



HAL
open science

Japon, l'autre modèle dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19 ?

Adrienne Sala, Rémi Scoccimarro

► **To cite this version:**

Adrienne Sala, Rémi Scoccimarro. Japon, l'autre modèle dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19 ?. Cahier des UMIFRE, 2020, 10.1101/2020.04.02.20051490 . halshs-03143271

HAL Id: halshs-03143271

<https://shs.hal.science/halshs-03143271>

Submitted on 9 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

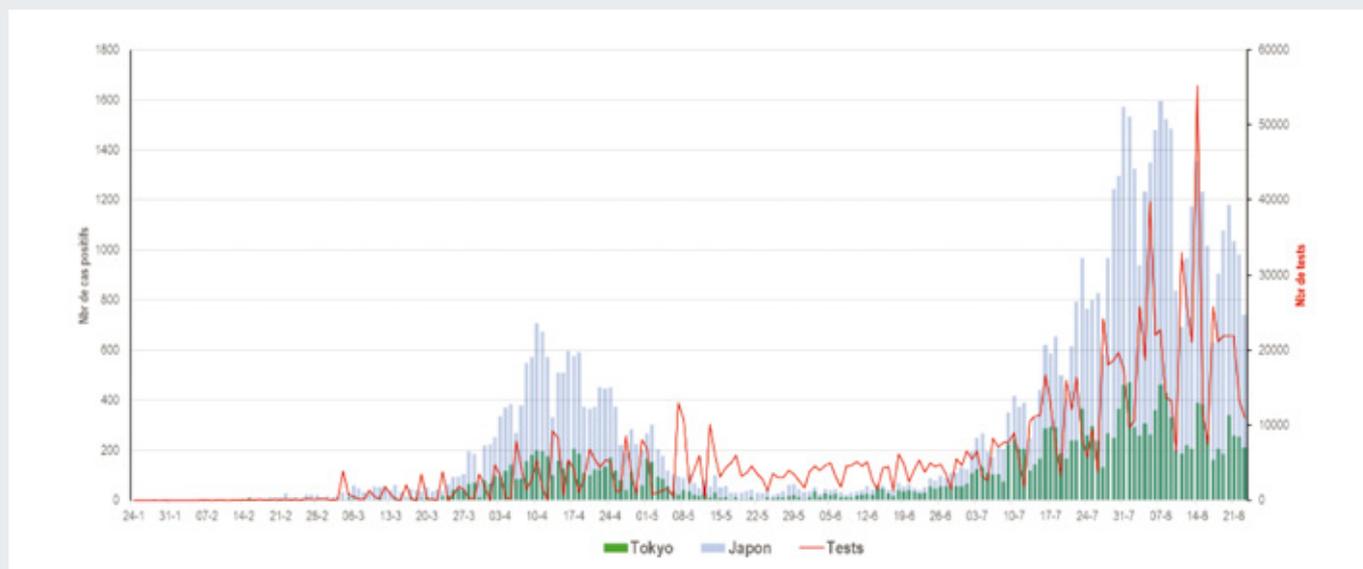
Japon, l'autre modèle dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19 ?

Dès la survenue des premiers cas de contamination et à fortiori à la suite de l'augmentation rapide du nombre des cas à partir de la mi-mars, la situation japonaise a suscité un certain nombre d'inquiétudes sur la capacité du pays à faire face à cette nouvelle épidémie.

Parmi les études les plus pessimistes, le chiffre de 400 000 morts fut envisagé¹. Mais finalement, l'archipel est un des rares pays développés, qui, tout en ayant une exposition forte et précoce au virus, ajoutée à une double vulnérabilité structurelle (concentration de population dans les mégapoles et vieillissement important), connaît, à l'issue de sa première vague, un taux de mortalité extrêmement bas². Le 25 mai, le Japon est sorti de sa période de

« confinement volontaire » en recensant 846 morts et 16 706 cas cumulés. Rapporté à la population, avec 13 cas pour 100 000 hab. le Japon fait partie des bons élèves avec ses voisins asiatiques³. Précisons que l'archipel n'a eu recours ni à des mesures coercitives, ni au fichage intrusif de sa population. Depuis juillet, malgré une nette hausse des nouveaux cas (Fig.1), liée en grande partie à la plus grande capacité de test, le taux de mortalité est resté globalement bas⁴.

