

# Séminaire HCSP, 8 décembre 2021

## Regards croisés sur les crises sanitaires, approches systémique et syndémique

**Actes** (05/04/22)

### Table des matières

<b>1. INTRODUCTION, FRANCK CHAUVIN, PRÉSIDENT DU HCSP</b>	<b>3</b>
<b>2. SESSION N°1 : QU'A-T-ON APPRIS DES CRISES, POURQUOI SONT-ELLES SYSTÉMIQUES ET SYNDÉMIQUES ?</b>	<b>4</b>
2.1. L'avis d'un sociologue spécialiste de l'action publique : Patrick Castel, sociologue, spécialisé dans les organisations et la santé à Sciences-Po Paris, directeur de recherche à la Fondation nationale des sciences politiques	4
2.2. La Covid-19, vision nationale et internationale d'une crise sanitaire Didier Pittet, chef de service de prévention et de contrôle de l'infection aux hôpitaux universitaires de Genève, ambassadeur de l'OMS	6
Discussion	8
2.3. La vision de Santé publique France Geneviève Chêne, Directrice générale de Santé publique France, et Stéphanie Vandentorren, médecin épidémiologiste à Santé publique France	9
2.4. Le regard de la CNAM Dominique Martin, médecin-conseil national	12
2.5. La place des citoyens lors des crises sanitaires : Emmanuel Rusch, professeur de santé publique au CHU et à l'Université de Tours, Président de la Société française de santé publique et Président de la Conférence nationale de santé	13
Discussion	15
<b>3. INTERVENTION D'OLIVIER VÉRAN, MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ</b>	<b>16</b>
<b>4. SESSION N°2 : QUELLE VISION PROSPECTIVE ?</b>	<b>17</b>
Table ronde n°1 : Le regard de structures	17
4.1. Le regard de l'Anses, Gilles Salvat, Directeur général délégué recherche et référence	17
4.2. Le regard de l'ANRS MIE : Yazdan Yazdanpanah, infectiologue, chef du service des maladies infectieuses de l'Hôpital Bichat et Directeur de l'ANRS MIE	18
4.3. Le regard d'une société savante : Pierre Tattevin, infectiologue au CHU de Rennes et Président de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)	19
4.4. La place de la recherche : Rémy Slama, Directeur de recherche à l'INSERM et Directeur de l'Institut spécialisé de santé publique et de l'Institut pour l'avancée des biosciences (IAB)	20
Discussion	21
Table ronde n°2 : Le regard de la société et des acteurs de l'organisation territoriale, le regard de quelques acteurs de l'organisation territoriale	22
4.5. Bilan du travail de l'ARS durant la crise : Amélie Verdier, Directrice générale de l'ARS d'Île-de-France	22

4.6. Bilan du travail réalisé au sein de l'Éducation nationale durant la crise : Christine Gavini-Chevet, Rectrice de l'Académie de Normandie, Chancelière des universités	23
4.7. Travail réalisé par les collectivités territoriales : Alexandre Feltz, Adjoint à la maire de Strasbourg, chargé de la santé publique et environnementale	23
Discussion	24
4.8. Le regard d'un anthropologue en santé : Yannick Jaffré	24
4.9. Le regard d'un citoyen engagé pour la démocratie en santé : Alexandre Berkesse	26
Discussion	26
<b>5. CLÔTURE DU SÉMINAIRE, FRANCK CHAUVIN, PRÉSIDENT DU HCSP</b>	<b>27</b>

# 1. Introduction, Franck Chauvin, Président du HCSP

Franck Chauvin remercie les personnes ayant acceptées de participer à ce séminaire en présentiel ou à distance, ainsi que les organisateurs. C'est le dernier séminaire de cette mandature du HCSP qui se termine en juin 2022.

Ce séminaire est le deuxième séminaire réalisé sur la crise. Un premier retour d'expérience (RETEX) a été organisé le 12 mars 2021 au cours d'un séminaire interne au HCSP. Beaucoup de membres du Haut Conseil y ont participé et ce RETEX avait permis de faire le point sur ce qui fonctionnait ou pas, sur la façon dont la crise s'était déroulée. Personne n'imaginait qu'il serait nécessaire un an plus tard de tenter à nouveau d'analyser la situation. C'est essentiel pour le HCSP pour analyser les événements, voir quelles améliorations sont possibles, quelles ont été les failles dans le fonctionnement des uns et des autres. Le Haut Conseil a un rôle particulier dans le système de santé, c'est une instance d'aide à la décision politique. Il travaille pour l'essentiel sur saisine et les avis rendus répondent à une demande et donc à un besoin. Tous ceux qui ont été impliqués dans la gestion de cette crise ont vu à quel point le besoin d'expertise était important.

Pendant cette période extraordinaire pour le monde et le pays - jusqu'à 1,5 milliard de personnes ont été confinées ce qui n'était jamais arrivé dans toute l'histoire de l'humanité - des moyens inédits ont été appliqués. La période a été très spéciale pour le HCSP qui a produit près de 150 avis et a continué son travail normal, tout en traitant quelques points par auto-saisine.

Le HCSP a continué à fonctionner, et a défini très tôt la doctrine qui a été appliquée durant toute la crise, dès le mois d'avril 2020. Les bases de la santé publique ont été rappelées : la santé publique est l'évaluation des risques, la réduction des risques et l'évaluation des mesures. Durant la crise, ces principes ont parfois été un peu loin des intentions et interventions des uns et des autres.

Le Haut Conseil a travaillé dans un environnement scientifique tout à fait particulier : *fake news*, biais de raisonnement, biais méthodologiques. Les relations d'association sont devenues des relations de causalité. Des prédictions ont aussi été faites. Tout cela a abouti à une dévalorisation de la parole scientifique. Le futur Haut Conseil devra essayer de remettre la parole et la méthode scientifique, l'évaluation, au centre des débats.

Enfin, il faut souligner l'importance de la méthode d'élaboration des avis : le Haut Conseil rend des avis élaborés sur la base d'une méthodologie particulière, visant à confronter différentes visions, en respectant une charte de l'expertise sanitaire. Il semble important d'avoir ce cadre et ces procédures.

Le Haut Conseil a essayé de respecter sa spécificité durant la crise, et a travaillé sur certains sujets par des auto-saisines. Une étude a été réalisée sur les inégalités de santé : toutes les études qui sortent montrent aujourd'hui à quel point cette crise a accentué les inégalités. La santé de l'enfant a également été un sujet majeur, ainsi que la santé mentale. Enfin, un travail de prospective est en cours à la demande du ministre.

Les travaux du Haut Conseil ont pratiquement tous débouchés sur des décrets, des arrêtés. Une publication est en cours pour montrer à quel point des instances d'expertise d'aide à la décision

peuvent aider les politiques dans ces situations très complexes. Ce travail sur l'utilité sera important pour le futur Haut Conseil.

## 2. Session n°1 : Qu'a-t-on appris des crises, pourquoi sont-elles systémiques et syndémiques ?

### 2.1. L'avis d'un sociologue spécialiste de l'action publique : Patrick Castel, sociologue, spécialisé dans les organisations et la santé à Sciences-Po Paris, directeur de recherche à la Fondation nationale des sciences politiques

Patrick Castel, co-auteur d'un ouvrage intitulé « Covid-19, une crise organisationnelle » paru à l'automne 2020, indique qu'il participe depuis mars 2020 à un projet collaboratif financé par l'ANR pour poursuivre les réflexions initiées dans le livre sur la gestion de la crise. Il précise que l'idée de ce projet de recherche, mené à partir d'interviews auprès de 150 acteurs à ce jour, auprès de différentes parties prenantes, est de sortir de l'hôpital et de prendre la dimension systémique de la crise. Il reste prudent quant aux leçons que l'on peut tirer car la crise est toujours en cours et réserve encore beaucoup de surprises et d'inconnues.

- Pendant le printemps 2020, la crise a été cadrée comme une crise hospitalière. Peu à peu, son cadrage s'est complexifié et si le premier cadrage est resté prégnant, d'autres dimensions ont été intégrées. On a fini par admettre que la crise Covid-19 était aussi une crise sociale, politique, sanitaire, et qu'elle touchait au-delà même des seules victimes du virus.
- Les spécialistes des crises (chercheurs et praticiens), considèrent que le format sur lequel les crises étaient gérées jusque-là correspond de moins en moins aux crises que l'on vit et à celles que l'on risque de vivre à l'avenir. La crise du coronavirus l'illustre de manière frappante. En effet, selon le format traditionnel, on envisageait la crise comme un évènement qui se développerait de manière linéaire, avec un apogée, une décrue et limitée dans le temps. Or, à l'image de la crise du coronavirus, les crises à venir se développeront de moins en moins sur ce modèle linéaire et vont nécessiter des ajustements permanents : déclarer la fin de la crise sera en soi une décision complexe et probablement contestée. De même, à l'image de la crise du coronavirus, il faut sans doute repenser les circuits décisionnels et inscrire d'emblée différentes expertises au-delà du cercle des experts et du champ qui s'impose de manière évidente. Cela pose aussi la question de l'interministérialité qui est une difficulté récurrente de la gestion de crise. À l'automne 2019, un exercice « variole » avait déjà pointé les difficultés de coopération interministérielle et les dangers de la penser seulement comme une crise sanitaire, notamment la dommageable mise à l'écart du ministère de l'Environnement qui est essentiel pour la continuité de la vie quotidienne. Les alertes sur la difficulté de gérer des crises de manière intersectorielle avaient déjà été lancées par le passé. La médecine et les médecins doivent apprendre qu'une telle crise n'est pas que médicale et que les médecins ne sont pas les seuls experts.
- Dans une société minée par les inégalités sociales et territoriales de santé, certaines populations ont été plus exposées et plus à risque de pâtir de formes graves, mais souvent ces mêmes populations ont été les plus à même de souffrir des conséquences des mesures pour contenir le virus. Des spécialistes de santé publique ont avoué avoir été surpris rétrospectivement d'avoir compris tardivement tout cela. Pour préparer les

prochaines crises, le HCSP recommande d'être systématiquement attentif à ces dimensions, d'essayer d'adapter les recommandations aux inégalités et lorsque cela n'est pas possible, d'accompagner les mesures de gestion de crise qui ont de possibles effets délétères sur ces populations, par d'autres mesures plus protectrices et susceptibles d'atténuer ces effets. Dans cette lutte contre les inégalités, il s'agit aussi de s'appuyer davantage sur les organisations les plus proches des populations défavorisées, en particulier les associations et les collectivités locales, qui sont en mesure d'observer rapidement des signaux, de les faire remonter pour que les stratégies soient plus adaptées à ces populations.

