

Le système de santé allemand face à la crise du coronavirus



Patrick HASSENTEUFEL

Novembre 2020



Comité d'études
des relations
franco-allemandes



L'Ifri est, en France, le principal centre indépendant de recherche, d'information et de débat sur les grandes questions internationales. Créé en 1979 par Thierry de Montbrial, l'Ifri est une association reconnue d'utilité publique (loi de 1901). Il n'est soumis à aucune tutelle administrative, définit librement ses activités et publie régulièrement ses travaux.

L'Ifri associe, au travers de ses études et de ses débats, dans une démarche interdisciplinaire, décideurs politiques et experts à l'échelle internationale.

Les activités de recherche et de publication du *Comité d'études des relations franco-allemandes – Cerfa* – bénéficient du soutien du Centre d'analyse de prévision et de stratégie du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères et du Frankreich-Referat de l'Auswärtiges Amt.



Les opinions exprimées dans ce texte n'engagent que la responsabilité de l'auteur.

ISBN : 979-10-373-0260-1

© Tous droits réservés, Ifri, 2020

Comment citer cette publication :

Patrick Hassenteufel, « Le système de santé allemand face à la crise du coronavirus »,
Notes du Cerfa, n° 156, Ifri, novembre 2020.

Ifri

27 rue de la Procession 75740 Paris Cedex 15 – FRANCE

Tél. : +33 (0)1 40 61 60 00 – Fax : +33 (0)1 40 61 60 60

E-mail : accueil@ifri.org

Site internet : ifri.org

Notes du Cerfa

Publiée depuis 2003 à un rythme mensuel, cette collection est consacrée à l'analyse de l'évolution politique, économique et sociale de l'Allemagne contemporaine : politique étrangère, politique intérieure, politique économique et questions de société. Les *Notes du Cerfa* sont des textes concis à caractère scientifique et de nature *policy oriented*. À l'instar des *Visions franco-allemandes*, les *Notes du Cerfa* sont accessibles sur le site de l'Ifri, où elles peuvent être consultées et téléchargées gratuitement.

Le Cerfa

Le Comité d'études des relations franco-allemandes ([Cerfa](#)) a été créé en 1954 par un accord gouvernemental entre la République fédérale d'Allemagne et la France. Il bénéficie d'un financement paritaire assuré par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères et l'*Auswärtiges Amt*. Le Cerfa a pour mission d'analyser l'état des relations franco-allemandes sur le plan politique, économique et international ; de mettre en lumière les questions et les problèmes concrets que posent ces relations à l'échelle gouvernementale ; de présenter des propositions et des suggestions pratiques pour approfondir et harmoniser les relations entre les deux pays. Cette mission se traduit par l'organisation régulière de rencontres et de séminaires réunissant hauts fonctionnaires, experts et journalistes, ainsi que par des travaux de recherche menés dans des domaines d'intérêt commun.

Éric-André Martin est Secrétaire général du Cerfa et dirige avec Paul Maurice et Marie Krpata, chercheurs, et Hans Stark, conseiller pour les relations franco-allemandes, les publications du Cerfa. Catherine Naiker est assistante au sein du Cerfa.

Auteur

Patrick Hassenteufel est professeur de science politique à l'université Paris-Saclay (UVSQ) et à Sciences Po Saint-Germain-en-Laye. Depuis sa thèse (publiée en 1997 aux Presses de Sciences Po en 1997 sous le titre *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*), il travaille sur les transformations des systèmes de santé en Europe, avec une attention particulière portée à la comparaison franco-allemande et aux différents acteurs des politiques de santé. Dans plusieurs publications récentes, il a développé la notion de « groupe programmatique » pour analyser le rôle réformateur de groupes restreints d'acteurs porteurs de programmes de changement. Ses recherches actuelles portent sur la territorialisation des politiques de santé, en lien avec l'importance prise par l'enjeu des déficits locaux d'offre de soins. Il vient de codiriger un numéro de la *Revue française des affaires sociales* (1-2020) consacré à la réorganisation des soins primaires.

Résumé

La gestion de la pandémie de COVID-19 par le gouvernement et le système de santé allemands est globalement perçue comme un succès, du fait, en particulier, du nombre de décès par habitant relativement bas.

Ce succès – relatif – s’explique par trois éléments principaux : premièrement, une stratégie précoce de dépistage et d’isolement des personnes contaminées s’appuyant sur une forte densité en laboratoires d’analyse et l’existence de services locaux de santé publique ; deuxièmement, une importante prise en charge des patients en ambulatoire ; troisièmement, la manière dont le virus s’est diffusé.

Au niveau politique, la gestion de la pandémie a été marquée par la concertation entre le gouvernement fédéral et les *Länder* permettant un assez fort consensus politique, malgré quelques débats conflictuels et des divergences entre *Länder*. Cette crise sanitaire a aussi renforcé la nécessité de poursuivre des processus de changement à l’œuvre dans le système de santé allemand.

Abstract

The handling of the COVID-19 pandemic by the German government and health system has globally been perceived as a success because of a relatively low death rate.

Three main explanations can be put forward: first of all, an early testing and quarantine strategy based on a high density of medical analysis laboratories and the high number of local public health services; secondly, the treatment of patients in the inpatient sector; thirdly, the way the coronavirus spread within Germany.

At the political level, the handling of the pandemic can be characterized by negotiated agreements between the federal government and the *Länder* which has brought a high level of political consensus, despite some debates and divergences between the *Länder*. This sanitary crisis has also hastened the necessity to bring forward processes of change that have been launched in the German health system.

Sommaire

INTRODUCTION	6
LE RÉPERTOIRE DE MOYENS MOBILISÉS POUR LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DU SARS-COV-2	9
QUELQUES EXPLICATIONS DU SUCCÈS SANITAIRE (RELATIF) EN ALLEMAGNE : LE DÉPISTAGE, LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE ET LE MAILLAGE TERRITORIAL	13
UNE GESTION POLITIQUE DE LA CRISE SANITAIRE CARACTÉRISÉE PAR UN SOUCI DE CONCERTATION	16
LA POLITISATION (RELATIVE) DE LA CRISE SANITAIRE.....	19
CONCLUSION : QUELS CHANGEMENTS EN COURS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ALLEMAND ?	22

