



HAL
open science

Santé publique : les réponses aux défis de la pandémie de la COVID-19

Jean-Claude Henrard, Sophie Arborio, Laurence Fond-Harmant, Hélène Kane

► **To cite this version:**

Jean-Claude Henrard, Sophie Arborio, Laurence Fond-Harmant, Hélène Kane. Santé publique : les réponses aux défis de la pandémie de la COVID-19. Santé Publique, 2021, 33 (6), pp.785-788. 10.3917/spub.216.0785 . hal-04006143

HAL Id: hal-04006143

<https://hal.science/hal-04006143>

Submitted on 27 Feb 2023

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

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



SANTÉ PUBLIQUE : LES RÉPONSES AUX DÉFIS DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

[Jean-Claude Henrard](#), [Sophie Arborio](#), [Laurence Fond-Harmant](#), [Hélène Kane](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2021/6 Vol. 33 | pages 785 à 788

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.216.0785

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-785.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Santé publique : les réponses aux défis de la pandémie de la COVID-19

Une nouvelle maladie est apparue à Wuhan en Chine, en décembre 2019, se manifestant sous les traits d'une pneumonie atypique. Les chercheurs chinois ont identifié ce nouveau coronavirus et partagé la séquence génétique avec le reste du monde, permettant la fabrication de tests de dépistage du Sars-Cov2. À la fin du mois de janvier 2020, la maladie s'étant propagée dans 18 pays, l'OMS déclare une situation d'urgence de santé publique internationale, puis, le 11 mars, en raison de la hausse du nombre de cas et de pays touchés, une pandémie.

La pandémie s'accompagne d'incertitudes et de controverses qui interrogent tout d'abord la place de la santé publique dans le choix de la stratégie, de la communication et de la mise en œuvre.

À la mi-mars, en France comme dans la plupart des pays européens, le gouvernement opte pour une stratégie de mitigation. Il s'agit de « vivre avec le virus » en tolérant un niveau de circulation virale élevé et d'aplatir la courbe des entrées à l'hôpital, en protégeant en priorité les personnes les plus fragiles (âgées, immunodéprimées ou avec comorbidité), pour limiter les formes graves de la COVID et le risque de saturation des capacités hospitalières. Le système de santé risque alors de s'effondrer. Les individus sont ainsi invités à respecter les gestes barrières et à réduire les contacts sociaux et les mobilités. Ces limitations peuvent aller jusqu'à un confinement généralisé. Ce dernier constitue un cadre d'action inédit en santé publique, en matière de lutte contre les maladies contagieuses. Il n'a pas pris en compte les inégalités sociales face au risque de rencontrer le virus (du fait, par exemple, du maintien de l'activité professionnelle en présentiel) et en matière de respect du confinement (par exemple, logement surpeuplé).

Le nombre de contaminations quotidiennes baissant, les limitations des contacts et des déplacements sont relâchées. La stratégie « Tester, Tracer, Isoler » vise à casser les chaînes de transmission : elle est alors pertinente pour contrôler le risque de résurgences épidémiques. Notons qu'elle ne s'est accompagnée d'aucune enquête épidémiologique par sondage aléatoire permettant de connaître « la proportion de sujets testés positifs, porteurs asymptomatiques ou malades de la COVID-19, qui ont suivi le protocole d'isolement ». Sa mise en œuvre a souffert d'un manque d'accompagnement des personnes socialement vulnérables testées positives et de l'absence de recours au test de personnes asymptomatiques.

L'évolution de la pandémie est faite de périodes de reflux et de reprises plus ou moins rapides de la circulation du virus. Dès lors que celle-ci est élevée, la pratique du triptyque « Tester, Tracer, Isoler » est débordée et devient inefficace ; des mesures plus ou moins contraignantes sont alors prises : durcissement des restrictions allant jusqu'au confinement, un couvre-feu localisé ou généralisé ; invitations répétées à la vaccination initiées chez les personnes fragiles et les personnels soignants, progressivement étendues aux groupes d'âge de plus en plus jeunes, introduction du passe sanitaire. Dès lors que la circulation est réduite, les mesures se relâchent. La gestion est compliquée par la survenue de nouveaux variants plus contagieux.

En résumé, le choix de la stratégie de mitigation, où l'incidence apparaît mal contrôlée, condamne à un pilotage de décisions prises en réaction, plutôt qu'en anticipation, avec alternance de séquences de relâchement et de durcissement, qui procurent un sentiment de crise sans fin et un manque de confiance dans les recommandations gouvernementales. La stratégie de suppression, qui se fixe un seuil maximal de circulation virale, génère un pilotage de mesures pour réduire les contaminations en soutien à la vaccination et pour un meilleur suivi épidémiologique. Il s'agit ainsi plus d'une démarche de santé publique que celle qui donne la priorité à la préservation des capacités hospitalières réduites lors des décennies précédentes et mises en danger par la pression de la pandémie.