- Pendant la crise, il est apparu que la société était d'une grande complexité organisationnelle, et cette surorganisation a rendu la coordination plus difficile. De ce constat découle sans doute le réflexe de création organisationnelle tous azimuts observé durant la crise, soit pour court-circuiter, soit pour coordonner les organisations existantes. Or, la création de nouvelles organisations censées coordonner ou se substituer ne résout en rien les problèmes de coordination et de coopération initiaux. Parfois, cela peut même renforcer cette complexité.
- Les processus de cadrage des problèmes sont cruciaux dans l'action publique et collective. La question des relations entre experts et décideurs se pose. L'enjeu des prochaines années est de bien comprendre comment les différents sous-ensembles ont collaboré et comment il est possible d'essayer d'améliorer la situation lors des prochaines crises.

Gouverner n'est pas seulement décider, c'est aussi créer les conditions d'une coopération au sein de systèmes éminemment complexes. Il reste beaucoup à apprendre sur la façon dont la société et ses acteurs ont réagi. Une analyse rétrospective objective et dépassionnée sera nécessaire pour évaluer les risques et bénéfices des différentes mesures contraignantes et inédites qui ont été prises : confinement, pass sanitaire et couvre-feu.

Aucun dispositif n'a été déployé pour évaluer le plus vite possible les effets économiques, sanitaires et sociaux de ces événements. Il s'agissait pourtant de mesures inédites qui n'avaient été prévues dans aucun plan ni mises en œuvre à une telle échelle. De tels éléments de connaissance, même partiels, auraient été utiles pour ajuster au fur et à mesure la réponse à la pandémie. Ce n'est que récemment que des rapports ou avis commencent à alerter sur les conséquences sociales et sanitaires des confinements. Il reste encore impossible d'évaluer les impacts des décisions prises.

Il faut systématiser la mise en place de dispositifs de suivi en temps réel des mesures. Des dispositifs quantitatifs et qualitatifs devront être déployés pour permettre des boucles d'apprentissage rapide et cruciaux pour envisager d'adapter la stratégie. Il faudra aussi comprendre comment les décisions ont été prises, comment les acteurs ont coopéré, et comment les dispositifs ont fonctionné en local entre les ARS et les professionnels de santé. Il faut partager les bonnes pratiques et voir comment recréer du lien. Trouver des moyens de partager entre organisations est nécessaire.

Les situations de crise sont des moments propices pour mieux comprendre les mécanismes de la décision. Le Conseil scientifique Covid-19 semble ne pas avoir gardé d'archives en dehors de ses avis, les décisions du Conseil de défense et de sécurité nationale par nature ne pourront pas être étudiées (au mieux) avant plusieurs décennies. Un déficit de connaissance va être engendré et il va être difficile de comprendre quels ont été les mécanismes de la décision, non pour juger, mais pour comprendre les contraintes qui pèsent sur les décideurs et voir comment les desserrer lors de futures crises.

Enfin, saurons-nous former à ces crises les futurs décideurs et gestionnaires de crise ? La tendance de l'enseignement aujourd'hui est d'inculquer des certitudes aux acteurs plutôt que de les former à l'incertitude. La gestion de crise devra reposer sur des méthodes de formation à l'incertitude pour apprendre à décider et à coopérer en situation incertaine, telles que le « *problem-solving* » ou le « *learning by doing* ».

## **2.2. La Covid-19, vision nationale et internationale d'une crise sanitaire Didier Pittet, chef de service de prévention et de contrôle de l'infection aux hôpitaux universitaires de Genève, ambassadeur de l'OMS**

Didier Pittet, porteur du rapport réalisé à la demande du Président de la République Emmanuel Macron, précise que ce rapport a été rédigé par une mission indépendante nationale et a porté sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques. Le rapport a été rendu au Président de la République mi-mai 2021.

La méthode est basée sur un travail dans les champs de l'épidémiologie, de la santé publique, de la médecine, de l'économie, des sciences sociales et des politiques publiques. L'approche est quantitative et qualitative, et est basée sur des entretiens et auditions menés auprès de plus de 200 personnalités.

L'analyse de la pandémie doit prendre en compte le caractère total de la crise, les mesures mises en place pour la gérer ayant des effets sur toutes les dimensions de la société, et le haut degré d'incertitude qui continue de caractériser la crise.

La pandémie a bouleversé les vies de tous dans des proportions encore non mesurables : décès par millions, handicaps, perte de sens sont incomplètement mesurés à date. Les divorces, les violences, le chômage, la qualité des formations et des diplômes chez les jeunes, l'incertitude de leur avenir, les problèmes de santé mentale, la dépression, l'angoisse, les vagues de suicide, une démonstration de la nécessité des interventions étatiques et puis la remise en question des modes de vie, avec l'équilibre travail/famille, la consommation, l'impact sur la nature.

Deux problématiques interagissent, une maladie infectieuse transmissible et transmise à l'homme et un monde malade de ses inégalités systémiques, économiques et sociales : populations vieillissantes, maladies vasculaires et oncologiques plus fréquentes avec l'âge, poly et comorbidités mélangées à des facteurs socio-économiques, précarité, niveaux socio-économiques éducatifs très variés, promiscuité sociale et manque d'hygiène, difficultés d'accès à la santé, à l'économie et au soutien social, facteurs climatiques et environnementaux, diminution de la biodiversité, interactions entre animaux domestiques et/ou sauvages et humains. On retrouve aussi des facteurs de politique nationale et internationale et un leadership politique extrêmement variable et qui génère beaucoup de dégâts dans certains pays.

La synergie des effets de l'une sur l'autre explique qu'il ne s'agit pas d'une pandémie, mais d'une syndémie (Richard Horton, septembre 2020). L'approche de la prise en charge est bien plus complexe que celle d'une pandémie.

Certains pays ont été concernés très vite : l'Italie, l'Espagne et la France. Le Royaume-Uni également, parce qu'il a choisi de laisser courir le virus, mais les données scientifiques plaideront pour interrompre cette stratégie. D'autres pays comme la Suède ou les États-Unis ont

pris de mauvaises décisions. La Suisse et l'Allemagne ont été préservées par le choc initial, mais ont très mal géré la deuxième vague avec un nombre cumulé de décès impressionnant.

Dans les pays dans lesquels la gestion de crise a été la moins bonne, il y a un retentissement sur toutes les couches de population, y compris sur les populations des 15 à 64 ans.

Des mesures économiques ont été prises et une contraction du PIB (produit intérieur brut) dramatique a été observée notamment en Espagne et au Royaume-Uni. Celle-ci a été importante pour l'Italie et la France, comparativement à la zone euro et à l'OCDE en général, et comparativement à l'Allemagne et aux États-Unis. L'intensité du confinement est intimement liée à la chute du PIB.

L'Italie, la France, l'Espagne et le Royaume-Uni ont une chute de leur PIB qui avoisine 11% et 15 %. Mais les choses ne sont pas aussi simples. Par rapport à la Suède, la Finlande, la Norvège et le Danemark, les degrés de confinement sont différents et la chute du PIB est pratiquement équivalente, de l'ordre de 4 à 5 %, pour un taux de mortalité à ce moment-là huit fois plus élevé en Suède, comparativement à ses voisins nordiques, témoignant bien que la stratégie du laisser-aller était une mauvaise stratégie. La chute du PIB et l'excès de mortalité ne sont pas en relation directe. La crise sanitaire a des conséquences beaucoup plus importantes en termes économiques que la crise financière de 2008. Le « quoi qu'il en coûte », qui a aussi été appliqué dans d'autres pays que la France, a pu éviter des pertes d'emplois importantes et permettra une meilleure reprise.

Dans certains pays européens, comme la France ou la Suisse, on peut en outre se targuer d'avoir réussi à fermer le moins possible les écoles. Celles-ci sont demeurées parfois 18 mois fermées, comme dans certaines régions d'Italie. Toutefois, il faudra peut-être cinq ou dix ans pour connaître l'impact de ces fermetures.

La mortalité en excès, corrigée pour les années qui précèdent, est la meilleure mesure de comparaison des performances, mais ne représente qu'une partie seulement de la mesure de l'impact de la crise. L'impact sanitaire, économique, social et sociétal de cette pandémie doit encore être étudié au moyen d'indicateurs appropriés et si possible validés de moyen et de long termes. La prudence est de mise en cas de comparaison des résultats, car un haut degré d'incertitude persiste concernant les caractéristiques analysées.

La mission a mis en évidence certaines forces et faiblesses de la gestion de crise en France et identifié des composantes structurelles qui peuvent être améliorées ou doivent être transformées. Au total, 40 propositions ont été formulées, dont certaines ont été mises en route et d'autres sont en discussion. De manière générale, la pandémie a mis en lumière un grand nombre de questions relatives à la recherche scientifique et demeurées latentes :

- Manque de préparation et de respect des acquis antérieurs ;
- Manque/absence d'anticipation à court, moyen et long terme ;
- Défauts d'organisation (institutions, gouvernements, liens avec la société) ;
- Lacunes d'évaluation ;
- Lacunes de communication et de diffusion de l'information ;
- Absence de place au principe de réfutation et à la gestion des controverses ;
- Problématiques de gouvernance, locale, étatique, au niveau de l'Organisation mondiale de la Santé, des Nations-Unies ou mondiale.

Il est urgent de construire une intelligence collective et de réviser les gouvernances.

Les problématiques de gouvernance sont locales, étatiques et mondiales. L'OMS ayant plutôt un rôle normatif et technique, les états ont très rapidement repris la main, d'où un retour à la souveraineté des états. Les experts suggèrent de convoquer une assemblée extraordinaire des Nations Unies comme pour le sida, la tuberculose, ou Ebola, et d'aller vers un traité international contraignant ou non.

Scientifiques et politiques ont été mis à l'épreuve durant la crise. Ils ont vécu un « stress test ». Ils doivent apprendre à vivre ensemble. Il faut tirer les multiples leçons de la crise par l'intermédiaire de missions d'évaluation indépendantes et multidisciplinaires, promouvoir l'intelligence collective et revoir les principes de gouvernance, ainsi que les adapter à la gestion de crise.

En conclusion, les crises sont très clairement à la fois systémiques et syndémiques.

## Discussion

- Comment réfuter les controverses ?

Pour Didier Pittet, en situation de crise, aucun temps n'a été pris pour réfuter les controverses, ce qui a été le cas dans la plupart des pays. Cette problématique a conduit l'OMS à créer un nouveau département. Il n'a qu'un pas entre la surinformation, la mauvaise information, la mésinformation, et les *fake news*, voire le complotisme. C'est une situation dans laquelle tout le monde se permet de donner ses explications. Un juste milieu est à trouver, en donnant la parole à de multiples représentants de la société, mais en orchestrant cette parole. Certaines chaînes de radio et de télévision sont allées chercher la controverse, ce qui a certainement affecté les prises de décision des gouvernements. L'orchestration pourrait se faire avec des travaux multidisciplinaires et une bonne collaboration entre les communicants et les réseaux de communication.

