

# Les effets d'une communication dans l'urgence, dans un contexte d'incertitude

**Pour informer vite, professionnels et population, obtenir leur adhésion, donner les moyens de répondre aux fausses informations véhiculées par les réseaux sociaux ou certains médias, la communication de crise doit être repensée pour éviter une crise sociale et démocratique.**

**Julien Kouchner**

Président du groupe 1Healthmedia

**Laurent Lefort**

Rédacteur en chef

du *Moniteur des pharmacies*

**Magali Clausener**

Journaliste

Lorsque le 16 décembre 2019, le premier cas de Covid-19 est répertorié à Wuhan, en Chine, personne n'est alors capable de prévoir que le monde entier va être confronté à une pandémie et à une crise sanitaire qui, après plus de dix-huit mois, ne sont toujours pas terminées. Le Sars-Cov-2 est, en effet, un coronavirus dont, à ce moment-là, on ne connaît pas encore les modes de contamination, la contagiosité, l'ensemble des symptômes, l'évolution vers des formes graves ainsi que la létalité. Ce contexte d'incertitudes est encore renforcé par les mesures de confinement prises dans de nombreux pays dès le début de la pandémie. Début avril 2020, plus de cinquante pays sont en confinement total, ce qui représente 3,9 milliards de personnes, soit plus de la moitié de la population mondiale.

Toute crise nécessite une gestion de crise et une communication de crise. La communication fait d'ailleurs partie intégrante de la gestion de crise. La crise sanitaire liée au Sars-Cov-2 n'échappe pas à la règle. Cette communication de crise doit permettre, dans et malgré l'urgence, d'échanger des informations entre différents interlocuteurs – pouvoirs publics, experts, acteurs du système de santé dans le cas d'une épidémie, population – afin d'assurer au mieux la gestion de la crise. Dans le cadre d'une urgence de santé publique, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit une « communication sur les risques »<sup>1</sup> : « *Il s'agit de l'échange en temps*

*réel d'informations, de conseils et d'avis entre les experts, les responsables communautaires, les décideurs politiques et les populations en situation de risque. Lors d'une épidémie, d'une pandémie, d'une crise humanitaire ou d'une catastrophe naturelle, une communication sur les risques efficace permet aux populations les plus exposées de comprendre les comportements à adopter pour se protéger. Ainsi, les autorités et les experts peuvent être à l'écoute des inquiétudes et des besoins, chercher à y répondre et faire en sorte que leurs conseils soient pertinents, fiables et recevables.* »

## Une information qui devient illisible

L'échange d'informations lors la crise sanitaire du Covid-19 est par conséquent multidimensionnelle. Elle comporte en effet quatre grandes dimensions.

1. Une dimension « professionnelle », c'est-à-dire l'information aux professionnels de santé pour la mise en œuvre des mesures de gestion de la crise *via* différents canaux : les listes de diffusion DGS-Urgent, les communiqués des ordres professionnels et des syndicats professionnels, la presse professionnelle qui relaie les informations.

2. Une dimension « grand public » *via* les communications du gouvernement, des autorités publiques et des autorités sanitaires sur la lutte contre l'épidémie.

3. Une dimension « politique » *via* les mesures annoncées par le chef de l'État

1. OMS. Communication du risque pendant les urgences sanitaires. Directives stratégiques et pratiques de l'OMS pour la communication sur les risques en situation d'urgence (Communicating Risk in Public Health

Emergencies : A WHO Guideline for Emergency Risk Communication (ERC) Policy and Practice). Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



et le gouvernement, leur discussion par le Parlement et les critiques des partis politiques.

4. Une dimension « scientifique » (virus, traitements, prévention et vaccins) *via* les communications des chercheurs et scientifiques.

La communication de crise est aussi caractérisée par l'urgence de la situation et par les incertitudes. Ainsi, la diffusion des informations doit être rapide, au risque d'être obsolète quelques jours, voire quelques heures, après leur émission auprès des divers publics. De fait, on a pu assister très vite à une intrication de ces différentes dimensions durant les différentes phases de la pandémie en France – premier confinement, premier déconfinement, deuxième vague, campagne de vaccination, mise en œuvre du pass sanitaire. À chaque fois, le même processus concomitant joue :

- une information relativement claire pour les professionnels de santé même si elle peut évoluer rapidement ;
- une information au grand public visant à la fois à rassurer (« *Nous prenons les choses en main* ») et à faire peur (le décompte du nombre de malades en réanimation et de décès) ;
- une information politique qui bascule dans les polémiques systématiques ;
- une information scientifique sur l'état d'avancement des connaissances sur la maladie et les traitements hors des sphères scientifiques, sans analyse ni recul, souvent portée par des médecins désignés implicitement par les médias comme des experts.

Ce phénomène produit alors un brouhaha médiatique dans lequel les messages sanitaires et leurs fondements perdent de leur clarté, voire de leur légitimité. Ce brouhaha est amplifié par les divers canaux utilisés par les autorités publiques. Par exemple, les chaînes d'information continue diffusent en direct les conférences de presse du directeur général de la santé ou du ministre des Solidarités et de la Santé lors du premier confinement, et les journaux destinés au grand public deviennent le relais des décisions gouvernementales avant même qu'elles ne soient transmises aux professionnels de santé (par exemple, le 10 avril 2021, le ministre chargé de la santé, interviewé par un journal qui paraît le dimanche, annonce que tous les plus de 55 ans pourront être vaccinés et que le délai entre deux doses sera allongé).

En outre, les chaînes d'information font appel à des « experts », à savoir des médecins, professionnels de santé ou scientifiques, alors qu'eux-mêmes ne disposent pas forcément

de toutes les informations. Ces « experts » sont conviés à faire part de leur avis qui, dans certains cas, ne repose sur aucune étude scientifique. Cette tentation du quart d'heure de célébrité a deux conséquences :

- une remise en cause de la crédibilité de la parole des professionnels de santé et des scientifiques, avec en filigrane une question sur l'éthique de ces professionnels de santé qui ne s'assurent pas de leur expertise avant de s'exprimer ;
- une reprise des propos de ces « experts » qui nourrissent les réseaux sociaux en termes de polémiques, de *fake news* et de théories complotistes.

L'audience accordée par les réseaux sociaux est multifactorielle. Cependant, « l'engagement », d'une communauté plus militante donc plus active, fait souvent la visibilité de l'information et non sa véracité. Les réseaux sociaux deviennent des caisses de résonance pour chaque information et chaque émetteur d'informations, au détriment de la qualité de l'information.

Le *dark social* (expression popularisée par le journaliste américain Alexis C. Madrigal, pour qualifier les recommandations de contenus Internet qui ne sont pas effectuées publiquement sur les réseaux sociaux) est proportionnellement plus fort pour les contenus pour lesquels on ne souhaite pas que la recommandation soit publique, et contribue aussi à la propagation d'informations non fondées.

### Une situation paradoxale pour les professionnels de santé

Dans ce contexte, les professionnels de santé sont confrontés à plusieurs contraintes. Ils doivent :

- disposer d'une information compréhensible validée par les autorités sanitaires ;
- répondre aux questions des patients « noyés » par toutes les informations reçues par ailleurs ;
- faire face aux sceptiques, antimasques, antivax, complotistes et, depuis l'été 2021, à des menaces.

Cependant, la temporalité de la communication est inadéquate pour relayer les informations auprès de leur patientèle. Les autorités publiques diffusent les informations à la fois auprès des professionnels de santé et du grand public. Dans certains cas, elle est transmise au dernier moment aux professionnels : DGS-Urgent diffusé le dimanche soir (par exemple, les médecins apprennent le dimanche 7 mars 2021 qu'ils ne pourront pas commander des doses du vaccin AstraZeneca)

ou après la diffusion de certaines mesures *via* la presse grand public ou *via* des réseaux sociaux (Twitter) ; textes réglementaires publiés au *Journal officiel* la veille de leur application. Les professionnels de santé souffrent aussi de recevoir des informations parfois contradictoires ou qui ne sont pas ou insuffisamment validées scientifiquement. Enfin, ils manquent cruellement d'une formation suffisante en communication pour échanger avec leurs patients et répondre à leurs objections sur certains sujets (traitements et vaccination contre le Covid). De fait, les pouvoirs publics ne s'appuient pas sur les acteurs de santé publics et libéraux afin qu'ils soient les piliers d'une communication efficace auprès de la population.