Introduction

La comparaison avec l'Allemagne a été très présente dans les médias et les débats publics français depuis le début de la pandémie de COVID-19. Au-delà de l'intérêt habituellement porté à notre voisin, et principal partenaire européen, deux autres éléments peuvent l'expliquer. Le premier, et le principal, renvoie aux différences dans les effets de la crise sanitaire, en particulier en termes de nombre de décès puisque celui-ci est de 11 000 décès début novembre en Allemagne contre 40 000 en France à la même date¹, alors que notre voisin compte 16 millions d'habitants de plus. Ainsi le nombre de décès pour un million d'habitants est fortement contrasté : 136 en Allemagne contre 600 en France. Ces différences se manifestent aussi à travers le nombre de cas identifiés (670 000 en Allemagne contre 1,7 million en France début novembre) et dans la dynamique de l'épidémie : la France a été touchée plus fortement et plus précocement, et connaît depuis l'été 2020 un regain plus rapide qu'en l'Allemagne qui se traduit notamment par le nombre de nouveaux cas quotidiens (début novembre plus de 50 000 cas en France contre environ 20 000 cas en Allemagne), le taux d'incidence sur sept jours (93 pour 100 000 habitants en Allemagne contre 380 en France fin octobre) et le nombre de malades du COVID-19 en réanimation (750 en Allemagne contre 3 000 en France fin octobre). Ces différences, souvent perçues et présentées comme un « succès » et des preuves de l'efficacité dans la gestion de la crise du coronavirus par le gouvernement et le système de santé allemands, ont fait l'objet de multiples tentatives d'explications sur lesquelles nous revenons dans cette note.

Cette comparaison semble d'autant plus pertinente du fait de la proximité des systèmes de santé des deux pays. En effet, la France et l'Allemagne sont proches tant par le mode de prise en charge que par l'organisation des soins et le niveau de ressources consacré à la santé. Le système d'assurance-maladie français, mis en place à partir de la loi de 1928 puis étendu avec la création de la Sécurité sociale en 1945, est largement inspiré par celui que l'Allemagne avait créé dès les années 1880 sous le chancelier Bismarck : couverture du risque importante liée à l'emploi, financement par des cotisations (obligatoires) des employés et de leurs employeurs, gestion par des caisses d'assurance maladie dans

1. Ces chiffres ont été actualisés à la date du 8 novembre 2020.

lesquelles sont représentés les financeurs (syndicats et organisations patronales). En Allemagne, l'organisation des soins repose, comme en France, sur une forte densité hospitalière (hôpitaux publics et privés) avec 8 lits pour 100 habitants (6 en France) et sur des soins de ville pris en charge principalement par des cabinets libéraux (de médecins généralistes, de médecins spécialistes et d'autres professions de santé), avec là aussi une forte densité : 4,3 médecins et 12,9 infirmières en exercice pour 1 000 habitants (respectivement 3,2 et 10,5 en France). Enfin, les deux pays consacrent une part comparable de leur produit intérieur brut (PIB) à la santé (11,2 % du PIB dans les deux pays selon le « Panorama de la santé 2019 » de l'Organisation de coopération et de développement économiques – OCDE), ce qui correspond toutefois à un écart significatif en valeur absolue (5 986 dollars de dépenses de santé par habitant en Allemagne contre 4 965 dollars en France). Enfin, les moyens mobilisés pour lutter contre la pandémie ont été similaires dans les deux pays : gestes barrières, confinement, test de dépistage et isolement des patients, augmentation de la capacité de lits de réanimation, port de masques, application de traçage, contrôle des frontières, à l'image de ce que l'on a pu observer plus largement sur le plan international².

Cette note traite tout d'abord des dimensions sanitaires du traitement du SARS-COV-2 en Allemagne. Nous commençons par une analyse chronologique de la politique suivie afin de mettre en avant un certain nombre de parallèles avec la France, puis nous évoquerons les facteurs présentés comme expliquant les différences en termes de létalité du virus et de nombre de cas. Il s'agit en particulier des modalités de diffusion du virus, du recours plus massif et plus précoce aux tests de dépistage et une prise en charge plus importante par la médecine de ville (en ambulatoire) et non à l'hôpital. Notre analyse ne se limitera toutefois pas à la dimension sanitaire puisque nous nous intéresserons aux modalités politiques de gestion de pandémie. À ce niveau aussi deux différences fortes avec la France ont été beaucoup mises en avant : une gestion à la fois plus décentralisée et plus consensuelle. Elles renvoient non seulement à des caractéristiques structurelles du système politique allemand, à savoir le fédéralisme et sa nature de « démocratie de consensus » pour reprendre la distinction de Lipjhardt³, mais aussi à des caractéristiques institutionnelles du système de santé : l'importance des compétences des *Länder* en matière de santé et de la négociation collective dans le cadre de « l'auto-administration » (*Selbstverwaltung*) de l'assurance-maladie. Nous verrons

2. G. Capano, M. Howlett, D. S. Jarvis, M. Ramesh et N. Goyal, « Mobilizing Policy (In)Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses », *Policy and Society*, 2020, p. 1-24.

3. A. Lijphart, *Patterns of Democracy: Government Forms and Performance in Thirty-Six Countries*, New Haven, Yale University Press, 2012.

toutefois que les conflits et les tensions n'ont pas été absents et restent toujours présents, tout en présentant aussi des différences avec la France. Enfin, nous nous interrogerons sur l'impact de cette crise sanitaire de grande ampleur sur l'évolution du système de santé allemand.

Le répertoire de moyens mobilisés pour la prise en charge sanitaire du SARS-COV-2

L'Allemagne connaît son premier cas de contamination fin janvier 2020 en Bavière. Dès le 12 février, alors qu'il n'y a que 16 cas de contamination identifiés, qui font l'objet d'un isolement et d'une prise en charge médicale, le ministre de la Santé, Jens Spahn (Union chrétienne-démocrate d'Allemagne – CDU), rend publique une stratégie de lutte contre la diffusion du coronavirus qui s'accompagne d'une campagne d'information. Fin février, une cellule de crise réunissant les ministères de la Santé et de l'Intérieur est installée et rendue opérationnelle. Ses premières décisions sont la mise en place d'un questionnaire auprès de tous les voyageurs venant des pays considérés comme à risque, le renforcement de la capacité de production nationale de matériel de protection médicale (masques et gants⁴) et la définition de principes d'évaluation du risque des manifestations publiques (en lien avec le Robert Koch Institut, l'agence fédérale de santé publique qui, comme nous le verrons plus précisément, a joué un rôle important dans la gestion de la crise). Début mars, cette cellule a pris la décision d'interdire l'exportation de matériel de protection médicale, de rendre le ministère de la Santé responsable de leur fourniture aux cabinets médicaux et aux hôpitaux, et de faciliter la production de matériel de désinfection par les pharmacies. Le 10 mars, elle conseille l'annulation de toute réunion publique de plus 1 000 personnes.