- Les controverses pourraient être liées au fait que la situation a été incertaine ?

Didier Pittet indique que les *reviewers* durant la crise ont été introuvables, car les meilleurs étaient occupés à gérer la crise. Certains éditeurs avaient envie de faire le *buzz*, avec des revues qui ont alimenté la controverse. Il faudrait disposer d'un organisme qui centralise toutes les informations et réagit immédiatement, en particulier aux *fake news*, et met en avant les informations provenant d'études scientifiques. Il faut apprendre à communiquer en transmettant un certain degré d'incertitude, mais avec un cadre, de manière posée, de manière à ne pas générer d'angoisse au sein de la population.

Patrick Castel ajoute que le discours en France s'est adapté au fur et à mesure. La médecine a été incapable de s'autoréguler. Tout le monde a voulu aller sur les plateaux de télévision. Or, l'incertitude ne se gère pas par le biais d'un individu. Il faut arriver à apporter une vision collective. Or, les individus sont venus parler en leur nom. Des aspects de régulation collective, régulation des médias, de la profession médicale et des experts, sont à envisager.

Franck Chauvin souligne une très faible culture des scientifiques dans le domaine politique et de la population. Des médecins ont voulu absolument intervenir. Mais les choses ne se passent pas comme cela. La communication n'est pas innée. Cela s'apprend. Durant la période, un certain nombre de personnes ont perdu les repères qui permettent de caler une intervention. Il faut faire de la formation auprès des scientifiques à la gestion d'une période de crise, à la communication sur l'incertitude.



- Comment expliquer les différences observées avec les pays asiatiques, notamment s'agissant de la fermeture des écoles ?

Didier Pittet indique qu'il convient de tenir compte de l'historique des pays. Le Vietnam a été frappé par l'épidémie de SRAS en 2002 et a tout fermé immédiatement. La Corée avait aussi été frappée en 2012 par le MERS et a confiné la population. À Hong Kong, 7 cas avaient été recensés début février 2020 et l'île avait déjà été fermée. Les situations politiques, culturelles, et les historiques sont différentes. Tous les paramètres doivent être comparés. L'application des mesures dans certains pays, comme en Asie, n'a rien à voir. S'il avait été possible de fermer plus vite et plus tôt, l'impact économique et social aurait été différent. Des erreurs de gestion et de communication ont été faites, et il est sans doute possible de faire largement mieux. Toutefois, il n'existe pas de système idéal.

- Quel avis sur les hommes politiques qui ont parfois pris position sur certains traitements ?

Didier Pittet indique que les politiques n'ont pas à prendre parti sur tel ou tel médicament, sauf si l'avis qu'ils véhiculent est celui d'une entité, d'un conseil scientifique qui leur a fait un rapport ou autre. Le politique peut alors être un communicant.

### **2.3. La vision de Santé publique France Geneviève Chêne, Directrice générale de Santé publique France, et Stéphanie Vandentorren, médecin épidémiologiste à Santé publique France**

Geneviève Chêne rappelle que Santé publique France, agence nationale d'expertise scientifique en santé publique, a pour mission la surveillance de l'état de santé de la population et a également des missions en termes de réponse, de prévention, de promotion de la santé et de soutien au système de soin, par la réserve sanitaire et l'établissement pharmaceutique. Toutes ces missions ont été très mobilisées durant la crise à l'échelle nationale et régionale. Les cellules de Santé Publique France en région ont joué un rôle crucial dans la capacité à identifier des phénomènes de santé au sein des communautés.

Les points clefs soulignés ont été la surveillance multi-sources, la capacité à construire des indicateurs qui permettent d'identifier différentes étapes de l'épidémie sur l'ensemble du territoire, et progressivement à l'échelon le plus fin du territoire, et la capacité de faire des analyses de la situation et de l'impact des mesures de gestion en temps réel. Actuellement, 150 indicateurs sont diffusés chaque jour, ces indicateurs sont disponibles en open data. Santé publique France a ainsi contribué à une information largement partagée, accompagnée de la publication des méthodes expliquant les calculs des indicateurs. La surveillance au plus fin du territoire a permis une meilleure réactivité et d'investiguer les clusters. Les publics les plus défavorisés se sont avérés les plus touchés par la crise, la construction de l'ensemble des programmes construits présentés par Stéphanie Vandentorren l'ont été sur la base de ce constat.

Une enquête intitulée CoviPrev, mise en œuvre dès mars 2020 et visant à suivre l'adoption des gestes barrières, a également permis d'identifier l'impact de la crise sanitaire sur la santé mentale, notamment les troubles anxieux, les troubles et les symptômes dépressifs. Des alertes sur la santé mentale des plus jeunes ont été remontées par des pédopsychiatres à la rentrée 2020, et ont été corroborées et monitorées grâce à des indicateurs de surveillance réactifs. Le sujet a par ailleurs été porté dans le grand public et a levé un certain nombre de tabous, dans

un contexte où la santé mentale était alors un sujet peu porté jusqu'alors. Une campagne de marketing social a été mise en œuvre dès le printemps 2021, avec comme finalité d'augmenter la littératie, la sensibilisation sur les principaux signes et la capacité pour chacun de solliciter un soutien bienveillant soit de son entourage, soit de s'orienter vers des dispositifs d'aide à distance ou vers les professionnels de santé.

Santé publique France a également identifié des impacts favorables sur la santé, comme par exemple une diminution de la consommation des antibiotiques en ville, l'impact des gestes barrières et des mesures de restriction sur la circulation des virus hivernaux, et l'impact du confinement pris comme modèle de moindre exposition à certaines pollutions et non comme mesure désirable sur la qualité de l'air. Des impacts défavorables sont aussi observés sur un certain nombre d'indicateurs de santé, par exemple la diminution du recours au dépistage pour le VIH, au dépistage organisé du cancer du sein, etc. L'ensemble de la production des indicateurs permet d'objectiver les impacts sur d'autres dimensions que la santé, même si le Covid-19 reste une très grande actualité.

Les outils de surveillance sont donc précieux pour poursuivre le monitoring des indicateurs de santé et aussi des indicateurs des mesures de prévention ou de gestion. Ceux-ci permettent de montrer des interactions entre le Covid-19 et d'autres maladies, et entre défavorisation sociale et le Covid-19, grâce à une surveillance multi-sources fondée sur l'adaptation de l'existant et de nouveaux systèmes d'information, grâce également à des enquêtes *ad hoc* mises en place très tôt et qui se poursuivent ou sont adaptées au fur et à mesure des différentes phases de l'épidémie. Il est aussi crucial de déployer une approche intégrée et décloisonnée, en s'appuyant non seulement sur l'ensemble des structures de l'Agence, et aussi sur l'ensemble des partenaires du réseau national de santé publique, à la fois pour améliorer les connaissances et pour apporter des réponses appropriées. Cela fournit des clefs de réflexion pour continuer à construire le programme de santé publique, à la fois avec une dimension de santé globale visant à identifier des priorités, et mobilisant des dispositifs fédérant l'ensemble des acteurs concernés pour apporter toutes les améliorations nécessaires à la continuité de la surveillance de la crise actuelle et à l'anticipation des prochaines phases et des prochaines crises sanitaires.

Stéphanie Vandentorren indique que suivre en temps réel l'évolution de la pandémie en fonction des caractéristiques socioéconomiques de la population exige de disposer de données sur les caractéristiques sociales individuelles. Le manque de données françaises pour mettre en évidence de façon réactive l'impact socialement différencié de la pandémie s'explique par l'absence de données sociales collectées en routine dans le système de soins (notamment dans les dossiers médicaux), dans les données de surveillance ou dans les bases de données médico-administratives qu'analyse ensuite Santé publique France. Pour pallier ce manque, il a donc été nécessaire de réaliser des enquêtes *ad hoc* en partenariat avec des chercheurs pour disposer des premiers éléments et des analyses spécifiques ont été mises en œuvre, ainsi que des études et dispositifs plus spécifiques pour les plus démunis en partenariat avec les acteurs travaillant auprès de ces populations.

Le premier travail a ainsi porté sur la dynamique pandémique du SARS-CoV-2 en France entre mai 2020 et avril 2021 au regard de la défavorisation sociale, en utilisant la base de données nationales du Système d'Information de DEpistage Populationnel (SI-DEP). Les lieux de résidence de chacune des personnes ayant eu un test RT-PCR ont été géocodés à l'échelle de l'IRIS permettant d'attribuer à chacune de ces unités géographiques un indice de défavorisation. L'IRIS est une zone géographique incluant environ 2 000 personnes homogènes au niveau socioéconomique.

Nous avons utilisé l'indice de défavorisation EDI (European Deprivation Index) composé de 10 variables écologiques (portant sur la composition de la famille, l'habitat et le travail, etc..) et définies au niveau d'un territoire. Nos résultats mettent en évidence que les individus vivant dans les zones les plus défavorisées ont le risque d'infection le plus élevé et le recours au dépistage le plus faible. Des résultats pouvant refléter des facteurs structurels d'inégalités d'accès aux soins en France et une moindre possibilité, pour les populations défavorisées, de bénéficier des mesures de protection contre l'infection. Dans les populations densément et modérément peuplées, les 20 % de la population les plus défavorisés ont payé le plus lourd tribut face à la pandémie.

Concernant la mortalité, les données des certificats de décès ont été collectées pendant la période de la première vague de la pandémie et comparées aux décès survenus entre 2015 et 2020 sur la même période, en utilisant l'indice de défavorisation du FDEP de la commune de résidence au moment du décès. On note un gradient social de la mortalité, classiquement similaire aux années précédentes dans les régions avec une faible circulation virale. Dans les régions où la circulation virale est modérée, une surmortalité assez nette est mise en évidence en 2020. Dans les zones où la circulation virale était particulièrement élevée, un large excès de mortalité est enregistré, vraisemblablement en lien avec le Covid-19, avec un accroissement très net de la mortalité pour le quintile des personnes les plus défavorisées. Les 20% des personnes les plus défavorisées ont ainsi payé le plus lourd tribut en termes de mortalité durant cette première vague. Des inégalités de mortalité ont également été observées concernant l'origine des personnes. Les personnes migrantes nées à l'étranger sont habituellement caractérisées par une moindre mortalité par rapport aux personnes nées en France (phénomène du « *healthy migrant effect* »). Or, en 2020, une inversion très nette de cette caractéristique a été constatée, surtout chez les hommes d'origine subsaharienne, ce qui pourrait s'expliquer par le poids des déterminants sociaux : ces populations ont des emplois plus précaires, leur profession a été beaucoup plus exposée et elles vivent dans des quartiers à densité de population très forte, dans des logements souvent sur-occupés. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature scientifique, qui a identifié les personnes les plus défavorisées sur le plan social comme ayant un risque plus élevé d'infection par le SARS-CoV-2, et de développer des formes graves de Covid-19. Les mécanismes sous-jacents incluent une exposition différentielle au virus, une plus grande fragilité aux maladies infectieuses et aux complications associées, ainsi qu'un accès inégal aux soins.