Plus d'un an et demi après le début de l'épidémie, la communication dans l'urgence s'est installée dans le temps, et ce malgré l'évolution de la situation. Par exemple, alors que l'arrivée des vaccins était prévue depuis l'été 2020, il n'y a eu pratiquement aucune anticipation pour mettre en œuvre une campagne nationale de vaccination accompagnée d'une communication adéquate. Les commandes de vaccins par les professionnels de santé restent toujours aléatoires d'une semaine à l'autre malgré la mise en place d'une *task force* interministérielle pour la vaccination. Les informations destinées aux professionnels de santé et au grand public varient au gré de mesures prises quasiment au jour le jour par le gouvernement. Cela a été particulièrement le cas pour les populations ciblées par la vaccination contre le Covid entre janvier et mai 2021. Certaines décisions sont même annoncées par l'exécutif sans avoir été validées par les autorités sanitaires européennes et françaises. C'est ainsi le président de la République qui a acté une troisième dose pour les populations fragiles le 5 août 2021, alors que la Haute Autorité de santé ne s'est prononcée sur le sujet que le 25 août et que l'EMA (Agence européenne du médicament) n'avait émis ni avis ni autorisation de mise sur le marché.

### Une pandémie médiatique

La pandémie du Covid-19 est devenue une *pandémie médiatique*, pour reprendre le titre du livre de Stéphane Fouks (Plon, octobre 2020). « *La crise du Covid est une crise médiatique, aux deux sens de l'adjectif. Elle a pris forme dans les médias, et elle reflète une crise des médias et de la communication. Avec le virus, c'est la forme communicationnelle du monde qui se manifeste à nous, et, ce faisant, la nécessité pour nos dirigeants d'en maîtriser la*

*nouveauté, si nous ne voulons pas voir sombrer la démocratie»,* explique en introduction l'auteur.

Cette pandémie médiatique révèle également que les médias, les réseaux sociaux, les pouvoirs publics utilisent les mêmes ressorts pour communiquer et, surtout, attirer l'attention du public. Dans son livre, *Apocalypse cognitive* (éditions PUF, janvier 2021), Gérald Bronner, professeur de sociologie à l'université de Paris, détaille les différents mécanismes en jeu. Pour résumer son propos de façon succincte, la peur est l'une des émotions à laquelle notre cerveau réagit le plus : en effet, les informations qui évoquent la peur ont toutes les chances d'attirer notre attention, même si elles ne reflètent pas la réalité, parce qu'il vaut mieux pour la survie être trop vigilant que pas assez. La peur est devenue « *un vecteur d'intérêt très important*

*de l'ensemble des écosystèmes médiatiques [...] Le problème, c'est que les médias traditionnels sont en train d'agir et de se comporter comme les médias sociaux le font»,* affirme Jean-François Dumas, président de l'agence Influence Communication, cité par Gérald Bronner. Et il semblerait que la crise sanitaire doublée de la crise de la communication ait amplifié l'utilisation de ce ressort. En effet, les difficultés de la communication politique face à la défiance des citoyens encouragent l'exécutif à privilégier la stratégie de la peur. Stratégie également utilisée par les chaînes télévisées d'information continue pour faire de l'audimat, mais aussi par les réseaux sociaux et les plateformes des antivax et des complotistes (Odysee par exemple). La peur contre la peur.

Les professionnels de santé ont l'habitude d'échanger entre eux sur des hypothèses de

recherche. Ces échanges entre pairs, le temps de la recherche et du doute, sont indispensables à l'obtention des certitudes scientifiques et à l'établissement par la suite de la communication à tenir auprès des patients et du grand public. La pandémie liée au Sars-Cov-2, à l'heure de l'instantanéité de l'information multicanale et mondiale, a fait voler en éclats tous les mécanismes de communication nécessaires à la résolution de la crise.

Quelle est alors la « bonne » communication, sachant qu'une mauvaise communication de crise ne doit pas générer une nouvelle crise ? Comment anticiper une communication de crise et s'appuyer efficacement sur les professionnels de santé, relais indispensables ? Autant de questions auxquelles il faudra répondre afin d'éviter une crise sociale et démocratique. ♥



# Épidémies et résilience

**La crise du Covid a eu un impact fort sur tous les individus. Comment la vie reprendra-t-elle après l'épidémie ? Quelles seront les conséquences ?**

**Boris Cyrulnik**  
Directeur d'enseignement,  
université Toulon-Var

**E**n milieu naturel, les virus et les bactéries sont abondants, mais il n'y a des épidémies que parce que la civilisation les fabrique et les transporte sur la planète.

## Le retour des épidémies

Le virage anthropologique s'est produit à l'époque néolithique (14 000-10 000 ans), quand les hommes ont voulu maîtriser la nature en enfermant les animaux dociles dans des étables, en cultivant le sol pour contrôler les récoltes et en établissant des rapports de domination. La sédentarité et le stockage des aliments ont constitué un pays de Cocagne pour les rats et les puces. La route de la soie, les chevaux, les chameaux, les bateaux et les avions ont transporté les virus et les bactéries sur toute la planète.

La « peste » justinienne, il y a 2 500 ans, a révélé comment les hoplites, ces terribles guerriers grecs, ont été décimés par une épidémie plus que par les combats. La peste athénienne au VI<sup>e</sup>-VII<sup>e</sup> siècle a suivi les voies du commerce méditerranéen. En tuant 10 000 personnes par jour, elle a affaibli l'empire byzantin, ce qui a favorisé l'expansion de l'islam en Perse. Au Moyen Âge, le siècle des pestes (XIV<sup>e</sup> siècle), bien documenté par les témoignages, les peintures et les archives, illustre les ravages et les changements culturels qui suivent chaque catastrophe. Le mot « crise » implique un retour à l'état antérieur, alors que « catastrophe » désigne un effondrement (*cata*) suivi d'un virage (*strophein*). La vie reprend, mais pas comme avant, ce qui pourrait être une définition de la résilience.

Les agriculteurs ont eu besoin d'un tel concept quand ils ont constaté qu'après

quelques jours de manque d'eau les fleurs s'adaptent en se ratatinant pour moins évaporer. Mais quand la sécheresse persévère, elles ne peuvent survivre qu'en se transformant. Elles deviennent épineuses et gardaient en elles une réserve d'eau. Les agronomes disent qu'un sol est résilient quand, après une inondation ou un incendie, la vie reprend sous une forme différente.

Une telle définition implique une attitude épistémologique que ne partagent pas tous les êtres humains. Quand Darwin a conçu l'évolution (1859), il observait que l'organisme que l'on perçoit aujourd'hui est différent de ce qu'il était hier. Ce constat a enchanté ceux qui aiment l'incertitude provoquée par le changement, alors que d'autres sont angoissés par cette pensée, qu'ils ressentent comme une agression ou même comme un blasphème.

Le mot « résilience » en 2021 provoque les mêmes réactions puisqu'il s'agit d'une néo-évolution. Les scientifiques, les philosophes et ceux qui aiment se poser de nouveaux problèmes adhèrent à ce concept, à cette attitude épistémique. Mais ceux qui ont besoin de certitudes retrouvent la pensée fixe de ceux qui agressaient Darwin.

En quelques décennies le mot est devenu un concept scientifique rigoureux, évaluable et expérimentable. Dans les années 1950, tout de suite après la guerre, les cliniciens avaient constaté que, dans des circonstances adverses (orphelinage, déportation, famine, persécution), un très fort pourcentage de ces populations d'enfants souffrait de grandes difficultés de développement, ce qui était prévisible. Mais ils ajoutaient que, dès qu'on réorganisait autour de ces petits blessés un

environnement étayant, quelques-uns parvenaient à reprendre un bon développement.