Fig 1 : Évolution des cas positifs de Covid-19 (du 24 janvier au 21 août) au Japon et à Tokyo en comparaison du nombre de tests de dépistage



1. MedRxiv, 6 avril 2020, « Forecast of the Covid-19 outbreak, collapse of medical facilities, and lockdown effects in Tokyo, Japan », Yoshiyuki Sugishita, Junko Kurita, Tamie Sugawara, Yasushi Ohkusa, <https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20051490>

2. Le taux de mortalité du Japon de janvier à avril 2020 ne révèle pas d'augmentation significative du nombre de morts en comparaison de l'Europe et des Etats-Unis. Cinq préfectures enregistrent néanmoins 138 cas de décès cumulés supérieur à la moyenne, dont 55 à Tokyo (Nikkei Asian Review, 31 juillet 2020, « Japan had no excess deaths in 1st 4 months of year despite COVID »).

3. Le 24 août 2020, selon les données du ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales, on recense 1 195 morts et 62 879 cas cumulés, soit 49 cas pour 100 000 hab. <https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html> (dernière consultation le 25 août 2020).

4. Bloomberg, 29 juillet 2020, « Japan Shows It's Defying Covid-19 Damage as Death Rate Drops »

Nous proposons de mettre en perspective les trois piliers sur lesquels s'appuie cette gestion de crise sanitaire : le système de santé, les enquêtes épidémiologiques et la responsabilité civique, dont l'articulation donne un aperçu de la politique de lutte contre la diffusion du virus axée sur la prévention. Nous développons ensuite la dimension spatiale de l'épidémie, qui en révèle les aspects sociaux, et permet de développer des pistes pour appréhender les logiques socioéconomiques de la propagation de la Covid-19 sur le territoire japonais.

1 Le système de santé - premier pilier de la gestion de crise sanitaire

L'OMS classe régulièrement le système de santé japonais parmi les meilleurs du monde (en 2018, les dépenses de santé représentaient 10,9% du PNB), et l'espérance de vie est l'une des plus longues du monde (83.5 ans). Ce système fait néanmoins face à des enjeux majeurs tels que le vieillissement de la population ou le manque de personnels soignants et de médecins (2,35 pour 1 000 hab.). Le nombre de lits, avec 13,2 lits pour 1 000 hab. en 2015 est nettement supérieur à la moyenne de l'OCDE, toutefois, seulement 0,2 % (1 841 lits) étaient réservés aux maladies infectieuses (OMS 2019). Par conséquent, dès la mi-mars, la capacité d'accueil des hôpitaux fut progressivement augmentée pour faire face à la hausse des cas confirmés (42 071 lits au 21 août). Cette augmentation a maintenu le taux global d'occupation des hôpitaux relativement bas depuis la deuxième vague (27,4% le 21 août). La capacité du système de santé à gérer les risques liés à l'épidémie de Covid-19 repose surtout sur l'implication du personnel soignant et des médecins qui sont en sous-effectif et dont seule une minorité est formée aux maladies infectieuses. Le système de santé est donc soutenu par deux autres piliers pour prévenir et contenir la propagation du virus.

2 Les investigations épidémiologiques - deuxième pilier

La décision de ne pas procéder à des tests de dépistage systématiques s'explique par des contraintes techniques (manque de tests et de personnel qualifié, absence de traitement réduisant l'utilité du dépistage), des contraintes légales comme l'obligation des gouverneurs locaux d'hospitaliser les personnes contaminées, et des contraintes structurelles liées au nombre restreint de lits. Cependant, les risques associés à ces contraintes ont été réduits par l'activation efficace du système de surveillance des maladies infectieuses régies par la loi de Contrôle des maladies infectieuses de 1999. En application du dispositif prévu par la loi, tous les médecins doivent informer les centres de santé (*hokenjo*) lorsqu'un cas de maladie infectieuse est

