse des institutions de l'UE. Le niveau européen est le bon niveau pour édifier un système performant d'anticipation et de gestion des risques. La Commission européenne a fait sur ce point le 11 novembre 2020 un certain nombre de propositions importantes en faveur de la création d'une véritable « Union européenne de la santé ». Elle ouvre la voie à la possibilité de déclaration d'une urgence au niveau européen afin permettre à l'Union de prendre toutes les mesures nécessaires ; la constitution d'une équipe européenne de soignants et professionnels de santé ; l'évaluation des risques épidémiologiques fondés sur des données communes ; et la création d'une nouvelle autorité chargée de la passation des marchés en matière biomédicale afin d'améliorer les tests et la recherche de contacts d'une part et de garantir l'approvisionnement en médicaments et équipements médicaux d'autre part. Enfin, la Commission européenne prévoit **la constitution de plans d'urgence de préparation et de réaction contre l'épidémie harmonisés au niveau européen**. Sur ce dernier point notamment, les niveaux européens et nationaux - avec le nouveau ministère chargé de l'anticipation et du risque - devront être étroitement imbriqués.

- Le futur ministère chargé de l'anticipation et du risque et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) sous sa responsabilité devront être étroitement coordonnés avec le Centre Européen de prévention et de contrôle des maladies qui verra ses compétences accrues ainsi qu'avec la nouvelle agence biomédicale que souhaite créer la

Commission qui devrait s'inspirer de celle existant aux États-Unis, la « Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA) ». Cette dernière aura pour but de répondre aux risques et menaces sanitaires transfrontalières au niveau de l'UE.

2) La nécessité pour l'UE d'œuvrer à l'adaptation des règles concernant le commerce et les investissements pour faire face aux enjeux de la crise du covid

Si d'un côté, il est indispensable d'œuvrer à l'ouverture à des échanges plus équitables en matière d'équipements médicaux et de médicaments, il convient d'un autre côté de protéger les investissements et capacités stratégiques des États.

a) Faciliter le commerce équitable et l'accès pour tous aux équipements médicaux et médicaments

La nature globale de la pandémie nécessite de soutenir le plus possible les pays partenaires les plus vulnérables. De nouvelles ressources doivent être dégagées. On ne doit pas se contenter d'une simple réaffectation des moyens financiers existants pour aider les pays les plus en difficulté. Il apparaît nécessaire de maintenir l'accès des pays en développement aux produits médicaux rares. Les exportations des équipements médicaux doivent parvenir à ceux qui en ont le plus besoin et non au plus offrant. A cette fin, il conviendrait comme le propose le Parlement européen qu'un catalogue mondial des produits de soins d'urgence essentiels soit arrêté au sein de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), afin de mettre un terme à la spéculation sur les prix et de faciliter le commerce de ces produits. De même, le Parlement européen suggère que tous les pays adhèrent à l'accord de l'OMC sur l'élimination des droits de propriété intellectuelle (l'initiative « Zéro pour zéro ») et à étendre son champ d'application à tous les médicaments afin de garantir le commerce transfrontalier au niveau mondial. Il convient de travailler à faire des médicaments contre le covid un bien public mondial.

b) Protéger les investissements et capacités industrielles stratégiques de l'Union européenne vis-à-vis des pays extérieurs

Il conviendrait que des mécanismes efficaces soient mis en place dans tous les États de l'UE pour évaluer les possibles investissements et acquisitions d'infrastructures critiques et de capacités industrielles stratégiques afin de prendre, s'il y a lieu, des mesures d'atténuation ou de blocage. Dans un contexte de crise pandémique qui se propage vite à tous les secteurs de l'économie, les entreprises cotées, notamment françaises, sont plus que jamais vulnérables face aux investisseurs étrangers, qu'ils soient des industriels concurrents, des investisseurs financiers ou des fonds dits « vautours ». Le risque est donc une multiplication des offres publiques d'achat (OPA) hostiles à l'encontre des grandes entreprises. Le mécanisme européen de filtrage des investissements stratégiques qui se repose pour l'essentiel sur des mesures nationales devrait être renforcé et devenir plus

contraignant. Dans l'attente de règles européennes plus strictes, des mesures nationales de protection plus fortes sont nécessaires.

- Il conviendrait donc de renforcer notre arsenal législatif, bien moins protecteur que dans d'autres pays, pour protéger nos entreprises d'éventuels investissements étrangers hostiles. Pour mémoire, le groupe socialiste et apparentés avait proposé une solution d'urgence à travers une proposition de loi le 7 avril 2020 pour étendre le régime d'autorisation préalable qui existe actuellement et qui consiste à faire en sorte que tout achat, par des investisseurs étrangers, d'entreprises françaises, dites stratégiques, soit validé en amont par le ministre chargé de l'économie. Dans un second temps, un dispositif national plus étoffé et une coordination européenne plus étroite devraient être élaborés afin de protéger la souveraineté économique de nos entreprises.

II- La dimension internationale : nécessité d'aider les pays pauvres et émergents pour surmonter les effets et coûts de la crise

1) Des systèmes de santé vulnérables

Si certains pays africains ont développé des stratégies très proactives de limitation de propagation du virus et ont pu compter sur leur expérience passée de gestion d'autres épidémies ou d'autres pathologies endémiques, il reste que leurs systèmes de santé restent très vulnérables. Même si dans certaines régions comme en Afrique de l'ouest, certains Etats ont développé des systèmes de surveillance et de contrôle, notamment dans le cadre de la lutte contre le virus Ebola, beaucoup de pays ne disposent pas des infrastructures de santé nécessaires : faible pourcentage du nombre de lits par habitants, faible accès à un dispensaire ou un centre de santé local, peu ou pas d'unité de soins intensifs et de respirateurs. Les disparités régionales et inégalités entre pays restent par ailleurs importantes. Un autre défi réside dans le fait que ces pays émergents et pays pauvres ne possèdent très souvent pas d'assurance santé pour pallier les conséquences sanitaires de la crise. Moins de 60 millions de personnes ont accès aujourd'hui en Afrique à une forme de couverture santé. Certains pays émergents sont également concernés.

2) L'absence de système d'assurance chômage

Les pays pauvres ou émergents ne possèdent pas en outre pour beaucoup de système d'assurance chômage pour pallier les problèmes de ralentissement économique. Près de 60 % des travailleurs dans le monde travaillent dans le secteur informel, selon l'OIT, soit près de 2 milliards de personnes qui exercent une activité sans protection sociale ni contrat.

3) Des risques de crises alimentaires et de famines

Aujourd'hui, 820 millions de personnes dans le monde dont 260 millions en Afrique souffrent de la faim. Parmi elles, 135 millions de personnes sont au bord de la famine. Par ailleurs, notons que la crise du coronavirus, en perturbant les circuits d'échanges, vient aggraver ces faits. Avec le coronavirus, selon le

Programme alimentaire mondial, c'est 130 millions de personnes supplémentaire qui pourraient se retrouver en situation de famine, soit en tout 265 millions de personnes dans le monde. Beaucoup de pays notamment d'Afrique subsaharienne restent par ailleurs très dépendants, pour leur suffisance alimentaire, de l'extérieur et sont importateurs nets chaque année de denrées alimentaires pour plusieurs dizaines de milliards de dollars.

4) Des niveaux d'endettement non soutenables

« La vague d'endettement qui s'abat sur les pays pauvres et les pays émergents depuis 2010 est la plus rapide, la plus importante et la plus étendue de ces cinquante dernières années. D'après la Banque Mondiale, elle a culminé à 168% de leur produit intérieur brut fin 2018, un record, contre 114% huit ans auparavant.¹» Alors que les pays développés vont pouvoir faire face à la crise à l'aide de l'endettement grâce à des taux d'intérêt faibles, un certain nombre de pays émergents et de pays pauvres, ayant un déficit public important ou déjà très endettés, ne pourront pas recourir pour cette raison à l'outil budgétaire pour répondre aux besoins financiers liés à la crise. Il faut donc s'attendre à un certain nombre de défauts souverains de ces pays.

L'Initiative de suspension du Service de la Dette (ISSD) adoptée en avril 2020 a été étendue à six mois de plus, soit jusqu'à la fin de juin 2021. Cette dernière n'a fait que reporter le problème qui finira bien par se poser. Aucune annulation de dette n'est prévue à ce jour et ceci peut entraîner les pays pauvres et émergents dans des situations dramatiques, voire cause des reculs de développement historiques. Selon un récent rapport d'Oxfam, si aucune aide suffisante n'était apportée par les pays riches, près d'un demi-milliard de personnes pourraient tomber dans la pauvreté suite à la crise du coronavirus, qui s'ajouterait au 1,3 milliards de personnes vivant déjà en dessous du seuil de pauvreté, selon le PNUD. Dans certaines régions, la lutte contre la pauvreté pourrait reculer de 10 ans, voire dans certains cas de 30 ans dans les situations les plus graves.

- Le groupe Socialistes et apparentés demande qu'une partie de l'aide financière débloquée au titre de la solidarité nationale, et qui se chiffre en milliards d'euros, puisse être redirigée vers les pays pauvres où les reculs de développement pourraient causer des fléaux dont il est probable qu'ils finissent par affecter également indirectement ou directement les pays européens. Cela pourrait être effectué dans le cadre du prochain projet de loi de programmation relatif au développement solidaire et à la lutte contre les inégalités mondiales qui viendra quantifier la trajectoire de l'aide publique au développement française.
- Le groupe Socialistes et apparentés soutient par ailleurs les propositions de la Conférence de l'ONU pour le commerce et le développement (CNUCED). Cette dernière recommande pour éviter l'effondrement des

¹ *Le Monde*, « Les émergents guettés par l'effondrement », 23 mars 2020.

pays pauvres et en développement un effort de 2500 milliards d'euros au niveau mondial qui se décomposerait comme suit :

- 1000 milliards d'euros d'injection de liquidités, via notamment une réallocation et un élargissement des droits de tirage spéciaux du Fonds monétaire international (FMI)

- 1000 milliards d'euros d'annulation de dette. S'agissant de la dette africaine, elle représente aujourd'hui 365 milliards de dollars dont une bonne partie est détenue par la Chine (145 milliards de dollars). Cependant, la dette africaine sera complexe à annuler ou restructurer car une bonne partie d'entre elle est détenue par des acteurs privés, notamment issus du « shadow Banking ».

- 500 milliards d'euros de subventions aux systèmes de santé de ces pays.

CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE AGIR ENSEMBLE

La pandémie de Covid-19 marquera indéniablement le XXI^{ème} siècle, en accélérant les tensions déjà présentes un peu partout dans le monde. À la crise sanitaire, sont venues s'agréger des tensions économiques, sécuritaires et géopolitiques. Très vite, la Commission des affaires étrangères a pris la mesure de l'exceptionnalité d'un contexte qui a vu se confiner les trois quarts de la population mondiale, en mettant en place un groupe de travail sur les réseaux diplomatiques, consulaires et culturels, un deuxième sur l'aide publique au développement et l'action humanitaire et un troisième sur l'action économique extérieur de notre pays. Elle a ainsi auditionné plus d'une centaine de diplomates français et internationaux, de chefs d'entreprises, de responsables d'Organisations internationales ou Non Gouvernementales, d'intellectuels, de directeurs d'opérateurs publics ou encore d'associations représentant les Français vivant à l'étranger.

Au demeurant cette crise aura permis de mettre en lumière, la capacité d'adaptation des réseaux consulaire et diplomatique de notre pays, qui contrairement à d'autres pays n'a fermé aucun poste à l'étranger pendant le confinement et aura été sur tous les fronts, soit pour permettre le retour en France de plus de 370 000 de nos compatriotes bloqués du jour au lendemain à l'étranger, soit pour porter assistance aux communautés françaises expatriées. Alors, que le budget du Quai d'Orsay était en baisse constante jusqu'à « être à l'os » selon les mots de son ministre, Jean-Yves Le Drian, ce dernier est enfin stabilisé pour l'exercice 2021. Toutefois, une réflexion sur la gestion des ressources humaines qui intégrerait une plus grande diversité des parcours et des compétences dans les processus de recrutement dans les ambassades et au Département permettrait de répondre au plus près aux enjeux nouveaux de la diplomatie. Il importe pour cela de concrétiser les nombreuses recommandations préconisées dans le rapport, par un strict suivi, pour ne pas qu'elles restent lettres mortes.

En effet, les défis qui attendent le monde post-Covid sont nombreux et encore insaisissables. La crise sanitaire se combine à l'amplification des effets des dérèglements climatiques (pénuries agricoles, réduction des importations, tensions alimentaires, etc.) ainsi qu'à des déstabilisations politiques aggravées par ces situations de « poly-crisis ». Plusieurs États pourraient profiter de la situation d'instabilité mondiale et du repli des gouvernements occidentaux sur leur environnement proche, pour étendre leurs zones d'influence.

De fait, les enjeux susceptibles de voir leur importance grandir en post-crise sont essentiellement écologiques, amenant à repenser la production et l'utilisation des énergies, du secteur agro-alimentaire, du développement durable et de la mondialisation. Cela passera très probablement par des avancées

scientifiques et surtout technologiques. En ce sens, l'Union Européenne, qui pourrait connaître des difficultés durant cette crise, aurait un intérêt certain à donner une plus forte impulsion encore dans ces domaines de pointe qui puissent lui permettre alors de développer ses ambitions géopolitiques, stratégiques et d'influence (*soft power*) scientifiques et technologiques. Ici, il est question de compétitivité internationale en matière de système de santé. Quel gouvernement sera à même d'investir les plus grosses sommes dans la gestion de la crise et quel pays aura démontré sa capacité d'adaptation face au virus ?

Par ailleurs, la diversité des situations sanitaires pourrait entraîner un phénomène de « stop and go » où pays et régions mondiales pourraient fermer à intervalles irréguliers leurs frontières. Le « passeport d'immunité » pourrait devenir prochainement la norme pour pouvoir voyager avec toutes les conséquences que cela aura sur l'industrie du tourisme et du voyage d'affaire. De fait, la capacité d'un pays à gérer la pandémie est un enjeu international. Chaque pays souhaite en effet non seulement sortir de cette crise le moins affaibli possible, mais également se positionner comme figure de proue de la lutte contre le virus par une « diplomatie du masque » ou une « diplomatie du vaccin ». La solution tant attendue viendra-t-elle des campagnes de vaccinations annoncées ?

172 pays ont signé et participent au « Mécanisme pour un accès mondial au vaccin » dont 80 pays parmi les plus riches qui envisagent de participer au financement de l'accès coordonné par l'Alliance du vaccin (GAVI) et 92 à revenu faible ou intermédiaire qui remplissent les conditions pour bénéficier du système. Dans ce contexte, l'OMS fixe l'horizon d'une sortie de crise mondiale à la fin 2022, selon les scénarios les plus optimistes. C'est pour répondre à ces défis que notre Groupe a fait voter le 26 novembre dernier une proposition de résolution visant un accès universel, rapide et équitable au vaccin contre la Covid-19. C'est également tout le sens de notre proposition de résolution votée le même jour, relative à l'évolution de la Constitution afin de permettre l'intégration des Objectifs de Développement Durable dans le processus législatif. La crise que nous traversons n'est évidemment pas que sanitaire et il nous apparaît urgent d'agir sur l'ensemble des secteurs.

Comme l'a rappelé le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, en marge de son Assemblée générale de septembre dernier, cette pandémie est un signal d'alarme pour des catastrophes plus graves encore qui pourraient survenir, à commencer par la crise climatique, comme déjà mentionné. Sans union ni organisation, le pire peut être encore devant nous. Il apparaît ainsi plus que nécessaire de promouvoir une gouvernance mondiale qui soit déterminée, coordonnée, souple et prête à réagir à l'éventail des défis auxquels nous devons faire face. La montée des inégalités ou encore la cybercriminalité font intervenir des groupes d'intérêt, des entreprises, des organisations et des secteurs entiers, qui échappent aux concepts traditionnels de la gouvernance mondiale.

La crise sanitaire de 2020 est d'une ampleur toute particulière en raison de grand nombre de victimes et de son aspect mondial. Aussi est-il probable qu'elle

soit à l'origine de futurs changements sociétaux, économiques et géopolitiques de fond, en ce qu'elle atteint les peuples en profondeur. Plus que jamais, notre monde a besoin d'un multilatéralisme en réseau, fondé sur des liens et une coopération solide entre les organisations internationales et régionales, les institutions financières internationales et toutes les alliances et institutions mondiales. Ainsi, comme l'écrivait fort bien Albert Camus « *La seule façon de mettre les gens ensemble, c'est encore de leur envoyer la peste...* ».

Le Groupe Agir Ensemble remercie ainsi la Présidente de la Commission des affaires étrangères pour la qualité de ce rapport d'information sur les dimensions européenne et internationale de la crise liée à la pandémie de Covid-19, en approuve bien entendu la publication et formule le souhait qu'il puisse servir de base de travail concrète pour la diplomatie française dans toutes ses dimensions.

CONTRIBUTION PRÉSENTÉE AU NOM DU GROUPE GAUCHE DÉMOCRATE ET RÉPUBLICAINE

Le groupe de la Gauche Démocrate et Républicaine souhaite remercier la Présidente Marielle de Sarnez pour son rapport extrêmement complet sur les dimensions européennes et internationales de la crise liée à la pandémie de Covid-19. Son point de vue quasi exhaustif sur la situation et son angle comparatiste sont très éclairants.

Les députés communistes souhaitent développer ici une analyse critique du fonctionnement de notre système économique international face à cette pandémie mondiale afin d'enrichir le débat parlementaire.

Il est fondamental pour notre analyse de partir du constat que cette pandémie est intimement liée au capitalisme mondialisé, même si de nombreux experts se sont précipités dès le début de la pandémie pour indiquer l'aspect « naturel » de toute pandémie, et donc l'absence de conséquences à en tirer sur l'impact de nos modes de vie sur la planète.

S'il est vrai que des pandémies ravagent les sociétés humaines depuis le néolithique, au premier rang desquelles la peste noire de 1348 qui a décimé entre un tiers et la moitié de la population européenne, force est de constater que depuis plusieurs décennies les pandémies 1° se déclenchent à intervalles de plus en plus rapprochés, 2° touchent de plus en plus d'endroits sur le globe et 3° contaminent de plus en plus rapidement les populations.

Une lecture politique comme celle proposée ici par les députés communistes permet d'analyser comment le néolibéralisme globalisé s'est organisé pour gérer cette crise, comment cela va constituer un exemple pour les crises futures de l'ère des changements climatiques et de l'anthropocène, et quelles en sont les limites.

La Covid-19, comme d'autres pandémies ayant émergé depuis une quarantaine d'années, est survenue au contact de populations animales contre lesquelles nous ne sommes pas immunisées. Ces contacts inopinés ont été intensifiés du fait de la déforestation et de l'exploitation intensive de notre planète.

On estime aujourd'hui que 60 % des virus ayant émergé depuis un demi-siècle sont d'origine animale, comme le VIH, Ebola, Zika, ou ce fameux SARS-COV-2.

Mais ce qui caractérise ce dernier, c'est la vitesse incroyable avec laquelle il est parvenu à peupler la planète entière.

Suivant les flux maritimes, aériens et terrestres de la mondialisation des échanges humains et commerciaux, le virus s'est propagé partout, des confins de la Chine aux plus grandes mégapoles européennes ou américaines en quelques semaines seulement.

Personne n'avait anticipé réellement ce phénomène. Le néolibéralisme, mesurant les problématiques à l'aune du rapport coût/bénéfice, n'a pu anticiper ce type d'événements rares et dangereux, que Nassim Nicholas Taleb décrit comme la « théorie du Cygne noir », c'est-à-dire comme l'absence de capacité pour les systèmes, notamment financiers, d'anticiper des risques quasi nuls à l'échelle statistique, mais qui, lorsqu'ils adviennent, bouleversent l'ordre des choses.

Le secteur ayant le moins anticipé cet « événement cygne noir » n'est autre que le secteur pharmaceutique mondial. Ce secteur semble préférer la recherche appliquée sur les maladies pour maximiser les profits à court terme.

Pourtant très largement subventionné par l'argent du contribuable, l'industrie pharmaceutique aurait dû maintenir des niveaux d'investissement élevés dans la recherche fondamentale et dans la recherche de maladies rares, afin de maintenir une veille sanitaire à l'échelle de notre planète.

Du fait du court-termisme de cette industrie et de la négligence des responsables politiques, les peuples ont finalement découvert que malgré deux pandémies de coronavirus en vingt ans (SRAS en 2002, MERS en 2012), aucune recherche n'avait été maintenue sur ce type de virus, et que nos connaissances sur le sujet étaient nulles.

Pire, s'entêtant à lire les événements avec une grille néolibérale, les dirigeants du monde entier ont multiplié, dès l'apparition de la pandémie de Covid-19, les subventions publiques sans contreparties au secteur privé de la santé afin de terrasser ce virus.

Les contribuables paient donc trois fois l'inconséquence des pouvoirs publics et du secteur pharmaceutique : 1° ils paient les subventions pour les entreprises pharmaceutiques, 2° puis ils paient l'achat des médicaments pour se soigner, et 3° ils paieront demain pour rembourser la dette contractée pour mettre en place tout cela.

Mais seuls les contribuables du Nord pourront se permettre de payer trois fois un même service. Ceux des pays les plus pauvres n'auront pas ce luxe.

La crise sanitaire contribue donc à renforcer les inégalités sanitaires internationales.

Pourtant, cette crise aurait pu être l'occasion pour la France et l'Union européenne de lutter pour obtenir des brevets de vaccins sans propriété intellectuelle, des « biens communs mondiaux », permettant de multiplier les lieux

de production, de massifier la production en diminuant les coûts et donc les prix d'achat, et d'engendrer un approvisionnement planétaire efficace.

Pourtant, rien de tout cela n'a été fait.

Les députés communistes dénoncent très fermement le manque d'ambition de la France et de l'Union européenne dans le cadre de la solidarité sanitaire internationale.

L'exécutif français, par exemple, s'est engagé à donner au « Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme » entre 2020 et 2022 1,2 milliard d'euros, soit 432 millions d'euros par an, mais il manquait 125 millions d'euros pour notre contribution de 2020, et il manquera 119 millions pour celle de 2021, alors même que ce fonds aurait besoin de 5 milliards d'euros supplémentaires par rapport à ses financements traditionnels pour faire face à la Covid-19.