Dans les années 1980, l'approche de la résilience a été clinique : il fallait découvrir, dans l'environnement proche d'un enfant carencé, les facteurs de protection qui pourraient l'aider à reprendre un bon développement. Très tôt fut identifié le déterminisme affectif qui sécurisait l'enfant et modifiait ses sécrétions neuro-hormonales. Cette manière de concevoir, de penser et d'agir ne correspondait pas à la culture de l'époque, qui privilégiait le savoir fragmenté. Il fallait choisir entre la biologie, la psychanalyse ou la sociologie. On considérait que l'émotion empêchait la démarche scientifique. Aujourd'hui, les instances de la recherche recommandent, au contraire, la collecte de savoirs pluridisciplinaires et l'émotion est devenue un sujet de recherche neurologique et relationnelle.

### Le concept de résilience dans l'« après Covid »

Au cours de l'épidémie de Covid, on voit encore s'affronter ceux qui font des hypothèses qu'ils soumettent au tribunal de la validation expérimentale, scientifique et clinique. Cette démarche lente et tâtonnante irrite ceux qui ont besoin de certitudes immédiates et préfèrent la parole d'un sauveur qui dit la vérité.

Quand le virus sera jugulé, quel type de développement pourra-t-on reprendre? Les déterminants extérieurs sont différents selon le niveau de développement intérieur. Un raisonnement ontogénétique permet d'analyser ce processus évolutif et interactif. Depuis la grossesse jusqu'à la tombe, nous devons tous habiter les trois niches écologiques qui nous façonnent.

1. Avant notre naissance, dans la niche utérine, le fœtus est déjà en relation avec les émotions maternelles. Une mère sécurisée sera sécurisante pour le bébé qu'elle porte, qui trouvera autour de lui tout ce dont il a besoin pour se développer. Mais quand un conflit conjugal, un deuil, une précarité sociale ou un stress dû au confinement font souffrir la mère, les substances du stress (cortisol et catécholamines) franchissent la barrière placentaire et provoquent des altérations dans le circuitage du cerveau du fœtus. Il est important de souligner que rien n'est définitif. Le bouillonnement des neurones est si intense à ce stade du développement qu'il suffit de sécuriser la mère pour que le petit déclenche un processus de résilience neuronale en une ou deux nuits.

2. Après la naissance, la deuxième niche sensorielle est celle du foyer, où la mère, figure primordiale d'attachement, est entourée par un deuxième parent accompagné de figures familières qui réalisent une constellation affective. Le virus, à ce stade, n'agit pas directement sur l'enfant, mais, quand la niche est altérée par la présence d'un malade, par un deuil ou parce que le confinement a créé un milieu clos où le moindre incident provoque une déflagration, le bébé sera altéré par l'intensité émotionnelle de sa niche ou par son appauvrissement dépressif. La violence conjugale a explosé dès les premiers jours du confinement, où le numéro d'appel a été saturé en 48 heures. Le confinement, qui est une protection physique, a été une grave agression psychique.

3. Les masques à la crèche désorganisent le traitement des mimiques faciales. Les enfants apprennent à parler en observant les mouvements de la bouche, le masque a provoqué un petit retard de langage. Mais ce déficit sera rapidement compensé par d'autres canaux de communication, comme le « sourire des yeux », la prosodie de la voix ou les gestes interactifs.

4. La troisième niche sensorielle est celle du langage. Quand les enfants apprennent à vivre dans un monde de mots qui représentent des objets et des événements invisibles, ils dépendent des récits d'entour familiaux et culturels. Quand le virus a appauvri cette niche verbale à cause d'un deuil, d'une maladie ou d'une angoisse diffuse, l'enfant entre en maternelle à l'âge de 3 ans avec un stock de 200 mots. Mais quand le foyer non traumatisé a continué à s'adresser à l'enfant et à bavarder entre adultes, il entre en maternelle avec un lexique de 1 000 mots. Devinez lequel comprendra les consignes, aimera l'école et deviendra bon élève.

Les rythmes scolaires ont été gravement désorganisés par l'épidémie. Le refuge devant les écrans, en affaissant l'altérité, a freiné le développement de l'empathie, socle de l'attention au monde des autres. Dans les logements en surdensité, l'ambiance familiale survoltée ou morose a provoqué des troubles durables de l'attention et du sommeil, qui compromettent le plaisir des relations et des apprentissages.

C'est le peuple adolescent de 12 millions d'habitants qui payera le plus cher ce combat contre le Covid. Le confinement a provoqué un isolement affectif et social lors de la deuxième période sensible du développement. Lors de la première période sensible, des

1 000 premiers jours, un enfant est presque totipotent, il peut s'imprégner de toute langue et de tout environnement. Mais, au moment de la puberté, le processus neuronal s'inverse. On constate un élagage synaptique : le cerveau fonctionne mieux, en dépensant moins d'énergie. Sculpté par son milieu au cours des interactions précoces, il traite les informations en faisant moins d'effort. Cette deuxième période sensible est détériorée par le confinement. L'ado se réfugie dans les écrans pour moins souffrir de sa désocialisation, ce qui aggrave tout. Un écran est un instrument magique de communication, ce n'est pas une relation qui nourrit l'affect et la mémoire.

Les adultes qui, avant l'épidémie, avaient acquis des facteurs de vulnérabilité (mauvais outil verbal, famille diluée, pas de diplôme, métier instable, mal payé, peu gratifiant, petit logement bruyant en surdensité) ont éprouvé le confinement comme un traumatisme. Le processus de résilience sera difficile à déclencher. Il faudra un fort soutien et le travail de sens à donner au trauma sera laborieux. Ceux qui, avant l'épidémie, avaient acquis des facteurs de protection (aisance de langage, famille structurée, diplôme, métier permettant de bien se loger) ont passé le confinement sans souffrir et souvent même en découvrant une autre manière de vivre et de faire des projets. Le télétravail et l'amélioration des transports leur offrent un possible retour à l'espace et au silence.

### Les leçons de la pandémie

Grâce au virus, notre culture vient de comprendre que l'homme n'est pas au-dessus de la nature, il est dans la nature. Il participe aux échanges avec l'air, l'eau, les végétaux et les animaux. 70 % de nos maladies sont des zoonoses, si nous maltraitons les animaux et les rendons malades, nous mourrons avec eux. La résilience naturelle passe par le respect des contraintes écologiques.

La résilience des villes, ou leur vulnérabilité, sera la conséquence de nos découvertes technologiques et de nos récits idéologiques. Le centre des villes est beau, ordonné et sensé par les objets et les monuments qui exposent et racontent nos origines. La périphérie devient une aire d'hypersensibilité anormale où les rapports sociaux déculturés laissent réapparaître la socialisation archaïque : le clan, la loi du plus fort, la valorisation de la violence.

Après le virus, les universités connaîtront des difficultés encore plus grandes. 40 % des étudiants ont décroché, ils divaguent et sont dépressifs. Comment fera-t-on pour



les raccrocher quand les amphis surpeuplés ne permettront plus la relation structurante entre les professeurs et leurs élèves ? Faudra-t-il créer de nouveaux facteurs de protection en augmentant le nombre de professeurs associés, comme l'ont fait les Allemands et les Suisses, et en validant des formations latérales où les entreprises deviendront des centres d'apprentissages professionnels intégrés dans les universités ?

Chez les personnes âgées, le virus a tué des millions de personnes dans des conditions qui ont empêché le travail de deuil. Leurs enfants, honteux et culpabilisés, vont-ils manifester des symptômes autopunitifs pour expier le sentiment d'avoir abandonné leurs parents ?

Après chaque catastrophe, naturelle ou culturelle, on voit se remettre en place trois directions possibles pour sortir du chaos.

– Reprendre vite la consommation et la circulation, ce qui fabrique de nouveaux virus et les fait circuler, comme on l'a vu au siècle des pestes, où surgissait une nouvelle épidémie tous les trois ans.

– Dans les périodes de chaos social et culturel, dans les déserts de sens, apparaissent des « sauveurs » qui escroquent les peuples malheureux. C'est ainsi que, de tout temps, de nombreux dictateurs ont été démocratiquement élus.