Une étude populationnelle, comme l'étude CONFÉADO a été menée sur les enfants et adolescents âgés de 9 à 18 ans, en partenariat avec des chercheurs. Cette étude a montré un niveau élevé de détresse des enfants et des adolescents pendant le confinement plus net chez les jeunes filles, que chez les jeunes garçons et chez les plus âgées ; avec un impact plus important chez les enfants issus de familles ayant été fragilisées sur le plan socio-économique, comme les familles monoparentales, ayant des conditions de vie difficiles, telles que les conditions de logement ou d'alimentation difficiles, comme les ménages qui ont vécu l'insécurité alimentaire durant la crise. Le niveau de détresse élevé des enfants était aussi associé au fait de vivre dans une commune isolée, de ne pas avoir eu de soutien social, de ne pas avoir pu maintenir des relations optimales avec ses parents ou ses pairs, de s'être senti dépassé par les devoirs, d'avoir eu un temps d'écran très élevé et de ne pas avoir eu la possibilité de s'isoler dans le logement. Ces premiers résultats ont permis de nourrir le plaidoyer pour le maintien de l'ouverture des écoles et d'alerter assez tôt pour la nécessité de maintenir les activités et de permettre aux enfants de passer du temps en extérieur, et a fait l'objet d'une collaboration avec l'UNICEF.

Concernant les populations plus démunies, comme les personnes sans logement, une démarche de mobilisation de connaissances (MobCo) a été mise en place pour lutter contre la Covid-19 auprès des populations en grande précarité. Cette démarche a permis de mettre en place une dynamique entre chercheurs, acteurs et décideurs pour partager les savoirs récents concernant les stratégies de dépistage et de vaccination contre la COVID-19. Ce travail a montré le rôle majeur des déterminants structurels de santé alors que les facteurs individuels comme l'âge, le genre, les antécédents d'incarcération ou d'usage de drogue pouvaient varier selon le type de vaccin. Les facteurs étaient aussi très différents selon la première injection ou la complétude de la primo-vaccination. Cette démarche a permis la co-construction d'outils de communication auprès des acteurs de terrain, adaptés aux besoins des populations, dans toutes les langues, avec de préférence des usages de smartphone. Par ailleurs, cette démarche a permis de soutenir et de collaborer à la mise en place d'études populationnelles, avec Epicentre concernant la couverture vaccinale auprès des personnes précaires. Enfin, cette démarche a permis de faire régulièrement remonter des points de vigilance auprès de nos partenaires, comme la CNAM pour identifier une solution pour les personnes qui n'avaient pas de numéro de Sécurité sociale afin qu'elles puissent être vaccinées par exemple. D'autres démarches auprès de ces populations, comme celle développée par l'ARS Nouvelle Aquitaine a permis de faciliter la lutte contre la COVID-19 auprès des gens du voyage en mobilisant la médiation en santé. L'ARS Nouvelle Aquitaine avait coordonné un plan sur lequel il a été possible de s'appuyer pour établir des investigations de terrain dans une démarche écosystémique, prenant en compte les besoins des populations, ce qui a facilité les mesures comme le *contact tracing*. Un module spécifique sur l'investigation des clusters complexes a ainsi été produit pour la formation de l'EHESP auprès des médiateurs COVID.

En conclusion, le risque d'infection, de complications et de l'impact de la Covid-19 est socialement différencié dans la population par des mécanismes différents. Les déterminants structurels de la santé comme l'emploi, le logement, exposent davantage les populations les plus défavorisées sur le plan social. Ces populations ont par ailleurs une plus grande fragilité face aux infections avec des comorbidités plus fréquentes, et les inégalités de recours et d'accès aux soins qui accroissent le risque de formes graves et de décès. Cela était déjà présent avant la crise et se retrouve exacerbé avec la crise. Sur la base de ces observations, de ces recherches et du savoir de l'expérience des acteurs, Santé publique France vise à développer une meilleure prise en compte de ces déterminants qui agissent de façon synergique pour les rendre visibles via des indicateurs d'inégalité sociale dans les systèmes de surveillance. Il s'agit également de favoriser l'interopérabilité des systèmes, notamment entre l'INSEE, Santé publique France, et les producteurs de données sociales, et de renforcer ainsi les synergies entre le social et le sanitaire, dans les études, notamment sur le terrain et d'adapter les mesures de prévention, en tenant compte d'une part du gradient social et aussi des populations les plus démunies qui ont leurs propres spécificités et ont été durement frappées.

#### **2.4. Le regard de la CNAM Dominique Martin, médecin-conseil national**

Dominique Martin rappelle que l'Assurance maladie a une notoriété et un capital confiance important. Elle a aussi une capacité d'intervention multicanal et peut s'adresser à la population par courrier, mail, SMS, appel téléphonique. Environ 40 millions de comptes Ameli sont ouverts.

L'Assurance maladie est aussi un réseau de caisses régionales, de centres de santé. Elle a également développé des programmes spécifiques sur lesquels elle a mobilisé des professionnels. Plus de 200 établissements interviennent en médico-social et maillent le territoire. L'Assurance maladie a également une capacité de signalement. Enfin, l'Assurance maladie a une capacité à joindre facilement les professionnels de santé, grâce au système OSMOSE.

Plus de 800 délégués de l'Assurance maladie (DAM) sont en lien avec les professionnels de santé.

Durant la période de crise, l'Assurance maladie a été en capacité de mobiliser des ressources considérables, sur la vaccination, sur le *tracing*. Près de 6 000 personnes sont mobilisées sur des plateformes pour contacter les cas contacts et les personnes contaminées. L'Assurance maladie a pu mobiliser des effectifs très importants en quelques semaines. Par ailleurs, l'Assurance maladie a croisé ses propres bases de données et les a mises à disposition des professionnels de santé. Des bases administratives ont également été croisées pour regarder les problématiques des patients qui avaient des fragilités particulières.

Sur le plan des systèmes d'information, l'Assurance maladie a démontré qu'elle était capable de développer un nouveau système de téléservice. Ainsi, le système VaccinCovid a été opérationnel en moins de deux mois et a évolué de manière constante.

L'Assurance maladie a pu s'appuyer sur le GIS EPI-PHARE, une entité créée en association entre la CNAM et l'ANSM. Cela lui a permis d'avoir des informations sur l'exposition d'un certain nombre de catégories de personnes. Une cartographie des pathologies a permis à EPI-PHARE de faire des études et a pu identifier les populations avec des pathologies particulières les plus exposées. Cela a permis de développer des programmes particuliers, en croisant les bases avec les bases médicales. 1 500 praticiens-conseils ont été mobilisés pour appeler les personnes les plus exposées et les persuader de se faire vacciner. Le taux de conversion a été très important.

En outre, beaucoup de campagnes « Aller vers » ont été mises en place, au travers d'appels, mails, SMS, courriers, à très grande échelle et en ciblage populationnel.

Enfin, l'Assurance maladie a pu mettre en place des actions particulières au pied des tours, des *maxi-drive*.

En conclusion, il existe des expériences de coopération. Durant la crise, des partenariats ont été développés, ils sont utiles et doivent être maintenus. Les politiques d'« aller vers » doivent inspirer d'autres politiques publiques (par exemple de prévention). Il faut favoriser les méthodes agiles de développement des systèmes d'information (SI), mieux exploiter les bases de données de l'Assurance maladie en travaillant sur le croisement des bases. Enfin, il faut mettre à disposition des professionnels de santé des informations utiles à leurs pratiques (liste de pilotage, data visualisation, etc.).

## **2.5. La place des citoyens lors des crises sanitaires : Emmanuel Rusch, professeur de santé publique au CHU et à l'Université de Tours, Président de la Société française de santé publique et Président de la Conférence nationale de santé**

La question de la démocratie et l'enjeu de la démocratie en santé font partie des cinq enjeux fondamentaux pour la Société française de santé publique. Différentes participations citoyennes sont possibles : la participation directe au travers d'un processus démocratique direct, et une participation au travers d'un intermédiaire, d'une représentation, et de processus de représentation.

La place du citoyen lors des crises sanitaires est une question très ancienne.

Au départ de la pandémie, une situation d'urgence a justifié une réponse politique et une réponse sanitaire, avec la mobilisation des ressources matérielles et financières, des systèmes de santé, le confinement de la population. Très rapidement, les questions éthiques et sociales se sont aussi manifestées. Elles nécessitent d'être discutées dans des lieux, avec des acteurs de la démocratie en santé. Ces questions ont été d'ordre sociétal, politique et mondial.

Mieux impliquer la société civile permet d'améliorer la réponse au Covid-19, avec l'adhésion de la population, pour mobiliser l'expertise sociale, pour adapter les réponses à des situations locales. Une grande partie des réponses apportées ont pu être locales et se sont appuyées sur l'inventivité des associations. L'idée est aussi d'éviter que se forme une contre-société et de préparer la sortie de crise.

Il existe différentes façons de favoriser la participation de la société à la décision politique. Une administration dite consultative est possible. L'État associe à sa décision des conseils, des Hauts comités, des autorités. Le pouvoir conserve un pouvoir assez fort. Il peut y avoir une représentation de la société civile, mais elle suppose une représentation institutionnelle du monde social, des organisations reconnues et stables dans des domaines d'activités et capables de parler au nom de groupes sociaux d'intérêts spécifiques ou d'une cause. Par ailleurs la participation citoyenne est perçue comme une alternative ou un complément à la représentation de la société civile.

En mars 2020, la création d'un comité de liaison avec la société civile et d'une plateforme citoyenne avait été proposée pour faciliter l'analyse des situations. En pratique, aucun comité n'a été mis en place tel qu'il avait été imaginé. Toutefois, des positions ont été prises. Le second avis de la CNS portait sur la démocratie en santé à l'épreuve de la crise sanitaire. Cet avis du 15 avril 2020 rappelait sa proposition de comité de liaison et de plateforme participative, et proposait le renforcement des conférences régionales de la santé et de l'autonomie, et se préoccupait des conseils territoriaux de santé, avec des questions sur le renforcement ou l'implication de la représentation des usagers et de professionnels dans cette crise et un point d'alerte sur la prise en compte de l'expression des populations les plus vulnérables.