La France a également annoncé une contribution financière pour l'initiative « ACT-A » visant à partager des outils pour accélérer la lutte contre la Covid-19 à l'échelle mondiale. À son échelle, elle n'a mis que 150 millions d'euros sur les 510 promis. Et à l'échelle internationale, sur les 38 milliards d'euros nécessaires pour faire fonctionner à plein cette initiative ô combien louable, seuls 5 milliards sont sur la table !

Pire, les pays riches et les multinationales du secteur de la santé ont bloqué toutes les initiatives visant à partager les résultats des recherches vaccinales, ou permettant un accès facilité aux brevets.

L'Union européenne a contribué à bloquer des négociations au sein de l'Organisation mondiale du commerce qui consistaient à mettre en place une exception à l'accord sur les « aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce », afin que les vaccins contre la Covid-19 ne soient pas impactés par ces accords de défense de la propriété intellectuelle.

La pandémie va donc enrichir les laboratoires privés et endetter les États qui les subventionnent, alors même que les apôtres des critères de Maastricht n'ont pas modifié leur vision de l'endettement.

Car l'Union européenne a beau avoir créé les conditions pour un endettement commun et pour un plan de relance commun de 750 milliards d'euros, chacune de ces avancées va être compensée par des reculs difficiles à avaler pour les peuples : la dette contractée par l'Union européenne sera prise en contrepartie de lourdes réformes imposées par Bruxelles aux États. En France, les responsables politiques ont déjà indiqué que les réformes des retraites ou du chômage seront remises à l'ordre du jour, et que la dette devra être remboursée en totalité par les États membres.

Pourtant, les discussions sur la mise en place de ressources propres à l'Union n'avancent pas : aucune proposition de taxation de produits aux frontières de l'Union européenne, aucune proposition pour une taxe sur les transactions financières à l'échelle de l'UE, aucune taxe crédible sur les géants du numérique à l'horizon, et des accords de libre-échange qui suppriment les droits de douane négociés à tour de bras.

L'Union européenne ne pourra pourtant plus continuer comme cela, l'acceptabilité de ces méthodes est devenue très limitée dans les populations.

Sans compter le fait que les critères de convergence européens ont imposé aux États des réductions de dépense publique. Depuis trente ans, en France, la casse de l'hôpital public est organisée avec des conséquences que l'on paie aujourd'hui.

Pourtant, les gestionnaires économiques de l'Union européenne, au premier rang desquelles la Banque centrale européenne, font comme si de rien n'était, et postulent encore que le remboursement de la dette devait être l'alpha et l'oméga de toute politique publique.

Nous voyons aujourd'hui où cela nous mène : il est impossible de mettre en œuvre des politiques publiques ambitieuses pour aborder les défis du XXI^e siècle avec ces carcans budgétaires.

Pourtant, à l'occasion de la lutte contre la pandémie, les États se sont endettés massivement pour respecter la doctrine néolibérale qui consiste à faire du secteur public l'investisseur en dernier recours, et le soutien inconditionnel du secteur privé.

Mais l'ampleur des plans de relance au niveau mondial, qui, cumulés dépassent plusieurs dizaines de milliers de milliards de dollars, a créé un paradoxe politique qui risque de peser durablement sur la théorie néolibérale : les peuples ont pu constater que lorsqu'une volonté politique existait, les contraintes budgétaires qu'on nous a toujours présentées comme vitales pour nos économies ont été reléguées du jour au lendemain au second plan.

Les mouvements sociaux se sont emparés de cette faille théorique et réclament désormais la mobilisation de sommes similaires pour amorcer la transition écologique et sociale.

Les leçons tirées par les États au niveau international seront donc très importantes. Les questions du règlement des dettes et de leur légitimité seront les prochaines batailles menées entre les peuples et les dirigeants.

Car si les États ont sauvé le capitalisme comme en 2008, les peuples connaissent désormais la stratégie qui a consisté à faire renflouer les banques par les finances publiques, puis à faire payer les peuples le remboursement des dettes contractées à cette occasion.

Le remboursement des montants colossaux dédiés au sauvetage d'un système économique dévastateur pour les humains et la planète n'est plus acceptable, et la crise économique de 2020 met en tension cette difficulté.

Les peuples ne vont pas accepter de subir à nouveau les dégâts de l'austérité sur leurs services publics, sur les salaires des fonctionnaires, et sur les niveaux de vie.

Le monde est désormais à un carrefour qui va consister ou bien à changer radicalement d'organisation, ou bien à obliger les États à mener une politique de plus en plus sécuritaire afin de faire accepter des choix politiques extrêmement impopulaires.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa séance du mercredi 16 décembre 2020 matin, la commission examine le présent rapport.

Mme Isabelle Rauch, présidente. Notre ordre du jour appelle à présent à délibérer sur le rapport d'information présenté par notre présidente Marielle de Sarnez sur les dimensions européenne et internationale de la crise liée à la pandémie de la Covid-19, en vue de son autorisation de publication.

Ce rapport, qui a nécessité un travail très important, est l'aboutissement de plusieurs mois d'investissement. En notre nom à tous, je remercie notre présidente d'avoir dès le mois de mars pris l'initiative d'assurer un suivi régulier de la crise sanitaire, en organisant des dizaines d'auditions afin de recueillir l'analyse de nombreux interlocuteurs, en adressant de nombreux questionnaires aux organismes internationaux et aux institutions européennes, et en mettant en place trois groupes de travail thématiques sur l'action extérieure de la France. Les travaux de ces groupes, les très nombreuses auditions, et les réponses aux questionnaires, ont permis de nourrir ce rapport. La présidente Marielle de Sarnez a en outre invité les groupes politiques qui le souhaitent à déposer une contribution écrite à son rapport.

Notre présidente dont vous savez les problèmes de santé, regrette de ne pouvoir être présente parmi nous pour présenter son rapport. À ce titre, en mon nom et en votre nom chers collègues, je tiens à lui apporter tout notre soutien et je mesure notamment ce matin l'importance et parfois la difficulté de présider notre belle et exigeante commission. Notre présidente Marielle de Sarnez tient à remercier tous les membres de la commission pour leur implication et leur engagement dans ce qui a d'abord été un travail collectif. L'ensemble des personnalités et institutions sollicitées doivent aussi être remerciées pour la qualité de leurs contributions. Enfin, elle souhaite remercier l'ensemble du secrétariat de la commission des affaires étrangères.

Ce rapport part d'un constat : celui de la grande diversité des réponses apportées par les États à un phénomène global, qui a touché tous les continents. Mais pour lequel la très grande majorité des pays n'étaient pas préparés. Dès le départ, notre rapporteure, Marielle de Sarnez, a été convaincue de la nécessité, pour sortir mieux armés de cette crise, d'effectuer un retour d'expérience pour identifier nos forces et nos faiblesses. C'est ce qu'un État comme la Corée du Sud, qui s'est jusqu'à présent distinguée pour sa gestion de l'épidémie de la Covid-19, a su faire après la crise du MERS en 2015 : les autorités avaient rencontré de nombreuses difficultés face à cette crise, et elles ont su en tirer les leçons.

Ce retour d'expérience, présenté dans le rapport sous la forme d'un comparatif entre une dizaine de pays, dont la France, doit aussi nous permettre de favoriser les échanges de bonnes pratiques entre États. Face à cette crise inédite, aux dimensions planétaires, c'est une nécessité absolue que votre rapporteure a plusieurs fois rappelée lors de nos auditions.

S'il apparaît difficile et peu pertinent d'identifier une stratégie unique qui aurait pu fonctionner partout à l'identique, certaines constantes peuvent cependant être mises en avant, avec toute la prudence nécessaire. Ainsi la réactivité des autorités, leur capacité à maintenir un lien de confiance avec les populations, ou encore l'association, le plus tôt possible, de tous les acteurs susceptibles d'être mobilisés face à la crise, semblent avoir été des atouts de taille.

Tous les États touchés ont dû faire face aux conséquences d'une crise qui a rapidement dépassé le seul domaine sanitaire. La portée sociale, économique, psychologique aussi, de la pandémie, ne doit en rien être sous-estimée. Le présent rapport s'est ainsi efforcé de prendre la mesure de cette crise inédite, qui a été particulièrement brutale pour les populations et les groupes qui comptaient déjà parmi les plus vulnérables.

La pandémie a mis à l'épreuve la coopération européenne et internationale. Elle a posé à l'Union européenne la question de sa vocation. L'Union européenne, dont les États membres ont été touchés de façon rapprochée par la pandémie, a d'abord eu des difficultés à apporter une réponse coordonnée à cette crise et à organiser une solidarité entre les États. Une réponse européenne s'est progressivement mise en place, mais de nombreux défis restent devant nous. Parmi eux, la relance économique et la construction d'une véritable autonomie stratégique européenne, dont la crise a fait une priorité.

La pandémie a eu des conséquences sur les équilibres géopolitiques mondiaux. Elle a contribué à accélérer certaines tendances favorables à un renforcement du poids de l'Asie, comme elle a pu amplifier la rivalité sino-américaine. Dans ce contexte, l'Union européenne sera appelée à s'affirmer, afin de proposer une troisième voie sur la scène internationale.

La pandémie a souligné les limites du multilatéralisme tel que nous le connaissons depuis des années. Là aussi, les retours d'expérience seront nécessaires pour tirer toutes les leçons de cette crise et proposer de nouvelles formes de coopération. Ils ont déjà pour partie commencé : ainsi l'Organisation mondiale de la santé fait l'objet depuis le mois de juillet d'une évaluation indépendante, préalable indispensable à toute réforme. De façon générale, toutes les leçons devront être tirées pour donner une perspective nouvelle à la gouvernance sanitaire mondiale. C'est aussi le multilatéralisme dans son ensemble qui devra se réinventer. L'expérience de la crise nous invite à recherche de nouvelles méthodes, plus souples, associant acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, autour de nouvelles priorités, telle la préservation des biens

publics mondiaux. De façon plus générale, la crise nous impose la mise en œuvre de solidarités nouvelles.

En matière de coopération internationale, la France a fait preuve d'un engagement diplomatique qui doit être poursuivi. La France a ainsi joué un rôle moteur dans le lancement de l'initiative « ACT-A » qui vise notamment à accélérer le développement et l'accès à un vaccin contre la Covid-19.

Notre commission a suivi avec attention l'action du ministère de l'Europe et des affaires étrangères depuis le début de la crise, et a formulé de nombreuses propositions afin d'accompagner les adaptations et changements nécessaires au vu des conséquences de la crise sur notre action extérieure. Les conséquences de la pandémie étant encore pour partie devant nous, ce suivi a vocation à se poursuivre. Le travail initié par notre commission en mars trouvera de nombreux prolongements dans les mois à venir sur des sujets aussi variés que l'avenir de notre aide publique au développement ou la construction de l'autonomie stratégique de l'Europe.

Je remercie une nouvelle fois Marielle de Sarnez de ce rapport et lui adresse, en votre nom, nos vœux les plus chers.

À présent, je vais donner la parole à un représentant de chaque groupe politique puis à tous les députés qui souhaiteront s'exprimer sur ce rapport.

M. Jean François Mbaye. Madame la présidente, je me joins aux propos exprimés pour saluer notre présidente de commission Marielle de Sarnez. Que la chaleur de nos propos lui dise combien nous avons hâte de la retrouver parmi nous.

Chère Marielle, nous te remercions pour cet excellent rapport. Tu nous invites à faire preuve de vérité et d'optimisme. À la lecture de ce rapport, quelques mots me sont venus spontanément à l'esprit : « quand je me regarde, je me déssole, quand je me compare, je me console. » En effet, comme je le disais, il s'agit d'une invitation à la vérité et à l'optimisme.

Ce rapport dessine un état des lieux de la pandémie à l'échelle internationale qui montre avec clarté, que si la pandémie de la covid-19 est bien mondiale, il existe une diversité de réponses qu'il convient d'étudier.

Le rapport de la présidente établit avec force arguments que l'expérience dans la gestion de crise sanitaire a été l'un des éléments déterminants dans la réponse à la première vague partout dans le monde. Nous partageons cette analyse. La référence aux facteurs culturels dans la gestion de la crise est également un point dont nous saluons la présence et qui, jusqu'ici, avait été insuffisamment étudié par les parlementaires.

Madame la rapporteure, nous tenons à saluer votre analyse sur la société de confiance, à l'instar de l'exemple suédois que vous avez développé, et les

stratégies non contraignantes à l'instar de celle mise en place par le Japon. Les réflexions que vous partagez interrogent notre modèle de réponse, en ce qu'il a pu constituer un défi pour la préservation de l'État de droit.

Face à la situation sanitaire exceptionnelle, les États européens, dont la France, ont adopté des mesures exceptionnelles. Quel que soit le nom donné par les États à ces « états d'urgence », ils impliquent de manière importante, et différente, une restriction de l'État de droit et des libertés individuelles.

Qu'il s'agisse de la liberté de circulation, des droits à la vie de famille, de la protection des données personnelles, les nombreuses restrictions mises en œuvre ont porté atteinte aux droits et libertés fondamentales, c'est un fait. Sur ce point, le groupe La République en Marche a souhaité apporter une contribution spécifique afin de poursuivre la réflexion que vous dessinez en la matière.

Dans votre rapport, vous soulignez le rôle du multilatéralisme. Nous avons également souhaité poursuivre les pistes que vous empruntez en proposant une réflexion portant sur la réforme de l'architecture du système de santé mondiale à l'aune de la pandémie. Vous le dites et nous partageons cette analyse, la France se doit d'être à l'avant-garde en la matière. Dans cette nouvelle configuration, l'Organisation mondiale de la santé est appelée à jouer un rôle capital, sous réserve qu'elle tire préalablement les enseignements de la crise sanitaire liée à la pandémie de la covid-19, et particulièrement des conséquences organisationnelles et politiques constatées ces derniers mois.

Votre rapport souligne l'engagement de la France auprès de ses ressortissants bloqués à l'étranger. Cette action fut inédite, remarquable et insuffisamment saluée. De fait, profitons de cette occasion pour saluer l'ensemble de notre réseau diplomatique.

Nous partageons enfin votre analyse sur l'importance de la mobilisation des pouvoirs publics et des acteurs concernés par le secteur de l'export, qui ont pris dès la fin du mois de mars des mesures fortes destinées à soutenir les entreprises exportatrices. Sur ce point également le groupe LaREM apportera une contribution à votre rapport.

Madame la présidente, au nom de l'ensemble de mes collègues du groupe La République en Marche, je tiens à vous remercier et vous féliciter pour ce rapport. Avec sa publication, notre commission met un point d'orgue aux travaux menés en cette année si particulière. Aussi est-ce avec joie que notre groupe approuvera sa publication.

M. Michel Fanget. Nous discutons aujourd'hui d'un rapport d'information présenté par notre présidente de commission Madame Marielle de Sarnez - que je salue bien sûr comme tous à cette occasion - et qui revient de manière très détaillée sur les premiers mois de la crise que nous traversons. Nous saluons l'ampleur du travail qui a été entrepris à l'initiative de la présidente, qui a mobilisé tous les membres de la commission des affaires étrangères ainsi que les membres

de son secrétariat. Il dresse un panorama complet fidèle et factuel de l'évolution de la situation sanitaire, de ses répercussions économiques et sociales, et des réponses que les gouvernements ont apportées. Je tiens à saluer le ton de ce rapport, qui tout en étant le plus exhaustif possible, ne cache rien des difficultés, des manques, des erreurs que nous avons connus devant cette épidémie, pour en faire au contraire des éléments de réflexion et de résilience et en tirer des leçons pour l'avenir.

Ce rapport d'information embrasse tous les aspects la crise intérieure, européenne, mondiale, économique, et parfois même sociale, dressant un tableau comparatif des réponses apportées par les différents États. Nous apprenons notamment que la même réponse d'un pays à un autre ne produit pas toujours les mêmes effets selon la population, l'organisation de l'État ; tout ceci est riche d'enseignements. Pour notre part, nous considérons que l'un des enseignements majeurs de cette crise est à l'évidence le besoin de solidarité qui existe à bien des égards et qui doit se renforcer entre les États membres de l'Union Européenne.

La pandémie a démontré que nous étions interdépendants les uns des autres, et combien nos réponses devaient se coordonner. Mon collègue Sylvain Waserman pointe cet état de fait dans la contribution qu'il a rédigée et qui nous enjoint à développer des réponses européennes à la crise. Malgré les retards de la réponse européenne dont nous pouvons tous témoigner, nous devons souligner et nous satisfaire de son ampleur. Grâce à ce rapport, nous voyons désormais plus clairement l'enchaînement des événements depuis janvier 2020. Il nous revient d'en tirer des leçons pour l'avenir en nous appuyant sur nos forces et en travaillant nos faiblesses bien réelles.

Le groupe du Mouvement démocrate et Démocrates apparentés soutiendra bien évidemment la publication de ce rapport.

M. Alain David. Merci pour cette présentation d'un rapport de longue haleine, qui a mobilisé notre commission au cours des derniers mois par de très nombreuses et instructives auditions.

Merci madame la présidente de nous avoir emmenés sur les chemins de l'excellence. Je parle de votre rapport, madame la présidente, qui permet d'explorer la façon dont le virus de la covid-19 a touché les divers pays étudiés et la façon dont ces pays y ont répliqué. Ce travail nous montre la complexité de la tâche et nous permet d'en tirer un certain nombre d'enseignements. Je vous saurai gré, madame la présidente, d'avoir permis aux groupes politiques de pouvoir verser leurs contributions à votre rapport, et je me permettrai quelques mentions de la contribution du groupe des députés Socialistes et apparentés.

Nous voyons d'un bon œil un certain nombre de recommandations portées par le rapport au plan national et proposées par la mission d'information dédiée à la gestion de l'épidémie, mais nous pensons que le niveau européen a une responsabilité particulière dans la gestion de la crise sanitaire. Il est heureux que la

commission ait prévu la préparation de plans d'urgence harmonisés. L'un des enseignements de la crise sanitaire est la nécessité de devenir moins naïf vis-à-vis de nos entreprises stratégiques. Le groupe Socialiste avait proposé le 7 avril dernier une proposition de loi visant à étendre le régime d'autorisation préalable, pour faire en sorte que tout rachat d'entreprise stratégique par des investisseurs étrangers soit validé par le ministre chargé de l'économie. Que pensez-vous, madame la présidente, de cette piste ?

Mme Isabelle Rauch, présidente. Je laisserai la présidente vous répondre par courrier car ce matin est un peu particulier, nous ne pouvons pas avoir de réponse immédiate.

Mme Aina Kuric. Je me joins évidemment à mes collègues pour saluer le travail de notre présidente madame Marielle de Sarnez. La pandémie de la covid-19 marquera indéniablement le XXI^e siècle, en accélérant les tensions déjà présentes un peu partout dans le monde. À la crise sanitaire, sont venues s'aggraver des tensions économiques, sécuritaires et géopolitiques. Très vite, la commission des affaires étrangères a pris la mesure de l'exceptionnalité d'un contexte qui a vu se confiner les trois quarts de la population mondiale, en mettant en place un groupe de travail sur les réseaux diplomatiques, consulaires et culturels, un deuxième sur l'aide publique au développement et l'action humanitaire et un troisième sur l'action économique extérieure de notre pays. Elle a ainsi auditionné plus d'une centaine de diplomates français et internationaux, de chefs d'entreprises, de responsables d'organisations internationales ou non gouvernementales, d'intellectuels, de directeurs d'opérateurs publics ou encore d'associations représentant les Français vivant à l'étranger.

Au demeurant cette crise aura permis de mettre en lumière, la capacité d'adaptation des réseaux consulaire et diplomatique de notre pays, qui contrairement à d'autres pays n'a fermé aucun poste à l'étranger pendant le confinement et aura été sur tous les fronts, soit pour permettre le retour en France de plus de 370 000 de nos compatriotes bloqués du jour au lendemain à l'étranger, soit pour porter assistance aux communautés françaises expatriées. Alors, que le budget du Quai d'Orsay était en baisse constante jusqu'à « être à l'os » selon les mots de son ministre, Jean-Yves Le Drian, ce dernier est enfin stabilisé pour l'exercice 2021. Toutefois, une réflexion sur la gestion des ressources humaines qui intégrerait une plus grande diversité des parcours et des compétences dans les processus de recrutement dans les ambassades et au Département permettrait de répondre au plus près aux enjeux nouveaux de notre diplomatie. Il importe pour cela de concrétiser les nombreuses recommandations préconisées dans le rapport, par un strict suivi, pour qu'elles ne restent pas lettres mortes.

En effet, les défis qui attendent le monde post-covid sont nombreux et encore insaisissables. La crise sanitaire se combine à l'amplification des effets des dérèglements climatiques (pénuries agricoles, réduction des importations, tensions alimentaires, etc.) ainsi qu'à des déstabilisations politiques aggravées par ces situations de « poly-crisis ». Plusieurs États pourraient profiter de la situation

d'instabilité mondiale et du repli des gouvernements occidentaux sur leur environnement proche, pour étendre leurs zones d'influence.

De fait, les enjeux susceptibles de voir leur importance grandir en post-crise sont essentiellement écologiques, amenant à repenser la production et l'utilisation des énergies, du secteur agro-alimentaire, du développement durable et de la mondialisation. Cela passera très probablement par des avancées scientifiques et surtout technologiques. En ce sens, l'Union européenne, qui pourrait connaître des difficultés durant cette crise, aurait un intérêt certain à donner une plus forte impulsion encore dans ces domaines de pointe qui puissent lui permettre alors de développer ses ambitions géopolitiques, stratégiques et son influence scientifique ou technologique. Ici, il est question de compétitivité internationale en matière de système de santé. Quel gouvernement sera à même d'investir les plus grosses sommes dans la gestion de la crise et quel pays aura démontré sa capacité d'adaptation face au virus ?

Par ailleurs, la diversité des situations sanitaires pourrait entraîner un phénomène de « stop and go » où pays et régions mondiales pourraient fermer à intervalles irréguliers leurs frontières. Le « passeport d'immunité » pourrait devenir prochainement la norme pour pouvoir voyager avec toutes les conséquences que cela aura sur l'industrie du tourisme et du voyage d'affaire. De fait, la capacité d'un pays à gérer la pandémie est un enjeu international. Chaque pays souhaite en effet non seulement sortir de cette crise le moins affaibli possible, mais également se positionner comme figure de proue de la lutte contre le virus par une « diplomatie du masque » ou une « diplomatie du vaccin ». La solution tant attendue viendra-t-elle des campagnes de vaccinations annoncées ?