– Mais après la catastrophe arrive la Renaissance. Après l'épidémie de 1348-1350, qui a tué un Européen sur deux, on avait tellement besoin de paysans pour redémarrer l'agriculture que le servage a disparu sans aucune contestation. Après la Seconde Guerre mondiale, la valeur des femmes a été reconnue quand on a découvert qu'elles avaient fait fonctionner la société, les hôpitaux, les usines, l'enseignement et l'administration pendant que les hommes, prisonniers de guerre, tuaient le temps en jouant à la belote. Et toutes les formes d'art ont été métamorphosées, l'art de la table pour valoriser la vie domestique, le théâtre et le cinéma pour poser les problèmes de la cité, et la littérature pour donner à comprendre ce qui s'était passé.

Nous avons le choix. ♥

### Bibliographie

Anaut M. *La Résilience. Surmonter ses traumatismes*. Paris : Armand Colin, 2008.

Bowlby J. *Attachement et perte*. 3 vol. Paris : PUF, 1978-1984.

Cyrulnik B., Jorland G. *Résilience. Connaissances de base*. Paris : Odile Jacob, 2012.

Delage M. *La Résilience familiale*. Paris : Odile Jacob, 2008.

Reich J. W., Zautra A. J., Hall J.S. *Handbook of Adult Resilience*. New York : The Guilford Press, 2010.

Ungar M. *The Social Ecology of Resilience. A Handbook of Theory and Practice*. Berlin : Springer, 2012.

# Apprenance en situation de crise : l'expérience de la pandémie de Covid-19

Explorer les opportunités d'apprenance multiples qui émergent en situation de crise en terrain hospitalier est l'objet de cette recherche inductive sur le vécu des professionnels.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 66.

**Anne-Paule Duarte**

Enseignante chercheuse, groupe hospitalo-universitaire AP-HP Sorbonne université, membre de la commission spécialisée Système de santé et Sécurité des patients, HCSP

Selon Crocq, *et al.* [18], une situation de crise, comme la pandémie que nous vivons actuellement, est un « *moment crucial dans la vie des individus, des groupes et des populations qui marque une rupture de continuité et une incertitude quant à l'évolution des événements, qui comporte une menace pour les valeurs, les objectifs et le fonctionnement de ces individus et groupes, et qui découvre des enjeux majeurs pour leur liberté, leur intégrité, voire leur survie* ». Une situation de crise implique la nécessité d'agir en urgence et éventuellement en situation dégradée. Elle peut provoquer soit un retour à l'état antérieur, soit l'instauration d'un nouvel équilibre, soit l'aggravation de l'état détérioré.

Au-delà des représentations classiques des situations de crise en tant qu'événements redoutés et potentiellement traumatisants, je m'intéresse aux multiples impacts sur les professionnels de santé, négatifs comme positifs. En voulant investir ce sujet, je me suis posé la question suivante : les situations de crise sont-elles génératrices d'apprenance pour les professionnels de santé ?

La notion d'apprenance, au sens large, englobe l'ensemble des dispositions favorables à l'action d'apprendre dans toutes les situations formelles ou informelles [10]. L'apprenance en situation de crise a vocation à se substituer au terme d'apprentissage et à désigner l'acte d'apprendre, envisagé dans sa dynamique et toutes ses formes de manifestation. L'apprenance se caractérise par une attitude favorable à l'apprentissage notamment face à l'adversité.

## Démarche de recherche

La présente analyse est issue d'une recherche doctorale [20] qui a pour objectif d'explorer

les possibilités d'apprenance qui émergent en situation de crise en terrain hospitalier. Dans cet article, je m'intéresse plus spécifiquement à l'analyse des récits d'expérience des professionnels qui ont vécu la pandémie de Covid-19, depuis mars 2020.

Le recueil des récits s'effectue sur la base d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé sur le terrain, avec des profils variés : infirmiers, cadres de santé, médecins. Les professionnels présentent les situations qu'ils ont à l'esprit au moment où je les interroge. Ils relatent les événements tels qu'ils les ont vécus, dans le contexte de la crise, les interactions sociales avec les acteurs en présence, les bénéfiques ou obstacles rencontrés. Le recueil d'expérience s'appuie sur une approche dite de la théorie enracinée [27, 29], qui consiste à faire émerger, à partir du récit des professionnels, de nouvelles connaissances et enseignements spécifiques au terrain hospitalier.

## Résultats de l'enquête empirique

Les récits recueillis montrent que, face à une situation de crise, les professionnels perçoivent divers effets durables : ils peuvent soit rester fragilisés, soit revenir à leur niveau de fonctionnement antérieur, soit réagir de manière proactive, en dépassant leur niveau de compréhension antérieur. Dans le but d'avoir une compréhension large de l'impact des situations de crise en terrain hospitalier et afin de mener une démarche de compréhension plus globale, j'ai donc cherché à explorer le potentiel de changements positifs sur les professionnels découlant des processus d'apprenance.

L'analyse des récits permet de mettre en évidence deux axes de recherche majeurs :



un axe de compréhension des dynamiques « d'agression, protection et repli », générées par les situations de crise, et un axe d'émergence d'apprenances multiples (figure 1).

**Axe 1 : la compréhension des dynamiques**

J'ai identifié quatre familles de dynamiques générées par les situations de crise, à savoir :

- les situations de crise génèrent un stress aigu dont les manifestations peuvent être de nature diverse;
- les effets du stress aigu sur les professionnels de santé, avec notamment le stress post-traumatique, la « fatigue par compassion » ou l'épuisement professionnel;
- l'émergence d'un processus de compréhension du vécu, c'est-à-dire donner du sens aux difficultés rencontrées;
- les stratégies mises en place par les professionnels, notamment des stratégies de protection et d'adaptation.

Au sujet des effets du stress aigu sur les professionnels de santé, un cadre de santé s'exprime sur son vécu : « *Les effets du post-traumatique, ce n'est pas tout de suite, mais plusieurs semaines après, un mois après, trois mois après. À chaud, on va en parler, mais c'est après qu'il faut s'interroger sur quel degré vous a atteint. Libérer les tensions générées par des situations stressantes et permettre aux professionnels d'exprimer leur ressenti émotionnel deviennent essentiels.* »

**Axe 2 : apprenances multiples**

En ce qui concerne l'axe d'émergence d'apprenances multiples, j'ai identifié trois catégories :

- l'apprenance expérientielle;
- l'apprenance émotionnelle;
- l'apprenance sur soi.

**Apprenance expérientielle**

J'ai observé deux types de démarche. Tout d'abord, une démarche individuelle, au niveau du professionnel. Les savoirs apparaissent sous forme d'apprenances informelles, issus du terrain. C'est un processus d'apprentissage dynamique, sous forme de savoirs pratiques et théoriques. Une fois analysés, ils génèrent un développement de nouvelles compétences. La pandémie de Covid-19 est décrite sous l'angle de la transformation. Un processus de changement se met à l'œuvre. Ensuite, j'ai observé une démarche collective, avec des apprentissages organisationnels qui émergent lors de la gestion de la pandémie et qui révèlent une organisation hospitalière apprenante et agile.