En mai 2020, un comité de contrôle et de liaison (CCL) Covid-19 orienté sur les systèmes d'information en santé a été créé. Il reste une expérience intéressante et il faudra en tirer des enseignements. Enfin, le 20 janvier 2021, la CNS a rendu un avis sur la démocratie en santé en période de crise sanitaire, pour s'interroger sur la cohérence entre les instances ou les organisations d'expertises scientifiques.

Durant la période, des jeux d'acteurs et donc des enjeux de pouvoirs sont marqués par quatre caractéristiques :

- Une approche biomédicale prédominante. La gestion initiale de la pandémie a renforcé la vision biomédicale de la santé, l'hospitalo-centrisme. Par ailleurs, les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) s'accroissent et la crise pose donc la question de la place des plus vulnérables. Bien souvent, des dispositifs de santé publique sont conçus et calibrés pour une population générale et apparaissent inadaptés aux populations les plus vulnérables et/ou à l'hétérogénéité des situations.
- Certains acteurs ont parlé d'une culture du paternalisme, qui correspond à une situation définie comme une atteinte à la liberté d'action d'une personne (usurpation du pouvoir décisionnel) justifiée par la recherche du bien-être de cette même personne sous contrainte. La CNS plaide pour sa part en faveur d'un *empowerment*.
- Le respect des droits à la personne : la participation citoyenne apparaît comme un moyen de faire respecter le droit des personnes, ainsi que les droits collectifs des usagers.

- La pandémie est la première pandémie « digitale ». Toutefois, la question de la stratégie de communication sur les risques et l'engagement des communautés n'est pas nouvelle.

Le *British medical Journal* évoque un discours binaire qui a pu émerger et se renforcer en France : il y aurait, en priorisant durant la pandémie, une approche plutôt santé publique ou plutôt économique, une expertise biomédicale ou une expertise plutôt sociale. Le secteur public et le secteur privé seraient opposés. Cette binarisation du débat conduit à agir dans le cadre de la pandémie de façon trop tranchée et polarise les opinions, avec un avantage politique. La dichotomie artificielle doit être réinterrogée, afin de remodeler les réponses apportées aux crises sanitaires. La participation citoyenne permettrait de dépasser cette binarité.

## Discussion

Franck Chauvin indique que plusieurs crises et différents temps sont intervenus dont il est difficile de penser qu'ils s'enchaînent dans une continuité parfaite. Le premier temps a été une sorte de débordement face à la première vague. Les choses se sont par la suite organisées. Une bascule est intervenue autour de janvier 2021 et ensuite la vaccination est arrivée. À titre personnel, Franck Chauvin indique avoir vécu deux échecs : ce qui s'est passé dans les EHPAD, et avoir une approche générale plutôt qu'une approche populationnelle. Les choses semblent évoluer aujourd'hui.

- Est-ce que les professionnels de santé ont été alertés sur le phénomène d'administration de l'hydroxychloroquine à domicile ?

Dominique Martin indique que l'ANSM s'est interrogée sur ce qui pouvait être fait. Elle s'est demandé si elle devait prendre la parole publiquement pour dénoncer cette question. L'Agence était sollicitée par les médias pour se positionner. La Direction a préféré dire que l'hydroxychloroquine avait quitté le champ de la pharmacologie pour entrer dans le monde des idées. L'Agence a agi en saisissant des instances, dont les instances judiciaires, ce de manière très précoce. Concernant la CNAM, elle n'est pas une autorité sanitaire. Elle n'a pas de légitimité politique ou institutionnelle pour écrire aux médecins et leur dire ce qu'ils doivent faire. L'hydroxychloroquine a été évacuée progressivement du champ thérapeutique, mais cela ne s'est pas fait facilement. La CNAM peut mobiliser ses outils, mais il serait déplacé et non responsable qu'elle s'auto-saisisse sur le sujet et décide que tel ou tel médicament est bon à prendre ou non.

Franck Chauvin rappelle qu'un décret a été publié à la suite d'un avis du HCSP cadrant extrêmement fermement l'utilisation de l'hydroxychloroquine.

- Comment institutionnaliser la parole des citoyens dans les crises sanitaires ?

Emmanuel Rusch indique qu'un Comité citoyen sur la vaccination a été constitué et a produit durant le premier semestre 2021 des avis et des recommandations. Ce comité citoyen n'existe plus aujourd'hui, il a terminé ses travaux en octobre 2021. Mais la campagne de vaccination continue.

Patrick Castel précise que la crise Covid-19 est une non-leçon du sida. Beaucoup de choses, que l'on pensait avoir apprises, ont été balayées durant les premiers mois, même si la CNS est après peu à peu revenue. Cela tient sans doute à un contexte : la création de France Assos Santé était assez récente et un apprentissage collectif des associations a été nécessaire. Cela tient peut-être aussi à des intérêts divergents de chaque association en fonction des populations

qu'elles ont en charge. L'enjeu est d'ancrer cela institutionnellement, de ne pas être obligé de recréer des comités, des dispositifs. Les organisations ne se sont pas effondrées avec la crise. Elles ont tenu. Cela est un grand acquis, et il est possible d'avoir confiance dans les administrations. Toutefois, il faudrait nouer des liens plus efficaces.

Emmanuel Rusch ajoute que la question de la mobilisation des corps intermédiaires se pose. Ces corps peuvent faire remonter des enjeux et peuvent être un relai permettant de partager. Il y a un consensus sur le fait qu'il serait important de pouvoir les mobiliser, mais force est de constater qu'on y arrive très difficilement. Dans un cadre multilatéral, les discussions et compromis se font entre acteurs qui ont des enjeux et intérêts différents.

Concernant les acquis et l'ancrage institutionnel, Geneviève Chêne indique que les structures ont en effet tenu. Elles ont accompli leurs missions. Des systèmes d'information nouveaux et de grande ampleur ont été déployés et plusieurs structures ont évolué et se sont mobilisées dans une forme de coopération. Cette forme de coopération et ces innovations ne doivent pas être perdues, car elles vont permettre de suivre l'évolution de la pandémie et également de continuer à surveiller d'autres maladies.

- La démocratie est-elle un point positif ou négatif en termes de gestion de crise ?

Emmanuel Rusch pense qu'il existe un potentiel, à condition qu'il soit mobilisé. L'*empowerment* individuel ou collectif peut être une source de richesse pour répondre à la crise. Les initiatives locales sont un enjeu important. Au sein du comité de contrôle et de liaison, quatre conseillers municipaux de quatre villes différentes ont été auditionnés, parce qu'ils avaient mis en place des initiatives qui semblaient intéressantes. Les personnes ont indiqué qu'elles referaient ce qu'elles ont fait si une crise devait à nouveau survenir, car cela facilite une remontée des enjeux, des difficultés rencontrées par la population dont ils n'ont pas forcément conscience en tant que conseillers municipaux. Cela leur a également permis de co-construire des solutions.

- Dans les crises précédentes, le nombre de patients était moins important. On arrivait ainsi à déterminer des sortes de patients-experts, dont l'expertise leur permettait de participer à la démocratie sanitaire, et d'influencer ou de contrôler la façon dont les choses s'organisaient. Dans la crise actuelle, comment réussir à identifier les personnes qui peuvent utilement apporter des solutions ?

Emmanuel Rusch pense en effet que le contexte est assez différent. La crise actuelle n'a pas d'équivalent avec les crises précédentes. L'irruption des représentants des usagers et patients-experts a fait bouger le système de santé, ce qui lui a permis d'être résilient aujourd'hui. Avec l'ampleur de cette crise, il faut un regard multilatéral. Le panel de représentation est large et cette confrontation permet d'identifier les difficultés et d'y répondre.

### 3. Intervention d'Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé



## 4. Session n° 2 : Quelle vision prospective ?

### Table ronde n° 1 : Le regard de structures

#### 4.1. Le regard de l'Anses, Gilles Salvat, Directeur général délégué recherche et référence

La crise a fait revenir les maladies infectieuses au premier plan avec une pandémie explosive, massive et longue. Plus de 265 millions de cas ont été recensés à ce jour, ainsi que 5 millions de morts. Les mesures barrières et les limitations de mouvements ralentissent sans arrêter et cela a des conséquences au-delà de la maladie : une syndémie. Cela produit également un regain d'intérêt pour la recherche sur les vaccins, les antiviraux, avec des innovations. Les limites de la stratégie vaccinale dans une politique d'éradication ont été observées. La vaccination protège l'individu, mais est non « stérilisante » : la protection populationnelle est partielle.

La crise met en évidence un problème de médecine des populations. La question de la part respective entre l'individu et la population se pose. Pour le médecin, il est nécessaire de soigner et de diagnostiquer, mais pour le vétérinaire, il est question d'une pathologie de troupeau. Il faut adapter une méthode de diagnostic et passer à une méthode de diagnostic collectif, en réfléchissant à l'intérêt du poolage des échantillons au sein des groupes sociaux constitués, en utilisant les eaux usées comme marqueur épidémiologique. Il faudrait par ailleurs adapter les plateformes diagnostiques. Le virus est en mutation continue et le séquençage présente un intérêt épidémiologique qui est majeur. Il faut adapter les méthodes de prévention, en favorisant l'hygiène populationnelle, en vaccinant les classes d'âge moins sensibles pour protéger les plus fragiles et atteindre une immunité populationnelle.

Près de 200 000 publications ont été produites sur le sujet. S'approprier ces éléments nécessite de faire un tri entre la littérature grise et *peer reviewed*, face à l'accélération de la publication de résultats non évalués, non mis en perspective. Il faut pouvoir répondre à des questions scientifiques et techniques et les adapter à la vie quotidienne en temps de pandémie. Les avis doivent être actualisés en fonction d'une évolution des connaissances à une vitesse sans précédent dans l'histoire des sciences. Il est parfois difficile de revenir en arrière et il est nécessaire d'expliquer pourquoi l'avis des scientifiques peut changer à l'aune de nouvelles connaissances (distance de sécurité, gouttelettes vs aérosols, rôle des fomites et nettoyage des surfaces, recyclage individuel des masques chirurgicaux pour le grand public).

Concernant les apports de la santé animale, deux vétérinaires ont été intégrés au sein du collectif d'experts en février 2020, puis au sein du Conseil scientifique Covid-19 (fin 2020). La vision « une seule santé » (*One Health*) n'apparaît jamais essentielle, parfois utile. Sur la stratégie vaccinale, un éclairage est possible par la pratique de vaccination des animaux contre les coronavirus.

Les fabricants ont contribué à l'effort diagnostique. Des producteurs de réactifs vétérinaires sont implantés en France et se sont rendus disponibles pour réorienter leur R&D et leur production. Les formats sont adaptés à une médecine populationnelle. Les laboratoires vétérinaires ont aussi apporté leur effort, en effectuant 150 000 tests par semaine dans les laboratoires départementaux.