C'est à partir de ce moment-là que la chancelière fédérale Angela Merkel apparaît en première ligne. Après une déclaration publique conjointe sur le coronavirus avec le ministre de la Santé et le directeur du Robert Koch Institut, le professeur Robert Wieler, le 12 mars, elle annonce, le 16 mars, la fermeture des écoles, l'annulation des rassemblements publics et des restrictions pour les restaurants. Ces mesures sont

4. À l'instar de la Direction générale des entreprises qui a, en France, créé une plate-forme permettant aux entreprises (notamment les petites et moyennes entreprises) d'une part de s'approvisionner en matières premières nécessaires pour leur cœur de métier mais aussi de se mobiliser pour produire des masques, blouses et gel hydro-alcoolique pour répondre à la pénurie. Plus d'informations disponibles sur : www.entreprises.gouv.fr.

renforcées le 22 mars par un confinement généralisé, décidé à la suite d'une réunion (à distance) entre la chancelière et les ministres-présidents des 16 *Länder*⁵. Il repose sur l'interdiction d'être avec plus d'une personne en dehors de son domicile en respectant une distance d'un mètre et demi, et n'autorise les sorties que pour les achats essentiels (médicaments, alimentation, produits d'hygiène et livres), pour promener son chien ou faire de l'exercice, ainsi que la fermeture des restaurants et des salons de coiffure. Au départ prévu pour deux semaines, ce confinement, assez comparable à celui qu'a connu la France (mais sans le système d'autorisations et de déclarations), a été prolongé jusqu'au 3 mai et a donc duré six semaines.

C'est aussi à la fin mars que deux lois fédérales ont été adoptées en quelques jours dans le cadre d'une procédure législative accélérée. La loi de « protection de la population en cas de pandémie d'envergure nationale⁶ » vise à faciliter l'adoption de mesures de protection sanitaire par le gouvernement fédéral sans passer par le Parlement : centralisation de l'approvisionnement en équipement médical, en matériel de protection et en tests, répartition fédérale du personnel de santé et mise en place de nouveaux moyens de détection (application de traçage en particulier). Cette loi, qui instaure de fait un état d'urgence sanitaire, est accompagnée par une « loi de soutien aux hôpitaux⁷ » facilitant des apports financiers au système de santé. Parallèlement, des dispositions budgétaires ont été adoptées pour aider les entreprises, les indépendants et les salariés. Dans le cadre de cette « loi pandémie » sont adoptés, début avril, des règlements facilitant la participation des étudiants en médecine à la lutte contre le coronavirus, ainsi que pour garantir l'approvisionnement en médicaments essentiels, en matériel médical et en équipements de protection (ce qui s'accompagne de l'installation d'un groupe de travail conjoint entre le ministère de la Santé et celui de l'Économie). Le 20 avril, à la suite d'un nouvel accord avec les *Länder*, le ministère de la Santé décide la mise en place de brigades de 5 personnes pour 20 000 habitants, formées de personnels des services locaux de santé publique (*Gesundheitsämter*), placés en première ligne dans la lutte contre la pandémie, et d'étudiants en médecine. Elles ont pour mission d'assurer le suivi des quarantaines et des cas contacts. Elles sont dotées de moyens pour s'équiper en matériel de protection, en numérique et pour recruter du personnel.

5. Leurs prises de position, en partie divergentes, sont analysées plus loin.

6. « Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite », *Bundesgesetzblatt*, Teil I, Nr. 14, 27 mars 2020, disponible sur : www.bgbl.de.

7. « COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz », *Bundesgesetzblatt*, Teil I, Nr. 14, 27 mars 2020, disponible sur : www.bgbl.de.

C'est aussi dans le cadre d'une réunion (toujours en visioconférence) entre la chancelière et les ministres-président.e.s des différents *Länder*, le 15 avril, qu'est décidé un déconfinement progressif à partir du 3 mai : réouverture des écoles, des universités, des crèches, des magasins et obligation du port du masque là où la distanciation n'est pas possible (dans les transports publics en particulier⁸). Un renforcement de la capacité de tests (au-delà de 650 000 tests hebdomadaires) et de traçage est également prévu. Une réunion dans un format identique se tient le 30 avril et prévoit un déconfinement progressif conditionné à un taux de reproduction du virus inférieur à 1 et le re-basculement d'une partie des lits hospitaliers affectés aux patients atteints par le COVID-19 à partir de la mi-mars vers les opérations programmées. À la mi-mai, une deuxième « loi pandémie » est adoptée par le Parlement⁹. Elle comprend deux aspects principaux : d'une part l'amélioration de la localisation, des dispositifs de tests et de la prise en charge des personnes contaminées par le virus ; d'autre part l'attribution de primes aux personnels en charge des personnes âgées dépendantes (des compensations financières pour les professionnels de santé dont l'activité a été particulièrement affectée par la pandémie, tels les dentistes, ont aussi été adoptées en avril). Puis, à la fin mai, une nouvelle réglementation en matière de tests est mise en place. Elle prévoit que les caisses d'assurance maladie prennent en charge financièrement les tests, prescrits par les services locaux de santé publique, pour des personnes ne présentant pas de symptômes mais ayant été en contact avec des personnes infectées ou ayant fréquenté des hôpitaux, des établissements pour personnes âgées, des abattoirs, des écoles, des crèches, des restaurants, etc. où des cas ont été identifiés.

Le dispositif de soutien à la conjoncture d'un montant de 130 milliards d'euros, reposant sur des mesures d'investissement public et de soutien à la consommation, adopté par le gouvernement début juin et voté fin juin, prévoit une enveloppe de 10 milliards d'euros pour la santé¹⁰ : 4 milliards d'euros pour les services de santé municipaux, 3 milliards d'euros pour les hôpitaux, 1 milliard d'euros pour la production d'équipements médicaux et de médicaments essentiels, 1 milliard d'euros pour constituer une réserve nationale de matériel de protection et 750 millions d'euros pour la production de vaccins en participant à l'initiative internationale baptisée « Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies

8. Cf. *infra*.

9. « Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite », *Bundesgesetzblatt*, 2020, Teil I, Nr. 23, 22 mai 2020, disponible sur : www.bundesgesundheitsministerium.de.

10. S. Parthie, « La politique économique allemande face à la crise du COVID-19. Comment l'Allemagne soutient son économie », *Notes du Cerfa*, n° 154, Ifri, octobre 2020.

(CEPI) ». C'est aussi en juin qu'est mise en place une application de traçage (« *Corona Warn App* »), téléchargée par plus de 19 millions de personnes début octobre, également utilisée pour transmettre le résultat d'un test de dépistage.