Les professionnels interrogés font part d'un vécu, certes difficile à traverser, mais qui peut devenir apprenant de par le niveau de compréhension des phénomènes observés et de par les connaissances acquises. Certains professionnels ont suggéré que les effets positifs en termes d'apprenance pouvaient provenir de l'intensité du stress généré

par la pandémie, qui peut agir comme un catalyseur d'énergie. Une cadre de santé fait part de son expérience : « *Cette situation de la crise nous a appris qu'il fallait revoir le fonctionnement du service, elle a mis en lumière certains points faibles. Elle nous apprend à être plus efficaces, à faire des choix plus efficaces.* »

**Apprenance émotionnelle**

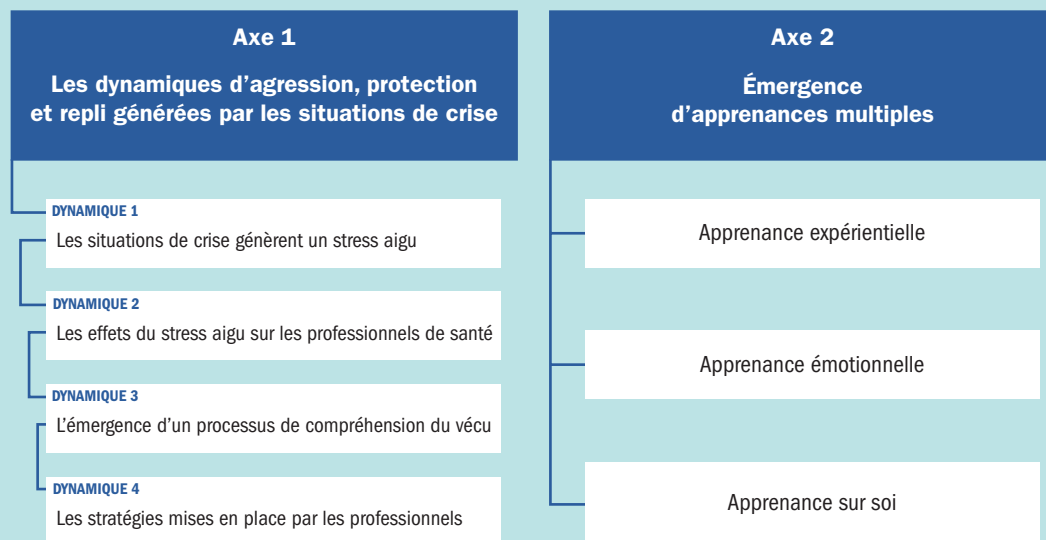
Certains professionnels ont mentionné que, dans la pandémie actuelle, ils ont pris davantage conscience de l'importance de maîtriser leurs émotions et sont en capacité d'analyser les émotions exprimées par les patients ou encore par les autres membres de l'équipe.

L'effet de l'apprenance se manifeste aussi sous la forme d'un bien-être émotionnel. Cela découle des situations stressantes quand elles sont considérées comme des défis, ce qui signale la possibilité de maîtrise ou de gain, caractérisée par des émotions positives (le concept d'émotion positive en situation de crise a été introduit par Fredrickson, *et al.* [24]) telles que l'optimisme ou la confiance.

L'effet de l'apprenance est également appréhendé lorsqu'il y a une évaluation favorable ou réussie dans la résolution d'une situation stressante. Cela conduit à des émotions telles que l'enthousiasme et la fierté, qui permettent de faire face à l'adversité. À ce sujet, un cadre

figure 1

**Les deux axes d'analyse de l'apprenance en situation de crise**





de santé fait part de son analyse de la crise actuelle : « *On travaille dans de l'humain, il faut être humain soi-même, on ne peut pas bien traiter les patients si on ne traite pas bien les soignants.* »

#### Apprenance sur soi

Certains professionnels ont fait le lien entre la tendance à trouver ou à créer un sens positif dans des situations stressantes comme la crise sanitaire actuelle et le sentiment d'efficacité personnelle. Ce cheminement met en exergue un processus de croissance personnelle, avec l'observation d'une évolution sur la connaissance de soi et un sentiment de résilience. On observe une croissance professionnelle basée sur cette démarche autoréflexive qui se met en place pour gérer les situations complexes générées par la pandémie. Il a été signalé que, dans ce contexte de crise, on peut obtenir un sens positif en trouvant des bénéfices dans l'adversité.

Ce vécu, cette expérience de terrain, génère dans une première étape du stress positif ou négatif selon le ressenti du professionnel (état de bien-être ou de souffrance) et dans une deuxième étape génère des émotions favorables (motivation pour agir) ou défavorables (état de sidération) à la bonne gestion de la situation. Ce vécu intérieur, que seul le professionnel peut ressentir, peut amener des stratégies préventives ou défensives en

réaction à la confrontation de la crise. Un cadre de santé s'exprime sur sa compréhension de la crise sanitaire actuelle : « *La capacité à prendre du recul face à des situations complexes est nécessaire et demande une mise à distance avec le lieu de travail pour l'analyser. Il faut prendre du recul sur soi. Il faut penser à autre chose.* »

Une culture du risque émerge sur ce terrain et un esprit d'entraide, de solidarité, de compréhension de soi et des autres, qui démontre un sentiment de résilience chez tous les professionnels interrogés. Ce mécanisme de résilience atteste du niveau d'apprenance formelle et informelle générée par les situations de crises, qui sont ponctuelles mais récurrentes de par la variabilité des typologies rencontrées (macro-situations de crise, méso-situations de crise, micro-situations de crise).

La pandémie apparaît d'après l'enquête de terrain comme une expérience unique de chaque professionnel. C'est une expérience individuelle car vécue de l'intérieur par la gestion du stress et des émotions, informelle mais transformatrice selon les propos des professionnels. Une expérience collective aussi car le vécu de la situation de crise demande l'interaction avec de nombreux acteurs, qui vont intervenir et se coordonner pour mieux gérer la crise, ce qui la rend complexe et inédite.

#### Conclusion

En somme, l'expérience de cette crise sanitaire fait émerger des connaissances, aptitudes et capacités multiples : savoirs expérimentiels, collaboration renforcée, gestion du stress et des émotions, maîtrise de soi, sentiment d'efficacité personnelle et collective, capacité d'analyse et de traitement des données dans un contexte dégradé, capacité d'évaluation des besoins et des priorités, connaissance de soi et des autres, découverte de ses limites et de ses ressources, capacité à se dépasser et à prendre de la hauteur face à l'adversité, et développement de la résilience.

Cette étude a pu montrer que la pandémie de Covid-19 est, pour les professionnels de santé, un terrain d'apprenance à facettes multiples. Elle ouvre un vaste champ de recherche très prometteur de formation en situation réelle et en situation exceptionnelle.

Ainsi, le terrain hospitalier ouvre de nouveaux axes de compréhension sur les réactions humaines, individuelles (notion de développement et de croissance) et collectives (notion de complémentarité et d'entraide), organisationnelles (notion d'expérimentation) et institutionnelles (notion d'innovation et d'apprenance issue de l'environnement de travail), face aux situations de crise, avec l'émergence d'un véritable espace pédagogique. ♥



# Une seule santé : prendre en compte les liens entre santé humaine, santé animale et des écosystèmes

**Appartenant à la famille des zoonoses, la pandémie de Covid-19 interroge sur les interactions entre santé humaine, faune sauvage et environnement.**

**Élisabeth Toutut-Picard**  
Députée de Haute-Garonne, présidente du Groupe santé environnement (GSE), présidente de la commission d'enquête sur l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale

La pandémie de Covid-19 nous a invités brutalement dans l'urgence et les larmes à reconsidérer la place que nous autres, êtres humains, occupons dans la longue et complexe chaîne du vivant de cette planète. C'est un rappel soudain à une sagesse depuis longtemps perdue de vue, la conscience de notre interdépendance avec tout ce qui vit sur cette planète, faune, flore, écosystèmes, jusqu'aux bactéries.

La détérioration des milieux naturels, la prévalence des pesticides, les épisodes récurrents de pollution de l'air, l'omniprésence de la pollution chimique, le changement climatique sont désormais clairement identifiés comme facteurs pathogènes, extérieurs aux individus et impactant non seulement la santé humaine, mais aussi la santé animale et celle des écosystèmes. La chaîne des interactions entre tous les acteurs du vivant détermine donc notre état de santé et, par effet systémique, concerne aussi l'état de santé de toutes les autres composantes de la vie sur notre planète.

La crise sanitaire nous a fait la démonstration flagrante de ces interactions entre santé humaine, faune sauvage et environnement. Cette pandémie appartiendrait en effet à la famille des zoonoses, ces maladies infectieuses transmises par les animaux qui affectent les humains. Or la fréquence de ces zoonoses observées depuis plusieurs dizaines d'années semble s'accroître : 60 % des maladies humaines anciennes sont d'origine animale ; 75 % des maladies humaines émergentes sont des zoonoses.

Les causes en sont multiples : la mondialisation de l'économie conjuguée au développement démographique, l'industrialisation, la déforestation, l'intensification de l'élevage rapprochent dangereusement l'univers des

humains de celui des animaux et provoquent l'érosion de la biodiversité et la dégradation des écosystèmes.