172 pays ont signé et participent au « Mécanisme pour un accès mondial au vaccin » dont 80 pays parmi les plus riches qui envisagent de participer au financement de l'accès coordonné par l'Alliance du vaccin (GAVI) et 92 à revenu faible ou intermédiaire qui remplissent les conditions pour bénéficier du système. Dans ce contexte, l'OMS fixe l'horizon d'une sortie de crise mondiale à la fin 2022, selon les scénarios les plus optimistes. C'est pour répondre à ces défis que notre Groupe a fait voter le 26 novembre dernier une proposition de résolution visant un accès universel, rapide et équitable du vaccin contre la Covid-19. C'est également tout le sens de notre proposition de résolution votée le même jour, relative à l'évolution de la Constitution afin de permettre l'intégration des Objectifs de Développement Durable dans le processus législatif.

Le Groupe Agir Ensemble remercie ainsi la Présidente de la commission des affaires étrangères pour la qualité de ce rapport d'information sur les dimensions européenne et internationale de la crise liée à la pandémie de covid-19, en approuve bien entendu la publication et formule le souhait qu'il puisse servir de base de travail concrète pour la diplomatie française dans toutes ses dimensions.

M. Jean-Paul Lecoq. Je pense que le travail qui a été fait par Marielle de Sarnez et toute son équipe est un travail de référence pour notre commission des

affaires étrangères, sur sa capacité à produire de l'utile, et je crois qu'on en est là avec ce rapport. Bien des commissions et bien des institutions de notre pays devraient en être destinataires, de manière à avoir un regard global sur l'ensemble de cette question. Alors que beaucoup d'institutions de notre pays avaient le nez dans le guidon pour gérer la crise, ce rapport nous invite, lui, à prendre de la hauteur et à regarder toute l'Europe, toute la planète, et à mesurer les exemples d'une part qui ont valorisé les libertés et ceux, d'autre part, qui ont valorisé la priorité sanitaire au détriment des libertés.

Sur ces questions, la contribution que notre groupe a souhaité faire consiste d'abord à montrer que la question sanitaire va s'inviter dans notre avenir, à l'instar de la question climatique. L'évolution de nos sociétés va faire en sorte que des virus vont se balader de plus en plus. Si on invite de plus en plus les gens à la responsabilité plutôt que de les infantiliser, il va falloir intégrer dans nos processus éducatifs cette dimension sanitaire dès le plus jeune âge, de la même manière que l'on progresse sur la question écologique. L'éducation doit permettre d'être informé des risques : des risques environnementaux par exemple, et l'on voit bien qu'au Japon la société est informée et préparée aux risques de tremblement de terre, pour autant ce n'est pas pour cela que l'on ne va pas au Japon. Mais on est éduqué et informé pour limiter les conséquences. Je pense qu'il faut qu'on soit sur cette dimension-là.

Le multilatéralisme est bien malade. Si c'est ça l'avenir du multilatéralisme, il faut que chacun reste dans ses frontières et qu'on vive avec son voisin tant bien que mal. Les règles du jeu doivent être respectées par tous. Je ne sais pas si ça s'appelle réinventer, mais ça pose une vraie question. En matière d'éducation dans nos écoles, on ne parle pas beaucoup non plus du multilatéralisme, notre commission devrait inviter à ce que des choses comme celles-là figurent dans les programmes éducatifs.

Ce rapport a aussi la richesse de montrer le rôle du service public, et notamment celui du Quai d'Orsay. Grâce à ces services publics-là, la France est présente dans tous les pays du monde et peut accompagner nos concitoyens partout. On ne fait pas d'économies sur ces services-là ; à un moment donné, il faut arrêter. De même, on ne peut faire des économies en matière européenne. Pendant longtemps, les critères de Maastricht étaient financiers. S'il y a eu des difficultés à déclencher l'aide financière, c'est parce que ceux qui dirigeaient l'Europe étaient corsetés par ces critères ; il a fallu que la puissance politique y mette un terme. Il ne faudra pas que ces critères se réinvitent dans les discussions européennes lorsque l'on parlera de vaccin, et que derrière on en arrive encore à fermer des lits dans les hôpitaux. Il faut qu'on dise qu'on veut tirer les conséquences de cette affaire, avoir des brigades de sécurité civile dans toutes les villes et villages, réinventer la solidarité sanitaire, et là encore, il y a toute une dimension éducative. On pense que ce rapport va contribuer de manière efficace à la contribution de nouveaux espaces éducatifs.

Je voudrais saluer une nouvelle fois la pertinence de Marielle de Sarnez pour avoir considéré qu'il fallait laisser dans cette période un travail utile ; qu'elle en soit remerciée. C'est un travail remarquable. Mon groupe et moi-même lui souhaitons plein de bonnes choses pour l'avenir.

M. Christian Hutin. J'ai demandé à mon collaborateur de m'imprimer l'ensemble du rapport de Marielle, dans un élan pas très propice au développement durable. Ce rapport est remarquable. Je ne sais pas si sur cette législature il y aura un rapport aussi intelligent, aussi intègre. Nous avons quelques différences politiques, mais tout y est sur la covid, à l'heure d'aujourd'hui. J'admire la passion qu'elle a eue, l'enthousiasme qu'elle a eu, avec sa maladie, pour réussir à monter un rapport comme ça. J'avoue franchement que je l'ai lu du début à la fin ce week-end. Les 202 pages. Mais je ne suis pas le seul. Il y a encore des députés qui travaillent. Et c'est merveilleux, tout y est : international, culturel – les distanciations sociales qu'il peut y avoir dans les pays – culturel, avec les possibilités de se rassembler dans des lieux religieux. Tout y est ; le nombre de lits qui existent en réanimation à Gaza est dans le rapport. Je n'ai rien contre la commission d'enquête, qui peut être à charge, mais ce rapport est honnête, il dit clairement, comme l'a dit Jean-Yves Le Drian dans nos auditions, que l'on n'était pas prêts, qu'il y avait des choses qui manquaient. Ce rapport est d'une honnêteté absolue. Les différences qu'il peut y avoir avec mes sensibilités politiques sont peut-être de l'ordre de l'Europe, avec l'europhisme qui n'est pas le mien, car je ne crois pas à la souveraineté européenne.

M. Alain David. Moi, j'y crois.

M. Christian Hutin. Oui mais moi je suis chevènementiste. Le temps nous donnera raison, nous aurons raison dans les siècles qui viennent.

Par contre, Marielle de Sarnez, que j'ai avec beaucoup d'amitié eue au téléphone aujourd'hui, dans ces circonstances difficiles, qui vont lui amener la possibilité d'être la plus heureuse du monde dans les années qui viennent ; le boulot qu'elle a fait malgré les difficultés..., je la trouve merveilleuse, et je tiens à dire que ce rapport mériterait d'être débattu dans l'hémicycle, peut-être même amélioré quand elle reviendra pour qu'on refasse l'histoire de ce qui va se passer dans les 3 ou 6 mois qui viennent. Mais ce rapport est d'une qualité exceptionnelle, je ne sais même pas comment elle a réussi à faire ça.

Certes, au regard du multilatéralisme et de l'Europe, je ne suis pas d'accord mais on peut en discuter, et on aime en discuter. Bravo, et qu'elle passe les plus belles fêtes de Noël possible, en se soignant.

Mme Isabelle Rauch, présidente. Bravo à elle, je suis heureuse et honorée d'avoir présenté ce rapport aujourd'hui, et de la confiance qu'elle m'accorde en cet instant.

M. Frédéric Petit. Je suis comme vous tous : j'ai dévoré ce rapport. Je crois que chaque partie amène quelque chose, je suis impressionné par la qualité

du travail que Marielle de Sarnez a fait, non seulement en termes de rédaction et de coordination, mais surtout en termes de stratégie d'écriture et de stratégie de travail. J'ai été impressionné de retrouver à certains endroits des choses qui nous avaient rassemblés au cœur de la pandémie, où on échangeait, où on avait six ou sept visioconférences par semaine, et tout d'un coup on trouve dans ce rapport l'intérêt d'avoir, par exemple, tenu une réunion sur la Tunisie qui est apparue importante sur un point de vue particulier. Cette mise en perspective est effectivement passionnante.

Je crois, pour reprendre ce que viennent de dire mes collègues plus à gauche, qu'il ne s'agit pas uniquement d'aller en hémicycle. Nous avons l'occasion de montrer, surtout dans cette période où nos concitoyens ont tendance à se taper dessus avant de discuter, ce que fait le Parlement. Il ne s'agit pas d'un rapport d'une députée, mais d'un travail d'une commission, qui a été permis par tout ce qui a été fait pendant trois ans. Si nous n'avions pas été dans cette ambiance, aussi due à notre présidente, je ne crois pas que nous aurions été capables de faire ce travail et de le présenter de cette manière aujourd'hui.

Ce document doit venir calmer les sites où on se dispute encore. C'est un document qui doit sortir du Parlement, dire à la société française que nous avons un Parlement capable d'apporter quelque chose au débat, dans la société. Au lieu de continuer à travailler sur ces cacophonies citoyennes, on peut montrer que quand on donne les moyens au Parlement et que les députés font leur travail, il y a des choses qui marchent et qui sont utiles à tout le monde. Il y a beaucoup de débats un peu stupides, qui auraient pu être calmés si on avait pris ce léger recul. Ce n'est pas quelque chose qui va nous mettre tous d'accord, c'est vrai qu'il y a des différences qui existent, mais elles sont maîtrisées. Elles sont exactement là où le débat citoyen du XXI^e siècle a besoin de les mettre. On devrait non seulement réfléchir à aller dans l'hémicycle, mais aussi montrer que le travail fait au sein du Parlement n'est pas enfermé dans une bulle et qu'il permet d'exprimer de manière médiée les conflits normaux qui traversent la société française. Voilà le message que je voulais faire passer, je salue Marielle de Sarnez et vous salue tous.

M. Jean-Louis Bourlanges. Effectivement ça fait un peu « Modem sur Modem », sur un rapport initié par une présidente Modem, mais n'y voyez pas une démarche impérialiste de notre part, nous communions dans l'unité de cette commission.

J'ai quatre remarques. Premièrement, ce rapport, qui a été rédigé avec une autorité précise et ferme par quelqu'un qui était absente de nos travaux pour raisons de santé, est en vérité l'expression de tout ce qu'a été sa présidence de la commission des affaires étrangères. Ce rapport n'aurait pu être ni rédigé, ni accueilli dans les conditions où il l'a été s'il ne régnait pas au sein de notre commission une atmosphère de compréhension mutuelle, de coopération, qui n'exclut pas les oppositions politiques. Nous exprimons nos différents messages dans une volonté de convergence intellectuelle, de réflexion commune et de respect mutuel qui porte les travaux de la commission depuis que Marielle de

Sarnez la préside, et baigne complètement ce rapport. Ce rapport, c'est le rapport de la présidente, de toute la commission, et du rapport entre la présidente et la commission.

Deuxièmement, je crois que ça nous guérit d'un grand défaut. Ce rapport nous prémunit contre un risque qu'on voit tous les jours, la tentation paranoïaque, ou de culpabilisation. On passe notre vie à faire des procès d'intention, à nous accuser les uns les autres de ce que nous n'avons pas fait ou de ce que nous aurions pu faire. Quand on lit ce rapport, on voit la part de la fatalité dont tous les pays ont été frappés. Tous ont eu des difficultés à réagir, avec des armes différentes, des degrés d'expérience différents, des cultures différentes et des appareils administratifs inégalement performants. Nous avons tous nos défauts, nos limites, nous avons tous subi cette affaire et nous réagissons du mieux que nous pouvons avec nos faibles armes. Cette relativisation est tout à fait nécessaire si nous voulons aborder les étapes suivantes dans un climat de concorde.

Troisièmement, ce rapport distingue nettement deux choses, et donne deux coups d'éclairage ; il éclaire les responsabilités de nos États, des uns et des autres. En France, on voit nos défauts, ils tiennent aux défauts de l'État. Je ne suis pas pour préconiser le libéralisme ou l'antilibéralisme, mais l'État est ankylosé, il a du mal à réagir. Les deux grands défauts de l'État sont sa lenteur de réaction et son cloisonnement, l'État a du mal à créer des coopérations entre les acteurs publics et privés et les différents pans de l'action publique. Tout cela nous a profondément handicapés. Il y a une pathologie française à laquelle nous devons faire face sans ressusciter la querelle du libéralisme. On a besoin d'un mieux d'État.

Enfin, Marielle de Sarnez éclaire très profondément la dimension internationale du problème. En réalité, elle montre bien les défaillances du système multilatéral. Là où je me distinguerais de mon collègue Hutin, je crois que c'est l'insuffisance du multilatéralisme, et non pas son excès, dont nous souffrons. Il disait que le temps lui donnerait raison, mais comme disait Keynes, à long terme, nous sommes tous morts.

M. Christian Hutin. Merci à Jean-Louis qui est remarquable. Je l'ai trouvé remarquable aussi dans tout ce qu'il a pu dire sur Valéry Giscard d'Estaing. Il a été fin dans tout ce qu'il a dit.

Madame la présidente Rauch, vous présidez très bien cette commission en l'absence de Marielle de Sarnez. Je pense que si tous les groupes sont d'accord, ce ne serait pas illégitime que ce ne soit pas une fois le groupe GDR, une fois le groupe Socialistes, mais que ce soit peut-être même le groupe majoritaire ou le groupe Modem, qui dise que vu la qualité de ce rapport, on doit avoir une discussion dans l'hémicycle dessus. C'est la demande que je fais. Et si Marielle est d'accord, et quand elle sortira de sa maladie je pense dans quelques mois, ce sera elle qui défendra ce rapport, avec l'évolution que nous connaissons dans les mois qui viennent.

Mme Isabelle Rauch, présidente. Monsieur le vice-président, j'ai bien entendu cette suggestion que vous pourrez faire au prochain bureau. En attendant, je vais donc mettre aux voix l'autorisation de publication du rapport d'information sur les dimensions européenne et internationale de la crise liée à la pandémie de covid-19. Je pense qu'il est de notre devoir de propager ce rapport de très grande qualité.

La commission autorise, à l'unanimité, le dépôt du rapport d'information sur les dimensions européenne et internationale de la crise liée à la pandémie de covid-19 en vue de sa publication.

ANNEXE :
ÉTAT DES LIEUX DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LE MONDE

**PAYS COMPTANT LE PLUS DE CAS DÉCLARÉS DE COVID-19
AU 20 JUILLET 2020**

	Nombre de cas déclarés par pays au 20 juillet
1. États-Unis	3 773 260
2. Brésil	2 098 389
3. Inde	1 118 206
4. Russie	770 311
5. Afrique du Sud	364 328
6. Pérou	353 590
7. Mexique	344 224
8. Chili	330 930
9. Royaume-Uni	296 358
10. Iran	273 788
11. Pakistan	265 083
12. Espagne	260 255
13. Arabie Saoudite	250 920
14. Italie	244 434
15. Turquie	219 641
16. France	211 943
17. Bangladesh	204 525
18. Allemagne	202 931
19. Colombie	197 755
20. Argentine	126 755

**PAYS COMPTANT LE PLUS DE CAS DÉCLARÉS DE COVID-19
AU 1^{ER} DÉCEMBRE 2020**

	Nombre de cas déclarés par pays au 1^{er} décembre 2020
1. États-Unis	13 730 738
2. Inde	9 499 413
3. Brésil	6 386 787
4. Russie	2 327 105
5. France	2 275 429
6. Espagne	1 656 444
7. Royaume-Uni	1 647 230
8. Italie	1 620 901
9. Argentine	1 432 570
10. Colombie	1 324 792
11. Mexique	1 122 362
12. Allemagne	1 095 303
13. Pologne	1 013 747
14. Iran	989 572
15. Pérou	963 605
16. Afrique du Sud	792 299
17. Ukraine	778 560
18. Turquie	668 957
19. Belgique	579 212
20. Irak	554 767

Source : John Hopkins

<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

**PAYS COMPTANT LE PLUS DE DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19
AU 20 JUILLET 2020**

	Nombre de décès par pays au 20 juillet
1. États-Unis	140 534
2. Brésil	79 488
3. Royaume-Uni	45 385
4. Mexique	39 184
5. Italie	35 045
6. France	30 155
7. Espagne	28 420
8. Inde	27 497
9. Pérou	13 187
10. Russie	12 323
11. Belgique	9 800
12. Allemagne	9 093
13. Canada	8 896
14. Chili	8 503
15. Colombie	6 736
16. Pays-Bas	6 155
17. Suède	5 619
18. Pakistan	5 599
19. Turquie	5 491
20. Équateur	5 313

**PAYS COMPTANT LE PLUS DE DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19
AU 1^{ER} DÉCEMBRE 2020**

	Nombre de décès par pays au 1^{er} décembre 2020
1. États-Unis	270 728
2. Brésil	173 817
3. Inde	138 122
4. Mexique	106 765
5. Royaume Uni	59 148
6. Italie	56 361
7. France	52 821
8. Iran	48 990
9. Espagne	45 511
10. Russie	40 630
11. Argentine	38 928
12. Colombie	36 934
13. Pérou	35 966
14. Afrique du Sud	21 644
15. Pologne	18 208
16. Allemagne	17 312
17. Indonésie	17 199
18. Belgique	16 786
19. Chili	15 438
20. Turquie	13 936

Source : John Hopkins

<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

**PAYS COMPTANT LE PLUS DE DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19
POUR 1 MILLION D'HABITANTS AU 20 JUILLET 2020**

Classement des pays	Nombre de décès pour 1 million d'habitants au 20 juillet 2020
1. Belgique	858
2. Royaume-Uni	682,6
3. Espagne	608,3
4. Italie	579,9
5. Suède	551,8
6. Chili	454
7. France	450,2
8. États-Unis	429,5
9. Pérou	412,2
10. Brésil	379,5
11. Irlande	361,2
12. Pays-Bas	357,2
13. Équateur	311
14. Mexique	310,5
15. Panama	262,4
16. Canada	240,1
17. Suisse	231,2
18. Arménie	217,2
19. Macédoine du Nord	202,6
20. Moldavie	192,9

Source : John Hopkins et INED septembre 2019

(https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/211/569.population.societes.tous.pays.monde.2019.fr.pdf)

**PAYS COMPTANT LE PLUS DE DÉCÈS CAUSÉS PAR LA COVID-19
POUR 1 MILLION D'HABITANTS**

Classement des pays	Nombre de décès pour 1 million d'habitants au 1^{er} décembre 2020
1. Belgique	1 469
2. Pérou	1 124
3. Espagne	974
4. Italie	932
5. Royaume-Uni	899
6. Argentine	874
7. Mexique	846
8. Bosnie-Herzégovine	834
9. Brésil	829
10. États-Unis	828
11. Chili	824
12. Monténégro	809
13. République Tchèque	791
14. Équateur	790
15. Bolivie	789
16. France	781
17. Arménie	754
18. Slovaquie	748
19. Colombie	743
20. Panama	741

Source : (<https://Coronavirus.Politologue.Com/Million-Habitants/> 1^{er} décembre 2020)

**CLASSEMENT DE LA SURMORTALITÉ
OBSERVÉE PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19**

Classement des pays	Période considérée	Excès de décès	Nombre de décès du Covid-19
1. États-Unis	8 mars – 7 novembre	310 576	233 093
2. Mexique	29 mars – 26 septembre	191 284	76 227
3. Brésil	22 mars – 3 octobre	149 128	145 960
4. Russie	1 ^{er} avril – 30 septembre	131 529	20 705
5. Pérou	1 ^{er} avril – 30 septembre	76 878	32 433
6. Royaume-Uni	14 mars – 13 novembre	72 878	66 793
7. Espagne	4 mars – 17 novembre	64 709	41 431
8. Italie	26 février – 25 août	51 554	34 738
9. France	11 mars – 10 novembre	44 936	42 174
10. Afrique du Sud	15 avril – 17 novembre	38 229	20 406
11. Équateur	1 ^{er} mars – 30 septembre	34 067	11 355
12. Belgique	18 mars – 3 novembre	14 008	12 352
13. Chili	8 avril – 17 novembre	12 871	14 839
14. Pays-Bas	16 mars – 20 novembre	10 117	6 731
15. Portugal	25 mars – 24 novembre	9 489	4 023
16. Suède	18 mars – 10 novembre	6 431	6 239

**LA SURMORTALITÉ OBSERVÉE DANS SIX VILLES
PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19**

Classement des villes	Période considérée	Excès de décès	Nombre de décès du Covid-19
1. Mexico city	30 juin – 29 août	22 800	9 472
2. Lima	30 juin – 23 septembre	41 900	15 367
3. New York City	11 avril - 3 octobre	30 821	28 287
4. Madrid	31 mai – 16 septembre	16 200	10 403
5. Istanbul	25 mars – 10 novembre	8 808	5 830
6. Londres	19 septembre – 13 novembre	7 467	7 193

Source : *The Economist*, 1^{er} décembre 2020 <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/07/15/tracking-covid-19-excess-deaths-across-countries>

ANNEXE : CHRONOLOGIE ANALYTIQUE DE L'ACTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ AU PREMIER SEMESTRE 2020 ⁽¹⁾

I. ÉTAT DES LIEUX ET ALERTE SANITAIRE

Le **31 décembre 2019**, la Commission nationale de la santé de Wuhan publie, sur son site internet, une déclaration à propos de cas de « pneumonie virale » dans la ville. Le bureau national de l'OMS en Chine informe le point focal ⁽²⁾ du Règlement sanitaire international (RSI) du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental.

Le **1^{er} janvier 2020**, l'OMS demande aux autorités chinoises des explications à propos des cas de « pneumonie atypique » déclarés à Wuhan. Le même jour, dans le cadre de son dispositif d'intervention d'urgence, elle active son Équipe d'appui à la gestion des incidents (IMST) chargée de coordonner l'activité de tous les niveaux de l'OMS (siège, bureau régional et bureau national) en cas d'urgence sanitaire.

Le **2 janvier**, l'OMS informe ses partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) des cas de pneumonie en Chine. Ce réseau regroupe les principales agences de santé publique, des laboratoires, des agences de l'ONU et des ONG.

Le **3 janvier**, les autorités chinoises fournissent à l'OMS des informations relatives au groupe de cas de « pneumonie virale de cause inconnue » observée à Wuhan.

Le **4 janvier**, l'OMS annonce publiquement, *via* un tweet, qu'il existe des cas de pneumonie à Wuhan en Chine et précise qu'une enquête est en cours pour en déterminer la cause.