déteçté. Les centres de santé déploient ensuite les procédures de traçage des personnes contact. Les enquêtes épidémiologiques ont pour objectif de déterminer les facteurs de diffusion du virus afin d'appliquer rapidement des mesures ciblées (Omi 2020). Les résultats de ces enquêtes, dont plusieurs ont été conduites sur le Diamond Princess, ont permis d'identifier, dès début mars, les conditions de propagation du virus, synthétisées par le terme « *sanmitsu* » (三密), désignant les lieux fermés (密閉), les lieux bondés (密集) et les lieux à forte proximité entre les individus (密接) (Oshitani et al. 2020).

Le 7 avril, le gouvernement a déclaré l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 25 mai. Cette période est perçue comme un « confinement volontaire » par opposition au confinement imposé dans plusieurs pays. Si la loi ne prévoit pas de mesures coercitives, c'est surtout la politique de prévention qui explique la mise en place d'un état d'urgence moins restrictif des libertés individuelles. L'efficacité de cette politique dépend aussi de l'activation à un niveau avancé de la responsabilité civique.

3 La responsabilité civique - troisième pilier

Ces « restrictions volontaires » reposent sur la responsabilité individuelle et collective formant la responsabilité civique⁵. Le port du masque généralisé est l'une des illustrations de cette responsabilité dont l'acceptation sociale est le résultat d'une série d'épisodes épidémiques depuis la grippe espagnole (1918-1919). Associé à un acte censé protéger l'individu et la collectivité, le port du masque fait l'objet depuis 2009 de campagnes d'information régulières diffusées par les médias et les entreprises. On retrouve ici une illustration de la coordination entre l'Etat et les acteurs économiques dans l'éducation citoyenne et la diffusion de normes sociales de comportement : le port du masque est devenu un symbole de responsabilité chez les travailleurs au même titre que les règles d'hygiène (Burgess & Horii 2012). En outre, l'usage individuel du gel hydro alcoolique et sa mise à disposition systématique dans les lieux publics en période d'épidémie remonte à la crise du SARS début 2000. De fait, les recommandations de santé publique pour prévenir la diffusion du virus SARS-Cov-2 sont collectivement respectées car elles ne représentent pas de réelles ruptures. Pourtant, contrairement aux idées reçues sur le comportement réservé des Japonais en société, bien que la bise et la poignée de main ne soient pas de mise, la société japonaise est une société du contact, en fonction des lieux et des moments, par exemple l'heure de pointe dans les transports publics ou encore les rendez-vous conviviaux autour de boissons entre collègues après une journée de travail (Ibuka, Ohkusa, Sugawara, et al. 2016).

« Les risques ont été réduits par l'activation efficace du système de surveillance des maladies infectieuses ».

5. Adrienne Sala, « Le Japon face à l'épidémie. Gestion de crise et responsabilité civique », La Vie des idées, 17 avril 2020.