Dès lors, l'espèce humaine est confrontée aux conséquences de ses propres choix, mise au pied du mur de répondre à un ensemble de questions soudaines auxquelles elle n'était pas vraiment préparée et qui interrogent toutes les dimensions de ses organisations économiques et sociales : est-il possible d'anticiper et de prévenir les pandémies ? comment s'engager et être acteur d'une transformation des modèles de société ? Économie, préservation de la santé et de l'environnement sont-ils conciliables ?

En tant qu'élue nationale, je suis persuadée que le monde de la science doit inspirer et accompagner la décision des acteurs politiques. Mais, à l'heure actuelle, qu'en est-il concrètement de la mobilisation du monde politique ? Quels sont les documents porteurs de ces politiques et les stratégies actuelles ?

## **Les travaux des Assemblées : des conclusions convergentes**

Les élus politiques nationaux se sont d'ores et déjà mobilisés sur ces questions de santé et environnement, et les deux chambres du Parlement se sont toutes deux récemment emparées du sujet. Début 2021, les sénateurs ont rendu un rapport dans le cadre d'une mission d'information intitulée Priorité et gouvernance de la politique de santé environnementale, dont les conclusions rejoignent en quasi-totalité les recommandations précédemment formulées par l'autre chambre parlementaire. À l'Assemblée nationale, en effet, une commission d'enquête parlementaire composée de trente députés, que j'ai eu l'honneur de présider, a été

diligenté fin 2020 pour évaluer les politiques publiques de santé environnementale.

Le sentiment général qui est ressorti des soixante-quatre auditions de cette commission est celui d'une certaine impuissance collective face à des enjeux encore mal connus et sur lesquels la connaissance et le discours scientifiques continuent à se structurer. L'acculturation du pouvoir politique et de l'administration à ces questions est lente et progressive et les organisations nationales et territoriales sont souvent défaillantes. Elles peinent en effet à dépasser le vieux modèle français de la spécialisation en silo qui freine la transversalité et l'interdisciplinarité, pourtant indispensables à l'approche « Une seule santé ».

Le point positif qui est ressorti de ces auditions est que la France est le seul pays d'Europe qui met en œuvre une politique publique de santé environnement à travers des plans pluriannuels. L'existence d'un plan national santé environnement (PNSE) avec une dimension programmatique pluriannuelle représente une vraie opportunité sanitaire. Cependant, l'exercice programmatique a ses limites. De vives critiques ont porté sur l'écart constaté entre l'affichage théorique des objectifs des plans précédents et l'effectivité des actions. Les versions successives des PNSE contiennent pourtant de nombreuses actions intéressantes, mais elles pâtissent de l'absence d'une vraie colonne vertébrale organisationnelle. Le Groupe santé environnement (GSE) participe, depuis les premiers PNSE, à l'élaboration de ces plans. C'est une belle machinerie intellectuelle et participative, issue du Grenelle de l'environnement, que j'ai l'honneur et le plaisir de présider.

Si les idées ne manquent pas, elles peinent à être appliquées. Il manque manifestement une instance de coordination nationale qui serait chargée d'assurer la dynamique et la cohérence de la gouvernance. Il faudrait la doter d'une organisation structurée avec des objectifs clairs et quantifiés, et des moyens humains et financiers à la hauteur des enjeux. Au niveau territorial aussi, la collaboration entre acteurs territoriaux est inégale et les actions régionales nécessiteraient une gouvernance clarifiée sur le partage des compétences et le portage de ces sujets.

### Les avancées des plans nationaux santé environnement

La quatrième version du plan national santé environnement, qui tient compte du travail des membres du Groupe santé environnement, des recommandations des inspections générales des deux ministères et de celle

du Haut Conseil de la santé publique, a été présentée en mai 2021. Ce plan présente des objectifs quantifiés, des indicateurs d'évaluation et des moyens supplémentaires, qui ont été ajoutés à la mouture initiale.

Pour répondre aux enjeux de la santé environnementale, l'État prévoit à travers ce PNSE 4, de :

- mettre à la disposition de chacun un service numérique public pour connaître la qualité de son environnement immédiat (qualité de l'air extérieur, risque allergique aux pollens, etc.) ainsi que les bons gestes à adopter pour y faire face ;

- permettre à chacun d'identifier la présence de substances chimiques dangereuses dans les produits du quotidien, et ce *via* une application sur *smartphone* pour accéder à la composition transparente des produits et permettre au consommateur de faire des choix éclairés ;

- améliorer la lisibilité de l'étiquetage des produits ménagers pour réduire les risques liés à leur utilisation, par exemple avec un étiquetage de type Toxiscore. Ces produits font aujourd'hui l'objet d'un étiquetage complexe qui ne permet pas d'avoir en un coup d'œil une idée du risque lié à l'utilisation d'un produit ;

- mieux informer les propriétaires d'animaux, en partenariat avec la profession vétérinaire, sur les risques associés à l'utilisation des produits biocides pour animaux de compagnie ;

- éviter les « phénomènes de mousses » parfois observés sur les plages françaises liés à une pollution des eaux par des molécules de détergents pétrochimiques en privilégiant les détergents plus favorables pour l'environnement et la santé ;

- dédier une enveloppe de 90 millions d'euros pour financer des programmes de recherche scientifiques sur les facteurs environnementaux qui, tout au long de la vie, ont un impact sur la santé (concept « d'exposome ») et sur les pathogènes émergents, notamment ceux qui se propagent de l'animal à l'homme ;

- d'interdire les lumières bleues les plus dangereuses dans les jouets des enfants, en application des recommandations de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) ;

- développer un espace commun de partage des données environnementales en *open data* pour alimenter la recherche et l'expertise indépendante et permettre des liens avec des données de santé ;

- renforcer la surveillance de la santé animale dans le contexte de la crise sanitaire

pour prévenir le développement des maladies infectieuses d'origine animale.

Sont également inscrites, dans ce PNSE4, des mesures de formation à la santé-environnement à destination des professionnels de santé, et la mise en place d'un groupe de concertation relatif à la gouvernance territoriale en collaboration avec les associations d'élus. Ce document affiche une volonté de mettre en place une politique cohérente et coordonnée entre les différents plans sectoriels, qui fonctionnent actuellement en silo.

Ce PNSE4 est loin d'être parfait, même s'il contient de très belles avancées par rapport aux plans précédents. Le problème de la gouvernance nationale n'est toujours pas résolu. Ni celui, pourtant fondamental, de la révision des procédures d'autorisations de mise sur le marché des produits potentiellement nuisibles pour la santé. Il apparaît tout aussi nécessaire de remettre en question la toxicologie réglementaire, devenue totalement inadaptée aux récentes connaissances scientifiques, notamment celles relatives à l'impact des perturbateurs endocriniens sur les organismes humains.

Autant de sujets qui ont été abordés au cours des auditions de la commission d'enquête et qui ne trouvent pas de réponses dans ce PNSE4. Un travail complémentaire de réflexion et de négociation devra se poursuivre en dehors du cadre officiel du PNSE4.

### Promouvoir l'approche « Une seule santé »

Il apparaît évident aujourd'hui que les gouvernements devront se montrer proactifs pour prévenir d'autres pandémies et répondre à l'inquiétude de la population et à sa légitime exigence de protection préventive. Dans cette perspective, ils seront amenés à prendre en compte les liens inextricables entre santé humaine, santé animale et des écosystèmes, liens qui constituent le cœur même de l'approche « Une seule santé ».

Mais, au-delà de la sphère politique, l'approche « Une seule santé », qui intègre les dimensions sociale, culturelle, économique, éthique de la santé, concerne aussi tous les acteurs politiques, administratifs, associatifs et professionnels. Elle implique de faire travailler ensemble médecins, vétérinaires, biologistes, écologistes, ingénieurs, décideurs publics, urbanistes, architectes et institutions de santé publique.