Au cours de l'été 2020 ont principalement été adoptées des mesures concernant les voyageurs entrant en Allemagne, avec la mise en place de tests obligatoires pour ceux venant de pays « à risque » fin juillet, puis d'une quarantaine de 14 jours à partir du 1^{er} octobre (raccourcie en cas de test négatif au bout de 5 jours). Avec la remontée du nombre de cas, de nouvelles mesures ont été prises à partir de la fin septembre dans le cadre de réunions entre la chancelière fédérale et les ministres-président.e.s. des *Länder*, comme lors de la première phase de la pandémie. Le 29 septembre est mise en place une stratégie ciblée sur des *clusters* (« *Hotspot Strategie* » selon les termes du ministère fédéral de la Santé) concernant notamment la limitation des fêtes privées dans l'espace public, en fonction du nombre de nouvelles infections hebdomadaires (limite de 50 personnes quand le taux d'infections hebdomadaire dépasse 35 pour 100 000 habitants, à 25 personnes quand ce taux dépasse 50). Puis, le 14 octobre, après une journée de négociation entre la chancelière et les *Länder*, de nouvelles mesures territorialisées ont été adoptées en tenant compte du taux d'infection : abaissement des seuils pour les fêtes privées dans l'espace public, extension de l'obligation du port du masque quand le taux de nouvelles infections dépasse 35 pour 100 000, restrictions dans les zones où ce taux est supérieur à 50 pour 100 000 : pas plus de 10 personnes dans une même pièce dans un espace public, fermeture des restaurants à 23 heures et fermeture complète des bars et des boîtes de nuit, limitation des réunions publiques à 100 personnes. Par ailleurs, la stratégie mise en avant par le ministère, le gouvernement et les autorités sanitaires, résumée par le sigle AHA (*Abstand* : distance, *Hygiene* : hygiène, *Alltagsmaske* : port quotidien du masque), est complétée par un troisième A (pour l'application de traçage dont les fonctionnalités sont étendues) et un L (*Lüften* : aérer). Du fait de l'aggravation continue de la situation épidémiologique, une nouvelle réunion entre la chancelière et les ministres-président.e.s des *Länder*, qui s'est tenue le 28 octobre, a décidé de la fermeture des restaurants, des cafés, des cinémas, des musées, des instituts de beauté et des salles de sport, ainsi que l'interdiction de toute réunion publique et des réunions privées de plus de 10 personnes. Il s'agit là d'un « confinement partiel », qui diffère des mesures de confinement du printemps du fait de l'ouverture des établissements scolaires et de l'ensemble des commerces.

Quelques explications du succès sanitaire (relatif) en Allemagne : le dépistage, la prise en charge ambulatoire et le maillage territorial

Cette présentation des mesures prises en Allemagne depuis l'apparition des premiers cas de personnes infectées par le coronavirus ne fait pas apparaître de différences significatives avec la France puisqu'on peut noter non seulement le recours au même répertoire de moyens mais aussi une chronologie assez proche, quoique décalée, en termes de confinement et de déconfinement. Toutefois, comme nous l'avons souligné en introduction, les effets sanitaires de la pandémie sont assez différents dans les deux pays ce qui a suscité de nombreuses interrogations sur ce qui apparaît comme un succès allemand, en tout cas relatif, si on compare avec la France ou les pays d'Europe du Sud.

Le facteur principal mis en avant renvoie aux tests qui ont été mis en place de manière plus précoce et à plus grande échelle en Allemagne par rapport à la France. Ainsi, à la mi-avril, l'OCDE estimait que la France testait 5,1 personnes pour 1 000 habitants contre 17 en Allemagne (la moyenne de l'OCDE étant à 15). Un protocole de tests a été mis en place en Allemagne dès début janvier, transmis aux laboratoires fin janvier et mis en œuvre à la mi-février. Parallèlement la production de tests de dépistage a été multipliée par cinq. Ces tests ont d'abord été pratiqués auprès de personnes présentant des symptômes puis auprès de populations ciblées (tels les voyageurs et les sportifs de haut niveau). À la fin mars la capacité de tests était supérieure à 50 000 tests quotidiens et elle a encore été accrue par la suite (de plus d'un million de tests hebdomadaires en octobre). Cette stratégie de dépistage précoce et massif a permis de casser des chaînes de contamination à un moment où le nombre de cas était encore relativement réduit. Elle a été rendue possible par une série d'autres facteurs favorables parmi lesquels la forte densité de laboratoires d'analyse, la gratuité du fait du tiers payant pour les bénéficiaires de l'assurance sociale (90 % de la population, seuls les plus hauts revenus, au-delà de 4 000 euros de revenu mensuel, ont la possibilité de s'assurer dans le privé ce qui est le cas de 11 % de la

population) et le maillage sanitaire territorial par les services locaux de santé publique (environ 400 répartis dans toute l'Allemagne). Ces derniers ont eu en charge le recueil d'informations sur les nouveaux cas, le traçage des chaînes d'infection et l'organisation des quarantaines.

Une autre différence importante avec la France est à souligner : au pic de la crise, fin mars, seulement 20 % des personnes infectées ont été prises en charge à l'hôpital contre 67 % en France¹¹, où la majorité des tests (70 %) ont également été pratiqués dans un premier temps¹², entraînant un risque d'infections nosocomiales plus important qu'en Allemagne. Même si ces taux sont à relativiser car renvoyant aussi aux différences en termes de dépistage et si les données sont encore lacunaires, les premières analyses mettent en exergue l'importance de ce facteur explicatif¹³ qui reflète aussi un maillage territorial en structures de soins ambulatoires plus homogène territorialement en Allemagne qu'en France¹⁴. Il a d'autant plus joué un rôle que l'équipement en lits hospitaliers de soins intensifs est plus important en Allemagne (28 000 avant la crise, 40 000 début avril, ce qui correspond à un taux de 34 pour 100 000 habitants contre 11 en France au début de la pandémie) comme cela a beaucoup été souligné. L'équipement en respirateurs est aussi relativement élevé en Allemagne et l'arrivée de matériels en provenance de Chine a été favorisée par les liens économiques existant avec les petites et moyennes entreprises (PME) allemandes, le *Mittelstand*, fournissant les machines-outils nécessaires aux entreprises chinoises¹⁵. Les hôpitaux allemands étaient donc plutôt bien préparés à la pandémie, non seulement en termes d'équipement mais aussi de personnel qualifié et de prise en charge isolée des patients contaminés, ce qui permet de comprendre l'absence de saturation. Toutefois, les déprogrammations d'opérations, coordonnées localement par les hôpitaux locaux, gérés par les communes, et les services locaux de santé publique, ont été assez importantes.

Enfin, d'autres éléments, qui ne renvoient pas aux réponses à la crise mais aux modalités de propagation de l'épidémie, ont également joué un rôle non négligeable. Il s'agit tout d'abord du développement plus tardif de

11. C. Arentz et F. Wild, « Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der COVID19-Pandemie », *WIP Analyse*, Wissenschaftliches Institut der PKV, mars 2020.

À la même période l'union fédérale des médecins de caisse (*Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV*) met en avant le chiffre de 6 malades de la COVID-19 sur 7 pris en charge en ville.

12. F. Osterloh, « Warum Deutschland die Pandemie besser übersteht als viele Nachbarn », *Ärzteblatt*, 28 mai 2020, disponible sur : www.aerzteblatt.de.