Le **5 janvier**, l'OMS communique des informations détaillées sur un groupe de cas de pneumonie d'étiologie inconnue via le Système d'information sur les événements du RSI, accessible à tous les États Membres. Elle publie également son premier *Bulletin d'information sur les flambées épidémiques* sur le sujet.

Le **9 janvier**, l'OMS indique que les autorités chinoises ont déterminé que l'épidémie est causée « *par un nouveau coronavirus* ».

Le **10 janvier**, le directeur général de l'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus s'entretient avec le directeur de la Commission sanitaire nationale de la République populaire de Chine. Le Groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS sur les risques infectieux tient sa première réunion relative au nouveau coronavirus.

(1) Réalisée sur la base des communiqués de presse de l'OMS.

(2) Le RSI institue une coopération internationale autour d'un réseau de points focaux nationaux placés au sein des autorités sanitaires, avec une obligation de notification internationale d'événements sanitaires graves ou inhabituels selon des procédures bien définies.

Le **13 janvier**, l'OMS annonce que « *le ministère thaïlandais de la santé publique notifie un cas confirmé en laboratoire du nouveau coronavirus importé de Wuhan, le premier cas enregistré en dehors de la République populaire de Chine* ».

Le **16 janvier**, le ministère japonais de la santé, du travail et des affaires sociales fait part à l'OMS d'un cas confirmé d'infection par le nouveau coronavirus chez une personne qui s'était rendue à Wuhan. Il s'agit là du deuxième cas confirmé détecté en dehors de la République populaire de Chine.

Le même jour, le Bureau régional OMS des Amériques lance la première alerte épidémiologique sur le nouveau coronavirus. L'alerte comprend des recommandations relatives aux voyages internationaux, aux mesures de lutte anti-infectieuse et au dépistage en laboratoire.

Le **17 janvier**, l'OMS met en place un groupe de travail pour l'analyse et la modélisation du nouveau coronavirus.

Le **24 janvier**, la France informe l'OMS de trois cas d'infection par le nouveau coronavirus, tous chez des personnes s'étant rendues à Wuhan. Il s'agit des premiers cas confirmés en Europe.

Le **25 janvier**, le directeur régional de l'OMS pour l'Europe fait une déclaration soulignant l'importance que revêt aux niveaux local et national la préparation à la détection des cas, aux tests et à la prise en charge clinique. L'OMS offre son premier cours de formation gratuit en ligne sur le nouveau coronavirus *via* sa plateforme d'apprentissage OpenWHO.

Le **29 janvier**, selon l'OMS, « *6 065 cas ont été confirmés, dont 5 997 en Chine (ce qui représente près de 99 % du total mondial), et la flambée a entraîné 132 décès, tous en Chine ; nos pensées vont aux familles des victimes. En dehors de la Chine, on ne compte que 68 cas confirmés dans 15 pays, soit 1 % du nombre total, et il n'y a eu aucun décès à déplorer.* » De plus, les Émirats arabes unis signalent les premiers cas dans la région OMS de la Méditerranée orientale.

Le **30 janvier**, l'OMS recense 98 cas et aucun décès dans 18 pays hors de la Chine.

Le **4 février**, le directeur général de l'OMS précise « *qu'il y a 20 471 cas confirmés en Chine, dont 425 décès. En dehors de la Chine, il y a 176 cas répartis dans 24 pays et un décès, aux Philippines.* »

Il souligne que « *99 % des cas se trouvent en Chine et que 97 % des décès sont survenus dans la province du Hubei. Il s'agit encore et avant tout d'une situation d'urgence pour la Chine.* »

Le **7 février 2020**, il existe 31 211 cas confirmés dont 637 décès en Chine et 270 cas dans 24 autres pays.

Le **11 février**, l'OMS annonce que la maladie provoquée par le nouveau coronavirus sera nommée COVID-19.

Le **12 février**, l'OMS relève des « *exemples préoccupants de transmission à partir de sujets qui ne s'étaient pas rendus en Chine (Royaume-Uni, France)* ». Il existe 44 730 cas en Chine dont 1 114 personnes décédées. On compte également 40 décès parmi les passagers du navire de croisière *Diamond Princess*.

Le **19 février**, l'OMS ne constate pas, hors de la Chine, de « *transmission locale durable, sauf dans des circonstances particulières comme celles du navire de croisière Diamond Princess* ». Cependant elle note au 23 février que l'augmentation des cas en Corée du Sud et Iran est « *préoccupante* ».

Le **23 février**, la Chine a notifié un total de 77 362 cas de COVID-19 et de 2 618 décès à l'OMS. Cette dernière se dit « *optimiste* » et note un déclin continu du nombre de cas en Chine. « *Les données de Chine semblent montrer une diminution du nombre de nouveaux cas. C'est une bonne nouvelle, mais il faut interpréter ces chiffres avec beaucoup de prudence. Il est bien trop tôt pour faire des prédictions sur cette flambée.* »

Le **25 février**, le premier cas d'infection au COVID-19 en Afrique est confirmé en Algérie.

Le **1^{er} mars**, la Chine notifie à l'OMS 206 cas de COVID-19, le chiffre le plus bas depuis le 22 janvier. Hors de Chine, on compte 8 739 cas de COVID-19 au total, dont 127 mortels dans 61 pays. L'OMS note qu'« *au cours des 24 dernières heures, il y a eu près de neuf fois plus de cas hors de Chine qu'en Chine.* »

Le **5 mars**, la COVID-19 représente à présent une « *menace aiguë* » selon l'OMS. On compte 95 265 cas de la COVID-19 notifiés dans le monde, dont 3 281 décès.

Le **9 mars**, le cap des 100 000 cas notifiés est franchi.

Le **11 mars**, l'OMS évalue la COVID-19 « *comme pouvant être caractérisée comme une pandémie* ».

Le **13 mars**, 132 000 cas de COVID-19 ont été notifiés dans 123 pays. L'Europe est à présent l'épicentre de l'épidémie.

Le **18 mars**, l'OMS annonce que plus de 200 000 cas de COVID-19 ont été notifiés et que plus de 8 000 personnes ont perdu la vie. Elle précise que « *80 % des cas proviennent de deux régions : le Pacifique occidental et l'Europe* ».

Le **19 mars**, elle annonce que « *pour la première fois, la Chine n'a notifié aucun cas autochtone* ».

Le **20 mars**, le nouveau bilan de l'OMS fait état de 210 000 cas et de plus de 9 000 décès.

Le **23 mars**, le directeur général de l'OMS annonce que « *plus de 300 000 cas de COVID-19 ont été notifiés, par la quasi-totalité des pays du monde* ». Elle précise que « *la pandémie s'accélère* » car « *il a fallu 67 jours pour atteindre les 100 000 cas, 11 jours pour atteindre les 200 000 cas et quatre jours seulement pour atteindre les 300 000 cas* ».

Le **26 mars**, l'OMS annonce l'accélération de la pandémie et précise que « *presque un demi-million de personnes ont déjà été infectées* » et que « *plus de 20 000 ont perdu la vie* ». Il a donc fallu deux jours de plus seulement pour atteindre les 400 000 cas. Elle annonce que, « *si des mesures drastiques ne sont pas prises dans tous les pays, les morts pourraient se compter par millions* ».

Le **27 mars**, Tedros Adhanom Ghebreyesus annonce que malgré ce bilan tragique, l'OMS enregistre aussi plus de 100 000 malades guéris.

Le **30 mars**, le directeur général indique que *« plus de 630 000 cas de COVID-19, dont 30 000 mortels, ont été notifiés dans le monde. »*

Le **1^{er} avril**, l'OMS annonce que *« dans les prochains jours, nous atteindrons un million de cas confirmés et 50 000 décès. »*

Le **3 avril**, le cap du million de cas confirmés est franchi. L'OMS notifie également plus de 50 000 décès.

Le **9 avril**, l'OMS annonce que *« plus de 1,3 million de personnes ont été infectées et parmi elles, près de 80 000 ont perdu la vie ».*

Le **10 avril**, l'OMS indique que *« près de 1,5 million de cas confirmés de COVID-19 ont été signalés à l'OMS, et plus de 92 000 décès ».* L'OMS constate *« un ralentissement bienvenu dans certains des pays les plus durement touchés en Europe, comme l'Espagne, l'Italie, l'Allemagne et la France »* mais également *« une accélération alarmante dans d'autres pays ».* En Afrique, elle note également, une *« propagation du virus dans les zones rurales »* et *« des grappes de cas et une propagation communautaire dans plus de 16 pays ».*

Le **16 avril**, l'OMS annonce que ce sont désormais *« près de deux millions de cas de COVID-19 qui ont été signalés à l'OMS depuis le monde entier, et plus de 123 000 décès ».*

Le **17 avril**, elle indique que plus de 135 000 personnes ont perdu la vie. En Afrique, elle note, *« au cours de la semaine passée, une augmentation de 51 % du nombre des cas signalés [...], et une augmentation de 60 % du nombre des décès ».*

Le **22 avril**, près de 2,5 millions de cas de COVID-19 ont désormais été signalés à l'OMS et plus de 160 000 décès.

Le **27 avril**, l'OMS rappelle que *« la pandémie est loin d'être terminée »* et *« s'inquiète toujours des tendances à la hausse que l'on observe en Afrique, en Europe orientale, en Amérique latine et dans certains pays d'Asie. »*

Le **6 mai**, plus de 3,5 millions de cas de COVID-19 et presque 250 000 décès ont maintenant été notifiés à l'OMS. Depuis début avril, la moyenne est d'environ 80 000 nouveaux cas notifiés à l'OMS chaque jour. Alors que le nombre de cas signalés pour l'Europe occidentale est en baisse, davantage de cas sont notifiés chaque jour en Europe orientale et dans les régions africaines, de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et des Amériques. Néanmoins, même au sein d'une même région et d'un même pays, les tendances sont différentes.

Le **20 mai**, en 24 heures, 106 000 cas ont été déclarés à l'OMS, le chiffre quotidien le plus élevé depuis le début de l'épidémie. Près des deux tiers de ces cas ne concernaient que quatre pays.

Le **25 mai**, à l'occasion de la journée de l'Afrique, l'OMS note que *« jusqu'à présent, l'Afrique est la région la moins touchée dans le monde en ce qui concerne le nombre de cas et de décès signalés à l'OMS, même si une transmission communautaire qui se concentre principalement dans les grandes villes concerne près de la moitié des pays de la région. L'Afrique recense à peine 1,5 pour cent des cas de COVID-19 signalés dans le monde et moins de 0,1 pour cent des décès. »*

Le **29 mai**, plus de cinq millions et demi de cas de COVID-19 ont été notifiés à l'OMS, et plus de 350 000 décès ont été enregistrés.

Le **1^{er} juin**, l'OMS relève six millions de cas de COVID 19 à travers le monde et 370 000 décès.

Le **3 juin**, le directeur général de l'OMS annonce que *« plus de 100 000 cas de COVID-19 ont été signalés à l'OMS au cours de chacun des cinq derniers jours »*. Il précise que *« les Amériques continuent à comptabiliser la plupart des cas »* et que *« depuis plusieurs semaines, le nombre de cas notifiés chaque jour dans les Amériques est supérieur au nombre de cas rapportés dans le reste du monde dans son ensemble »*. Il fait part de son inquiétude *« pour l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud, où de nombreux pays témoignent d'une accélération de l'épidémie »*. L'OMS constate *« aussi une augmentation du nombre de cas en Méditerranée orientale, en Asie du Sud-Est et en Afrique, bien que les nombres soient beaucoup plus réduits. Parallèlement, le nombre de cas en Europe continue à baisser »*. Ainsi, Tedros Adhanom Ghebreyesus précise que le nombre de cas signalé en Europe le 2 juin a été *« le plus faible depuis le 22 mars »*.

Le **4 juin**, l'OMS indique que *« plus de 6 millions de cas ont été notifiés à l'OMS, avec plus de 375 000 décès »* depuis le début de la pandémie. Elle annonce le premier cas de décès dû à la COVID-19 parmi les réfugiés Rohingyas.

Le **8 juin**, près de 7 millions de cas de COVID-19 et 400 000 décès ont été signalés à l'OMS. Bien que la situation s'améliore en Europe, elle empire à l'échelle mondiale. Ainsi, pour 9 des 10 derniers jours, plus de 100 000 cas ont été signalés, le chiffre quotidien le plus élevé jusqu'à présent étant celui d'hier, avec plus de 136 000 cas signalés. Dix pays, pour la plupart dans les Amériques et en Asie du Sud, comptabilisaient près de 75 % des cas d'hier. La plupart des pays de la région africaine voient toujours le nombre de cas de COVID-19 augmenter, certains dans de nouvelles zones géographiques, même si la majorité d'entre eux comptent moins de 1 000 cas.

Le **11 juin**, le directeur général de l'OMS explique que *« même si la situation s'améliore en Europe, au niveau mondial, elle empire. Ainsi, plus de 7 millions de cas ont désormais été notifiés à l'OMS, avec plus de 408 000 décès. Plus de 100 000 cas de COVID-19 ont été notifiés à l'OMS presque chaque jour au cours des deux dernières semaines. Près de 75 % des cas récents proviennent de dix pays, essentiellement des Amériques et de l'Asie du Sud »*. L'OMS *« constate également une augmentation dans de nombreux pays de la Région africaine bien que jusqu'à présent, dans la plupart d'entre eux, le nombre de cas reste relativement limité. Le nombre de cas est aussi en hausse dans certaines parties d'Europe orientale et d'Asie centrale »*.

Le **13 juin**, l'OMS indique que *« les autorités chinoises ont fourni des informations sur un groupe de cas de COVID-19 à Beijing »*.

Le **17 juin**, l'OMS précise que plus de huit millions de cas de COVID-19 ont été enregistrés dans le monde et que *« plus de 435 000 personnes en ont perdu la vie et le nombre de cas continue de croître rapidement dans les Amériques, en Afrique et en Asie du Sud »*. Elle indique également que *« le nombre de cas continue de croître rapidement dans les Amériques, en Afrique et en Asie du Sud »*.

Le **21 juin**, plus de 183 000 nouveaux cas de COVID-19 ont été notifiés à l'OMS. Il s'agit du « *chiffre le plus élevé en un seul jour jusqu'à présent* ». L'OMS recense plus de 8,8 millions de cas et 465 000 décès liés au COVID-19.

Le **24 juin**, plus de 9,1 millions de cas de COVID-19 ont désormais été notifiés à l'OMS et la maladie a coûté la vie à plus de 470 000 personnes. L'OMS précise qu'« *au cours du premier mois de cette épidémie, moins de 10 000 cas avaient été notifiés à l'OMS. Près de 4 millions l'ont été au cours du mois écoulé.* »

II. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Le **11 janvier**, la Chine communique publiquement la séquence génétique du virus de la COVID-19

Le **14 janvier**, l'OMS signale que, sur la base des données d'expérience accumulées sur les agents pathogènes respiratoires, le risque de transmission interhumaine parmi les 41 cas confirmés en République populaire de Chine existe : « *il est certainement possible qu'il y ait une transmission interhumaine limitée* ».

Le **19 janvier**, le bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental annonce, via un tweet, que les dernières informations reçues et l'analyse de l'OMS tendent à démontrer l'existence d'une transmission interhumaine limitée.

Le **21 janvier**, le bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, indique qu'il existe bien « *une certaine transmission interhumaine au moins* ». Les cas d'infection constatés chez les soignants tendent à renforcer cette thèse.

Le **22 janvier**, la mission envoyée par l'OMS à Wuhan annonce que les données factuelles font penser à une transmission interhumaine à Wuhan, mais que des analyses plus poussées sont nécessaires pour en comprendre pleinement la portée.

Le **23 janvier**, l'OMS déclare savoir « *qu'il y a transmission interhumaine en Chine, mais cette transmission semble, pour le moment, limitée aux groupes familiaux et aux agents de santé qui se sont occupés de patients infectés* ». Elle précise qu'« *il n'y a pas, à ce jour, de preuve de transmission interhumaine en dehors de la Chine, mais ceci ne signifie pas que cette éventualité est exclue* ». Le directeur général déclare : « *Nous ignorons encore beaucoup de choses. Nous ne connaissons pas la source de ce virus, nous ne savons pas avec quelle facilité le virus se transmet et nous ne connaissons pas précisément le tableau clinique ou la gravité de l'infection.* »

Le **28 janvier**, l'OMS précise qu'elle « *ne connaît pas encore la source de la flambée ni l'ampleur de la propagation de la maladie en Chine. Les connaissances actuelles sur cette maladie restent limitées mais la plupart des cas notifiés à ce jour sont bénins, tandis que 20 % environ des personnes infectées ont présenté des manifestations graves.* » Elle note qu'il est « *urgent d'en savoir plus sur la transmissibilité du virus et la gravité de l'infection pour orienter les autres pays quant aux mesures de riposte à prendre* ».

Le **29 janvier**, l'OMS indique que « *la grande majorité de ces cas hors de Chine sont survenus à la suite d'un voyage en Chine ou de contacts avec une personne ayant voyagé en*

Chine. Des signes existent d'une poignée de cas de transmission interhumaine en dehors de la Chine. »

Le **30 janvier**, l'OMS notifie que *« quatre pays disposent d'éléments probants d'une transmission interhumaine (8 cas) en dehors de la Chine (Allemagne, États-Unis, Japon et Vietnam) »*.

Le **4 février**, l'OMS précise qu'*« il est possible que des personnes asymptomatiques puissent excréter le virus, mais des études plus détaillées à ce sujet s'imposent pour déterminer la fréquence de ce phénomène et savoir s'il peut mener à une transmission secondaire »*.

Le **19 février** l'OMS note que *« 80 % des patients souffrent d'une forme bénigne et se rétabliront. Mais les 20 % restants sont des patients atteints d'une forme sévère ou critique de la maladie, avec des symptômes allant de l'essoufflement au choc septique et à la défaillance multiviscérale. »*

Par ailleurs : *« chez environ 2 % des cas signalés, le virus est mortel, et le risque de décès augmente avec l'âge du malade et avec la présence de problèmes de santé sous-jacents »*. Elle ajoute que peu de cas chez les enfants sont observés et qu'aucun changement significatif dans l'ADN du virus n'est constaté. Le taux de mortalité oscille entre 2 % et 4 % à Wuhan, et il est de 0,7 % en dehors de Wuhan. *« Chez les personnes ayant développé une maladie bénigne, le temps de guérison est d'environ deux semaines, alors que les personnes souffrant d'une forme sévère ou critique de la maladie guérissent en trois à six semaines. »*

Le **28 février**, l'OMS déclare : *« Ce que nous observons en ce moment, ce sont des épidémies de COVID-19 dans plusieurs pays qui ont un lien entre elles, mais où la plupart des cas peuvent toujours être rattachés à des contacts connus ou à des grappes de cas connus. Nous n'avons pour l'instant pas la preuve que le virus se propage librement dans les communautés. C'est la première fois que nous avons affaire à un agent pathogène qui peut se transmettre dans la communauté mais qu'il est également possible d'endiguer en prenant les mesures voulues. »*

Le **1^{er} mars**, l'OMS ajoute que *« s'il s'agissait d'une épidémie de grippe, nous nous serions attendus à une transmission communautaire généralisée dans le monde entier, dont il aurait été impossible de ralentir ou d'endiguer la progression »*.

Le **3 mars**, l'OMS relève quatre éléments qui différencient la COVID-19 de la grippe :

« 1. La COVID ne se transmet pas aussi facilement que la grippe.

« 2. Il entraîne des manifestations plus graves que la grippe saisonnière.

« 3. Il n'existe à cette heure pas de vaccin.

« 4. On n'envisage même pas d'endiguer la grippe saisonnière car c'est tout simplement impossible. Mais pour le COVID-19, c'est possible. »

Le **11 mars**, l'OMS constate que cette crise atteste de *« la première pandémie déclenchée par un coronavirus et [de] la première pandémie qui, dans le même temps, peut être maîtrisée »*.

Le **20 mars**, Tedros Adhanom Ghebreyesus annonce que, *« si les personnes âgées sont les plus durement touchées, les plus jeunes ne sont pas épargnées »*. Ainsi, *« les données de nombreux pays montrent clairement que les moins de 50 ans représentent une part importante des patients qu'il faut hospitaliser »*. Le directeur général souhaite adresser un message aux jeunes : *« vous n'êtes pas invincibles. Ce virus peut vous amener à être*

hospitalisés pendant plusieurs semaines, voire vous tuer. Même si vous ne tombez pas malade, les déplacements que vous choisissez de faire peuvent déterminer si quelqu'un d'autre va vivre ou bien mourir ».

Le **2 avril**, l'OMS « fait état de la transmission par des sujets symptomatiques, présymptomatiques et asymptomatiques infectés par la COVID-19, en notant que la transmission par un cas présymptomatique peut intervenir avant l'apparition des symptômes ».

Le **9 avril**, l'OMS estime que « le taux de létalité est dix fois plus élevé que pour la grippe ».

Le **13 avril**, le directeur général fait état de l'avancée des connaissances et déclare : « La COVID-19 se propage rapidement et entraîne de nombreux décès dix fois plus que la grippe pandémique de 2009. Le virus peut se propager plus facilement dans les lieux collectifs comme les maisons de retraite. Pour enrayer sa transmission, il est essentiel de rechercher précocement les cas, d'isoler et de prendre en charge chaque cas et de rechercher chaque contact. Dans certains pays, le nombre de cas double tous les trois à quatre jours. »

Le **30 avril**, le Directeur général accepte l'avis du Comité d'urgence du RSI qui préconise à l'OMS de « s'atteler à identifier l'origine animale du virus au travers de missions scientifiques internationales menées en collaboration ». Une mission scientifique internationale a eu lieu le 10 juillet.

Les **18 et 19 mai**, la 73^e Assemblée mondiale de la Santé prie le directeur général de l'OMS « d'identifier la source zoonotique du virus et de déterminer par quelle voie il s'est introduit dans la population humaine ».

Le **16 juin**, des essais cliniques du Royaume-Uni montrant que la dexaméthasone, un corticostéroïde, pourrait sauver la vie de patients de COVID-19 dans un état critique. La nouvelle fait suite au Forum mondial pour la recherche et l'innovation, qui a eu lieu à Genève à la mi-février concernant l'accélération des technologies sanitaires contre la COVID-19. Le Forum met l'accent sur la priorité à accorder aux nouvelles recherches sur l'utilisation des stéroïdes.