En ma qualité de députée et de présidente du Groupe santé environnement, je formule le vœu que nous arrivions à construire des ponts entre toutes ces disciplines, afin de réfléchir et agir dans une perspective globale, commune et partagée de tous. Il en va à terme de la survie du vivant sur cette planète. ♥



# tribunes

## Communication politique et Covid

**Les grandes étapes de la communication politique tout au long de la pandémie... des incertitudes et de l'évolution rapide des connaissances scientifiques.**

**Camille Chaussinand**  
Conseiller en communication,  
professeur à Sciences Po Grenoble

**L**a communication n'est ni une science ni une vérité, c'est pourquoi les périodes de crise, comme celle que nous connaissons depuis presque deux ans, sont si difficiles à maîtriser, tant manœuvrer la bonne information au bon moment est une quête impossible.

### **La gestion des masques ou l'épreuve du feu**

Alors que les contours d'une pandémie mondiale et globalisée peinaient à se dessiner officiellement depuis le premier cas de Covid-19 apparu dans la province de Wuhan, en Chine, en novembre 2019, la première volonté des institutions publiques a été de rassurer. Le premier acteur à communiquer fut logiquement l'OMS : l'instance référence de la santé se devait d'informer scientifiquement la planète et les États pour qu'ils puissent s'organiser en conséquence et tenter d'anticiper les conséquences d'un début de crise annoncé.

Tout au long de la crise, le contenu de la communication de l'OMS n'aura cessé d'évoluer, parfois de se contredire. Ces revirements de situation sont assez révélateurs de la difficulté à donner la bonne information en temps de crise. Une bonne communication, c'est aussi parfois savoir ne pas communiquer. Dès le 29 janvier 2020, alors que la France connaît ses premiers patients infectés, l'OMS préconise timidement le port d'un masque médical en cas de « symptômes respiratoires », mais en aucun cas elle ne l'évoque comme barrière à la transmission de la maladie.

La France connaît dès le mois de février le premier décès d'un patient infecté, alors qu'un

changement du ministre chargé de la santé s'est amorcé quelques jours auparavant. En effet, alors que les prémices d'une pandémie se faisaient sentir, les Français assistent, le 17 février 2020, au départ (prématuré?) d'Agnès Buzyn, qui se présentait aux élections municipales à Paris. Immédiatement remplacée par Olivier Véran<sup>1</sup>, député de l'Isère, neurologue au CHU Grenoble-Alpes, et qui connaît parfaitement le milieu médical, sur le terrain comme dans les sphères dirigeantes. C'est surtout le premier tournant dans la communication du gouvernement. Nous allons passer d'une communication passive à l'omniprésence de la parole publique. Un tournant plutôt subi tant l'ampleur évolutive de la crise l'aura catalysé.

La question du masque devient alors de plus en plus pesante car la presse révèle que la France en manque, et ce petit détail va devenir une donnée clé de la communication gouvernementale. Pour se défendre de toute attaque politique de la part de l'opposition, le nouveau ministre de la Solidarité et de la Santé, dès le 3 mars lors d'une séance de questions au gouvernement<sup>2</sup> devant les députés, évoque ses prédécesseurs qui ont enclenché la destruction de masques FFP2 et chirurgicaux, jugés non utiles à la suite des crises sanitaires entre 2009 et 2013. Les enquêtes journalistiques expliquent ainsi que

1. [https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/portrait-des-couloirs-du-chu-au-secret-des-conseils-de-defense-comment-le-docteur-olivier-veran-a-attrape-le-virus-de-la-politique\\_4285247.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/portrait-des-couloirs-du-chu-au-secret-des-conseils-de-defense-comment-le-docteur-olivier-veran-a-attrape-le-virus-de-la-politique_4285247.html)

2. <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2019-2020/premiere-seance-du-mardi-03-mars-2020>

la France serait passée d'environ 1,5 milliard de masques en 2009, tous types confondus, à quelques centaines de millions en 2019<sup>3</sup>.

En parallèle, le discours reste inchangé et suit les recommandations de l'OMS. Ce n'est pas parce qu'il en manque que les masques ne sont pas distribués, ils ne sont pas distribués parce qu'ils ne sont pas, à ce stade, scientifiquement jugés utiles pour lutter contre le virus. Le 13 mars 2020, le Premier ministre intervient même au 20 heures de TF1 pour affirmer que les masques à l'extérieur ne servent pas à contenir la transmission de la maladie. Pour autant, la primeur des quelques masques disponibles est rapidement et logiquement réservée aux soignants, en première ligne de la crise sanitaire depuis ses débuts.

L'évolution de la crise nous montrera que la communication peu flexible en ces débuts, notamment sur les masques, aura entraîné plusieurs effets négatifs pour le gouvernement : du doute à la défiance, jusqu'au complotisme. Stéphane Fouks, dans son ouvrage *La Pandémie médiatique*, évoque cette communication trop verticale sur l'épisode des masques comme étant la source d'une défiance croissante des Français envers la gestion de la crise<sup>4</sup> et ceux qui l'ont gérée. Édouard Philippe, Premier ministre de l'époque, sera contraint de faire un *mea culpa* sur les masques, puis ce morceau de tissu bleu s'installera naturellement dans nos vies.

### L'avènement d'une communication publique omniprésente

Un des premiers coups d'éclat de la « méthode Véran » restera cette simulation de la courbe de l'épidémie lors d'un plateau télévisé sur BFM TV le 9 mars 2020<sup>5</sup>. Une séquence relayée par de nombreux journaux internationaux tant sa forme inédite a marqué les esprits. Le ton change, le conditionnel fait quelques apparitions, trop rares, mais permet de rassurer et de comprendre des données scientifiques parfois en manque de vulgarisation. La pédagogie a été le premier outil pour justifier les contraintes imposées aux Français.

3. <https://www.franceculture.fr/emissions/la-question-du-jour/penurie-de-masques-que-sest-il-passe>

4. <https://www.lesechos.fr/idees-debats/livres/Covid-19-repenser-son-logiciel-de-communication-1254034>

5. [https://www.bfmtv.com/politique/gouvernement/ce-moment-ou-le-ministre-de-la-sante-dessine-la-strategie-du-gouvernement-contre-le-coronavirus\\_VN-202003090225.html](https://www.bfmtv.com/politique/gouvernement/ce-moment-ou-le-ministre-de-la-sante-dessine-la-strategie-du-gouvernement-contre-le-coronavirus_VN-202003090225.html)

À partir de ce moment-là, le gouvernement va compenser son manque de savoir scientifique sur le virus par une communication qui sera de plus en plus régulière, quitte à créer une saturation de l'information reçue, au détriment de sa qualité. La volonté première est alors de couvrir l'espace vide, qui se fait rare puisque l'horizontalité qu'offre la communication moderne et digitalisée, principalement alimentée par les réseaux sociaux et les chaînes d'information en continu, est entretenue par des interventions d'experts à la parole discordante. L'essor de ces nouveaux médias aura fait émerger de nouveaux commentateurs de la politique qui n'auront servi qu'à brouiller les messages, créer du doute et surtout, bien plus grave, à décrédibiliser la parole publique en la rendant moins légitime.

Mais c'est surtout parce que le fondement même du savoir scientifique est le doute que la communication est d'une rare complexité et s'équilibre entre confiance en la médecine et prise de décision politique.

### De l'art de faire des choix en politique

D'une communication rassurante et pragmatique, maîtrisée par Édouard Philippe, nous passons à une communication plus anxiogène car densifiée. Et ce sera de plus en plus le cas avec Jean Castex, qui, dès son arrivée, a entretenu une intonation moins responsabilisante et plus culpabilisante.

La communication autour du Covid est devenue de plus en plus quotidienne, notamment par la constante séquence du binôme Olivier Véran-Jérôme Salomon, qui jour après jour aura instauré un climat non pas de défiance mais de peur en annonçant, dans un format proche d'un bulletin météo funèbre, le nombre de contaminés et de compatriotes morts. Rassurer n'est plus le maître-mot de la communication gouvernementale car l'objectif numéro un a migré. Il faut désormais que le virus inquiète pour augmenter le taux d'acceptation des mesures qui vont arriver.

N'oublions pas qu'en période de crise rien n'est figé et tout est mouvant, y compris l'opinion publique. Gouverner, c'est faire des choix, au détriment de sa cote de popularité car, comme le disait Churchill, « *la différence entre un homme politique et un homme d'État, c'est que l'homme politique pense à sa prochaine élection tandis que l'homme d'État pense aux prochaines générations* ».