13. P. Vanhems, M. Saadiatian-Elahi, M. Chuzeville et M. Élodie, « Rapid Nosocomial Spread of SARS-CoV-2 in a French Geriatric Unit », *Infection Control & Hospital Epidemiology*, vol. 41, n° 7, 2020.

14. P. Hassenteufel, F.-X. Schweyer, T. Gerlinger et R. Reiter, « Les "déserts médicaux" comme leviers de la réorganisation des soins primaires. Une comparaison France/Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2020, p. 33-56.

15. M. Meyer, « Aux origines du succès allemand contre la COVID-19 », *Libération*, 25 avril 2020, disponible sur : www.aerzteblatt.de.

l'épidémie (en particulier par rapport à l'Italie dont la couverture médiatique a été très forte) ce qui a favorisé la sensibilisation de la population aux risques liés à la propagation du virus, rapidement perçu comme un danger majeur. Cette propagation plus lente peut aussi être expliquée par le fait que les foyers allemands sont souvent de taille réduite, avec moins de cohabitation intergénérationnelle, une proportion de personnes vivant seules plus importante qu'en France et une densité urbaine en moyenne plus faible. Tous ces éléments ont favorisé une stratégie de détection et d'isolement plus en amont, tenant compte de l'évolution dans les autres pays (en particulier l'Italie qui a été un point de référence négatif récurrent dans les médias¹⁶) et reposant sur un maillage territorial fin appuyé sur les services de santé municipaux. Par ailleurs, le premier *cluster* identifié en février, a concerné des jeunes rentrant de stations de ski autrichiennes (Ischgl en particulier) et italiennes. Début avril, l'âge moyen des personnes infectées restait relativement bas : 49 ans en Allemagne (70 % entre 20 et 50 ans) contre 62 ans et demi en France – chiffres qui reflètent toutefois aussi des différences en termes de dépistage, mais il n'en demeure pas moins que ces données sont importantes pour comprendre les différences en termes de mortalité.

Cette efficacité dans la prise en charge de l'épidémie du COVID-19, qui se traduit notamment par le fait qu'à la mi-octobre l'Allemagne était classée au 57^e rang des pays les plus touchés (la France étant au 17^e rang), a aussi des effets politiques. Ainsi selon l'enquête d'opinion européenne du Centre de recherches politiques de Sciences Po (CEVIPOF) réalisée par l'institut Ipsos/Sopra Steria fin avril¹⁷, 62 % des Français interrogés se disent insatisfaits de l'action du gouvernement (ce n'est le cas que de 26 % des Allemands interrogés au cours de la même enquête) et 51 % des sondés français estiment les mesures prises pour protéger la santé, insuffisantes (contre 18 % des sondés allemands). En juin, l'enquête de l'institut Forsa reposant sur un échantillon de 30 000 personnes¹⁸ révélait une approbation de deux tiers des personnes sondées pour la politique de lutte contre le coronavirus du gouvernement fédéral (un cinquième des personnes interrogées ont estimé les mesures trop drastiques et un autre cinquième pas assez). Ces différences renvoient donc aussi au mode de traitement politique de la crise sanitaire.

16. N. Bandelow, P. Hassenteufel et J. Hornung, « Patterns of Democracy in the Corona Crisis: A Comparison of French and German COVID-19 Policies », *International Review of Public Policies*, vol. 3, n° 4, 2020.

17. Ipsos, « COVID-19 : les Français jugent sévèrement la gestion d'Emmanuel Macron », *Coronavirus – Suivi de l'opinion internationale*, avril 2020, disponible sur : www.ipsos.com.

18. E. Lohse, « Große Mehrheit der Deutschen mit Corona-Politik zufrieden », *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 13 juillet 2020, disponible sur : www.faz.net.

Une gestion politique de la crise sanitaire caractérisée par un souci de concertation

On peut en effet parler d'une gestion politique concertée de la crise en Allemagne, renvoyant à sa catégorisation comme démocratie de consensus dans la typologie de Lipjhardt¹⁹ à trois niveaux : au niveau des partis politiques, au niveau territorial (rapports centre-périphérie) et au niveau des acteurs du système de santé.

Au niveau partisan, la négociation est inhérente au sein du gouvernement de grande coalition entre la CDU et le SPD (Sozialdemokratische Partei Deutschlands – Parti social-démocrate d'Allemagne) qui dirige l'Allemagne depuis 2013, même si dans la gestion de la crise, outre la chancelière, ce sont davantage les ministres chrétiens-démocrates (CDU) qui ont été en première ligne, en particulier le ministre de la Santé Jens Spahn, l'un des principaux dirigeants du parti. Sur le plan partisan, seul le parti AfD (Alternative für Deutschland – Alternative pour l'Allemagne) s'est situé en dehors du consensus partisan, notamment par son soutien aux manifestations « anti-masques » comme nous l'évoquerons plus loin. La cohérence de la stratégie de communication du gouvernement fédéral, s'appuyant sur les institutions scientifiques, a permis l'acceptation de la politique de lutte contre la pandémie par une grande partie de la population comme l'atteste le fort taux de popularité d'Angela Merkel (dont le taux d'approbation pour sa gestion a atteint jusqu'à 80 % fin avril).

L'élément le plus marquant, par rapport à la France en particulier, a toutefois été la gestion concertée avec les *Länder*. En effet, le fédéralisme concerne tout particulièrement le domaine de la santé. Les *Länder* ont des compétences importantes en matière de santé publique (ils ont la responsabilité de la mise en œuvre des politiques de santé publique, notamment en matière de vaccination et de mesures de protection de la population ce qui explique qu'ils aient été en première ligne pour prendre des mesures sanitaires), de soins hospitaliers (ils planifient l'offre de soins, financent et gèrent les hôpitaux publics les plus importants, en particulier

19. Cf. *supra*.

les hôpitaux universitaires, puisqu'il n'existe pas d'hôpitaux fédéraux et que l'enseignement supérieur relève de leur compétence) ainsi que d'organisation territoriale de l'offre de soins ambulatoire (le rôle des *Länder* dans ce domaine a été accru dans les années 2010 par plusieurs lois adoptées en lien avec les pénuries locales d'offre de soins médicaux²⁰). Les *Länder* exercent aussi une tutelle sur les structures locales de santé relevant du niveau communal (services locaux de santé publique et hôpitaux communaux) et supervisent les nombreuses organisations régionales qui jouent un rôle clé dans la régulation du système d'assurance maladie : caisses régionales, unions régionales de médecins, chambres régionales de professions de santé. On trouve donc au sein du gouvernement de chaque *Land* des ministres de la Santé, qui se réunissent à intervalles réguliers (au sein de la conférence des ministres de la Santé) et qui se sont concertés fréquemment avec le ministère fédéral de la Santé dans le contexte de la crise sanitaire. Ce rôle très actif des *Länder* a dépassé les aspects strictement sanitaires du fait de leurs compétences en matière de police et dans le domaine économique. Surtout, comme nous l'avons évoqué précédemment, les décisions politiquement les plus importantes, portant en particulier sur le confinement et le déconfinement, ont été prises à l'issue de conférences virtuelles entre la chancelière et les ministres-président.e.s. Et c'est toujours le cas pour l'adoption de nouvelles mesures à l'automne 2020, dans le contexte de la « deuxième vague » de contaminations.