Le virus vient probablement d'un animal, comme environ 60% des maladies infectieuses : l'intrusion de l'homme dans les milieux préservés dotés d'une grande biodiversité peut favoriser des déplacements d'espèces sauvages, et donc des transferts de virus d'une population animale à une population humaine. Les élevages peuvent jouer un rôle d'amplificateur. Les trois coronavirus ayant récemment émergé sont issus de l'animal. Plusieurs espèces se sont avérées réceptives ou sensibles au virus. La dernière est l'hippopotame et c'est un signal inquiétant, car il s'agit d'un ruminant. Le virus a également été repéré dans des populations de cerfs aux États-Unis et il a été constaté que le virus s'entretenait au sein de ces groupes de cerfs.

En conclusion, la recherche a su se mobiliser mais il est nécessaire de mettre en pratique le concept *One Health*.

#### **4.2. Le regard de l'ANRS MIE : Yazdan Yazdanpanah, infectiologue, chef du service des maladies infectieuses de l'Hôpital Bichat et Directeur de l'ANRS MIE**

Pour détecter les épidémies, une surveillance épidémiologique est nécessaire. Un vrai *leadership* est indispensable pour aller vite, face à une fragmentation de la communauté scientifique. Le dispositif REACTing a initialement été mis en place pour identifier les acteurs de la recherche, préparer les outils de recherche, regrouper et établir les liens entre les différentes institutions, mettre en place et impulser des financements d'urgence, lutter contre les obstacles à la recherche. Le dispositif REACTing, avait un budget de 500 000 euros par an au moment de la crise du Covid-19.

Lorsque la crise de Covid-19 a démarré, REACTing a réagi en identifiant les acteurs, en initiant des projets structurants, en mettant en place des financements d'amorçage avant que les appels à projets classiques comme ANR et PHRC prennent le relai : 20 projets ont ainsi été choisis et des financements d'amorçage ont été lancés. Une fois que les appels à projet classiques ont pris le relai on a assisté à une absence de coordination ; Reacting n'avait ni le mandat ni le financement pour assurer cette coordination. Chacun voulait avoir son essai clinique, les moyens et les forces étaient dispersés. Par exemple, 17 projets concernant hydroxychloroquine ont été lancés. Par ailleurs aucun lien n'était établi entre les projets de recherche fondamentale, clinique, de santé publique et de sciences sociales. La recherche en médecine générale était quasiment inexistante. Les interactions et collaborations internationales doivent être renforcées.

À ce moment, il a été décidé de créer l'ANRS Maladies Infectieuses Emergentes, avec l'idée d'avoir une agence qui anime, coordonne, évalue, et finance la recherche ; dans la continuité de l'ANRS.

L'idée est de porter un projet pour préparer et répondre aux crises. Pour cela, il faut un projet *One Health* : essayer de comprendre les mécanismes qui permettent d'anticiper. Il faut caractériser les mécanismes de diffusion, pathologie et sociologie. Il faut développer des recherches sur les anti-infectieux, les mécanismes moléculaires, le criblage, la chimie, etc. Il faut faire cela sur une liste évolutive d'agents pathogènes. Il faut, en temps de paix, développer et renforcer les infrastructures, avec des plateformes de chimie médicinale, des cohortes, des données de surveillance, du *big data*. La recherche en ville est aussi l'un des problèmes à traiter. Elle se heurte à des aspects réglementaires. En outre, il faut dynamiser l'innovation technologique et thérapeutique. Renforcer et structurer les outils de recherche et de technologie de soins et de santé.

Pour faire cela, de multiples financements ont été identifiés, dont un PEPR (Programmes et équipements prioritaires de recherche). L'ANRS MIE va écouter le terrain pour essayer de porter et financer les projets. L'ANRS MIE va aussi lancer des projets structurants et notamment des infrastructures. La France est au sein de l'Europe, qui est une force extraordinaire complètement sous-utilisée. Il est important que tout cela se fasse en articulation avec l'Europe.

### **4.3. Le regard d'une société savante : Pierre Tattevin, infectiologue au CHU de Rennes et Président de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)**

La SPILF compte plus de 700 membres, tous bénévoles. Son objectif est de contribuer à une meilleure prise en charge des maladies infectieuses. Le réseau est transdisciplinaire et transprofessionnel.

La SPILF a bénéficié du fait que les liens et réseaux préexistaient et étaient donc faciles à activer. Il a très vite été décidé que la SPILF éviterait de produire des recommandations ou des prises de position, qui risquaient de contribuer à la cacophonie ressentie par les acteurs de terrain et le grand public, à différentes étapes, mais nous sommes restés à disposition des autorités sanitaires et des instances telles que le HCSP. Des documents ont été élaborés et diffusés.

La multiplicité des documents, leur volume, le circuit des informations (professionnels de santé court-circuités pour les grandes annonces, et documents finalisés, mais non diffusés), et la redondance des sollicitations ont compliqué les choses.

Plusieurs succès ont été enregistrés, notamment : le consortium des cliniciens contre le Covid-19 (COCLICO), le site [www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com), mis à jour au fil de l'eau, et les documents de mise au point produits par le groupe vaccination et prévention SPILF « Questions / Réponses vaccins Covid-19 », plus d'un million de chargements à l'hiver 2021.

En terme de perspectives, le développement des vaccins et des anticorps monoclonaux apporte de nouveaux outils pour la prévention. Un paramètre puissant risque néanmoins de compliquer notre tâche à court et moyen terme : l'épuisement des ressources humaines (RH), de la solidarité, de l'envie et de l'énergie des soignants, ainsi que la résilience des populations.

Ainsi, il faudrait pour un avenir meilleur :

- Mieux définir les rôles de chacun (sociétés savantes, institutions, etc.) ;
- Travailler sur les circuits de diffusion des informations et des documents ;
- Réduire les volumes des documents, notamment officiels ;
- Mieux impliquer les acteurs du terrain (sans les retirer du terrain...) ;
- Avoir le souci permanent de la simplicité ;
- Identifier et supprimer les redondances ;
- Réguler la communication grand public ;
- Organiser des RETEX collectifs ;
- Savoir mettre fin aux polémiques non fondées ;
- Travailler sur des objectifs communs.

#### **4.4. La place de la recherche : Rémy Slama, Directeur de recherche à l'INSERM et Directeur de l'Institut spécialisé de santé publique et de l'Institut pour l'avancée des biosciences (IAB)**

L'étude des crises sanitaires est éclairante pour comprendre le fonctionnement de notre système de santé. A partir d'une réflexion sur la typologie des crises d'origine environnementale, s'appuyant sur un petit nombre d'exemples, nous nous demanderons de quoi la crise est le symptôme et esquisserons des solutions ou au moins des principes qui permettraient de limiter l'impact des crises sanitaires d'origine environnementale.

L'étymologie de crise vient de *krinein*, discerner, être capable de jugement : la crise est un moment de discernement et de décision ; de difficulté ou de danger intense, une période troublée que traverse un pays, en général, limitée dans le temps. L'exposé s'appuie sur des crises liées à l'exposome, à l'exclusion des agents biologiques, déjà discutés au cours de la journée : la crise de la thalidomide (1958), la crise du smog de Londres (1952), et la canicule de 2003.

Ces exemples amènent à voir les crises de santé environnementale comme un symptôme, celui d'une surveillance sanitaire et/ou environnementale limitée, se traduisant par une faiblesse des outils de criblage systématiques des effets sanitaires des facteurs environnementaux, notamment physico-chimiques, des outils de surveillance (de l'environnement et de la santé), d'un défaut de mémoire sur les effets de l'environnement (cas de la canicule de 2003), qui auraient permis de les anticiper. La fréquence de ces crises peut ainsi en négatif constituer un indicateur de l'efficacité (de l'inefficacité) des systèmes de surveillance, de recherche et de prévention en santé environnementale. Mais c'est un indicateur imparfait car ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de crise qu'on est dans un optimum de santé publique. En effet, dans ce champ où des facteurs de risque ont des effets parfois très décalés dans le temps, où beaucoup de pathologies ont un déterminisme multifactoriel, et où les inégalités sociodémographiques ou territoriales n'apparaissent, généralement, que si on fait l'effort de les rechercher, il existe un effet de dilution invisibilisant des problèmes qui peuvent être majeurs en termes d'impact. Ainsi, il existe beaucoup de drames silencieux (cas de la pollution atmosphérique, qui est passée de problème aigu, manifesté par l'épisode tels que celui du smog de Londres de 1952, à un problème chronique, tuant davantage qu'un petit nombre d'épisodes aigus – mais les impacts de la consommation de tabac et alcool peuvent aussi être vus comme relevant de cette typologie).

La crise, par sa nature aiguë, force la réaction. Elle peut ainsi être considérée comme un élément de régulation du système de recherche et surveillance. On peut parler de crise sanitaire vue comme une crise salutaire – à un certain coût. Elle « décide » sur quel problème l'État porte, au moins temporairement, ses moyens – jusqu'à la crise suivante. Ce n'est probablement pas, bien sûr, le meilleur élément régulateur, mais dans un système « faible » du point de vue de la recherche et surveillance (en tout cas l'Europe des années 1950-90, à chacun de juger pour la période actuelle), c'est un des éléments régulateurs principaux, et il a bien sûr son efficacité, comme l'illustre l'exemple de la structuration du système de mise sur le marché des médicaments à la suite du drame de la thalidomide et d'autres crises similaires.

L'acceptation d'un tel système qui entrainerait des crises à répétition, a un coût sociétal très élevé, en termes de santé, de confiance dans les institutions de la part du public. Ce coût économique et sociétal n'est pas précisément chiffré mais est probablement bien plus

important que les économies faites en se passant de soutenir fortement recherche et surveillance.

