

Gestion de la pandémie: regard(s) critique(s)

Dans *Covid-19 : une crise organisationnelle*, les chercheurs Henri Bergeron, Olivier Borraz, Patrick Castel et François Dedieu* ont mené une enquête « à chaud » entre mars et mai 2020 auprès d'acteurs mobilisés. Ils s'interrogent pour comprendre comment le premier confinement, mesure jamais envisagée dans aucun plan, a pu être présenté comme la seule solution possible face à la pandémie. Rencontre.

Quels sont vos principaux constats et analyses des réponses institutionnelles à la crise sanitaire autour du premier confinement, dans notre pays ?

Notre première surprise, c'est le recours partiel aux dispositifs institués de gestion de crise et, parallèlement, dès fin février 2020, la création de nouvelles organisations. Parmi les dispositifs de crise qui n'ont pas été activés figure en particulier le plan Pandémie grippale, mis à jour en 2011. Pourquoi ? Certes, ce Plan reposait en grande partie sur les vaccins, dont on était alors dépourvu. Mais il contenait d'autres éléments intéressants, comme des fiches d'aide à la décision, qui auraient pu aider à se préparer.

La Cellule interministérielle de crise (CIC), censée être un dispositif-clé de toute gestion de crise, n'a été activée que tardivement, le 17 mars. Auparavant avait été créée *de novo* une task force interministérielle, autour du ministère de la Santé. Cette création, passée relativement inaperçue, a marqué le premier jalon d'un processus de création organisationnelle qui ne s'est jamais démenti tout au long de



la crise. La liste des organisations créées ou recréées est longue. Aujourd'hui, avec la vaccination, on atteint le paroxysme de ce que nous avons appelé une « frénésie organisationnelle ». Le fameux Conseil scientifique, formé le 10 mars 2020, en est l'un des exemples les plus frappants. Des personnalités en sont membres, tandis que les agences et administrations sanitaires en sont initialement exclues. Pourquoi avoir fait le choix de créer et de s'appuyer sur un dispositif spécifique, alors que le champ de la santé est saturé d'institutions et de comités d'experts (Santé publique France, Haut Conseil de la santé publique, Haute Autorité de santé, ANSM⁽¹⁾...) ? Ces institutions ont par la suite joué un rôle dans la gestion de la crise, mais au début elles n'ont pas été mobilisées.

Le deuxième constat est celui de l'hypercentralisation, d'ailleurs toujours d'actualité. Les choix reposent alors sur un très petit nombre d'individus, à savoir le triumvirat de décideurs – Olivier Véran,

Edouard Philippe et Emmanuel Macron –, éclairés par le Conseil scientifique, à dominante médicale.

La crise se déployant, ces deux tendances ont perduré : la multiplication des organisations de gestion de crise a abouti à un polycentrisme extrême, avec en conséquence des difficultés de coordination, une telle gestion multipolaire cohabitant avec l'hypercentralisation, voire l'hyperpersonnalisation de la décision.

Comment expliquer ces phénomènes ? Il est trop tôt pour tirer des conclusions fermes, et des recherches empiriques plus conséquentes seront nécessaires, mais nous avançons dans notre ouvrage quelques hypothèses. Un tel fonctionnement, en formation resserrée, est privilégié par certains décideurs qui croient ainsi maximiser leur capacité de décision autonome ; ils espèrent à la fois limiter l'influence des organisations expertes, susceptibles d'imposer leurs visions du problème et leurs solutions, et échapper aux luttes de juridiction et aux conflits entre ces organisations. Mais une telle stratégie présente des risques. En se coupant des organisations en lien avec le terrain, on perd en capacité de mise en œuvre ; d'autre part, on peut se demander si les informations qui parvenaient au Conseil scientifique et au gouvernement n'ont pas aussi perdu en quantité et en qualité.