La concertation a également été forte avec les acteurs institutionnels du système de santé, ce qui renvoie à l'importance de la pratique de la négociation collective dans le système allemand, en particulier entre les caisses et les représentants des médecins et avec les hôpitaux (réunis au sein de la Société allemande des hôpitaux – DKG) : à côté du fédéralisme l'auto-administration (*Selbstverwaltung*) est également caractéristique du mode de gouvernance du système de santé allemand²¹. Dans le contexte de la pandémie du COVID-19, cela s'est surtout traduit par l'association de l'expertise médicale en s'appuyant sur les institutions existantes, en premier lieu le Robert Koch Institut (RKI), l'institut de santé publique fédérale. Fondé en 1891 et rattaché au ministère fédéral de la Santé depuis 1951, il a notamment pour mission d'assurer une veille sanitaire pour les maladies infectieuses, la production de données sanitaires, d'émettre des recommandations en matière de prévention et de réponses sanitaires (couvrant en quelque sorte à la fois le rôle de la Direction générale de la

20. P. Hassenteufel, F.-X. Schweyer, T. Gerlinger, R. Reiter, « Les "déserts médicaux" comme leviers de la réorganisation des soins primaires. Une comparaison France/Allemagne », *op. cit.*

21. P. Hassenteufel, « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne », *La Revue de l'IREES*, n° 70, 2011, p. 35-64.

Santé et de Santé publique en France). Il est également en charge de la prévention, de la lutte contre les menaces biologiques, de l'analyse des données de santé et de la lutte contre les infections nosocomiales. Il a été placé en première ligne par le gouvernement fédéral puisqu'il avait la charge de la communication (quotidienne) des données sur l'évolution de la pandémie et la remise d'avis scientifiques. Les déclarations du RKI ont reçu le soutien des virologues les plus connus, en particulier le professeur Christian Drosten de l'hôpital de la Charité à Berlin, omniprésent dans les médias pour expliquer à un public élargi les évolutions des connaissances scientifiques sur le COVID-19, et très populaire pour avoir développé avec son équipe l'un des premiers tests PCR (*Polymerase Chain Reaction* – de polymérisation en chaîne) pour détecter le virus. La stratégie sanitaire du gouvernement fédéral a ainsi été largement soutenue et relayée non seulement par les principaux partis et les médias dominants mais aussi par l'élite médicale, incarnée par Christian Drosten auprès duquel se sont régulièrement affichés tant Angela Merkel que le ministre de la Santé Jens Spahn.

La politisation (relative) de la crise sanitaire

Toutefois, cette prise en charge concertée et assez efficace, n'a pas empêché des débats et des polémiques qui, comme en France, ont particulièrement concerné les masques et plus largement les équipements de protection. Si un plan de lutte contre les pandémies existait avant la crise cela n'a pas empêché les pénuries de matériel. Elles sont notamment liées à une répartition complexe des responsabilités entre le niveau fédéral et les *Länder* puisque la santé fait partie des domaines de compétences partagées entre ces deux niveaux de gouvernement. De ce fait, la responsabilité pour les stocks de matériel médical n'est pas clairement établie entre l'administration fédérale, celle des *Länder*, les hôpitaux ou les institutions médicales de droit public (chambres de médecins et unions de médecins de caisse). La stratégie de communication publique vis-à-vis des masques a connu les mêmes errements qu'en France puisque, au début de la pandémie, le port du masque n'a pas été rendu obligatoire et était même considéré peu utile pour lutter contre la propagation du virus, en contradiction avec l'expérience des pays asiatiques tels que le Japon et la Corée du Sud. Cette stratégie a changé à partir du moment où les masques ont été disponibles en plus grande quantité. Le Robert Koch Institut a émis sa première recommandation en faveur du port du masque dans les lieux publics le 2 avril 2020. Trois semaines plus tard, des *Länder* l'ont rendu obligatoire dans certains de leurs lieux publics, suivant en cela la ville de Iéna qui avait adopté cette mesure dès le 6 avril avec des résultats remarquables puisqu'aucune nouvelle contamination n'a été constatée les jours suivants.

La mise en place d'une application de traçage a également suscité des débats. Dans la première version du projet de loi, rendu public le 20 mars, il était en effet question d'imposer la transmission des données de géolocalisation dont disposaient les opérateurs de télécommunications pour leurs clients afin de tracer les mouvements et éventuellement prévenir en cas de suspicion de contact avec une personne infectée. L'opposition, et surtout le partenaire de la grande coalition (le SPD), a dénoncé un « chèque en blanc » pour la surveillance généralisée. Le président du Bundesdatenschutzbeauftragte (BDSB, équivalent fonctionnel de la Commission nationale de l'informatique et des libertés – CNIL) y a vu une

remise en cause excessive des droits fondamentaux. Du fait des débats suscités, la ministre de la Justice (SPD) Christine Lambrecht a annoncé le retrait de ces dispositions relatives au traçage géolocalisé dans le projet de loi rendu public quelques jours plus tard. Dans son avis (signé par son président Ulrich Kelber), le BDSB a salué la suppression des mesures envisagées, concernant l'enregistrement de données venant des smartphones, car en partie anticonstitutionnelles, et a réaffirmé la nécessité du contrôle de conformité à la Constitution de ce type de mesures. Toutefois il a estimé justifiées les limitations au droit de la protection des données envisagés eu égard à la crise pandémique, tout en déplorant l'absence de règles concernant la suppression des données récoltées à la fin de la crise.