De plus, il faut garder à l'esprit que l'absence de crise n'est pas synonyme d'absence de problèmes sanitaires majeurs. Dans nos sociétés, la crise, au sens originel d'épisode aigu avec un impact fort, n'est probablement que la partie émergée de l'iceberg des effets sanitaires des facteurs environnementaux. Il est crucial de s'intéresser à l'enjeu des drames silencieux, correspondant aux impacts faibles à un moment donné, mais dont le cumul dans le temps ou dans l'espace entraînent des impacts sanitaires majeurs. Une façon de considérer simultanément crises sanitaires et drames silencieux serait d'avoir une logique de criblage et surveillance systématique des facteurs de risque, et de certaines pathologies. Des moyens forts pour la recherche et la surveillance en santé publique, pourraient, ainsi, permettre de limiter cette logique de gouvernement par la crise et d'aller vers une anticipation – et donc une prévention – de ces crises. Cela passe en particulier par la fixation des hiérarchies de santé publique sur la base, notamment, mais pas seulement, de leur impact sanitaire et social visible et invisible (c'est-à-dire incluant les catastrophes sanitaires silencieuses) – le fardeau de maladie, dans une logique cohérente avec l'idéal de démocratie sanitaire. Ceci implique de surveiller un nombre importants d'expositions environnementales et comportementales au sens large, qui sont autant de facteurs de risque. On oppose ainsi, schématiquement, une logique de gestion a posteriori par la crise à une logique de gestion a priori par la recherche et la surveillance. La première entraîne des décisions de santé environnementale guidées par la crise, et s'appuyant éventuellement le principe de précaution (auquel on fait appel en situation d'incertitude) ; la seconde, des décisions plutôt faites sur la base d'une identification des dangers et/ou de quantification des risques, et relevant plutôt d'une logique de prévention, qui s'applique quand l'incertitude est moindre.

Enfin, en aval de ce travail d'identification des impacts, la recherche peut aussi bien sûr contribuer à la gestion des risques en comparant et testant l'efficacité, le coût des différentes options de gestion : c'est tout le travail du champ de la recherche interventionnelle.

## Discussion

- Une association a été faite en 2020 entre la gravité de la crise pandémique et la pollution atmosphérique. Cela veut-il dire que deux crises se sont superposées ? Une crise de fond, qui n'a jamais été traitée, et l'arrivée de la pandémie ?

Rémy Slama répond par l'affirmative. La crise infectieuse a percuté les problèmes environnementaux tout en percutant aussi la problématique des maladies chroniques, avec les facteurs de risque accrus en termes de rapidité de la maladie et de risque de décès chez les personnes souffrant de certaines pathologies chroniques. Cela illustre bien la thématique de ce séminaire et du concept de syndémie.

- Qu'en est-il de la place de l'ANRS dans la recherche sur le vaccin contre le Covid-19 ?

Yazdan Yazdanpanah indique qu'un plan santé innovation a été annoncé par le président de la République le 30 juin, avec l'objectif d'essayer de rapprocher la recherche et l'innovation. Dans le cadre de ce plan santé innovation, figure le projet d'avoir trois bioclusters et 6 IHU (institut hospitalo-universitaire). L'idée est de pousser un biocluster et un IHU sur les maladies infectieuses émergentes. Il revient aux académiques et aux industriels de pousser cela. L'idée est que l'ANRS puisse coordonner ce projet, de créer un biocluster autour de l'innovation. Par ailleurs, l'idée pour certains chercheurs est de créer un continuum de recherche autour des

vaccins, autour d'un instrument, d'un outil ou d'une institution, qui serait différent des bioclusters.

- Est-il possible d'imaginer les réservoirs animaux qui pourraient être des candidats pour une nouvelle épidémie ?

Pierre Tattevin pense qu'il convient en dehors de la crise de mener une réflexion sur ce qu'il faut cibler en termes de pathogènes à surveiller, de pathogènes contre lesquels s'armer.

Gilles Salvat ajoute qu'il est possible de surveiller des populations animales. Mais la présence d'un agent pathogène ne dit pas si on aura les conditions de son expression. Il existe aussi des familles virales auxquelles les humains sont très peu confrontés en infectiologie humaine. Il serait possible de faire une liste, mais dire ce qui va émerger, est un peu difficile. Yazdan Yazdanpanah pense qu'il est important de disposer de cette liste, c'est ce que ANRS MIE est en train de faire avec l'ensemble des institutions.

## **Table ronde n°2 : Le regard de la société et des acteurs de l'organisation territoriale, le regard de quelques acteurs de l'organisation territoriale**

### **4.5. Bilan du travail de l'ARS durant la crise : Amélie Verdier, Directrice générale de l'ARS d'Île-de-France**

La crise est un déferlement, une phase de rupture, de discontinuité qui oblige à repenser les modes d'action. Gérer les crises fait normalement partie des missions des agences régionales de santé (ARS). Or, la crise sanitaire a perturbé notre organisation en la matière. Il s'agit de s'assurer que l'on arrive toujours à garantir une offre de soin satisfaisante tant pour le Covid-19 que pour le reste des pathologies, au bénéfice de chaque patient.

L'ARS a un rôle de coordination d'ensemble des acteurs de l'offre de soins. Elle élabore une doctrine sur l'ensemble des différents champs. Elle peut aussi avoir un rôle opérationnel direct, en outillant des cellules de crise en ressources humaines de renfort et en intégrant de manière durable le fait que chaque phase de la crise apporte son lot de nouveautés. Gérer ne signifie pas reproduire ce qui a fonctionné lors de la phase précédente.

Pour faire face à la crise, l'ARS a davantage collaboré avec l'ensemble des partenaires institutionnels, a armé des centres de prise en charge ainsi que travaillé avec les rectorats et les collectivités locales, avec lesquels elle avait auparavant des collaborations ponctuelles sans suffisamment de partage d'idées. Elle a ainsi eu des relations directes avec des élus locaux. Aujourd'hui, les échanges entre les différents acteurs et structures sont devenus un réflexe : cette habitude systématique de co-construction avec les partenaires devient partie intégrante de la conception d'action de l'ARS.

En outre, les systèmes d'analyse de données ont été enrichis pour devenir un outil d'aide à la décision et favoriser une politique de transparence. Utiliser les données pour avoir une différenciation des collectifs de santé sera là aussi un acquis.

La crise a donné lieu à une réflexion d'ensemble sur les déterminants de santé. Les inégalités de santé n'ont pas été découvertes avec la crise Covid-19, mais elle a rappelé, avec une grande violence, la réalité de celles-ci et leurs conséquences. C'est pourquoi l'ARS a développé une

politique assumée comme étant différenciée : son action a été renforcée en priorité dans les territoires où étaient concentrées les populations les plus précaires, davantage exposées aux contaminations. La manière de développer des réponses et des actions d'aller-vers a ainsi témoigné de notre volonté de réduire ces inégalités. La stratégie de vaccination s'est traduite par la mise en place de bus de vaccination ou de centres de vaccination éphémères au sein de centres commerciaux. La stratégie de dépistage a conduit à l'installation de barnums de tests au plus proche des besoins, notamment au pied des tours et dans des zones géographiques où des difficultés d'accès aux soins sont observées. L'ARS a aussi développé de nouvelles manières de toucher les catégories les plus fragiles en développant des liens avec des intervenants de proximité.

En conclusion, il convient de progressivement passer d'une logique centralisée et uniforme à une approche différenciée et pleinement adaptée aux bassins de vie.

#### **4.6. Bilan du travail réalisé au sein de l'Éducation nationale durant la crise : Christine Gavini-Chevet, Rectrice de l'Académie de Normandie, Chancelière des universités**

L'école, qui représente 12 millions d'élèves et 16 millions de parents, a été au centre de nombreuses décisions et mesures durant cette crise sanitaire. Assurer la santé et la sécurité des élèves et des personnels a été notre première priorité. Les personnels de l'éducation nationale ont réalisé durant cette crise un impressionnant travail d'adaptation aux différents protocoles et ont été de bons relais de toutes les consignes sanitaires (gestes barrières, port du masque, vaccination).

La deuxième priorité de l'école a été logiquement le maintien des apprentissages. Dès le premier confinement les écoles, collèges et lycées ont mis en place la continuité pédagogique. Les enseignants se sont mobilisés pour ne laisser aucun élève au bord du chemin ainsi que les personnels de santé et les assistantes sociales. Malheureusement, le premier confinement a montré que la fermeture des écoles pouvait créer certaines inégalités : différences d'équipement des familles, disparités d'accompagnement par les parents... Aussi, la priorité du ministère de l'éducation nationale a-t-elle été le maintien des écoles ouvertes dans la mesure du possible. Tous les protocoles sanitaires qui ont succédé au premier confinement poursuivaient ces deux objectifs : maintien des écoles ouvertes et protection des élèves et personnels.

Le troisième enjeu durant cette crise a été de soutenir les missions des personnels de santé grâce à l'accueil des enfants des personnels soignants. De nombreux enseignants volontaires ont ainsi accueilli dans l'académie jusqu'à 10 000 enfants de personnels soignants. Ils ont en cela fait preuve d'un grand civisme et de beaucoup de courage.

Enfin, la coopération entre l'ARS, les préfetures et l'éducation nationale a toujours été d'une grande qualité notamment dans le travail de contact-tracing.

#### **4.7. Travail réalisé par les collectivités territoriales : Alexandre Feltz, Adjoint à la maire de Strasbourg, chargé de la santé publique et environnementale**

Les collectivités territoriales ont géré la situation malgré un manque de compétences en santé, même si Strasbourg a une spécificité liée à son histoire. Les liens avec l'ARS sont très forts et ils l'étaient déjà avant la crise Covid-19. Les maires sont présidents des conseils de surveillance

des hôpitaux et ils ont eu aussi à gérer cela. Ce fut un moment difficile, mais a certainement soudé la solidarité.

L'implication importante de la préfecture a beaucoup changé les choses. L'esprit d'éducation et de prévention à la santé n'est pas le même à la préfecture. Certains arrêtés ont ainsi été mal compris. Par exemple, les parcs et espaces verts ont été fermés alors que les maires demandaient à ce qu'ils restent ouverts. Des controverses judiciaires sur la question du port du masque à l'extérieur se sont exprimées.

Aujourd'hui les choses sont plus apaisées, mais les façons de faire ont changé. La préfecture a mis en place ses propres réunions. Il faudrait stabiliser les outils de la démocratie participative préexistants, et les utiliser préférentiellement au lieu de recréer de nouveaux outils.

Il est important de continuer à avoir cette logique de travail avec une vision globale de la santé, car elle a été parfois oubliée, même si l'urgence de réduire les contaminations était absolue. Le virus impose son rythme, mais les structures de santé publique doivent être stabilisées.

Enfin, il est important d'essayer d'anticiper et de donner les informations aux collectivités territoriales au moins 48 heures avant le grand public afin qu'elles puissent s'adapter.

## Discussion

- La création de partenariats est un point commun des trois interventions. Le réseau créé permet un travail conjoint. Toutefois la cascade entre le niveau national, régional et local a posé problème. Des choses sont manifestement à revoir. La crise a conduit à prendre des décisions très rapides, mais cela a engendré des incompréhensions.

Alexandre Feltz pense en effet qu'il convient de tenir compte des spécificités pour déplacer le curseur. La gendarmerie a parfois empêché les gens d'aller à la mer et de se promener, alors que le risque de contamination dans ces espaces aérés est quasi-nul. Les experts de santé publique n'ont pas suffisamment été entendus sur les aspects globaux.