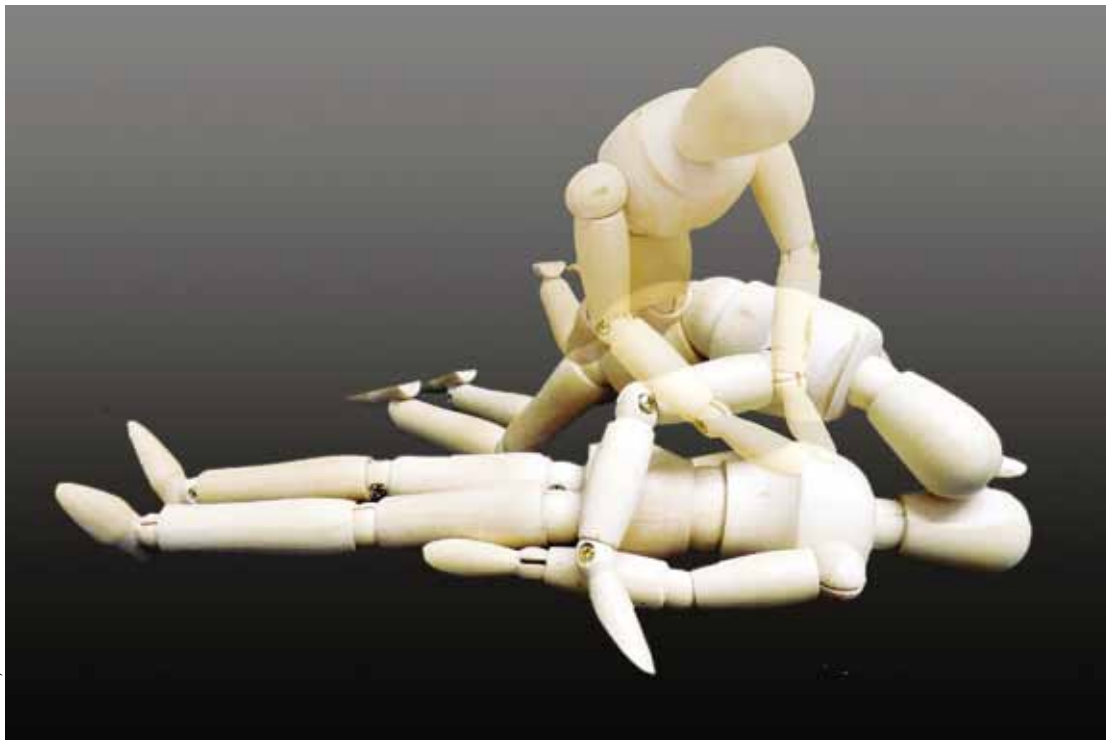
Existait-il d'autres préconisations dans les nombreux plans dédiés à des situations pandémiques ?

Oui, bien sûr. Le plan Pandémie grippale prévoyait un certain nombre de mesures

* H. Bergeron et O. Borraz sont directeurs de recherche au CNRS ; P. Castel est directeur de recherche à la Fondation nationale des sciences politiques (FNSP) (tous trois sont membres du Centre de sociologie des organisations de Sciences Po) ; F. Dedieu est chargé de recherche à l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (Inrae) au Laboratoire interdisciplinaire sciences innovations sociétés (Lisis).

(1) Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

(2) Respectivement : conférences régionales de la santé et de l'autonomie et conseils territoriaux de santé.



Le tri des patients en réanimation aurait eu un coût politique considérable, avec des morts dont on aurait pu la responsabilité directe aux décisions politiques, contrairement aux « morts de demain », conséquences des reports de soin et des déprogrammations, de l'aggravation de l'état de santé de la population due à la précarité et aux troubles de santé mentale liés aux mesures de restriction.

concernant les écoles, les commerces et les masques, par exemple. En tout état de cause, activer le Plan pandémie dès janvier 2020 aurait peut-être permis une réponse progressive, plutôt que le confinement brutal du 17 mars. Beaucoup d'acteurs déplorent que cette non-activation ait empêché la mise en place précoce d'une fonction d'anticipation. Anticiper, concrètement, c'est travailler sur différents scénarios, préparer plusieurs options, éventuellement les tester et les mettre en œuvre de façon progressive. De manière frappante, cette fonction d'anticipation reste d'ailleurs le parent pauvre de la crise, aujourd'hui encore : les décisions, confinements, couvre-feux, sont toujours prises au pied du mur... Cette constance dans le manque d'anticipation reste pour nous une énigme. S'agit-il d'un blocage intellectuel, cognitif, organisationnel, politique ?