III. ÉTAT DE LA RIPOSTE

A. COORDINATION DE LA RIPOSTE INSTITUTIONNELLE

Le **1^{er} janvier**, l'OMS met sur pied une équipe d'appui à la gestion des incidents (IMST) aux trois niveaux de l'Organisation : siège, bureaux régionaux et bureaux de pays, plaçant l'Organisation en état d'urgence pour affronter la flambée.

Le **11 janvier**, une équipe de gestion de crise de l'Organisation des Nations unies est déployée.

Les **20 et 21 janvier**, des experts du bureau de l'OMS en Chine et du bureau de la région du Pacifique occidental effectuent une visite de terrain à Wuhan.

Le 28 janvier 2020, une délégation de haut niveau de l'OMS conduite par le Directeur général se rend à Beijing pour rencontrer les dirigeants chinois, en apprendre davantage sur la riposte menée par la Chine et offrir l'assistance technique nécessaire.

Le 29 janvier l'OMS tient la première réunion hebdomadaire informelle de discussion avec un groupe de responsables de la santé publique du monde entier, conformément à son engagement à mener une action d'écoute et de sensibilisation dépassant le cadre des mécanismes officiels.

Par ailleurs, le réseau de la chaîne d'approvisionnement en cas de pandémie (*Pandemic Supply Chain Network*), créé par l'OMS en collaboration avec le Forum économique mondial à l'occasion de la réunion annuelle du Forum économique mondial du 21 au 24 janvier 2020, tient sa première réunion. Il a pour mission de « créer et gérer un réseau commercial permettant à l'OMS et aux partenaires du secteur privé d'accéder à tous les biens et fonctionnalités le long de la chaîne d'approvisionnement partout dans le monde et à n'importe quelle échelle ». Il avait été précédé par *The Global Pandemic Supply Chain Network*, constitué en réponse à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 avec le Forum économique de Davos.

Le 30 janvier, l'OMS tient une séance d'information à l'intention des États membres pour apporter des précisions sur la flambée épidémique.

Le 3 février, l'OMS diffuse un Plan stratégique de préparation et de riposte de la communauté internationale ⁽¹⁾, afin de protéger les États aux systèmes de santé les plus fragiles. Il est axé sur les mesures visant à établir rapidement une coordination internationale, à intensifier les mesures de préparation et de riposte dans les pays et à accélérer la recherche et l'innovation.

Le 5 février, l'OMS commence à tenir des points de presse quotidiens sur le nouveau coronavirus.

Du 16 au 24 février, la mission conjointe OMS-Chine se rend à Wuhan et dans deux autres villes pour s'entretenir avec les autorités sanitaires, les scientifiques et le personnel soignant des établissements de santé.

Le 21 février, l'OMS nomme six envoyés spéciaux pour la COVID-19 chargés de fournir des conseils stratégiques et d'assurer un dialogue politique dans différentes régions du monde.

Le 23 février, l'OMS organise la tenue de réunions quotidiennes du Conseil sanitaire de l'OMS pour établir la riposte, ainsi qu'une réunion d'information quotidienne.

Le 10 mars, l'OMS, l'UNICEF et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) publient des orientations présentant les principales considérations et des mesures pratiques pour éviter la contamination dans les écoles, avec des conseils destinés aux parents et aux aidants ainsi qu'aux enfants et aux étudiants eux-mêmes.

Le 23 mars, dans un communiqué de presse, la FIFA et l'OMS déclarent s'associer pour combattre le coronavirus (covid-19). Les deux entités lancent une nouvelle campagne de

(1) <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>

sensibilisation menée par des footballeurs de renommée mondiale, qui appellent tous les habitants de la planète à suivre cinq mesures clés pour stopper la propagation du virus.

Le 25 mars, l'OMS se joint à l'appel humanitaire mondial du secrétaire général des Nations Unies Antonio Guterres.

Le 26 mars, le directeur général de l'OMS appelle les dirigeants du G20 à lutter contre la COVID-19, à s'unir et à faire office de catalyseurs.

En dehors du G20, l'OMS lance avec l'UNESCO la coalition mondiale pour l'éducation afin de faciliter l'apprentissage des enfants pendant la crise.

Le 27 mars, l'OMS organise une réunion d'information avec une cinquantaine de ministres de la santé du monde entier, durant laquelle la Chine, le Japon, la République de Corée et Singapour ont fait part de leur expérience et des enseignements qu'ils ont pu en tirer. Le directeur général précise qu'*« on peut dégager plusieurs thèmes communs des solutions qui ont permis d'obtenir des résultats concluants : la nécessité d'assurer un dépistage précoce et d'isoler les cas confirmés ; la recherche, le suivi et la mise en quarantaine des contacts ; la nécessité d'optimiser les soins ; et la nécessité de communiquer pour renforcer la confiance et associer les communautés à la lutte »*.

Le 30 mars, devant les ministres du commerce du G20, le directeur général appelle *« les pays à collaborer avec les entreprises pour augmenter la production de fournitures médicales essentielles destinées au marché national ou à être exportées »* et *« les entreprises et les grossistes à ne pas profiter de la crise actuelle pour augmenter les prix »*.

Le 31 mars, l'OMS publie un communiqué de presse conjoint avec le Haut conseil des droits de l'Homme, l'Organisation internationale pour les migrations et le Haut-commissariat des Nations unies pour les réfugiés dans lequel il appelle à respecter les droits et la santé des réfugiés, des migrants et des apatrides dans le cadre des efforts de lutte contre la COVID-19.

Le 24 avril, l'OMS lance le *« dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, ou dispositif ACT »* pour *« accélérer la mise au point, la production et la distribution équitable de vaccins, de produits de diagnostic et de traitement contre la COVID-19 »*.

Elle adresse ses remerciements *« au Président Emmanuel Macron, à la Présidente Ursula von der Leyen, ainsi qu'à Bill et Melinda Gates pour le leadership dont ils font tous preuve et pour être les co-organisateur de ce lancement du dispositif ACT »*.

Le 29 avril, l'OMS annonce la signature d'un mémorandum avec la Banque européenne d'investissement (BEI) *« en vue d'accroître les investissements dans la santé publique, l'approvisionnement en matériel essentiel, la formation et l'hygiène dans les pays les plus vulnérables à la pandémie de COVID-19 ⁽¹⁾ »*.

Le 21 mai, le Smithsonian Science Education Center présente un nouveau guide sur la COVID-19 pour les jeunes avec le soutien de l'OMS.

(1) « Dans un premier temps, les deux organisations répondront aux besoins urgents de 10 pays africains et y renforceront les soins de santé primaires. La consolidation du partenariat entre l'OMS et la BEI permettra de revoir à la hausse le financement visant à garantir la chaîne d'approvisionnement en produits et services essentiels, notamment les équipements de protection individuelle, les produits de diagnostic et la prise en charge clinique des cas » (communiqué de presse du 1^{er} mai 2020).

Le 29 mai, l’OMS annonce s’associer à 35 pays ⁽¹⁾ et à de nombreux partenaires pour inaugurer le groupement d’accès aux technologies contre la COVID-19, le C-TAP qui est « *une initiative jumelle du dispositif ACT et propose des mesures concrètes pour en atteindre l’objectif, à savoir, un accès équitable* ». Le C-TAP comporte cinq priorités dont la publication des recherches sur le séquençage génétique ; la publication des résultats de tous les essais cliniques. L’OMS reconnaît que « *les outils de prévention, de détection et de traitement de la COVID-19 sont des biens publics mondiaux et chacun doit pouvoir y avoir accès* ».

Le 1^{er} juin, afin d’aider les groupes à planifier les rassemblements de masse, l’OMS a publié une version mise à jour des orientations destinées à permettre aux organisations de voir comment et quand reprendre les rassemblements de masse en toute sécurité. L’OMS a ainsi travaillé en étroite collaboration avec plusieurs organisations sportives, comme la FIFA, l’UEFA ou Formula One, et avec des groupes religieux, comme l’Organisation de la coopération islamique, qui chapeaute le *hajj*, dans la mesure où ces organismes évaluent les risques entourant les rassemblements de masse.

L’OMS a mis à jour son outil d’évaluation des risques, de sorte que les organisations puissent noter chaque facteur de risque et chaque mesure de contrôle pour aboutir à une note globale de risque.

Le 23 juin, à l’occasion de la Journée olympique, le Comité international olympique (CIO) et l’OMS, en collaboration avec l’ONU, lancent un partenariat pour encourager les personnes et les communautés à agir ensemble pour un mode de vie sain. L’OMS précise que « *de nombreuses personnes présentant une forme sévère de COVID-19 vivaient déjà avec une maladie non transmissible ou étaient à risque pour ce type d’affections* ». Les athlètes olympiques sont mobilisés pour montrer différents exercices pour rester en bonne santé pendant cette période.

B. MATÉRIEL MÉDICAL

Le 2 février, les bureaux régionaux de l’OMS reçoivent les premiers kits de diagnostic RT PCR pour les laboratoires.

Le 4 février 2020, l’OMS distribue 18 000 blouses de protection, 250 000 tests dans 24 pays ainsi que des masques et gants.

Le 18 mars, l’OMS annonce l’envoi d’équipements individuels de protection (EPI) dans 68 pays et 1,5 million de kits dans 120 pays.

Le 8 avril, l’équipe spéciale de la chaîne d’approvisionnement COVID-19 des Nations-Unies est lancée pour coordonner et renforcer l’achat et la distribution d’équipement de protection individuelle (EPI) et de produits de diagnostics aux pays qui en ont le plus besoin. L’OMS note qu’elle a expédié plus de deux millions d’équipements de protection individuelle dans 133 pays, et se prépare à en expédier deux autres millions dans les semaines à venir, ainsi que « *plus d’un million de tests de diagnostic dans 126 pays, toutes régions confondues* ». Elle reste toutefois consciente « *qu’il faut déployer davantage d’efforts car nos actions ne suffisent pas* ».

(1) La France ne figure pas parmi les pays associés.

Le 14 avril, le premier « *vol de la solidarité* » organisé par l'OMS et le Programme alimentaire mondial est instauré pour expédier du matériel médical à destination des pays africains.

Le 20 avril, l'OMS annonce qu'elle travaille « *avec FIND, la Fondation pour des outils diagnostiques nouveaux et novateurs, et avec l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé afin d'identifier et de valider cinq tests susceptibles d'être fabriqués en grandes quantités* ». Le même jour, le directeur général précise qu'« *en association avec le Fonds mondial, l'UNICEF et UNITAID, l'OMS a désormais commandé 30 millions de tests pour les quatre prochains mois* ».

Le 20 avril, elle annonce qu'elle envisage d'exporter en avril et mai « *près de 180 millions de masques chirurgicaux, 54 millions de masques N95 et plus de 3 millions de lunettes de protection vers les pays qui en ont le plus besoin* ».

Le 27 avril, l'OMS annonce avoir « *expédié des millions d'articles d'équipement de protection individuelle dans plus de 105 pays et des fournitures de laboratoire dans plus de 127 pays* » et qu'elle en enverra « *encore des millions d'autres dans les semaines à venir et nous nous y préparons activement* ».

Le 25 mai, l'OMS annonce l'envoi de « *millions de pièces d'équipement de protection individuelle et de tests de laboratoire vers 52 pays africains* ». Elle note cependant qu'il « *subsiste des lacunes et des failles. Ainsi, seuls 19 pour cent des pays de la région ont un programme de lutte contre les infections et de prévention, ou encore des normes pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de santé* ».

Le 8 juin, l'OMS annonce qu'elle a à cette date expédié plus de 5 millions d'articles d'EPI dans 110 pays et est en passe d'expédier plus de 129 millions d'EPI vers 126 pays.

C. PROGRAMMES DE RECHERCHE

Le 5 février, une mission commune avec la Chine pour étudier le virus est lancée (l'OMS envoie des experts sur place).

Le 6 février, l'OMS annonce la tenue d'un forum mondial sur la recherche et l'innovation les 11 et 12 février à Genève.

Le 12 février, l'OMS estime que « *le premier vaccin pourrait être prêt dans 18 mois* ».

Le 28 février, l'OMS annonce que plus de 20 vaccins sont en développement dans le monde et plusieurs traitements sont en phase d'essai clinique.

Le 18 mars, l'OMS et ses partenaires lancent l'essai « *SOLIDARITY* », un essai clinique international qui vise à générer des données solides provenant du monde entier pour trouver les traitements les plus efficaces contre la COVID-19. L'Afrique du Sud, l'Argentine, le Bahreïn, le Canada, l'Espagne, la France, l'Iran, la Norvège, la Suisse et la Thaïlande annoncent qu'ils rejoignent l'essai. Le directeur général de l'OMS « *espère que beaucoup d'autres les rejoindront* ». Cet essai randomisé est conçu pour accélérer le processus de conception classique, en enrôlant des patients dans un unique test destiné à faciliter la comparaison mondiale, contre une multiplication d'essais de portée plus limitée.

Le 23 mars, l'OMS déclare : « *À l'heure actuelle, aucun traitement n'a fait la preuve de son efficacité contre la COVID-19. Plus les pays prenant part à l'essai SOLIDARITY et à d'autres études de grande ampleur seront nombreux, plus vite nous obtiendrons des résultats montrant quels sont les médicaments efficaces et plus nous pourrons sauver de vies* ».

Le 27 mars l'OMS annonce qu'« *il faudra compter encore 12 à 18 mois pour pouvoir disposer d'un vaccin* ».

Le 30 mars, l'OMS annonce que « *des essais cliniques de médicaments et de vaccins contre la COVID-19 sont désormais en cours* ».

Le 1^{er} avril, l'OMS annonce que son « *appel aux pays pour qu'ils se joignent à l'essai Solidarity qui compare quatre médicaments et associations médicamenteuses, a suscité une réponse extraordinaire. À ce jour, 74 pays ont rejoint cet essai ou sont en passe de le faire.* » Au matin du 1^{er} avril, « *plus de 200 patients avaient été répartis de manière aléatoire dans l'un des bras de cette étude* ».

Le 6 avril, plus de 70 pays ont rejoint l'essai clinique *Solidarity* de l'OMS en vue d'accélérer la recherche d'un traitement efficace. En outre, une vingtaine d'institutions et d'entreprises se sont engagées dans la course pour le développement d'un vaccin. L'OMS s'engage à ce que les médicaments et les vaccins qui seront mis au point soient partagés équitablement avec tous les pays et tous les peuples.

Le 11 avril, l'OMS publie un tableau provisoire des vaccins candidats, actualisé en permanence.

Le 15 avril, l'OMS annonce que « *trois vaccins en sont d'ores et déjà au stade des essais cliniques et plus de 70 autres sont en développement* ». Le directeur général annonce qu'en plus de l'essai *Solidarity*, « *l'OMS a convoqué des groupes de cliniciens afin d'examiner l'action des corticostéroïdes et d'autres anti-inflammatoires sur l'issue du traitement* ».

Le 20 avril, plus d'une centaine de pays participent à l'essai *Solidarity* visant à évaluer des traitements contre la COVID-19 et 1 200 malades ont ainsi été sélectionnés par randomisation dans les 5 premiers pays. Le directeur général déclare que « *nous espérons que cette semaine, plus de 600 hôpitaux seront prêts à recruter des malades* ».

Le 27 avril, Tedros Adhanom Ghebreyesus déclare que « *l'OMS a eu un rôle central dans l'élaboration du vaccin contre Ebola et nous comptons faire de même pour la COVID-19* ». Il ajoute que « *le développement d'un vaccin contre la COVID-19 se fait à marche forcée grâce à un travail que l'OMS et les partenaires mènent depuis plusieurs années sur des vaccins destinés à d'autres coronavirus, notamment ceux responsables du SRAS et du MERS* ».

Le 25 mai, l'essai *Solidarity* qui évalue l'innocuité et l'efficacité de quatre médicaments et associations médicamenteuses contre la COVID-19 concerne plus de 400 hôpitaux dans 35 pays qui « *recrutent ainsi activement des malades et ce sont près de 3 500 patients qui participent à l'étude dans 17 pays* ». Suite à l'étude publiée par le journal *The Lancet* sur l'hydroxychloroquine et la chloroquine et leurs effets sur les patients COVID-19 hospitalisés, « *le Groupe exécutif a décidé d'une suspension temporaire du volet hydroxychloroquine de l'essai Solidarity, en attendant que le Comité de surveillance et de suivi des données examine les informations relatives l'innocuité* ».

Le 3 juin, l'OMS publie la décision du comité chargé de l'innocuité et du suivi des données de l'essai *Solidarity* : « *Sur la base des données relatives à la mortalité disponibles, les membres du comité ont estimé qu'il n'y a pas de raison de modifier le protocole de l'essai. Le groupe exécutif discutera avec les principaux chercheurs participant à l'essai de la reprise du volet thérapeutique utilisant l'hydroxychloroquine. Jusqu'à présent, plus de 3 500 patients ont été recrutés dans 35 pays.* »

Le 17 juin, l'OMS annonce les premiers résultats positifs dans le cadre de l'essai *Recovery* mené au Royaume-Uni. La dexaméthasone, un stéroïde courant, a montré un effet bénéfique chez les patients gravement atteints de COVID-19. Selon les premières conclusions communiquées à l'OMS, le traitement réduirait la mortalité d'environ 20 % chez les patients placés uniquement sous oxygène. Pour les patients ventilés, la mortalité était réduite de près d'un tiers. La dexaméthasone n'a cependant montré aucun effet bénéfique pour les personnes souffrant d'une forme moins grave de la maladie qui n'avaient pas besoin d'une assistance respiratoire.

D. RESSOURCES FINANCIÈRES

Le 5 février, l'OMS lance un appel pour mobiliser des fonds pour son plan de riposte de 675 millions de dollars (plan stratégique de préparation et de riposte). Ses objectifs sont de limiter la transmission, d'aider pays vulnérables et de trouver vaccin.

Le 10 février, l'OMS envoie des kits de matériels aux centres de contrôle et de prévention des maladies de l'Union africaine.

Le 19 février, l'OMS note des promesses de soutien mais « *la concrétisation est très lente à venir et le taux de réponse reste faible* ».

Le 1er mars, 15 millions de dollars sont débloqués par le secrétaire général adjoint de l'ONU aux affaires humanitaires, du Fonds central pour les interventions en urgence pour aider à financer les efforts d'endiguement de la COVID-19 au niveau mondial. Ces crédits sont versés à l'OMS et UNICEF.

Le 9 mars, les annonces de contributions au plan stratégique de préparation et d'intervention de l'OMS atteignent près de 300 millions de dollars.

Le 13 mars, en coopération avec la Fondation pour les Nations unies et la *Swiss Philanthropy Foundation*, l'OMS lance le Fonds de riposte solidaire à la COVID-19 afin de permettre aux particuliers et aux organisations d'apporter leur contribution aux efforts de lutte.

Le 18 mars, le Fonds de solidarité pour la riposte à la COVID-19 a collecté 47 millions de dollars provenant de 173 000 personnes et organisations. La FIFA a apporté une contribution de 10 millions de dollars.

Le 25 mars, le laboratoire GSK annonce une contribution de 10 millions de dollars pour le Fonds de solidarité pour la riposte contre la COVID-19 qui atteint désormais 95 millions de dollars.

Le 27 mars, le Fonds a recueilli 108 millions de dollars collectés auprès de 203 000 particuliers et organisations.

Le 3 avril, l'OMS fait le bilan de son plan stratégique de préparation et de riposte d'un montant initial de 675 millions de dollars en vue de soutenir les efforts de riposte lancé deux mois plus tôt. Elle annonce qu'à la date du 3 avril, *« près de 690 millions de dollars ont été reçus directement ou sous forme de promesses de dons. Sur ce montant, 300 millions de dollars ont été affectés à l'appui aux activités de l'OMS, et le montant restant a été fourni bilatéralement, ou à d'autres organisations participant à la riposte. »* Elle remercie particulièrement l'État du Koweït pour sa contribution de 60 millions de dollars qui en fait *« l'un des plus grands donateurs »*.

Le 3 avril, concernant, le Fonds de solidarité de l'OMS pour la lutte contre la COVID-19, l'OMS annonce, le 3 avril, avoir *« recueilli plus de 127 millions de dollars auxquels plus de 219 000 individus et organisations ont contribué. »* Le directeur général tient notamment à *« remercier Tencent pour sa contribution de 10 millions de dollars »*.

Le 13 avril, l'OMS remercie le Royaume-Uni pour sa contribution de 200 millions de livres au plan de riposte mondial.

Le 16 avril, le Fonds de solidarité pour la riposte du COVID-19 a permis de collecter 150 millions de dollars auprès de 245 000 personnes privées, entreprises et fondations.

Le 18 avril, l'OMS et *Global citizen* organisent le concert virtuel *« One World, Together at Home »* pour rendre hommage aux agents de santé et les soutenir dans la lutte contre la pandémie de COVID-19. Il a permis de recueillir 127 millions de dollars à l'appui de plusieurs organisations qui luttent contre la COVID 19 dont 55 millions destinés au Fonds de riposte de l'OMS.

Le 27 avril, plus de 280 000 personnes, entreprises et fondations ont contribué au Fonds de riposte à la COVID-19 et ont permis de recueillir plus de 200 millions de dollars. FluLab annonce une contribution de 10 millions de dollars.

Le 4 mai, à l'appui du dispositif ACT, les dirigeants de 40 pays se sont réunis *« dans le cadre de la Conférence internationale des donateurs pour la riposte mondiale à la COVID-19, organisée par la Commission (européenne). L'événement de ce jour a vu affluer des promesses de dons à hauteur de quelque 7,4 milliards d'euros qui iront à la recherche et au développement de vaccins, de produits de diagnostic et de traitements. »*

Le 4 mai, l'OMS annonce que *« plus de 300 000 personnes, entreprises et fondations ont contribué au Fonds de solidarité pour la riposte à la COVID-19 qui a recueilli plus de 210 millions de dollars en six semaines »*.

Le 7 mai, l'OMS déclare que selon les estimations de la version mise à jour du plan stratégique de préparation et de riposte, elle *« aura besoin de 1,7 milliard de dollars aux trois échelons de l'Organisation pour contrer la COVID-19. Ces estimations tiennent compte des fonds que l'OMS a déjà reçus à ce jour, ce qui laisse un déficit de financement de 1,3 milliard de dollars pour 2020. »*

Par ailleurs, elle publie une version actualisée du plan de riposte humanitaire mondiale d'un montant de 6,7 milliards de dollars pour réduire les effets les plus débitants de la pandémie dans 63 pays à revenu faible ou intermédiaire.