LE DOSSIER

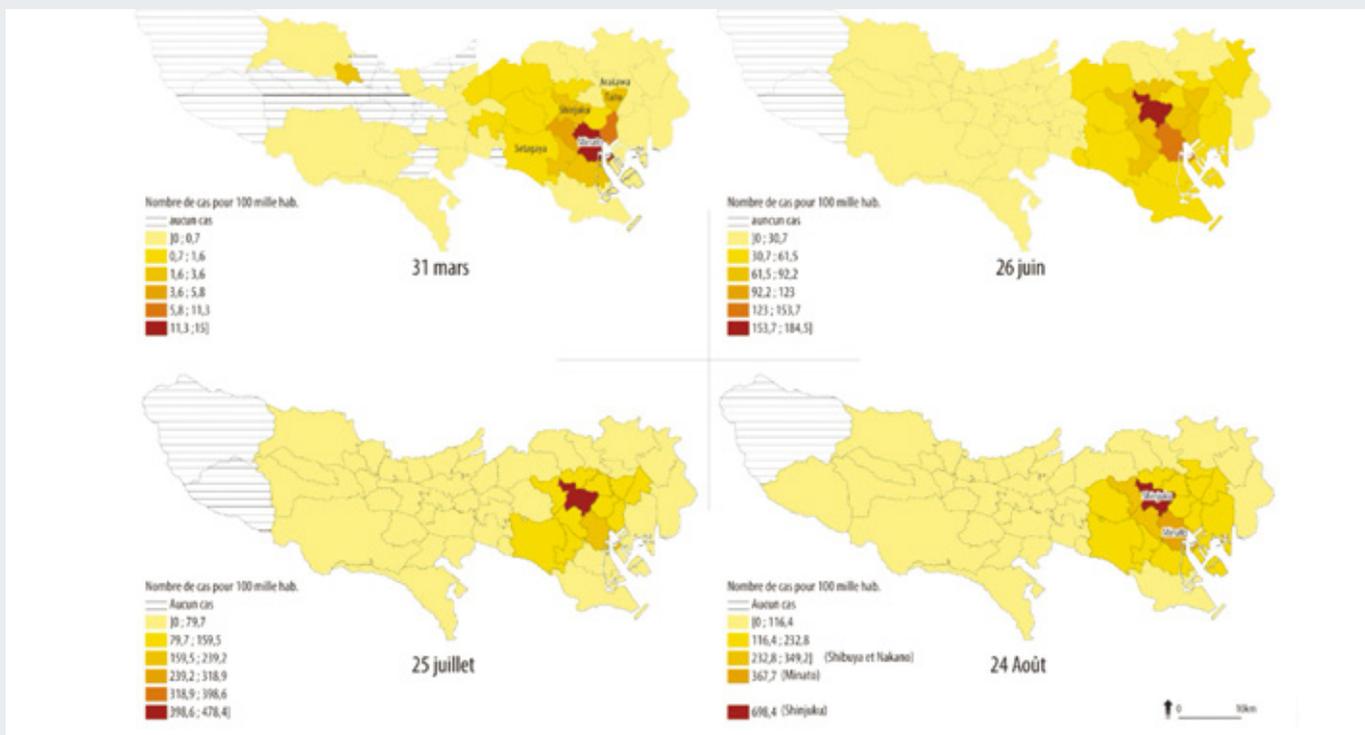


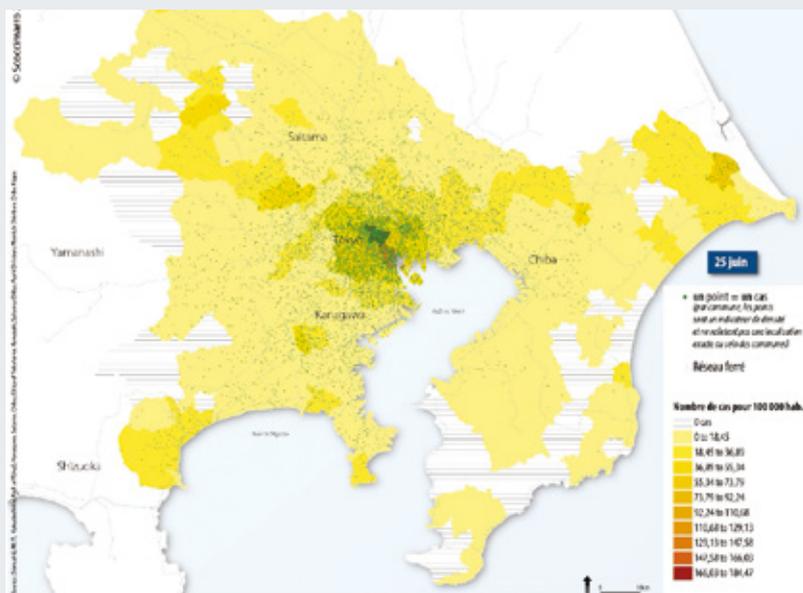
Fig 2 : Taux de prévalence de la Covid-19 dans le département de Tokyo (arrondissements et communes)

4 Les caractéristiques socio-spatiales de l'épidémie

Au niveau individuel, cette épidémie présente des aspects communs aux autres pays, en particulier dans la distribution par âge. Au niveau socio-spatial en revanche, la situation présente des

caractéristiques originales. Logiquement, ce sont les territoires les plus ouverts à l'international qui connaissent les premières contaminations. Puis, ce sont les régions secondaires et pour finir, les régions les plus fermées et les plus isolées. Le département d'Iwate ne recensera ainsi ses premiers cas que le 29 juillet.