Surtout, des débats plus politiques, largement relayés et commentés par les médias se sont également affirmés, en lien avec la succession d'Angela Merkel au sein de son parti (la CDU) et à la chancellerie (ce qui suppose un accord avec la CSU bavaroise). Le plus important a concerné les ministres-présidents des deux plus grands *Länder* allemands : Armin Laschet, ministre-président du Land de Rhénanie du Nord-Westphalie soutenu par le ministre de la Santé Jens Spahn dans la compétition pour prendre la tête de la CDU (il est l'un des trois candidats déclarés), et Markus Söder, ministre-président de Bavière et président de la CSU (donc à ce titre également postulant potentiel à la chancellerie). Ces deux *Länder* faisant partie des plus affectés par la pandémie, leurs ministres-présidents ont cherché à se profiler comme les meilleurs candidats à la succession d'Angela Merkel en adoptant des positions différentes leur permettant de se démarquer. Armin Laschet s'est positionné en libéral réticent à des mesures trop contraignantes risquant de peser trop lourdement sur l'économie. Il s'est appuyé sur le virologue Hendrik Streeck de l'université de Bonn auteur de la très controversée et remarquée « étude de Heinsberg » mettant en avant un fort pourcentage de personnes asymptomatiques²². Au contraire, Markus Söder s'est affirmé comme le défenseur de mesures contraignantes pour la Bavière, ce qui lui a valu un large soutien dans les médias et dans l'opinion publique. Toutefois des dysfonctionnements dans l'administration des tests en Bavière (délais de communication des résultats et engorgement des laboratoires d'analyse) ont quelque peu érodé sa popularité initiale au cours de l'été 2020, dans un

22. N. Breznau, « Science by Press Conference: What the Heinsberg Study on COVID-19 Demonstrates about the Dangers of Fast, Open Science », *LSE Impact Blog*, London School of Economics, 20 août 2020, disponible sur : <https://blogs.lse.ac.uk/>.

contexte de faible nombre de cas répertoriés²³. D'autres acteurs politiques ont cherché à se positionner à la faveur de la crise. C'est en particulier le cas de l'ancien porte-parole santé du SPD Karl Lauterbach, lui-même médecin. Battu comme candidat à la présidence de son parti il a essayé d'exister à nouveau dans l'espace public en défendant des mesures très restrictives et en critiquant le gouvernement fédéral. De manière plus générale, le débat entre priorité sanitaire et priorité économique est très présent dans l'espace public depuis fin avril, justement parce que l'Allemagne a été moins touchée que ses voisins européens.

Toutefois, ces différents débats politiques n'ont pas remis en cause le consensus assez large qui prévaut sur la stratégie gouvernementale de lutte contre la pandémie tant au niveau de l'opinion (puisque les enquêtes donnent un taux d'approbation stable à hauteur de deux tiers des sondés en faveur de la chancelière) que des prises de position publiques, à l'exception du mouvement « anti-masques » minimisant l'ampleur et la dangerosité de la pandémie. Si celui-ci est assez marginal en termes d'opinion (puisque les sondages donnent assez systématiquement un pourcentage d'environ 10 % de personnes interrogées estimant que les mesures du gouvernement, sont trop restrictives), il s'est affirmé publiquement depuis le mois de mai à la faveur de manifestations publiques dans les grandes villes (Stuttgart, Berlin, Munich, et dans les territoires de l'ex-République démocratique allemande) largement relayées par les réseaux sociaux et fortement médiatisées, en particulier lors de la tentative d'intrusion au Bundestag fin août. Cet événement spectaculaire a toutefois eu un effet repoussoir en défaveur du mouvement « anti-masques » du fait des symboles nazis brandis à cette occasion. Très hétéroclite, allant de l'extrême droite à l'ultra-gauche en passant par les complotistes et quelques figures médiatiques, ce mouvement de contestation de l'action du gouvernement fédéral est soutenu sur le plan politique par l'AfD, qui ne semble cependant pas avoir bénéficié d'une adhésion renforcée dans l'opinion, contrairement à 2015, au moment de la crise des migrants²⁴.

23. M. F. Serrao, « Kaum Patienten und Tausende freie Krankenhausbetten: Warum Armin Laschet recht behalten hat und Markus Söder irrt », *Neue Zürcher Zeitung*, 4 septembre 2020, disponible sur : www.nzz.ch.

24. E. Naumann, A. G. Blom, A. Wenz, *et al.*, « COVID-19 Policies in Germany and their Social, Political Psychological Consequences », *European Policy Analysis*, vol. 6, n° 2, 2020.

Conclusion :

quels changements en cours dans le système de santé allemand ?

Le système de santé allemand a connu des changements importants depuis les années 1990, le plus important étant la transformation du système d'assurance maladie par la mise en concurrence des caisses d'assurance-maladie. Depuis la réforme de 1992, l'objectif poursuivi est à la fois la maîtrise des dépenses et une plus grande solidarité par le rapprochement des taux de cotisation et la péréquation des risques entre caisses. Cette politique de réforme menée de manière continue pendant une vingtaine d'années a entraîné un renforcement de la régulation fédérale du système de santé²⁵ que la pandémie de COVID-19 n'a fait que confirmer. En effet les compétences du ministère fédéral de la Santé ont été renforcées par les deux lois pandémie²⁶, et les institutions fédérales, en particulier le Robert Koch Institut, ont joué un rôle prépondérant, même si celui des *Länder* (autant du fait de leurs compétences de police et en matière d'enseignement qu'en matière de santé) et des services locaux de santé publique a été important également. Toutefois il n'est pas non plus sans poser des problèmes, comme l'a montré, au début de la pandémie, la confusion sur la responsabilité en matière de stocks de masques, puis les déficits de coordination entre les niveaux fédéral et fédéré, entre les *Länder* et entre les villes. Ainsi à l'automne 2020, on peut relever une grande disparité des mesures adoptées dans les différents *Länder* et les grandes villes dans le contexte de la « deuxième vague²⁷ ». Le débat sur le manque de coordination a été réactivé début octobre avec l'adoption dans certains *Länder* de mesures interdisant les déplacements dans les zones, à l'intérieur du territoire allemand, ayant un taux hebdomadaire de contaminations supérieur à 50 pour 100 000 habitants. De manière plus

25. P. Hassenteufel, « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie », *op. cit.*

26. À la mi-octobre 2020, la volonté du gouvernement fédéral de prolonger ces compétences exceptionnelles jusqu'à la fin mars 2021 a suscité un vif débat politique sur le rôle du Parlement.

27. M. Anetzberger et X. Bitz, « Das sind die neuen Corona-Regeln », *Süddeutsche Zeitung*, 15 octobre 2020, disponible sur : www.sueddeutsche.de.

structurelle, les Länder ont une grande latitude dans la mise en œuvre des mesures sanitaires adoptées au niveau fédéral ce qui contribue à créer des différences territoriales.

Toutefois, la question de la redéfinition des rapports entre le *Bund* et les *Länder* ne semble pas à l'ordre du jour. On peut rappeler ici que, sous l'effet de l'enjeu de déficits localisés de médecins, les lois de 2001 et 2015 avaient renforcé le rôle des *Länder*²⁸. On peut aussi souligner que dans les financements du plan de relance prévu pour la santé, la part la plus importante sera consacrée aux services locaux de santé publique, qui sont sous la tutelle des Länder. Surtout, la crise sanitaire actuelle renforce le débat sur des changements structurels, notamment la numérisation du système de santé (des hôpitaux en particulier²⁹), l'augmentation du nombre de soignants (dans un contexte de vieillissement démographique, particulièrement marqué en Allemagne) et la coordination des soins, la crise sanitaire ayant mis en lumière l'importance du rôle des soins ambulatoires en amont de l'hôpital. Le renforcement de ces orientations s'est traduit par deux projets de loi fédéraux rendus publics par le gouvernement en août 2020 : l'un sur l'avenir des hôpitaux soumis au Parlement en septembre 2020³⁰, l'autre sur l'amélioration de l'organisation et de la prise en charge des soins³¹. Si le système de santé allemand a fait l'objet d'une forte attention internationale et a globalement été perçu comme particulièrement efficace contre le SARS-COV-2, il présente aussi des faiblesses, dont certaines ont été rendues plus visibles par la crise sanitaire. Il sera donc amené à poursuivre les réformes engagées ces dernières années tant au niveau du financement que de l'offre de soins.