Le 26 juin, l'accélérateur ACT publie son argumentaire d'investissement, prévoyant un financement de 31,3 milliards de dollars produits de diagnostic, de médicaments et de

vaccins au cours des 12 prochains mois. Il note que les contributions s'élèvent à 3,4 milliards de dollars à ce jour, ce qui suppose un déficit de financement de 27,9 milliards dont 13,7 milliards sont nécessaires de toute urgence.

E. MOYENS TECHNOLOGIQUES

Le 5 mars, l'OMS met en place une nouvelle campagne sur les réseaux sociaux intitulée « *Be ready for COVID-19* ».

Le 20 mars, afin d'« *améliorer l'accès à des informations fiables* », l'OMS annonce sa « *collaboration avec WhatsApp et Facebook en vue de lancer un nouveau service de messages d'alerte sanitaire. Ce service donne accès aux dernières informations sur la COVID-19, y compris sur la symptomatologie et la manière de se protéger.* »

Le 27 mars, la version anglaise de l'alerte santé WhatsApp compte désormais plus de 12 millions d'utilisateurs dans le monde.

Le 30 mars, l'OMS annonce le lancement d'un *chatbox* avec Rakuten Viber, outil gratuit de messagerie et d'appel. Les utilisateurs reçoivent des notifications de l'OMS concernant les dernières informations.

Le 8 avril, l'OMS annonce que « *plus de 1,2 million de personnes se sont inscrites à six cours en ligne disponibles en 43 langues sur notre plateforme OpenWHO.org* » dont « *l'objectif est de former des dizaines de millions de personnes, et nous sommes prêts à en former des dizaines de millions ou même des centaines de millions* ».

Le 14 avril, l'OMS lance version Facebook Messenger de sa plateforme d'alerte sanitaire.

Le 15 avril, plus de 1,5 million de personnes sont inscrites aux formations en ligne de l'OMS sur OpenWHO.org

Le 5 mai, l'OMS lance un portail pour l'approvisionnement contre la COVID-19, conçu pour faciliter et regrouper les demandes d'approvisionnement émanant des autorités nationales et de leur partenaire.

Le 13 mai, l'OMS lance ses applications mobiles *WHO Academy* pour soutenir les agents de santé pendant la pandémie de COVID-19, et *WHO Info* qui vise à informer le grand public. Elle compte 68 cours en ligne destinés à améliorer la riposte aux situations d'urgence sanitaire.

Le 29 mai, l'OMS lance la plateforme technologique pour la COVID-19. Elle aura pour but de lever les obstacles qui entravent la mise à disposition de vaccins, de médicaments et d'autres produits de santé efficaces.

Le 3 juin, deux nouveaux cours ont été ajoutés sur la plateforme d'enseignement de l'OMS : l'un sur la décontamination et la stérilisation des appareils médicaux, et l'autre sur le nettoyage et la désinfection de l'environnement. Au total, 12 cours dans 27 langues sont disponibles. Des cours sur la COVID-19 sont lancés en amharique, arabe, espagnol, français, haoussa, macédonien, odia et vietnamien.

Le 11 juin, l'OMS annonce que la plateforme des partenaires COVID-19 héberge 105 plans nationaux qui y ont été téléchargés, que 56 donateurs y ont saisi leurs contributions s'élevant au total à 3,9 milliards de dollars. La plateforme donne aussi accès au portail d'approvisionnement COVID-19 qui permet aux pays de faire la demande de fournitures essentielles de produits de diagnostic, d'équipements de protection et d'autres fournitures médicales indispensables.

IV. RECOMMANDATIONS

A. PUBLICATION DE LIGNES DIRECTRICES : COOPÉRATION INTERNATIONALE, AXES DE POLITIQUE GÉNÉRALE ET GESTION DU CONFINEMENT

Le 5 janvier, l'OMS publie son premier bulletin sur les flambées épidémiques consacré au nouveau virus, une publication technique destinée aux milieux scientifiques et de la santé publique ainsi que pour les médias. Elle comporte une évaluation des risques et des conseils, et se fait l'écho de ce que la Chine a indiqué à l'OMS concernant les cas de pneumonie à Wuhan.

Du 10 au 12 janvier 2020, l'OMS publie les orientations techniques concernant la prévention et le contrôle des infections, les tests en laboratoires, des outils d'examen des capacités nationales, des conseils aux voyageurs et des définitions des cas de surveillance.

Le 20 janvier, l'OMS publie des lignes directrices sur le soin à domicile pour les patients suspectés d'être infectés par la covid-19

Le 28 janvier, l'OMS appelle à un soutien aux pays dont le système de santé est fragile ainsi qu'un soutien à la recherche pour mettre en place un vaccin. Elle recommande également aux États de lutter contre les fausses informations.

Le 31 janvier, la directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique envoie une note d'orientation aux pays de la région soulignant l'importance de la détection précoce, de disposer de laboratoires capables de tester. L'OMS a identifié 13 pays prioritaires (Afrique du Sud, Algérie, Angola, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Maurice, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, Tanzanie et Zambie) qui ont soit des liens directs, soit un volume important de voyages vers la Chine.

Le 4 février, au cours de la 146^e session de son conseil exécutif, l'OMS tient une séance d'information technique sur le nouveau coronavirus. Le directeur général invite instamment les États membres à se préparer en prenant immédiatement des mesures, en précisant : « *Nous avons une occasion à saisir. Alors que 99 % des cas surviennent en Chine, dans le reste du monde, on ne compte que 176 cas.* » L'OMS demande par ailleurs aux États de faciliter la collaboration entre le public et le privé pour la mise en place de vaccins.

Le 7 février, l'OMS appelle « *les pays et les entreprises à collaborer avec l'OMS pour garantir un usage juste et rationnel des fournitures, et parvenir à un rééquilibrage du marché* ».

Le 12 février, l'OMS publie des lignes directrices en matière de planification opérationnelle à l'appui de la préparation et de la riposte des pays. La priorité reste selon l'OMS

l'endiguement du virus. Elle insiste sur la nécessité de faire preuve de solidarité : il faut « *lutter contre la stigmatisation d'individus ou de nations entières* ».

Le 17 février, l'OMS annonce qu'« *il faut se concentrer sur l'endiguement en faisant tout ce qui est possible pour se préparer à une éventuelle pandémie* ». Il n'y a pas, selon l'OMS, d'approche unique, chaque pays doit procéder à sa propre évaluation des risques.

Le 23 février, l'OMS annonce que la priorité est donnée aux pays au système de santé les plus vulnérables. L'OMS annonce : « *Nous coopérons avec les CDC (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies) de l'Union africaine pour coordonner nos efforts et faire en sorte que les pays africains soient prêts à faire face à l'arrivée éventuelle du virus. C'est là où nous pensons que le virus pourrait constituer un grave danger.* »

Le 9 mars, l'OMS déclare que « *la question n'est pas d'endiguer ou d'atténuer l'épidémie. La dichotomie est fautive. Il s'agit des deux à la fois. Tous les pays doivent adopter une stratégie mixte globale pour maîtriser leur épidémie et faire reculer ce virus meurtrier.* »

Le 13 mars, quatre recommandations sont énoncées : Se préparer, se tenir prêt (1) ; détecter protéger et traiter (2) ; Réduire la transmission (3) ; Innover et apprendre (4). L'OMS déclare que « *l'expérience de la Chine, de la République de Corée, de Singapour et d'autres pays démontre clairement que des mesures énergiques de dépistage et de recherche des contacts, combinées à des mesures de distanciation sociale et à la mobilisation collective, peuvent prévenir les infections et sauver des vies* ».

Le 17 mars 2020, l'OMS, la Fédération des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) publient des orientations sur le renforcement des opérations de préparation et de riposte aux flambées de COVID-19 dans les camps et les cadres analogues. Des amnisties temporaires, d'information dans les langues appropriées sont par exemple préconisées.

Le 18 mars, l'OMS publie des orientations sur le soutien psychosocial et la santé mentale pendant la flambée de COVID-19.

Le 26 mars, l'OMS énonce des recommandations parmi lesquelles l'instauration d'un système pour trouver chaque cas suspect dans la population générale, l'élaboration d'un plan et d'une procédure clairs pour la mise en quarantaine des contacts, la réorientation de l'action de l'ensemble des pouvoirs publics dont la priorité doit être désormais de juguler et de supprimer la COVID-19.

Le 1er avril, l'OMS, la Banque mondiale et le FMI appellent à un allègement de la dette des pays en développement.

Le 9 avril l'OMS publie sa stratégie technique pour la deuxième phase de la riposte. Celle-ci s'articule autour de cinq objectifs : (1) Mobiliser l'ensemble des secteurs et des communautés ; (2) Maîtriser les cas sporadiques et les groupes de cas et prévenir la transmission dans les communautés ; (3) Faire cesser la transmission dans les communautés là où elle a lieu ; (4) Réduire la mortalité par une prise en charge adaptée ; (5) Mettre au point des vaccins et des traitements sûrs et efficaces. En Afrique, l'OMS prévoit « *de graves difficultés pour les systèmes de santé déjà surchargés, en particulier dans les zones rurales, qui manquent généralement des ressources dont bénéficient les populations urbaines* ». Cela signifie que, comme l'a déclaré le Dr Moeti, directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, que

« les pays doivent localiser la riposte, en renforçant d'urgence les infrastructures de santé publique et de soins de santé primaires existantes ».

Le 14 mai, l'OMS publie une note d'orientation sur les questions de genre et la COVID-19. Elle donne six préconisations fondamentales à l'attention des pouvoirs publics, traitant notamment des problèmes de violence domestique, de la garantie d'un accès équitable au dépistage et au traitement de la COVID-19. Il faut selon elle *« veiller à ce que les ripostes concernent tout le monde et ne fassent preuve d'aucune discrimination ».*

Le 19 mai, la 73^e Assemblée mondiale de la Santé, la première à se tenir virtuellement, adopte une résolution qui reconnaît *« le rôle d'une immunisation à grande échelle contre la COVID-19, en tant que bien public mondial en rapport avec la santé ».* Elle comporte quatre points primordiaux : tout d'abord veiller à une distribution équitable des technologies de santé essentielles et de qualité qui sont nécessaires pour combattre la pandémie de COVID-19, ensuite, *« tirer parti, le cas échéant, des traités internationaux concernés, notamment des dispositions de l'accord sur les ADPIC »* ; par ailleurs *« les vaccins contre la COVID-19 doivent être considérés comme des biens publics mondiaux ».* Enfin, quatrième : *« encourager la collaboration visant à promouvoir les activités de recherche et de développement, qu'elles soient financées par le secteur privé ou par les pouvoirs publics. Cela suppose une ouverture de l'innovation dans tous les domaines concernés et le partage des informations avec l'OMS. »*

Le 27 mai, l'OMS annonce avoir publié la veille son manifeste *« pour que l'après-COVID-19 donne naissance à monde en meilleure santé et plus soucieux de l'environnement ».* Il reprend six recommandations simples pour protéger la nature, veiller à ce que les maisons et les établissements de santé disposent de l'eau et de systèmes d'assainissement, investir dans une transition rapide vers une énergie propre qui réduira la pollution atmosphérique. Mais aussi promouvoir des systèmes alimentaires sains et pérennes, bâtir des villes qui intègrent la santé dans tous les aspects de la planification urbaine et arrêter de subventionner les énergies fossiles qui sont sources de pollution et moteurs du changement climatique.

Le 29 mai, l'OMS annonce avoir élaboré des *« orientations fondées sur des bases factuelles en vue de renforcer la préparation à la COVID-19 dans les villes et les milieux urbains ».* Une douzaine d'orientations techniques ainsi que d'autres ressources de l'OMS destinées aux autorités locales sont disponibles dans le cadre de la plateforme Epi-Win sur le site Web de l'OMS.

Le 1^{er} juin l'OMS publie des orientations opérationnelles en matière de politique sanitaire qui incluent la nécessité de coordonner et élaborer de nouvelles solutions pour prodiguer les soins tout en limitant les déplacements vers les établissements de santé, ce qui suppose le recours aux technologies numériques pour fournir à distance certains services ordinaires, ainsi que l'augmentation du nombre de médicaments livrés à domicile. L'OMS note que les maladies non transmissibles n'ont pas été suffisamment prises en charge : *« la riposte à la COVID-19 doit tenir compte des besoins de santé des personnes vivant avec des maladies non transmissibles ».* Le tabac qui est la principale cause des maladies non transmissibles doit être un objet de lutte. L'OMS note également que *« la pandémie de COVID-19 a entraîné un recours accru aux antibiotiques, ce qui provoquera au final une hausse des taux de résistance bactérienne et aura une incidence sur la charge de morbidité et le nombre de décès pendant et après la pandémie. Nous devons trouver de nouveaux modèles pour encourager l'innovation durable, comme l'a démontré l'essai Solidarity pour la COVID-19, mais il nous faut aussi trouver des solutions pour accélérer le développement de candidats viables. »*

Le 8 juin, le directeur général de l’OMS énonce des recommandations en vue des manifestations dans le cadre du mouvement « *Black lives matter* ». Si l’OMS apporte son soutien sans réserve à l’égalité et au mouvement mondial contre le racisme, elle encourage, dans la mesure du possible, à garder une distance d’au moins un mètre entre individus et à porter des masques lors des manifestations.

Le 8 juin, l’OMS publie des orientations sur l’utilisation des outils numériques pour la recherche des contacts. Elle note que si ces outils sont efficaces lorsqu’ils s’intègrent dans une démarche globale, « *ils peuvent également entraîner des problèmes en matière de vie privée, conduire à des avis médicaux erronés fondés sur l’autosignalement des symptômes ou encore laisser de côté les personnes qui n’ont pas accès aux technologies numériques modernes* ». Elle encourage les pays à recueillir ces données à mesure qu’ils déploient ces outils, puis à les communiquer à la base de connaissances mondiales. Elle insiste également sur le fait que les outils numériques ne peuvent se substituer aux compétences humaines nécessaires pour la recherche de contacts.

Le 12 juin, l’OMS a élaboré des lignes directrices pour les établissements de santé et les communautés sur les moyens de maintenir les services essentiels, notamment ceux destinés aux femmes, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents. Elle fournit des informations détaillées dans ses orientations sur l’allaitement en toute sécurité, estimant que les bénéfices de l’allaitement l’emportent sur les risques de transmission de la COVID. Les fermetures d’écoles et d’universités peuvent aussi avoir des conséquences dramatiques sur l’accès des adolescents aux services de prévention ainsi qu’à l’alimentation.

Le 29 juin, l’OMS établit cinq priorités sur lesquelles chaque pays doit se concentrer : (1) donner aux communautés les moyens d’agir à travers l’application des gestes barrières ; (2) supprimer la transmission par l’identification et la mise en quarantaine des contacts ; (3) sauver des vies en fournissant de l’oxygène et de la dexaméthasone aux personnes atteintes de formes cliniques graves ; (4) accélérer la recherche ; (5) maintenir un leadership politique à travers une unité nationale et une solidarité mondiale.

B. ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE

Le 29 janvier, l’OMS publie des conseils sur le port du masque dans les espaces collectifs, lors des soins à domicile et dans les établissements de santé.

Le 4 février, « *l’OMS déconseille le stockage des équipements de protection individuelle (EPI) dans les pays et les zones où la transmission est faible.* »

Le 27 février, l’OMS publie des orientations sur l’usage rationnel des EPI en fonction du lieu, du type de personnel et du type d’activité à effectuer. Elle déconseille le port du masque médical pour les individus asymptomatiques afin notamment de ne pas créer de faux sentiment de sécurité et préserver les stocks.

Le 3 mars, l’OMS note que « *les capacités de riposte des pays sont compromises par les perturbations de plus en plus graves de l’approvisionnement en équipements de protection individuelle provoquées par l’augmentation de la demande, la constitution de réserves et l’utilisation abusive de ces équipements* ». Elle lance un appel en faveur d’une augmentation de 40 % de la production mondiale.

Le 30 mars, le directeur général appelle les pays à collaborer avec les entreprises pour augmenter la production et assurer la libre circulation ainsi que la distribution équitable des produits sanitaires essentiels.

Le 31 mars, l'OMS publie une alerte produit médical mettant en garde contre un nombre croissant de produits médicaux falsifiés.

Le 6 avril, l'OMS publie des orientations actualisées sur le port du masque avec une nouvelle section sur le port du masque par les sujets en bonne santé dans les espaces collectifs. Elle rappelle que *« les masques médicaux doivent être une priorité pour les agents de santé qui travaillent en première ligne dans le cadre de la riposte »* et ne recommande pas le port généralisé du masque par les personnes en bonne santé dans les espaces collectifs. Néanmoins elle donne aux décideurs des conseils s'ils choisissent cette approche, reconnaissant qu'elle a comme avantages potentiels de réduire le risque d'exposition potentielle à une personne infectée pendant la phase « pré-symptomatique » et de ne pas stigmatiser les personnes qui portent un masque parce qu'elles sont infectées.

Le 5 juin, l'OMS publie des orientations actualisées sur le port du masque dans le cadre de la lutte contre la COVID-19. Le port du masque doit toujours s'inscrire dans une stratégie globale et ne protège pas à lui seul de la COVID-19. *« Le masque ne remplace pas la distanciation physique, l'hygiène des mains et les autres mesures de santé publique. »* Elle donne de nouvelles recommandations à ce sujet, en plus des anciennes :

- *« dans les endroits où la transmission est généralisée, l'OMS recommande le port du masque à toutes les personnes qui travaillent dans les zones des établissements de santé où des soins sont prodigués, et pas seulement aux personnes qui s'occupent de patients atteints de la COVID-19. »*

- *« dans les régions où il y a une transmission communautaire, l'OMS recommande le port du masque aux personnes de 60 ans et plus et à celles atteintes de maladies sous-jacentes, dans les situations où la distanciation physique est impossible. »*

- *« l'OMS estime que les gouvernements devraient inciter le grand public à porter un masque lorsque la transmission est généralisée et quand la distanciation physique est difficile, comme dans les transports publics, dans les commerces ou dans les autres lieux confinés ou surpeuplés ».*

En ce qui concerne la composition des masques en tissu, l'OMS recommande que les masques en tissu soient constitués d'au moins trois couches de matériaux différents.

C. GESTION DU CONFINEMENT

Le 25 mars, l'OMS reconnaît que les mesures de confinement *« peuvent aider à ralentir la progression du virus mais ne permettront pas d'en finir avec l'épidémie »*.

Le 30 mars, l'OMS estime que le succès du confinement à Wuhan tient au fait que *« des mesures de distanciation physique ont été prises en parallèle d'une recherche agressive des cas, c'est la différence essentielle »*.

Le 1^{er} avril, l'OMS appelle les gouvernements à mettre en place des mesures de soutien aux populations en évoquant les conséquences économiques et sociales négatives de ces mesures et estime que les mesures de confinement ne sont pas praticables ni adaptées à tous les contextes, en particulier dans les pays les plus pauvres ou dans les zones les plus densément peuplées.

Le 13 avril, l'OMS recommande que les restrictions soient « *levées très progressivement et de façon maîtrisée, pas d'un seul coup. Les restrictions ne peuvent être levées que si les mesures de santé publique voulues sont en place, notamment d'importants moyens de recherche des contacts.* »

Le 16 avril, la stratégie actualisée de l'OMS énonce les six critères à satisfaire par les pays, avant de lever les restrictions : 1. la transmission doit être maîtrisée ; 2. le système de santé doit disposer des capacités de détecter, tester, isoler et traiter tout cas éventuel et d'en rechercher les contacts ; 3. les risques de flambée doivent être réduits au minimum dans les établissements spécifiques tels que les établissements de santé ou les foyers pour personnes âgées ; 4. des mesures préventives doivent être appliquées sur les lieux de travail, dans les écoles et les autres lieux indispensables pour la population ; 5. les risques à l'importation doivent pouvoir être gérés ; 6. les communautés doivent être pleinement éduquées, mobilisées pour s'adapter à la « nouvelle norme », et que les moyens leur en soient donnés.

Le 28 avril, l'OMS demande à « *être certain qu'il est possible de gérer la distanciation physique dans les lieux de travail et les écoles s'ils rouvrent, avoir une population entièrement mobilisée et informée* ». Elle précise qu'« *il faut prendre en compte l'impact positif pour l'économie et l'impact potentiellement négatif sur le contrôle de l'épidémie* ». Elle cite en exemple à plusieurs reprises Singapour et la Corée du Sud qui ont réussi à maintenir les écoles ouvertes tout en luttant efficacement contre l'épidémie.

Le 14 mai, l'OMS publie une série de recommandations sur la gestion du déconfinement (pour les lieux de travail, les écoles, les événements de masse, etc.).

D. DÉPISTAGE ET GESTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le 23 janvier, l'OMS recommande à la Chine de fournir davantage d'informations, d'effectuer une surveillance accrue des événements et célébrations ainsi qu'un dépistage dans les aéroports. L'OMS recommande aux autres pays de prendre des mesures de dépistage et d'isolement en cas de contamination d'individus.

Le 28 janvier l'OMS demande que tous les pays soient « *prêts à prendre des mesures pour endiguer l'épidémie, notamment par une surveillance active, un dépistage précoce, l'isolement et la prise en charge des cas* ».

Le 12 février, elle recommande de s'adresser directement au public et lui indiquer les précautions à prendre : se laver les mains régulièrement, respecter les distances de sécurité, tousser dans le creux du coude.

Le 17 février, l'OMS annonce fournir « *des conseils aux pays sur la manière d'effectuer le triage, le dépistage, la recherche de contacts et le traitement* ».

Le 23 février, l'OMS donne la priorité à la protection des agents de santé, des personnes à risque (personnes âgées ou déjà affectées par des maladies).

Le 24 février, les responsables d'équipes de la mission conjointe OMS-Chine notent qu'« *une grande partie de la communauté internationale n'est pas encore disposée et matériellement prête à mettre en œuvre les mesures utilisées par la Chine pour l'endiguement de la COVID-19* ». Elle préconise l'application de mesures de santé publique à grande échelle comme le dépistage, l'isolement de cas, les mesures de quarantaine.

Le 28 février l'OMS fait dix recommandations sur les gestes barrières à adopter. Elle recommande de rester chez soi si l'on est malade et d'appeler le médecin en cas de dyspnée ou de signes d'essoufflement.