La communication gouvernementale a, trop souvent, été erratique, multipliant des signaux contradictoires « restez chez vous, mais allez voter », « restez chez vous, mais allez travailler », générant un déficit de confiance, aggravé par les réseaux sociaux porteurs de fausses informations et par la communication parfois catastrophique des grands médias. Ce défaut de confiance explique, en partie, le refus de se plier à certaines des mesures sanitaires proposées : mesures barrières, isolement, passe sanitaire, vaccination. La communication en matière d'isolement et de quarantaine des cas positifs et des cas contacts [1] a fait « appel à la responsabilité individuelle et à la conscience que chacun doit avoir de ses devoirs à l'égard des autres » [2], alors que d'autres pays les ont rendus obligatoires. L'abandon de l'isolement contraignant pour les personnes contagieuses fait que certaines d'entre elles, ne s'isolant pas, ont un comportement à risque pour autrui, qui ne respecte pas l'appel à « la conscience de ses devoirs envers les autres ».

La pandémie soulève ensuite plusieurs questions : quel est l'apport de l'expertise scientifique et quels types d'expertise sont utilisés pour éclairer les paramètres de l'épidémie et le choix de stratégie qu'il convient de mener pour y faire face, en tenant compte des capacités technologiques du pays ? Quel est l'apport de ces expertises dans la gestion de cette crise globale qui dure ? Quel est l'apport des savoir-faire ? Quelle place est donnée à la société civile dans les processus de décision et de mise en œuvre ?

Pour Daniel Benamouzig, membre du conseil scientifique [3], au début de gestion de la crise, en situation de fortes incertitudes, les connaissances déjà établies dont ont disposé les scientifiques dans leurs domaines respectifs, et les remontées du terrain, ont pris toute leur importance. Se sont ensuite ajoutées de « nombreuses connaissances disponibles en temps réel, au su de tous, provenant de publications ou d'équipes internationales avec des niveaux de fiabilité variables, notamment à travers des articles en "pre-prints" ». L'enjeu a été alors d'apprécier dans quelle mesure de nouvelles connaissances pouvaient permettre, si elles étaient avérées ou confortées, d'envisager des instruments d'action efficaces, pour définir des stratégies en matière de réduction des risques, de détection des cas, de vaccination.

La modélisation mathématique a précisé les paramètres de l'épidémie et a servi de justification à l'action publique visant à réduire les interactions et la propagation du virus (intégrant mise en quarantaine et durée du confinement) et à éviter le débordement des services hospitaliers. Le suivi épidémiologique a péché par manque de données. La surveillance épidémiologique de la COVID-19 présente de nombreuses lacunes et, surtout, manque de standardisation. Les seuls chiffres fiables sont ceux liés à l'hôpital (hospitalisation, soins critiques, décès) ; c'est sur eux que le gouvernement modulait sa stratégie, d'autant plus, qu'au début de la pandémie, les tests étaient réservés aux hôpitaux et cliniques. Depuis que le nombre de décès a baissé, la surveillance épidémiologique est basée sur les taux d'incidence des cas qui sont, en fait, des taux d'incidence de tests positifs, lesquels varient selon leur nombre et les types de populations testées. On ne sait toujours pas quel est le nombre quotidien de malades de la COVID (quels sont les critères d'identification des cas ?) ; les médecins libéraux éprouvent de grandes difficultés techniques pour déclarer, via le Web, les cas qu'ils rencontrent.

Les sciences humaines et sociales (SHS) contribuent à situer les questions sanitaires dans leur contexte systémique, en soulignant les inégalités sociales de santé : toutes les personnes ne sont pas affectées de la même manière, n'ont pas accès aux mêmes informations, ni aux mêmes services, possèdent des ressources inégales face à l'épidémie ou à ses conséquences. Ceci implique de porter plus d'attention à certains groupes sociaux plus précaires, certaines personnes ou professions, selon leur situation ou leur vulnérabilité sociale. De plus, les SHS analysent les fonctionnements et dysfonctionnements des organisations professionnelles et administratives et leurs relations et interrelations entre acteurs. Elles montrent l'étendue de la crise organisationnelle dans la crise sanitaire [4].