28. P. Hassenteufel, F.-X. Schweyer, T. Gerlinger, R. Reiter, « Les "déserts médicaux" comme leviers de la réorganisation des soins primaires. Une comparaison France/Allemagne », *op. cit.*

29. L'accent mis sur cette orientation est au cœur de la stratégie politique de Jens Spahn pour son ministère : N. Bandelow, F. Eckert, J. Hornung et R. Rüsenberg, « Der Politikstil von Jens Spahn-Von Konsensorientierung zu Konfliktbereitschaft », *Gesundheit und Gesellschaft*, vol. 74, n° 1, 2020, p. 6-11.

30. Fraktionen der CDU/CSU und SPD, « Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) », *Drucksache 19/22126*, Deutscher Bundestag, 8 septembre 2020, disponible sur : www.bundesgesundheitsministerium.de.

Ce projet prévoit la mise à disposition de 4,3 milliards d'euros aux hôpitaux, dont 3 milliards versés par le Bund (le reste par les Länder) pour leur numérisation, l'achat d'équipements de protection et l'embauche de nouveaux personnels.

31. Bundesregierung, « Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) », *Drucksache 19/23483*, Deutscher Bundestag, 19 octobre 2020, disponible sur : <https://dip21.bundestag.de/>.

Ce projet prévoit le recrutement de 20 000 soignants dans les centres prenant en charge les personnes âgées dépendantes ainsi que de 650 sages-femmes. Afin de garantir l'équilibre financier des caisses d'assurance-maladie, le *Bund* versera un complément d'un montant de 5 milliards d'euros, les caisses devant puiser à hauteur de 8 milliards d'euros dans leur fonds de réserve. Par ailleurs, les hôpitaux ruraux seront renforcés et les caisses d'assurance-maladie verront leur capacité de coordination des soins et de soutien aux innovations accrues.

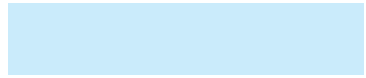
Références

- Arentz C., Wild F., « Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der COVID19-Pandemie », WIP Analyse, Wissenschaftliches Institut der PKV, mars 2020.
- Bandelow N., Eckert F., Hornung J., Rüsenberg R., « Der Politikstil von Jens Spahn-Von Konsensorientierung zu Konfliktbereitschaft », *Gesundheit und Gesellschaft*, vol. 74, n° 1, 2020, p. 6-11.
- Breznau N., « Science by press conference: What the Heinsberg Study on COVID-19 demonstrates about the dangers of fast, open science », LSE Impact Blog, London School of Economics, 20 août 2020, disponible sur : <https://blogs.lse.ac.uk/>.
- Capano G., Howlett M., Jarvis D. S., Ramesh M., Goyal N., « Mobilizing Policy (In) Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses », *Policy and Society*, 2020, p. 1-24, disponible sur : www.tandfonline.com.
- Hassenteufel P., « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne », *La Revue de l'IRES*, n° 70, 2011, p. 35-64.
- Hassenteufel P., Schweyer F.-X., Gerlinger T., Reiter R., « Les "déserts médicaux" comme leviers de la réorganisation des soins primaires. Une comparaison France/Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2020, p. 33-56.
- Lijphart A., *Patterns of Democracy: Government Forms and Performance in Thirty-Six Countries*, New Haven, Yale University Press, 2012.
- Naumann E., Blom A. G., Wenz A., Rettig T., Reifenscheid M., Möhring K., Lehrer R., Krieger U., Juhl S., Friedel S., Fikel M., Cornesse C., « COVID-19 Policies in Germany and their Social, Political Psychological Consequences », *European Policy Analysis*, vol. 6, n° 2, 2020.
- Osterloh F., « Warum Deutschland die Pandemie besser übersteht als viele Nachbarn », *Ärzteblatt*, 28 mai 2020, disponible sur : www.aerzteblatt.de.

- Parthie S., « La politique économique allemande face à la crise du COVID-19. Comment l'Allemagne soutient son économie », *Notes du Cerfa*, n° 154, Ifri, octobre 2020.
- Serrao M. F., « Kaum Patienten und Tausende freie Krankenhausbetten: Warum Armin Laschet recht behalten hat und Markus Söder irrt », *Neue Zürcher Zeitung*, 4 septembre 2020, disponible sur : www.nzz.ch.
- Vanhems P., Saadiatian-Elahi M., Chuzeville M., Élodie M., « Rapid nosocomial spread of SARS-CoV-2 in a French geriatric unit », *Infection Control & Hospital Epidemiology*, vol. 41, n° 7, 2020, disponible sur : www.cambridge.org.

Les dernières publications du Cerfa

- D. Capitant, [L'arrêt de la Cour de Karlsruhe : un coup de tonnerre dans un ciel serein ?](#), *Notes du Cerfa*, n° 155, Ifri, octobre 2020
- S. Parthie, [La politique économique allemande face à la crise du COVID-19 : Comment l'Allemagne soutient son économie](#), *Notes du Cerfa*, n° 154, Ifri, octobre 2020
- P. Maurice, [Trente ans après sa réunification, le « moment européen » de l'Allemagne ?](#), *Éditoriaux de l'Ifri*, Ifri, octobre 2020
- F. Herrmann, [La Bavière et la France. Préparer l'avenir ensemble](#), *Éditoriaux de l'Ifri*, Ifri, août 2020
- C. Demesmay, [Capitaine dans la tempête : défis et enjeux de la présidence allemande du Conseil de l'Union européenne](#), *Notes du Cerfa*, n° 153, Ifri, juillet 2020
- A. Marchetti, [Briser le plafond de verre ? La coopération franco-allemande décentralisée suite au Traité d'Aix-la-Chapelle](#), *Visions franco-allemandes*, n° 30, Ifri, juin 2020
- P. Maurice, [Coronavirus : la solidarité franco-allemande à l'épreuve](#), *Éditoriaux de l'Ifri*, Ifri, avril 2020
- F. Virchow, [Alternative für Deutschland \(AfD\), un parti d'extrême droite ?](#), *Notes du Cerfa*, n° 152, Ifri, mars 2020



Institut français
des relations
internationales