Le 13 mars, l'OMS a regroupé ses conseils aux pays en quatre catégories : ceux où il n'y a pas de cas, ceux où il y a des cas sporadiques, ceux où il y a des groupes de cas et ceux où le virus se transmet dans la communauté.

- Pour les 3 premières catégories : elle recommande de se concentrer sur l'isolement et le dépistage.

- Pour les zones de transmission communautaire : elle recommande de fermer les écoles et annuler les rassemblements de masse.

Le 16 mars : l'OMS lance son appel à « tester, tester, tester » tous les cas suspects avec les tests PCR (moléculaires).

Le 18 mars, l'OMS rappelle que *« les mesures d'éloignement physique ainsi que l'annulation des événements sportifs, des concerts et des grands rassemblements, peuvent aider à ralentir la transmission du virus [...] mais pour endiguer et maîtriser l'épidémie, les pays doivent isoler, tester, traiter et rechercher les contacts »*.

Le 26 mars, l'OMS énonce des recommandations parmi lesquelles on trouve le renforcement de la production de tests, les capacités de dépistage et la disponibilité des tests, le recensement, l'adaptation et l'équipement des établissements où les patients vont être isolés et pris en charge, le renforcement et la formation des agents de santé et des personnels de santé publique.

Le 30 mars, l'OMS annonce la publication d'un « manuel pratique sur la manière d'établir et de gérer des centres de traitement de la COVID-19. » Le manuel détaille trois interventions essentielles : *« Premièrement, comment mettre en place le dépistage et le triage dans les établissements de santé, en utilisant une tente ou un bâtiment reconverti à cet usage. Deuxièmement, comment mettre en place des établissements collectifs pour la prise en charge des patients atteints d'une forme bénigne de la maladie. Et troisièmement, comment installer un centre de traitement, en reconvertissant des services hospitaliers ou des hôpitaux entiers, ou en installant un nouvel hôpital sous tente. »*

Le 3 avril, l'OMS met en garde contre l'utilisation des tests sérologiques dans la stratégie de déconfinement ; du fait des incertitudes sur le lien entre développement d'anticorps et immunisation, elle recommande de les réserver à ce stade à des fins de recherche et appelle à s'assurer de leur qualité.

Le 27 avril, l'OMS déclare que *« tandis que les mesures de confinement s'assouplissent en Europe avec la baisse du nombre de nouveaux cas, nous continuons d'exhorter les pays à trouver, isoler, tester et traiter tous les cas de COVID-19 et à en rechercher chaque contact pour faire en sorte que cette baisse se poursuive. »*

E. RESTRICTIONS AU COMMERCE ET AU VOYAGE

Le 28 janvier l'OMS déclare qu'*« il n'y a aucune raison de prendre des mesures qui perturbent inutilement les voyages et le commerce internationaux. L'OMS ne recommande pas de limiter les échanges commerciaux et les déplacements »*.

Le 25 février, l'OMS recommande une réponse des États « *mesurée, cohérente et proportionnée* ». Les États doivent mettre en place des réponses sans perturber inutilement le commerce international « *des restrictions de voyage allant au-delà des recommandations actuelles pourraient perturber inutilement le transport international et avoir des répercussions négatives sur le secteur du tourisme* ».

**ANNEXE : COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL DE LA
COMMISSION DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES SUR LE SUIVI DE LA
CRISE LIÉE À LA PANDÉMIE DE COVID-19**

• **Groupe de travail « Réseaux diplomatiques, consulaires et d'influence »**

Sous-groupe « Diplomatie culturelle et d'influence »

- Mme Marielle de Sarnez
- Mme Samantha Cazebonne
- M. Alain David
- M. Michel Herbillon
- M. Christophe Naegelen
- M. Frédéric Petit (*animateur*)
- Mme Sira Sylla

Sous-groupe « Réseau diplomatique et consulaire »

- Mme Marielle de Sarnez
- Mme Anne Genetet
- M. Christophe Di Pompeo (*animateur*)
- M. Didier Quentin
- M. M'jid El Guerrab

• **Groupe de travail « Aide publique au développement - Action humanitaire »**

- Mme Marielle de Sarnez
- Mme Aude Amadou
- Mme Clémentine Autain
- M. Frédéric Barbier
- M. Hervé Berville (*animateur*)
- Mme Mireille Clapot
- M. Jean-Michel Clément
- Mme Laurence Dumont
- M. Michel Fanget
- M. Meyer Habib
- M. Bruno Joncour
- M. Hubert Julien-Lafferrière
- M. Rodrigue Kokouendo

- M. Jean-Paul Lecoq
- Mme Marion Lenne
- M. Jean François Mbaye
- Mme Bérengère Poletti (*animatrice*)
- M. Dominique Potier
- Mme Sira Sylla
- Mme Valérie Thomas

• **Groupe de travail « Action économique extérieure »**

- Mme Marielle de Sarnez
- M. Moetai Brotherson
- M. Pierre Cabaré
- M. Jean-Michel Clément
- M. Pierre Cordier (*animateur*)
- Mme Amélia Lakrafi
- M. Jacques Maire
- M. Denis Masségli
- M. Christophe Naegelen
- M. Frédéric Petit
- M. Jean-François Portarrieu
- M. Buon Tan (*animateur*)
- M. Sylvain Wasserman

ANNEXE : RECOMMANDATIONS DES GROUPES DE TRAVAIL DE LA COMMISSION DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

I. GROUPE DE TRAVAIL N° 1 : RÉSEAUX DIPLOMATIQUE, CONSULAIRE ET D'INFLUENCE

A. PROPOSITIONS DU SOUS-GROUPE « RÉSEAUX DIPLOMATIQUE ET CONSULAIRE »

1. Consolider les ressources humaines du Quai d'Orsay

1. Suspendre la mise en œuvre des objectifs de réduction des effectifs et de la masse salariale du Quai d'Orsay inscrits dans le plan « Action publique 2022 », dont trois quarts des objectifs ont déjà été atteints.
2. Reconsidérer la politique consistant à accroître la part des agents de droit local dans le total des effectifs du ministère, dans un contexte où la gestion de la crise consulaire a largement reposé sur les personnels expatriés.
3. Mettre en place des indicateurs de suivi des troubles psychosociaux pour quantifier la surcharge de travail qui pèse sur certains personnels.
4. Compenser, par la création d'une prime ponctuelle, la perte de l'indemnité de résidence à l'étranger des agents bloqués en France du fait des conséquences de la crise sanitaire sur les mobilités internationales.

2. Accélérer la transformation numérique du ministère

5. Donner une véritable ambition à la transformation numérique du Quai d'Orsay, à travers un « plan numérique » accompagné de moyens suffisants, qui cible en particulier l'administration consulaire (état civil et visas).
6. Moderniser les outils numériques et les applications du ministère, dont le site « Ariane » et l'application de gestion de crise « CriseNet ».
7. Renforcer l'effort de formation à la gestion de crise, notamment dans le domaine de la gestion des outils numériques et de l'utilisation des réseaux sociaux, y compris dans les postes considérés comme moins exposés.
8. Recenser les solutions numériques mises en œuvre, de manière autonome, par les postes pour affronter la crise consulaire, afin d'étudier celles qui pourraient être reprises au niveau mondial.
9. Augmenter massivement la dotation des agents du ministère en équipements de mobilité, en particulier les ordinateurs portables sécurisés « Itineo », afin de lever les freins au développement du télétravail.

10. Lancer une réflexion sur une évolution de la doctrine de sécurité informatique du ministère, qui apparaît parfois inutilement rigide.
11. Développer des environnements informatiques différenciés selon le niveau de sécurité afin de permettre aux agents du ministère de travailler sur des activités non-sensibles dans un environnement informatique plus souple.
12. Développer un outil de visioconférence adapté aux conférences avec des personnes extérieures au ministère, afin d'améliorer la relation à l'utilisateur et la conduite des affaires diplomatiques.
13. Renforcer la conscience de la sécurité informatique parmi les agents du ministère (formations, campagnes intranet, messages instantanés, etc.).
14. Accélérer le déploiement de la plateforme téléphonique mondiale 24 heures/24 destinée à décharger les consulats des questions les plus courantes.
15. Envisager la création d'une application mobile spécifique à la mobilité internationale qui intègre tout ce qu'un Français a besoin de savoir à l'étranger (alerte sécurité, assurance santé, actualité des consulats, etc.) et qui permette aux postes diplomatiques d'envoyer des notifications en cas d'urgence.

3. Soutenir les communautés françaises de l'étranger

16. Augmenter l'enveloppe d'aides sociales à disposition des postes pour répondre aux besoins des Français de l'étranger en difficulté au-delà de ce que prévoit le plan d'aide aux communautés françaises de l'étranger afin d'accompagner les effets tardifs attendus de la crise.
17. Transmettre au Parlement le bilan trimestriel poste par poste des versements d'aide sociale exceptionnelle ainsi que le bilan annuel des versements d'aide sociale hors aide exceptionnelle.
18. Conduire, *a posteriori*, un travail d'évaluation, poste par poste, de l'aide apportée aux Français de l'étranger pendant la crise sanitaire.
19. Renforcer le rôle des élus consulaires, qui doivent notamment être associés à l'étude des dossiers d'aide sociale, et le rôle des chefs d'îlot de sécurité à l'étranger, qui ont la responsabilité d'assurer l'interface entre les services consulaires et les Français à l'étranger en cas de crise.

B. PROPOSITIONS DU SOUS-GROUPE « RÉSEAUX CULTURELS ET D'INFLUENCE »

20. Diffuser l'aide financière apportée au réseau d'enseignement français à l'étranger le plus largement possible.
21. Solliciter les services compétents des postes diplomatiques pour fournir une assistance juridique aux associations de droit local et aux familles non françaises, afin qu'elles puissent se saisir des possibilités offertes au plan local.

22. Permettre les redéploiements de crédits rendus possibles sur le programme budgétaire 185 *Diplomatie culturelle et d'influence* pour qu'ils soient mobilisés pour apporter une aide d'urgence.
23. Créer dans le prochain projet de loi de finances, pour répondre aux besoins créés par la crise, une ligne budgétaire nouvelle unique dans le programme budgétaire 185, au titre de l'action *Sauvegarde des réseaux d'influence*.
24. Prévoir pour chaque poste diplomatique l'élaboration d'un plan de crise portant sur les différentes dimensions de la diplomatie d'influence.
25. Prévoir, dans un second temps, l'établissement par chaque poste, sur cinq ans, des « plans post-covid-19 » dans les différents domaines de la diplomatie d'influence (éducation, francophonie, coopération scientifique et universitaire, etc.).
26. À moyen terme, engager une réflexion sur l'avenir des réseaux et des opérateurs de la diplomatie d'influence.

II. GROUPE DE TRAVAIL N° 2 : AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT - ACTIONS HUMANITAIRES

A. L'INTENSIFICATION DE LA PRÉSENCE FRANÇAISE, NOTAMMENT DANS LE DOMAINE SANITAIRE, SUR LE TERRAIN À L'APPUI D'UN RÉCIT POLITIQUE

1. Définir un récit français dont la politique de développement serait un des aspects. Une politique de coopération avec les pays à faibles revenus et notamment en Afrique ne peut se déployer efficacement qu'en appui d'un récit politique à l'instar de ce que développent plusieurs pays émergents.
2. Procéder à un rapprochement entre l'Agence française de développement, Expertise France et l'Institut Pasteur afin de créer des synergies notamment en Afrique. Les Instituts Pasteur ont vu leurs subventions baisser et leur modèle économique privilégier l'autofinancement. En tout état de cause, il serait approprié qu'un outil aussi implanté sur le terrain bénéficie du renforcement annoncé du domaine de la santé dans l'aide publique au développement.
3. Investir plus massivement le domaine de la santé et notamment le renforcement du système de soin et la formation des personnels et médecins, notamment en facilitant l'exercice conjoint des personnels de santé en France et dans leur pays d'origine.
4. Augmenter le nombre d'experts techniques internationaux français sur place. La politique de développement ne peut pas se résumer à des financements mais doit aussi être assurée par des personnels français afin de renforcer notre soft power.
5. Créer un fonds adossé à l'AFD destiné à financer de petits projets concrets et notamment ceux portés par les Français sur le terrain.

B. LA QUESTION DES DETTES DOIT ÊTRE APPRÉHENDÉE EN PRENANT EN COMPTE CHACUN DES PAYS

6. L'annulation de la dette ne convient pas à chaque pays. Il est nécessaire d'appréhender la situation de chacun d'entre eux – dette détenue par des étrangers ou par des résidents, accès ou non du pays aux marchés financiers. La question ne se limite pas à la dette mais concerne plus largement l'accès à la liquidité afin d'investir dans le présent et l'avenir. Il convient donc de mener un dialogue fin avec chacun des États afin de définir le meilleur levier pour chaque situation et non pas de les traiter globalement.
7. Favoriser la création de diaspora bonds afin de mieux diriger l'épargne des diasporas vers des projets structurants et sortir de l'unique logique des transferts intrafamiliaux.

C. LA CONTINUITÉ DES ACTIONS HUMANITAIRES EN TEMPS DE PANDÉMIE

8. Les mesures prises pour lutter contre la pandémie de covid-19 ont entraîné des fermetures de frontières et des restrictions de mouvement plus ou moins sévères qui ont eu pour effet collatéral de gripper le travail des organisations non gouvernementales (ONG) chargées de déployer une assistance humanitaire auprès des populations les plus vulnérables. Dans certaines parties du monde, les régimes de sanctions induisent une limitation dramatique des capacités d'intervention humanitaire.
9. La pandémie de covid-19 représente une menace supplémentaire pour des personnes se trouvant déjà en situation de grande vulnérabilité notamment celles ayant fui des conflits armés (Afghanistan, Soudan du Sud, Syrie, Yémen...), vivant dans des camps depuis plusieurs décennies (camps de réfugiés palestiniens au Proche-Orient) ou confrontées à des crises humanitaires préexistantes comme des pénuries alimentaires (Érythrée, Madagascar, Zambie...).
10. Dans ce contexte, des adaptations de la réponse humanitaire sont ainsi apparues indispensables afin d'assurer concomitamment la continuité des actions déployées en faveur des populations les plus fragiles et la lutte contre la propagation du virus.
11. Mobiliser immédiatement des ressources financières conséquentes, en favorisant le déblocage de fonds supplémentaires et non les seules réallocations, pour apporter une réponse à la hauteur de la gravité de la situation permettant notamment l'achat et l'acheminement d'équipements prioritaires de protection.
12. Soutenir logistiquement la mise en œuvre de ponts aériens pour le matériel et les personnels humanitaires aux échelles mondiale mais également régionale.
13. Œuvrer en faveur d'un allègement des processus douaniers pour accélérer l'acheminement des biens de protection et de première nécessité.
14. Appuyer les négociations en cours auprès des États en vue d'alléger les procédures d'obtention des visas pour les personnels humanitaires, rendues impossibles par la fermeture des ambassades et des consulats.

15. Lever tout élément contenu dans les régimes de sanction ayant pour effet de contraindre ou de limiter l'action humanitaire dans certains pays.
16. Demander aux États de prendre des dispositions permettant d'assurer la continuité des opérations d'assistance humanitaire. Veiller à ce que tous les travailleurs humanitaires, locaux et internationaux, bénéficient au même titre que les personnels de santé du statut de « personnel essentiel » devant à ce titre être protégés et respectés.
17. Veiller à assurer, au-delà de la pandémie de covid-19, la continuité des services de santé afin d'éviter une hausse des morbidités et mortalités associées à un défaut de prévention, de suivi ou de prise en charge d'autres pathologies. Les services de santé sexuelle et reproductive, de vaccination, de prise en charge du paludisme, du VIH, de la tuberculose et de sous-nutrition doivent être particulièrement maintenus.

III. GROUPE DE TRAVAIL N° 3 : ACTION ÉCONOMIQUE EXTÉRIEURE

A. LE COMMERCE EXTÉRIEUR ET LE SOUTIEN AUX ENTREPRISES FRANÇAISES EXPORTATRICES

1. Relancer notre commerce extérieur après la crise

1. Évaluer l'efficacité des mesures prévues par le plan de mars 2020 de soutien aux entreprises exportatrices, et comparer ces mesures avec celles mises en œuvre dans d'autres grands pays exportateurs (par exemple, celles de l'agence américaine de crédit à l'exportation américaine EXIM).
2. Aider les entreprises exportatrices à préparer la reprise sur la base d'une géographie des opportunités post-crise, de la définition de « couples pays/secteur » prometteurs et de la prise en compte du nécessaire « tournant numérique » (utilisation des nouvelles technologies pour la prospection et la négociation commerciales).
3. Renforcer, ou à tout le moins maintenir, les moyens humains et financiers des membres de la Team France Export afin que la crise sanitaire n'affecte pas leur capacité d'accompagnement. Business France et les chambres de commerce et d'industrie sont en effet soumises à la baisse de leurs recettes commerciales, conséquence directe du ralentissement des exportations.
4. Encourager la modernisation de la politique de concurrence européenne afin de permettre à de grands groupes européens de lutter à armes égales avec leurs concurrents d'autres continents, et contribuer ainsi à renforcer l'autonomie stratégique de la France et de l'Union européenne.
5. Nouer de nouveaux partenariats commerciaux entre l'Union européenne et son voisinage immédiat (Europe centrale et orientale, Maghreb, pays du bassin méditerranéen), afin de bénéficier d'un savoir-faire de qualité, notamment en matière de santé, et d'un coût du travail moindre, dans le cadre d'une tendance générale à la régionalisation des échanges (dès avant la crise, on observait déjà une tendance des

chaînes de valeur à être moins transcontinentales et à se régionaliser, que ce soit à l'échelle de l'ASEAN, de l'Amérique du Nord, de l'Afrique de l'Ouest, *etc.*).

6. Encourager la relocalisation de certaines productions, en particulier stratégiques, en se concentrant sur les productions à haute valeur ajoutée pour lesquelles notre main-d'œuvre qualifiée est rentable. Prendre en compte, dans cet effort de relocalisation, les externalités négatives induites (pollution, *etc.*) et le pouvoir d'achat des consommateurs français.
7. Réfléchir aux moyens d'encourager, dans les marchés publics pour certains produits stratégiques, le recours à des entreprises françaises, et ce même à un prix plus élevé, moyennant le respect d'un certain nombre de critères (délais de livraison, qualité, responsabilité sociale et environnementale, *etc.*), dans le respect du droit européen.
8. Inciter les grands groupes français (en contrepartie notamment des aides publiques accordées) à parrainer ou à accompagner à l'export des PME/ETI françaises, en leur confiant par exemple des contrats de sous-traitance, de fourniture ou de prestation de services (les formules de parrainage de « pair à pair » et de clubs d'entreprises pour l'export peuvent ici jouer un rôle utile). Favoriser la structuration des filières en s'inspirant des premiers résultats obtenus dans certains secteurs, tels que celui de l'aéronautique avec le GIFAS (Groupement des industries françaises aéronautiques et spatiales). Réserver certaines aides publiques aux entreprises qui travaillent en réseaux. Développer, dans l'enseignement supérieur de gestion, les cours sur les pratiques coopératives et les réseaux d'entreprises.
9. Développer un produit spécifique de couverture des « petits » budgets de prospection commerciale pour prendre la suite de l'assurance prospection premiers pas (A3P), qui a également été supprimée.
10. Tirer les conséquences du caractère durablement excédentaire de l'assurance-crédit (en moyenne 800 millions d'euros par an) en mobilisant une fraction des excédents pour financer des actions ponctuelles, par exemple un fonds de garantie pour un produit complémentaire de l'assurance prospection (géré par Bpifrance) et/ou des actions correspondant à nos objectifs en matière de lutte contre le changement climatique et de développement des pays les moins avancés. La politique d'assurance-crédit doit être conforme à nos grands engagements internationaux.
11. S'interroger sur la pertinence des modalités de gestion des garanties publiques, et notamment des rôles actuellement dévolus respectivement à l'État et à Bpifrance. De nombreux pays, dans une optique de souplesse et de réactivité, ont délégué beaucoup plus largement la gestion des dispositifs comparables à des opérateurs spécialisés.
12. Promouvoir l'utilisation de l'euro dans le commerce international en se fixant des objectifs ambitieux.
13. Inciter les établissements français d'enseignement à développer des réseaux d'*alumni* parmi leurs anciens élèves étrangers et à les partager avec nos ambassades et opérateurs à l'étranger (proposition issue du rapport d'information de Pierre Cordier et Denis Masségli sur la diplomatie économique du 19 septembre 2018).
14. Renforcer encore les enseignements de langue et de civilisation étrangères et valoriser ces enseignements en augmentant les coefficients des épreuves en langue

étrangère dans les examens et diplômes nationaux (proposition issue du rapport de MM. Cordier et Masségli).

2. Mettre en place une politique du commerce extérieur plus lisible

15. Désigner au sein du Gouvernement un responsable formellement en charge du commerce extérieur, de préférence avec un rang de ministre ou de ministre délégué (plutôt qu'un secrétaire d'État), et en tirer les conséquences dans l'organisation administrative en lui rattachant les différents services et opérateurs relevant actuellement soit du ministère de l'Europe et des affaires étrangères (la direction de la diplomatie économique, Atout France, *etc.*), soit de celui de l'économie et des finances (une partie des services du Trésor, Business France, *etc.*).
16. Améliorer la lisibilité budgétaire des politiques du commerce extérieur, en regroupant autant que possible les différentes lignes de crédits, aujourd'hui dispersées. Envisager la création d'une mission budgétaire *Commerce extérieur*.

3. Valoriser l'« image de marque » de notre pays

17. Mettre en place et promouvoir la « Marque France » en tant que marque de référence, déclinée ensuite dans les différentes marques et labels sectoriels déjà mis en place (French Health-care, Vivapolis, French Tech, *etc.*).
18. Développer les « Maisons de la France » à travers des initiatives de regroupement géographique des acteurs français, publics et privés, comme il en existe à Pékin, ou l'organisation d'événements « français » comme les semaines de promotion des produits alimentaires qui existent dans certains pays ou le « French Month ».
19. Expérimenter les « Comptoirs de France » avec un soutien budgétaire public, pour relancer l'effort de fédération des filières à l'export, en particulier dans le secteur agro-alimentaire. Les « Comptoirs de France » permettraient aux PME-TPE de disposer d'une offre groupée pour rencontrer les acheteurs internationaux, de faciliter les démarches administratives et de faire des envois groupés. Ce dispositif pourrait être renforcé par une contractualisation avec de grands distributeurs étrangers (sur internet ou non), qui prendraient des engagements précis en volumes distribués ou en nombre de nouvelles marques françaises référencées, en contrepartie de financements publics accordés.