« *Dès lundi et jusqu'à nouvel ordre...* » : prononcés d'un ton grave, ces mots ont

accompagné près de 36 millions de Français, le 16 mars 2020, vers un premier confinement strict définissant avec une réalité glaçante une situation chaotique digne des plus grands films d'anticipation.

Le président de la République a décidé de s'impliquer personnellement pour annoncer les mauvaises phases de la crise, c'est-à-dire les confinements, mais en les accompagnant toujours d'un pendant d'espoir. Le président tranche et décide tandis que le Premier ministre et le ministre chargé de la santé expliquent.

Ses interventions télévisées sont rapidement devenues un rendez-vous régulier pour les Français. Une communication rendue automatique a tendance à perdre du poids. Un exercice de style délicat qui doit s'équilibrer entre le risque de surabonder les destinataires et la nécessité de rassurer toujours et encore. Cette régularité aura aussi un but bien défini, celui de prévenir. Le 2 février 2020, le président de la République prend la parole subitement, sans toutefois faire d'annonces contraignantes, uniquement pour temporiser. Même constat pour Jean Castex, qui, la veille d'un conseil de sécurité crucial, prend la parole pour ne pas annoncer un reconfinement pourtant attendu. Une sorte de « en même temps » communicationnel.

La communication présidentielle, entamée par un discours de déclaration de guerre, aura tout au long de la crise oscillé entre mesures de restriction et liberté retrouvée. La diversité dans le support de communication est souvent une force mais elle peut aussi être à terme une fébrilité pour la posture présidentielle. Emmanuel Macron aura *tweeté* en terrasse lors des déconfinements aux côtés des commerçants, il se sera déplacé au plus près des soignants pour les soutenir et il se sera filmé *confiné* en mode *selfie* pour rappeler que cette maladie n'est pas juste une petite grippe. Un président en action qui n'hésite pas à théâtraliser sa communication au risque de la rendre moins performante voire caricaturale aux yeux de certains.

### Obliger ou contraindre ?

La communication autour de la stratégie vaccinale aura aussi connu plusieurs vagues. Il a fallu, comme pour les masques, prioriser les publics qui pouvaient y accéder avant de proposer une généralisation. Si aujourd'hui la réussite de cette stratégie n'est plus à prouver, il a fallu passer par plusieurs étapes pour renverser l'opinion publique et surtout protéger les Français.



La première volonté a été de dépolitiser les débats. Puisque la situation préoccupante devient alarmante, l'exécutif pense qu'il est possible de créer un consensus *a minima* politique autour de la vaccination, en vain. Parler de cohésion, d'union collective et même de devoir civique a été pourtant un des moyens de rendre la cause plus acceptable pour celles et ceux qui ne comptaient pas se faire vacciner.

Vient alors une problématique de taille : comment entamer une communication sur un vaccin qui est encore rare pour amener le plus de Français possible à se faire vacciner plus tard? Cette problématique de temporalité aura sans doute été une des causes de la défiance des Français envers la stratégie vaccinale.

Pour autant, en novembre 2020, les Français sont favorables à 38 % à la vaccination obligatoire, et à 53 % dès le mois de juillet 2021<sup>6</sup>. Un des points de bascule aura été cette intervention télévisée du président de la République, qui a souhaité contourner l'obligation par la contrainte en étendant et en renforçant le pass sanitaire, qui conditionne les déplacements et les activités de chacun.

Une communication de crise qui aura connu quelques trous d'air car inconstante mais quelle communication de crise peut se targuer de ne pas l'être? 🍷

6. [https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/Covid-19-les-francais-majoritairement-favorables-a-la-vaccination-obligatoire-selon-notre-sondage\\_4686011.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/Covid-19-les-francais-majoritairement-favorables-a-la-vaccination-obligatoire-selon-notre-sondage_4686011.html)

### Bibliographie générale

1. Almagro M., Orane-Hutchinson A. « The Determinants of the Differential Exposure to Covid-19 in New York City and Their Evolution Over Time ». SSRN, 2020, 21 juin, 17.
2. Bajos N. et al. « Les inégalités sociales au temps du Covid-19 ». *Questions de santé publique*, octobre 2020, 40, 1-12.
3. Bajos N., Jusot F., Pailhe A., et al. « When lockdown policies amplify social inequalities in Covid-19 infections: Evidence from a cross-sectional population based survey in France ». *BMC Public Health*, 2021, 21, 705.
4. Baker M., Das D., Venugopal K., Howden-Chapman P. « Tuberculosis associated with household crowding in a developed country ». *J Epidemiol Community Health*, 2008, 62 (8).
5. Barhoumi M., Jonchery A., Lombardoet P., et al. « Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire: un bilan du premier confinement ». In : *France, portrait social. Edition 2020*. Insee Références, 2020.
6. Blumenshine P., Reingold A., Egerter S., Mockenhaupt R., Braveman P., Marks J. « Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective ». *Emerg Infect Dis*, 2008, 14 (5), 709-715.
7. Bonell C., Michie S., Reicher S., West R., Bear L., Yardley L., et al. « Harnessing behavioural science in public health campaigns to maintain 'social distancing' in response to the Covid-19 pandemic: key principles ». *J. Epidemiol Community Health*, 2020, 74, 617-9. Traduit par la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé. Saint-Denis : Fnes, 2020. En ligne : <https://www.fnes.fr/actualites-generales/11-principes-cles-issus-des-sciences-du-comportement-pour-la-communication-et-l'intervention>
8. Bressan S., Gallo E., Tirelli F., Gregori D., Da Dalt L. « Lockdown: more domestic accidents than Covid-19 in children ». *Arch Dis Child*, 2021, 106 (2). <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2020-319547>
9. Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., et al. « The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence ». *The Lancet*, 2020, 395, 912-20.
10. Carré, P. *L'Apprenance*. Paris : Dunod, 2005.
11. Chaudhary N., Weissman D., Whitehead K. A. « Author Correction: mRNA vaccines for infectious diseases: principles, delivery and clinical translation ». *Nature Reviews Drug Discovery*, 2021, 20, 880. <https://doi.org/10.1038/s41573-021-00283-5>
12. Chu D. K., Akl E. A., Duda S., Solo K., Yaacoub S., Schünemann H. J. pour le compte du Covid-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE). « Physical distancing, face masks and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and Covid-19: A systematic review and meta-analysis ». *The Lancet*, 2020, 395, 1373-87.
13. Clark C., Davila A., Regis M., Kraus S. « Predictors of Covid-19 voluntary compliance behaviors: An international investigation ». *Global transitions*, 2020, 2, 76-82.
14. Claudet I., Marchand-Tonel C., Kelly-Irving M., Zaouche Gaudron C., Raynaud J.-P., Delpierre C., Bréhin C. *Impact du confinement sur la santé psychologique des enfants : résultats de l'étude E-Coccon*. Séminaire Bébé, petite enfance en contexte. Enfance et pandémie Covid-19, 2021. <http://beco.univ-tlse2.fr/seminaire-enfance-et-pandemie-covid-19-1>
15. Claudet I., Marchand-Tonel C., Ricco L., Houzé-Cerfon C.-H., Lang T., Bréhin C. « During the Covid-19 Quarantine, Home Has Been More Harmful Than the Virus for Children! ». *Ped Emerg Care*, 2020, 36, e538-40.
16. Coldefy M., Gandré C. *Atlas de la santé mentale en France*. Ed. Irdes, 2020, ouvrage 7, série Atlas, 160. <https://www.irdes.fr/recherche/2020/ouvrage-007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.html>
17. Cour des comptes. *Les Parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie*. Paris : Cour des comptes, 2021. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>
18. Crocq L., Huberson S., Vraie B. *Gérer les grandes crises sanitaires écologiques et politiques*. Paris : Odile Jacob, 2009.
19. Dryhurst S., Schneider C. R., Kerr J., Freeman A. L., Recchia G., Van Der Bles A. M., Van Der Linden S. « Risk perceptions of Covid-19 around the world ». *Journal of Risk Research*, 2020, 23 (7-8), 994-1006.