Fig 3 : Prévalence de la Covid-19 dans le Grand Tôkyô



La décrue de la première vague s'est opérée selon la même logique, à savoir une diminution des cas de l'extérieur vers les zones centrales. Les données locales montrent une situation semblable, toutefois de nouvelles caractéristiques apparaissent éclairant les aspects socio-économiques de l'épidémie. À Tôkyô⁶, le nombre de cas lors de la première vague était le plus élevé dans l'arrondissement de Setagaya, le plus peuplé de la capitale. Cependant, c'est l'arrondissement hypercentre de Minato, qui montre, à partir du mois de mars, le taux le plus fort. Il faut attendre le mois de juin et le début d'une seconde vague des cas pour qu'il cède la première place à l'arrondissement de Shinjuku. Le 24 août ce dernier conserve le taux le plus élevé avec 698,4 cas pour 100 000 hab., suivi de Minato avec seulement 367,7 cas et Shibuya avec 302,8 cas (Fig. 2). Shinjuku est aussi l'arrondissement qui compte le plus grand nombre de cas, 2 438 à la même date, suivi de Setagaya (1 570) et de Minato

6. Mi-août, Tokyo est le département globalement le plus touché, avec 139,7 cas pour 100 000 hab. suivi par Okinawa avec 131,5, et Ôsaka avec 89,7. Nikkei Shinbun, Châto de miru nihon no kansen jôkyô shingata koronawirusu (La situation de l'épidémie de Covid-19 au Japon en graphique), 19 août 2020.

(958). Ainsi la deuxième vague ne remet pas fondamentalement en cause la répartition socio-spatiale des cas. Le lieu de résidence des patients fournit un indicateur de leur appartenance sociale et la cartographie de l'épidémie en juin, à l'échelle du grand Tôkyô, faisait ainsi réapparaître la dichotomie socio-spatiale historique de la capitale japonaise (Fig. 3)⁷.

Les quartiers de la ville haute de Tôkyô, étendus aux banlieues des cols blancs de la classe moyenne, situés à l'Ouest du palais impérial, et dont les arrondissements et communes comptent des taux plus élevés de contamination, font face à la ville basse, à l'Est du palais, en contrebas, dans les zones basses du delta de l'Arakawa ou au nord, dans les quartiers populaires et qui ont, eux, des taux de contamination extrêmement faibles.

L'épidémie de Covid-19 au Japon revêt ainsi des aspects communs à ce que l'on constate dans les autres pays, en termes de populations touchées par âge, par voie d'entrée de la contamination ou encore en termes de mortalité des personnes les plus âgées. En revanche sur le plan social, bien que l'on n'ait pas accès aux revenus des personnes contaminées, la distribution nous conduit à émettre l'hypothèse qu'au Japon, la Covid-19 touche plutôt les milieux aisés. La deuxième vague, survenue à partir de fin juin, modifie légèrement ce schéma sans le remettre en cause, avec une explosion des cas dans l'arrondissement de Shinjuku (Fig. 4).

Cet arrondissement est très hétérogène, aisé dans sa partie est, il héberge aussi le quartier des plaisirs de Kabukichô, attenant à la gare de Shinjuku. C'est un quartier qui concentre bars à hôtesses, salons de massage, et lieux de prostitution masculine et féminine. Ses rues sont peu contrôlées par la police. Recueillir des données sur la clientèle de ce quartier, pour tracer les voies de contamination, est une tâche ardue, cependant c'est au sein de ces populations que

« Il est cependant difficile de définir un modèle japonais, d'autant que les situations locales sont très diverses ».

les autorités identifient les hausses les plus fortes de contaminations depuis juin, en particulier sur les tranches d'âge jeunes. La prime de 100 000 yens pour les personnes positives a pu toutefois inciter ces populations à se faire tester, là où les outils de pression sociale et les mesures d'incitation à la responsabilité civique ont généralement peu d'influence.