L'enquête « Épidémiologie et conditions de vie » [5], portant sur une cohorte de plus de 130 000 personnes sélectionnées aléatoirement, renseigne sur la diffusion du virus dans la population et les conséquences de l'épidémie sur le quotidien et la santé des individus. La troisième vague de l'enquête vise entre autres à renseigner sur la santé mentale après plus d'un an de crise sanitaire, les opinions et pratiques relatives à la vaccination. Bien qu'en France, la réticence vaccinale soit particulièrement élevée, les caractéristiques sociales des personnes hostiles au

vaccin COVID-19 sont comparables à celles que l'on retrouve dans d'autres pays [6], notamment, la plus grande réserve des femmes. L'enquête a également montré que l'opposition vaccinale est liée à d'autres caractéristiques démographiques et socio-économiques, à des expériences de discrimination vécues face au système de soins et à la défiance à l'égard du gouvernement.

Si la complexité institutionnelle a contribué à paralyser les décisions et la capacité à les mettre en œuvre, dans ces situations incertaines, les modes habituels d'organisation et de décisions ne peuvent être maintenus et de nouvelles manières d'opérer émergent. Ainsi, des ententes positives entre responsables des Agences Régionales de Santé (ARS) et des élus de Conseils régionaux et départementaux ont favorisé des synergies et des régulations concordantes, débouchant sur un renforcement de l'autonomie territoriale, plus à même de répondre efficacement aux différences de circulation virale. Des ARS [7] et des collectivités locales ont développé des programmes touchant les personnes socialement vulnérables et fragiles. De nombreuses initiatives locales déployées par des professionnels hospitaliers, des soignants de première ligne [8], du secteur médico-social, « d'organismes d'éducation et de promotion de la santé en région » ont été prises pour adapter les pratiques ou les actions au contexte de la pandémie. La capitalisation des retours d'expérience de ces initiatives est essentielle pour aider à réagir au mieux à l'avenir.

Le monde médical a fait part de son inquiétude, relayé par les grands médias, face aux complications de la COVID et aux effets collatéraux de la pandémie, tels que la nécessité de déprogrammer des interventions pour des pathologies non-COVID, le retentissement sur la santé mentale notamment chez les jeunes, et de la grande fatigue des personnels soignants source d'absentéisme et de démissions.

La question de la participation de la société civile s'est posée à plusieurs niveaux : participation de représentants aux différents comités mis en place, mobilisation générale des citoyens pour réussir le déconfinement, la vaccination, l'accompagnement des populations vulnérables. Elle n'a guère été mise en œuvre au niveau national, alors qu'elle a fait l'objet d'initiatives locales, au demeurant peu valorisées par les pouvoirs publics.

Au total, en période de crise, l'autonomie et le pluralisme de l'expertise scientifique, le recours à la société civile (et non sa négation), la décentralisation de la production et du partage de connaissance, la coordination des moyens d'agir responsabilisant les acteurs sociaux et la pédagogie ciblée apparaissent clairement comme des éléments clés pour construire les conditions de réussite de la mise en œuvre de la stratégie choisie.

Jean-Claude Henrard,
Rédacteur en chef de la revue Santé publique,
Professeur honoraire de santé publique

Sophie Arborio,
Membre du comité de rédaction,
Université de Lorraine

Laurence Fond-Harmant,
Membre du comité de rédaction,
Agence de Coopération Scientifique Europe-Afrique,
Université Sorbonne Paris Nord

Hélène Kane,
Coordinatrice de la revue Santé publique,
Université de Tours

Références

1. Heard M. Convaincre tout le monde plutôt que contraindre certains. Un choix politique tacite qu'il est temps de questionner. Terra nova COVID-19. Coronavirus : regards sur une crise. 22 avril 2020. [En ligne] <https://tnova.fr/societe/sante/convaincre-tout-le-monde-plutot-que-contraindre-certains-un-choix-politique-tacite-quil-est-temps-de-questionner/>.
2. <https://www.vie-publique.fr/discours/274200-edouard-philippe-28042020-plan-de-deconfinement-covid>.
3. Guénard F, Naudet J. COVID-19 et expertise sanitaire. Entretien avec Daniel Benamouzig. La vie des idées ; 2020.
4. Bergeron H, Borraz O, Castel P, Dedieu F. COVID-19 : une crise organisationnelle. Paris : Presses de Sciences Po ; 2020. 136 p.
5. Enquête réalisée conjointement par l'Inserm et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des Solidarités et de la Santé <https://www.epicov.fr/>
6. Spire A, Bajos N, Silberzana L. Social inequalities in hostility toward vaccination against COVID-19. MedRxiv preprint, BMJ, June 10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.06.07.21258461>.
7. Rousseau A, Bevort H, Ginot L. La santé publique au risque de la COVID19 : du premier retour d'expérience à la formulation de nouvelles exigences collectives. Santé Publique. 2020;32(2):183-7.
8. Fournier C, Michel L, Morize N, Pitti L, Suchier M, Bourgeois I, Schlegel V. Les soins primaires face à l'épidémie de COVID-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale, Questions d'économie de la santé, n° 260, Juillet-août 2021.