B. LES SANCTIONS INTERNATIONALES ET LA RÉFLEXION SUR UN NOUVEAU CAHIER DES CHARGES POUR LE COMMERCE INTERNATIONAL

20. Renforcer la surveillance par les institutions de l'Union européenne de l'application stricte des clauses inscrites dans les accords commerciaux bilatéraux.
21. Amplifier le dialogue diplomatique, à l'échelon tant national qu'europpéen, aux fins de voir étendues et précisées les dérogations humanitaires incluses dans les régimes de sanctions.
22. Améliorer l'information des entreprises françaises concernant les exemptions humanitaires présentes dans les différents régimes de sanctions internationales afin

de décourager les phénomènes de « surconformité » (peur injustifiée de tomber sous le coup de sanctions).

23. Agir, en ce qui concerne l'Iran, en vue d'une nouvelle utilisation du dispositif INSTEX (celui-ci n'ayant été utilisé qu'une seule fois à ce jour).
24. Continuer de soutenir une modernisation des règles et du mode de fonctionnement de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), afin de sauvegarder l'institution et de mieux intégrer les questions de développement durable dans le cadre de ses travaux.

C. LE SOUTIEN AU SECTEUR DU TOURISME

25. Évaluer l'efficacité des différentes mesures déployées pour aider l'ensemble des acteurs du tourisme à surmonter la crise, notamment celles de l'opérateur Atout France. Comparer ces actions avec celles mises en œuvre dans les autres pays européens.
26. Promouvoir, au niveau français et européen, un tourisme plus durable, c'est-à-dire un tourisme moins « quantitatif » et plus « qualitatif », respectueux des sites touristiques et de leurs habitants. De nouveaux systèmes de « gestion des flux » doivent en particulier être proposés. Développer (État, collectivités et opérateurs) des incitations économiques, notamment fiscales, afin de changer les habitudes des consommateurs et des producteurs.
27. Développer davantage le tourisme « social » en vue de rendre le tourisme accessible à tous et de réduire les inégalités d'accès aux vacances (développement des nouvelles utilisations des chèques vacances, soutien aux structures, d'accueil, *etc.*).
28. Soutenir le tourisme dans sa globalité, sans le limiter à l'hôtellerie et à la restauration, mais en y incluant les activités connexes telles que l'animation culturelle, l'animation sportive, *etc.*).
29. Renforcer, ou à défaut maintenir, les moyens humains et financiers d'Atout France, l'opérateur ayant été soumis à un plan d'économies de fonctionnement important avant la crise.
30. En complément du site internet plan-tourisme.fr, créer un numéro vert pour que les acteurs du tourisme puissent se renseigner sur les différents dispositifs de soutien mis en place.
31. Réfléchir à un dispositif de solidarité, sous la forme d'un système de péréquation pour que les communes qui bénéficient de revenus touristiques importants aident celles dont le potentiel touristique est encore peu valorisé, afin notamment de développer un tourisme plus local et plus durable.

ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Auditions en réunion de commission

- M. Éric Chevallier, directeur du centre de crise et de soutien du ministère de l'Europe et des affaires étrangères (25 mars) [audioconférence - [compte rendu](#)] ;
- M. Axel Cruau, coordonnateur de la *task force* coronavirus (25 mars) [audioconférence - [compte rendu](#)] ;
- M. Jean-Baptiste Lemoyne, secrétaire d'État auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères (1^{er} avril) [audioconférence – [compte rendu](#)] ;
- M. Jean-Yves Le Drian, ministre de l'Europe et des affaires étrangères (8 avril) [[visioconférence](#)] ;
- Mme Amélie de Montchalin, secrétaire d'État auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères, chargée des affaires européennes (15 avril) [[visioconférence](#)] ;
- M. Peter Maurer, président du comité international de la Croix-Rouge (22 avril) [[visioconférence](#)] ;
- M. Rémy Rioux, directeur général de l'Agence française de développement (30 avril) [[visioconférence](#)] ;
- Mme Auriane Guilbaud, maîtresse de conférences en science politique à l'Institut d'études européennes, Université Paris 8 (6 mai) [[visioconférence](#)] ;
- Mme Marie-Paule Kieny, directrice de recherche à l'INSERM, membre du think tank « Santé mondiale 2030 (6 mai) [[visioconférence](#)] ;
- M. Jérémie Pellet, directeur général d'Expertise France (12 mai) [[visioconférence](#)] ;
- M. Thomas Gomart, directeur de l'Institut français des relations internationales (IFRI) (13 mai) [[visioconférence](#)] ;
- M. Jean-Yves Le Drian, ministre de l'Europe et des affaires étrangères (20 mai) [[visioconférence](#)] ;
- M. Amadou Sall, directeur de l'Institut Pasteur de Dakar (27 mai) [[visioconférence](#)] ;
- Mme Alice Ekman, analyste responsable de l'Asie à l'Institut d'études de sécurité de l'Union européenne (EUISS) (3 juin) [[visioconférence](#)] ;
- M. François Godement, conseiller Asie de l'Institut Montaigne (3 juin) [[visioconférence](#)] ;
- M. Jean-Baptiste Lemoyne, secrétaire d'État auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères (8 juin) [[visioconférence](#)] ;
- M. Nassif Hitti, ministre des affaires étrangères du Liban (10 juin)

[\[visioconférence\]](#) ;

- M. Bruno Latour, sociologue, anthropologue et professeur à l’Institut d’études politiques de Paris, sur les enjeux pour nos sociétés de la crise liée à la pandémie de covid-19 (16 juin) [\[visioconférence\]](#) ;
- M. Edgar Morin, philosophe et sociologue, sur les leçons de la crise liée à la pandémie de covid-19 (24 juin) [\[visioconférence\]](#) ;
- M. Olivier Dabène, professeur de science politique à Sciences Po, président de l’Observatoire politique de l’Amérique latine et des Caraïbes (OPALC) du Centre de recherches internationales (CERI) (25 juin) [\[visioconférence\]](#) ;
- M. Damien Larrouqué, chercheur à l’Institut des affaires publiques de l’Université du Chili (25 juin) [\[visioconférence\]](#) ;
- Mme Deisy Ventura, professeure en éthique de la santé mondiale à l’Université de São Paulo (25 juin) [\[visioconférence\]](#) ;
- M. Jean-Yves Le Drian, ministre de l’Europe et des affaires étrangères (1^{er} juillet [\[visioconférence\]](#)).

Réunions de travail

- Mme Laurence Haguenaer, directrice des Français à l’étranger et de l’administration consulaire (27 mars) ;
- M. Christian Masset, ambassadeur de France en Italie (3 avril) ;
- M. Nikolaus Meyer-Landrut, ambassadeur d’Allemagne en France (10 avril) ;
- Mme Sandrine Gaudin, Secrétaire générale des affaires européennes (17 avril) ;
- M. Rémi Maréchaux, directeur d’Afrique et de l’Océan indien du ministère de l’Europe et des affaires étrangères (28 avril) ;
- Mme Odile Renaud-Basso, directrice générale du Trésor (30 avril) ;
- M. Nicolas de Rivière, représentant permanent de la France au Conseil de sécurité et chef de la mission permanente française près les Nations unies à New York (États-Unis) (7 mai) ;
- M. Thierry Mathou, directeur d’Asie et d’Océanie du ministère de l’Europe et des affaires étrangères (15 mai) ;
- M. François Delattre, secrétaire général du ministère de l’Europe et des affaires étrangères (22 mai) ;
- M. Philippe Etienne, ambassadeur de France aux États-Unis (22 mai) ;
- M. François Rivasseau ambassadeur, représentant permanent de la France auprès de l’Office des Nations unies à Genève et des organisations internationales en Suisse (OMS, HCR, OMC) (29 mai) ;
- M. Laurent Bili, ambassadeur de France en Chine (5 juin) ;
- M. Philippe Lefort, ambassadeur de France en Corée (11 juin) ;

- M. Laurent Pic, ambassadeur de France au Japon (19 juin) ;
- Mme Catherine Colonna, ambassadrice de France au Royaume-Uni (26 juin)
- M. Antoine Grassin, ambassadeur de France au Pérou (10 juillet) ;
- M. Jean-François Casabonne-Masonnave, directeur du bureau français de Taipei (24 septembre) ;
- Mme Hélène Farnaud-Defromont, ambassadrice de France en Belgique (1^{er} octobre) ;
- Mme Anne-Marie Descôtes, ambassadrice de France en Allemagne (8 octobre) ;
- M. Jean-Michel Casa, ambassadeur de France en Espagne (15 octobre) ;
- M. Eric Danon, ambassadeur de France en Israël (5 novembre) ;
- M. Etienne de Gonneville, ambassadeur de France en Suède (19 novembre) ;
- Mme Hélène Le Gal, ambassadrice de France au Maroc (26 novembre) ;
- M. Aurélien Lechevallier, ambassadeur de France en Afrique du Sud (3 décembre).

Auditions des groupes de travail

- **Groupe de travail sur les réseaux**

- Sous-groupe de travail sur les réseaux diplomatique et consulaire :*

- M. Gilles Garachon, directeur des ressources humaines à la direction générale de l'administration et de la modernisation du ministère de l'Europe et des affaires étrangères (14 mai)
 - M. Olivier Guyonvarch, consul général de France à Wuhan (15 mai)
 - Mme Anne Boillon, consule générale de France à Sydney (22 mai)
 - M. Luc Ménard, secrétaire des affaires étrangères principal, conseiller affaires administratives à l'ambassade de France à Pékin (28 mai)
 - M. Marc Villard, président de l'Assemblée des Français de l'étranger (4 juin)
 - Consuls honoraires (11 juin):
 - Mme Kamara Bientz, consule honoraire à Freetown
 - Mme Sandrine Tanche, consule honoraire à Oujda
 - Mme Agnès Cukierman, directrice des affaires financières au ministère de l'Europe et des affaires étrangères (16 juin)
 - M. Fabien Fieschi, directeur du numérique au ministère de l'Europe et des affaires étrangères (18 juin)
 - Mme Laurence Haguenaer, directrice des Français à l'étranger et de l'administration consulaire au ministère de l'Europe et des affaires étrangères (25 juin)
 - Mme Hélène Le Gal, ambassadrice de France au Maroc (25 juin)

Sous-groupe de travail Réseaux de la diplomatie culturelle et d'influence

- Fédération des associations de parents d'élèves des établissements d'enseignement français à l'étranger (FAPEE) (16 avril) :
 - M. François Normant, président
 - Mme Virginie Royer, vice-présidente
- M. Jean-Christophe Deberre, directeur général de Mission laïque française (20 avril)
- Agence pour l'enseignement français à l'étranger (22 avril) :
 - M. Olivier Brochet, directeur
 - M. Tristan Cazes, directeur des affaires financières
- Table ronde réunissant des directeurs d'établissements partenaires de l'AEFE en Asie (École Boules et Billes d'Ho-Chi-Minh, école française de Wuhan, lycée international Xavier de Séoul) (24 avril)
- Table ronde réunissant plusieurs directeurs d'établissements conventionnés et en gestion directe de l'AEFE en Asie (lycée Charles de Gaulle de Pékin, lycée français de Shanghai, lycée français de Bangkok, lycée René Descartes de Phnom Penh, lycée Marguerite Duras d'Ho-Chi-Minh, lycée Alexandre Yersin d'Hanoi, lycée français de Singapour, lycée Victor Segalen de Hong Kong) (28 avril)
 - Table ronde réunissant des représentants du personnel siégeant au conseil d'administration de l'AEFE (29 avril) :
 - M. Xavier Augien, représentant syndical SGN CFDT d'administration
 - M. Serge Faure, représentant syndical UNSA
 - M. Bruno Ribard, représentant syndical SNUIPP
 - M. Patrick Soldat, représentant syndical SNES
- Représentants du personnel de plusieurs établissements d'Asie, dont les chefs d'établissements et représentants des parents d'élèves / comités de gestion ont été entendus (30 avril) :
 - Mme Sophie Harif (Lycée français de Shanghai)
 - M. Philippe Verdeil (Lycée français de Shanghai)
 - Mme Anne-Rozenn L'Heveder (Lycée Victor Segalen Hong-Kong),
 - Mme Théa Gabel (Lycée Charles de Gaulle de Pékin)
 - Mme Julie Gautheron (Lycée Charles de Gaulle de Pékin)
 - M. Frank Pajot (Lycée Charles de Gaulle de Pékin)
- Table ronde réunissant des directeurs d'instituts français et conseillers de coopération culturelle en Asie (7 mai) :
 - M. Anthony Chamuzeau, conseiller de coopération et d'action culturelle à l'ambassade de France à Singapour
 - M. Jean-Christophe Fleury, conseiller culturel de l'Ambassade de France, directeur de l'Institut français de Corée du Sud
 - M. Mickaël Hautchamp, ministre conseiller affaires culturelles, éducatives et scientifiques, directeur de l'Institut français de Chine
 - M. Guillaume Narjollet, conseiller de coopération et d'action culturelle,

directeur de l'Institut français du Cambodge

- M. Etienne Rolland-Piegue, conseiller de coopération et d'action culturelle, directeur de l'Institut français du Vietnam
- Institut français de Paris (11 mai) :
 - M. Pierre Buhler, président du conseil d'administration, ambassadeur, chargé de mission pour l'action culturelle extérieure de la France
 - M. Erol Ok, directeur général de l'Institut français
 - Mme Agnès Alfandari, directrice du numérique de l'Institut français
 - Mme Judith Roze, directrice du département de la langue française, du livre et des savoirs
- M. Cyril Rousseau, directeur adjoint de l'Agence France Trésor (11 mai)
- M. Morgan Larhant, sous-directeur de la 7^{ème} sous-direction de la direction du budget (12 mai)
- Alliances françaises (14 mai) :
 - M. Pierre Alfarroba, directeur de l'Alliance Française Lisbonne, coordinateur de l'Alliance Française Portugal
 - M. Marc Cerdan, secrétaire général de la Fondation Alliance française
 - M. François Hans, délégué géographique Afrique, Océan Indien, Asie et Océanie de la Fondation Alliance française
 - Mme Laurence Lalatonne, déléguée géographique Amérique du Nord, Asie Centrale et Europe de la Fondation Alliance française
 - M. Fabrice Placet, délégué géographique Amérique latine, Caraïbes, Afrique du Nord et Moyen-Orient
 - Mme Anne-Sophie Veyrier, directrice de l'Alliance française de Pristina
- Ministère de l'Europe et des affaires étrangères (27 mai) :
 - M. Michel Miraillet, directeur général de la mondialisation, de la culture, de l'enseignement et du développement international
 - Mme Laurence Auer, directrice de la culture, de l'enseignement, de la recherche et du réseau
- M. Jean-Noël Baléo, conseiller de coopération et d'action culturelle à l'ambassade de France en Irak (4 juin)
- M. Olivier Decottignies, consul général de France à Erbil (4 juin)
- École française Danielle Mitterrand d'Erbil (4 juin) :
 - Mme Alix Coffy, directrice
 - Mme Vanille Gadenne, représentante du personnel
 - M. Wael Kaadan, trésorier et représentant de l'association gestionnaire
- École française Danielle Mitterrand de Sulaymaniyah (4 juin) :
 - M. Samuel Raibon, directeur pédagogique
 - M. Rizgar Ramat, directeur et représentant de l'association gestionnaire
 - Mme Kosar Rashid, représentante du personnel

- Table-ronde réunissant des représentants des parents d’élèves des lycées homologués de Prague, Bucarest, Budapest, Belgrade, Sofia et Bratislava (18 juin) :
 - Mme Elitsa Collot, présidente du comité de gestion du lycée Victor Hugo de Sofia
 - M. Lubomir Todorov, trésorier du comité de gestion du lycée Victor Hugo de Sofia
 - Mme Sophie Pendarès, représentante des parents d’élèves au CE de Prague
 - Mme Emeline Parry, représentante des parents d’élèves au CE de Prague ;
 - M. Jean-Claude Fedou, président du comité de gestion du lycée Gustave Eiffel de Budapest
 - M. Grégory Laperdrix, membre du conseil d’administration du lycée Gustave Eiffel de Budapest
 - M. Serge Rameau, représentant de la fondation du lycée Anna de Noailles de Bucarest
 - M. François Allain, président du comité de gestion du lycée de Belgrade
- Table ronde réunissant les représentants des associations de parents d’élèves et comités de gestion de plusieurs établissements d’enseignement français à l’étranger d’Asie (lycée Charles de Gaulle de Pékin, lycée français de Shanghai, lycée français de Bangkok, lycée René Descartes de Phnom Penh, lycée Marguerite Duras d’Ho-Chi-Minh, lycée Alexandre Yersin d’Hanoi, lycée français de Singapour, lycée Victor Segalen de Hong Kong) (25 juin)
- Table ronde réunissant les représentants des personnels de plusieurs établissements d’enseignement français à l’étranger d’Asie (lycée français de Shanghai, lycée Charles de Gaulle de Pékin, lycée Victor Segalen de Hong Kong) (25 juin)
- Table ronde réunissant des chefs d’établissement d’enseignement français à l’étranger homologués d’Europe (lycée René Cassin d’Oslo, lycée français Saint-Louis de Stockholm, lycées français de Vilnius, de Vienne et de Zurich) (25 juin)
- Table-ronde réunissant des représentants des associations de parents d’élèves et comités de gestion d’établissement d’enseignement français à l’étranger homologués d’Europe (lycée René Cassin d’Oslo, lycée français Saint-Louis de Stockholm, lycées français de Vilnius, de Vienne et de Zurich) (25 juin)
- Table-ronde représentants des personnels d’établissement d’enseignement français à l’étranger homologués d’Europe (lycée René Cassin d’Oslo, lycée français Saint-Louis de Stockholm, lycées français de Vilnius, de Vienne et de Zurich) (25 juin)
- **Groupe de travail Aide publique au développement - Actions humanitaires**
 - Institut Pasteur (14 mai) :
 - M. Pierre-Marie Girard, directeur international
 - M. André Spiegel, directeur de l’Institut Pasteur de Madagascar
 - M. Jean Goeppe, directeur de l’association sénégalaise Nébédary (28 mai)
 - M. Grégory Clément, directeur général de Proparco
 - Mme Anne-Laure Kiechel, directrice générale de Global Sovereign Advisors

— M. Kako Nubukpo, économiste et ancien ministre togolais

• **Groupe de travail Action économique extérieure**

— Mme Caroline Malausséna, directrice de la diplomatie économique au ministère de l'Europe et des affaires étrangères (5 mai)

— M. Martin Juillard, directeur adjoint de la diplomatie économique au ministère de l'Europe et des affaires étrangères (5 mai)

— Mme Lucie Stepanyan, cheffe de la mission du commerce extérieur et de l'attractivité à la direction de la diplomatie économique du ministère de l'Europe et des affaires étrangères (5 mai)

— M. Ronan Le Rouzic, chargé de mission auprès de la direction de la diplomatie économique du ministère de l'Europe et des affaires étrangères (5 mai)

— Mme Claire Raulin, ambassadrice, représentante permanente de la France auprès du Comité Politique et de sécurité (CoPS) de l'Union européenne (5 mai)

— Mme Caroline Leboucher, directrice générale d'Atout France (18 mai)

— Business France (4 mai) :

– Christophe Lecourtier, directeur général

– Henri Baissas, directeur général délégué Réseau France

– Pascal Lecamp, directeur Relations parlementaires et Coopération internationale

– Frédéric Rossi, directeur général délégué Export

– Benoit Trivulce, directeur général délégué Stratégie et Ressources

— Organisation mondiale du commerce (OMC) (25 mai) :

– M. Jean-Marie Paugam, délégué permanent de la France

– Mme Ellen Verdure, conseillère juridique à la délégation française

— Acteurs du tourisme durable (ATD) (4 juin) :

– M. Nicolas Tranchant, vice-président

– Mme Caroline Mignon, administratrice, directrice de l'Association pour le tourisme équitable et solidaire (ATES)

— Mme Muriel Lacoue-Labarthe, sous directrice de la politique commerciale, de l'investissement et de la lutte contre la criminalité financière à la Direction générale du Trésor et représentante française au comité de politique commerciale de l'UE et au groupe de travail du G20 sur le commerce et l'investissement (4 juin)

ANNEXE : LISTE DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES ADRESSÉES À LA COMMISSION DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

- **Ambassades**

- Ambassade de France en Afrique du Sud
- Ambassade de France en Allemagne
- Ambassade de France au Brésil
- Ambassade de France au Canada
- Ambassade de France en Chine
- Ambassade de France en Corée du Sud
- Ambassade de France en Côte d'Ivoire
- Ambassade de France en Équateur
- Ambassade de France en Espagne
- Ambassade de France aux États-Unis
- Ambassade de France en Iran
- Ambassade de France en Inde
- Ambassade de France en Italie
- Ambassade de France au Japon
- Ambassade de France à Madagascar
- Ambassade de France au Pérou
- Ambassade de France en Russie
- Ambassade de France au Sénégal
- Ambassade de France en Suède
- Ambassade de France en Thaïlande
- Ambassade de France en Tunisie

- **Organismes internationaux**

- Banque mondiale
- Comité international de la Croix-Rouge
- Délégation permanente de la France auprès de l'Organisation mondiale du commerce
- Fonds monétaire international
- Haut conseil des Nations-Unies pour les réfugiés
- International crisis group
- Organisation mondiale de la Santé

— Organisation panaméricaine de santé

• **Commission européenne :**

— DG Home

— DG Echo

— DG Ecfm

• **Ministère de l'Europe et des affaires étrangères :**

— Centre de crise et de soutien

— Direction de l'Afrique et de l'Océan Indien,

— Direction de l'Asie et de l'Océanie,

— Direction de la Diplomatie économique du MIE

— Direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire,

• **Organisations non gouvernementales :**

— Action contre la faim

— Amnesty international

— CARE France

— Coordination Sud

— Handicap international

— Médecins du monde

— Médecins sans frontières,

— Save the Children

• **Syndicats du Ministère de l'Europe et des affaires étrangères :**

— ASAM-UNSA,

— CFDT-Affaires étrangères,

— USASCC

• **Entreprises :**

— Airbnb

— Expedia

— Trip.com

— Air France

- Assemblée des Français de l'étranger
- Atout France
- Business France
- Comité Colbert