Conclusion

Le faible taux de mortalité jusqu'à fin août témoigne d'une gestion de la crise sanitaire relativement efficace en comparaison internationale. Il est cependant difficile de définir un modèle japonais, d'autant que les situations locales sont très diverses, du fait de la grande marge de manœuvre des départements, dirigés par des gouverneurs qui ont de larges prérogatives. C'est cet échelon qui semble avoir été le plus efficace et le plus réactif pour la gestion de crise, parfois en se confrontant au gouvernement central. Il faut souligner que le contrôle social et une certaine forme de régulation par la peur, renforcée par les discriminations sociales dont peuvent faire l'objet certaines personnes contaminées, sont un puissant levier, qui suscite néanmoins des critiques sociales, mais conduisant à l'application de mesures de prévention préconisées par les autorités.

Au final, le Japon applique un confinement modéré mais durable, soutenu par un grand plan de relance économique. L'acceptation sociale permet une continuité de son application en coordination avec les deux autres piliers. De fait, on ne constate pas de relâchement significatif des pratiques de prophylaxie et depuis fin août la seconde vague semble être sous contrôle.

➤ **Adrienne Sala** (chercheuse à la Maison franco-japonaise de Tokyo, UMIFRE 19)

➤ **Rémi Scoccimaro** (chercheur à la Maison franco-japonaise de Tokyo, UMIFRE 19)

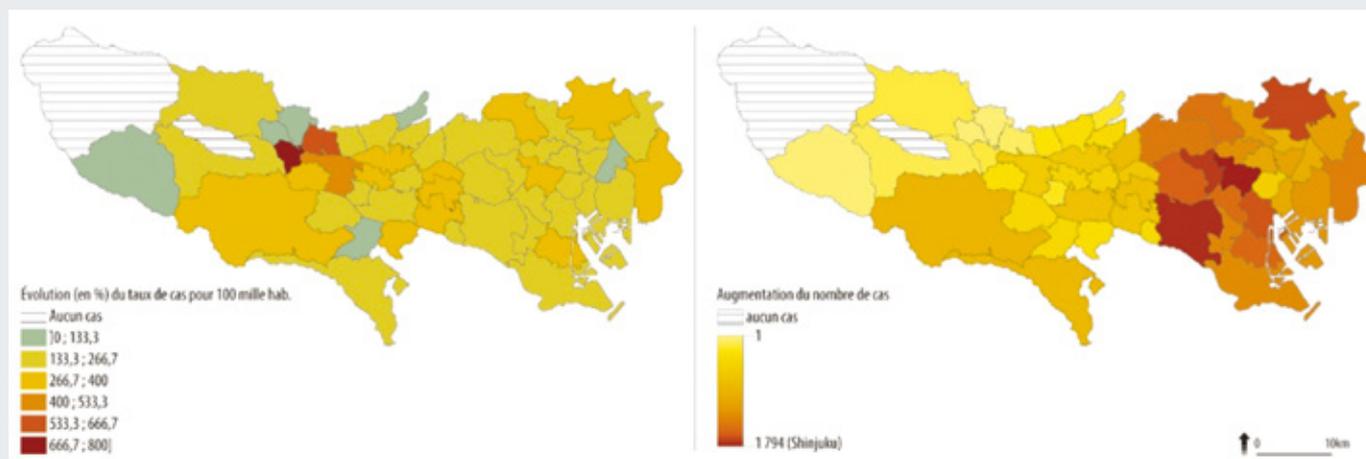


Fig 4 : Évolution des cas de Covid-19 dans le département de Tôkyô entre le 26 juin et le 24 août 2020

7. Paru originellement dans Scoccimaro Rémi (2020) « Les échelles de la pandémie de Covid-19 au Japon : Une gestion de crise inclassable, mais efficace ? », Outre-terre, 2019-2, n°57 « Virus planétaire, Géopolitique de la Covid-19 », pp. 177-200.