- Il aurait aussi été intéressant de regarder ce qui s'est mal passé, pour pouvoir ajuster.
- Est-il prévu de renforcer le service de promotion de la santé des élèves qui est très délabré aujourd'hui ?

Christine Gavini-Chevet rappelle que la crise a démontré l'importance de l'engagement des médecins scolaires, infirmières, et médecins conseillers techniques qui ont été au cœur de la gestion de cette crise et qui sont absolument nécessaires au fonctionnement de l'école. Actuellement tous les efforts sont faits pour recruter. Les moyens sont disponibles, mais les viviers des médecins ou d'infirmiers susceptibles d'occuper ces postes sont encore réduits. L'académie compte beaucoup sur le service sanitaire des étudiants en santé dont les stages se déroulent pour partie dans les écoles pour attirer des candidats.

## 4.8. Le regard d'un anthropologue en santé : Yannick Jaffré

Les réactions des populations sont à comprendre autant par rapport au fait objectif que par rapport à la mise en récit des faits sanitaires et aux structures de réception de ces informations. Les informations ne sont donc pas massives, elles sont structurées de manières spécifiques. De même, les constructions de publics sont différenciées.



Par ailleurs, ces formes narratives mêlent toujours divers événements appartenant à des sphères sociales qui pourraient sembler différentes. Mais, par exemple, en Afrique certaines réactions sanitaires ont résonné avec d'autres questions comme celles des autonomies monétaires ou d'une revendication de la dignité. Les interprétations des « messages sanitaires » englobent toujours des mémoires, des émotions politiques, et une multitude de récits. Les réactions des populations se font sur la façon dont les acteurs lient les faits objectifs avec des structures préexistantes politiques. Analyser les épidémies aussi d'un point de vue socio-discursif est indispensable.

Parallèlement à ce travail, l'éducation à la santé comme activité d'information et de dialogue avec diverses populations ne peut se faire qu'en se construisant comme crédible, en constituant des voix de certitude et des discussions basées sur des faits. Aux incertitudes massives que sont le déroulement de l'épidémie il faut répondre depuis un champ épistémologique construit par la science. L'éducation à la santé est sous-tendue par la construction d'un « émetteur » crédible quand bien même il n'a pas toutes les réponses aux interrogations socio-sanitaires. L'interrogation scientifiquement construite ne peut être la confusion des opinions.

Par ailleurs, l'épidémie a suscité un ensemble de dialogue et de réseau de proximité. Très concrètement, chacun a envoyé des blagues, des jeux de mots pour nommer l'épidémie, des allusions comiques à la politique... La façon dont chacun a envoyé ou reçu des messages durant la crise est importante. Dans cette manière de caractériser autrement l'épidémie et le risque, dans ces mots et ces « rires » il y a une réelle tentative d'apprivoisement de l'événement sanitaires et un phagocytage discursif des craintes. Ces échanges maintiennent les liens sociaux et une certaine santé mentale. Ceux-ci doivent être analysés comme des éléments essentiels du maintien de soi.

Dans les rumeurs enfin, il y a dans la structure de ces paroles erratiques quelque chose à analyser et à travailler. Elles fonctionnent, en effet, comme des mythes agrégeant des éléments disparates, voire contradictoires, pour en faire un récit explicatif global.

Mais ces discours et narrations sont enracinés dans divers univers sociaux. Les comprendre implique donc de les lier avec diverses inégalités économiques, sociales, professionnelles, linguistiques... L'épidémie met en relief ces violences sociales et ces dernières génèrent des discours sur la justice, les formes de reconnaissance ou de ressentiments sociaux. On doit penser depuis les expériences socialement situées des acteurs.

Selon leurs situations sociales, les acteurs doivent négocier entre plusieurs systèmes de contrainte : taille des appartements, distance au travail, nombre d'enfants, etc. Plus que de rendre homogènes des analyses, il faut instruire des travaux comparatifs sur les usages de la prévention selon ces divers mondes sociaux. Un travail comparé est réalisé sur le port du masque dans différents pays du monde et l'anthropologie permettrait de travailler sur les systèmes de contraintes spécifiques à diverses populations.

Dernier point : la question de la mondialisation. Il faut essayer de voir la façon dont les discours sur la santé et sur la pandémie ont été reliés, car il existait une concomitance temporelle, avec le *black lives matter*, par exemple. Il s'agit de voir combien cette revendication de dignité a conduit à des catastrophes sanitaires avec des présidents déclarant qu'ils avaient un remède et empêchaient la population de se vacciner. La pandémie est aussi une « panvisualisation ». Lorsqu'on donne des vaccins qui présentent certains risques, et qu'ils sont envoyés en Afrique,

les gens se rendent sur des espaces d'information connectés et font un travail critique, qui produit des effets qui pèsent très lourdement sur l'acceptabilité de la vaccination.

Il faut anticiper un référentiel des configurations pathogènes. Travailler avec une sorte de carottage de l'opinion publique pour voir comment les gens reçoivent et s'approprient les messages. Faire des carottages sur l'acceptabilité des mesures préventives et voir la question des suggestivités face aux incertitudes. Il manque des équipes pluridisciplinaires, des recherches interventionnelles, des micro-dispositifs et des programmes pérennes.

#### **4.9. Le regard d'un citoyen engagé pour la démocratie en santé : Alexandre Berkesse**

Comme nous le rappelle le slogan scandé dans de nombreux mouvements sociaux, « *Nothing for us, without us* » (rien pour nous, sans nous), Lorsqu'on essaye d'agir pour les citoyens, mais sans eux, il se peut que nous n'agissions pas au mieux de leurs intérêts. C'est la même chose dans les soins. Très peu de collectifs et de patients sont représentés aujourd'hui, et la plupart du temps les pouvoirs publics agissent en fonction de ce qu'ils observent et pensent, de manière bienveillante, être bon pour eux. Mais d'autres éléments peuvent être importants aux yeux des citoyens et ne sont pas mis en lumière. Cette façon d'agir entraîne toujours un décalage.

Ne pas travailler avec les citoyens remet en question la légitimité de la prise de décision, ce qui peut avoir un impact majeur. Le lien de confiance perdu est difficile à rattraper et de ce fait, il faut être vigilant, notamment méthodologiquement.

Par ailleurs, avec la crise, beaucoup attendaient que la démocratie revienne en force, et que des discussions soient organisées. Or, moins de 20 % des commissions d'usagers se sont tenues durant la période, alors qu'il s'agit d'une obligation légale. De ce fait, il faut réserver l'état d'urgence, mode de gouvernement exceptionnel, aux réelles situations d'urgence pour lesquelles les personnes comprennent la légitimité à agir de cette sorte.

Durant la crise, il a été difficile pour beaucoup d'exprimer un désaccord. Or, la démocratie est saine lorsqu'elle est conflictuelle et constructive. Il faut créer et favoriser l'expression des désaccords.

En conclusion, la période semble avoir révélé une angoisse profonde de la mort, amenant à prendre des décisions irrationnelles. Pour survivre physiquement à un virus, est-on prêt à voir disparaître ou se dégrader des formes de conditions politiques, culturelles, une vie que l'on considère désirable ? La santé publique doit mobiliser la science pour discuter avec les citoyens des risques et des mesures à prendre en fonction de ces risques. Le débat sur la santé publique a été restreint à la science et cela peut amener des tensions sociales, qui s'accumulent et peuvent générer soit de la violence, soit une forme d'apathie politique de l'ensemble des citoyens qui n'est pas désirable non plus.

#### **Discussion**

- Quel pourrait être le rôle de l'anthropologue pour introduire une rupture dans cette difficulté à travailler de façon multidisciplinaire ?

Yannick Jaffré pense qu'il existe très peu d'informations sur les effets produits par des annonces passées sur différents canaux d'informations, par exemple sur le port du masque. Aucune

enquête ne porte vraiment sur le fait que certains ne portent pas leur masque, dans le métro, ou en manifestation anti-masque. Sur des segments de population, on peut réussir à comprendre quelles sont les structures de réception de messages sanitaires. Il faut une anthropologie d'intervention. L'anthropologie peut éclairer les réactions des populations.

- La rupture engendrée par la crise a permis d'agir plus rapidement ou bien cela a-t-il ralenti les actions ?

Alexandre Berkesse indique que la période a permis une accélération. Toutefois, malgré le fait que la majorité des espaces étaient fermés, il était plus compliqué d'exprimer un avis nuancé sur les réseaux sociaux. Dans une société où tout est bouclé en termes d'espace démocratique, cela force à être plus imaginaire et plus actif pour trouver les manières, les personnes avec qui faire avancer ces questions-là. Le rapport philosophique favorise cet ancrage politique et éthique dans la citoyenneté. La crise a été un des moments les plus adaptés pour s'entraîner à la citoyenneté, pour développer le pouvoir d'agir citoyen.

## 5. Clôture du séminaire, Franck Chauvin, Président du HCSP

Le séminaire a-t-il répondu à la question « est-ce une crise syndémique ou systémique » ?

Les différentes interventions ont peu pris en compte l'aspect syndémique de la crise. Même si cela a été évoqué, il n'a pas été répondu à la question : en quoi les personnes touchées par cette crise, alors que la réponse a été générale, ont été considérées spécifiquement et ont fait l'objet d'une prise en charge ou d'une attention particulière ? Du point de vue des interventions des uns et des autres, la réponse n'est toujours pas claire et alors que les risques relatifs sur les différentes classes d'âge sont extraordinaires et connus, que les comorbidités sont identifiées, le concept de syndémie a été difficile à mettre en œuvre. Cela n'a été possible qu'au moment de la vaccination. Il a été reconnu à ce moment que des personnes présentaient des risques particuliers et qu'elles nécessitaient un accès particulier à la vaccination. Il a été difficile de raisonner en fonction du risque et de travailler sur le risque. Le message est encore assez peu passé.

La crise est systémique. Le système s'est retrouvé sous tension. La réflexion ne fait que commencer et le ministre des Solidarités et de la Santé a rappelé qu'une mission de refondation de la santé publique avait été lancée. Le tabagisme tue chaque année des millions de personnes. Entre une crise aiguë et un risque chronique, il y a encore en termes d'arbitrage des difficultés à identifier cette question et à répondre de façon appropriée.

Concernant la démocratie, elle doit en effet être conflictuelle. Il faut organiser ces espaces de débat, là où les opinions peuvent s'exprimer.

La vie du quoi « qu'il en coûte » est-elle désirable ? Telle est la question. Les mesures contraignantes impactent à ce point la vie quotidienne d'une majorité pour diminuer possiblement la mortalité et cela est une réflexion de santé publique véritable. Cette réflexion commence et sur ces aspects syndémiques et systémiques, de nombreux colloques sont encore à prévoir.