Comment expliquer, passé la phase de « sidération », et de réponse mimétique par rapport à d'autres pays, le faible impact des analyses sur les décisions successives ? Et le reconfinement généralisé malgré la mise en évidence d'effets négatifs importants, tant au niveau économique que sanitaire ?

Ces éléments semblent peser davantage depuis le début de l'année 2021. Alors que certains médecins ou modélisateurs appelaient à un nouveau confinement dès fin janvier du fait du variant anglais, le confinement n'est intervenu que fin avril. Les conséquences du confinement sur la

santé mentale des étudiants et les effets des fermetures des écoles ont été invoqués par le gouvernement pour retarder cette décision. En réalité, plutôt qu'une conversion du président de la République à la santé publique, il s'agit sans doute davantage d'une convergence entre son agenda politique et les mises en garde de certains spécialistes de la santé publique, cherchant à alerter sur les conséquences désastreuses des confinements à moyen et long terme.

Le choix de garder les écoles ouvertes vise certainement avant tout un objectif économique, en libérant les parents de la garde d'enfants. Mais c'est un fil rouge de la politique d'Emmanuel Macron depuis le 20 avril 2020. C'est un thème autour duquel il peut construire une spécificité et une singularité nationales, dans la gestion de crise. La France est l'un des rares pays à avoir maintenu les écoles ouvertes aussi longtemps. Or le Président doit construire un bilan, pour les prochaines élections. Et il sait que ce bilan ne portera pas sur ses états de service comme réformateur, car ses grandes réformes n'auront pas l'envergure qu'il escomptait. Il sait qu'il sera jugé sur sa gestion de crise, et les écoles en constituent un volet crucial.

Alors pourquoi a-t-il cédé et opté pour le reconfinement généralisé, écoles comprises ?

Il s'est trouvé face au système hospitalo-universitaire qui n'est pas un groupe professionnel comme les autres, qui a des soutiens nombreux dans les lieux de pou-

voir, à l'Assemblée nationale notamment, et est très puissant politiquement. Or ce groupe professionnel alertait sur l'éventualité d'un scénario catastrophe : celui du tri des patients en réanimation. Ce tri aurait eu un coût politique considérable, avec des morts dont on aurait pu imputer la responsabilité directe aux décisions politiques, contrairement aux « morts de demain », conséquences des reports de soin et des déprogrammations, de l'aggravation de l'état de santé de la population due à la précarité et aux troubles de santé mentale liés aux mesures de restriction. Quant aux Covids longs, c'est un élément dont on peut estimer qu'il aurait pu jouer en faveur d'un reconfinement strict plus tôt, dès fin janvier. Mais leur durée, leurs conséquences et leur traitement font encore l'objet de débats. Il manque encore beaucoup de connaissances, et ces Covids semblent regrouper des réalités très diverses.

Quel regard portez-vous sur l'absence de sollicitation et de prise en compte des instances démocratiques, particulièrement de proximité, y compris au niveau sanitaire (CRSA, CTS) ⁽²⁾ ?

Selon nous, trois phénomènes se sont conjugués. L'Etat et ses services, notamment préfectoraux, se sont arrogé le monopole de la gestion de crise. Cette vision très stato-centrée a d'emblée exclu un ensemble d'acteurs, à commencer par les collectivités territoriales. Quant à l'approche hospitalo-centrée de la lutte

contre la pandémie, elle a de fait exclu au départ beaucoup d'autres acteurs de la santé, au niveau local et régional : associations, médecins généralistes, cliniques privées, notamment. Enfin, les leçons du sida, autre pandémie dramatique qui avait pourtant montré les vertus d'inclure davantage les patients et leurs représentants, n'ont pas été tirées.

Pourquoi ? Une hypothèse possible c'est que, si la santé publique a beaucoup progressé dans ses méthodes, ses savoir-faire et ses savoirs, y compris en France, elle a en revanche moins évolué au plan institutionnel. Par ailleurs il ne faut pas oublier que dès avant la crise, la démocratie sanitaire fonctionnait difficilement. Pour la simple raison qu'il est difficile de défendre les patients de manière générique. On peut partir d'un argumentaire d'usagers du système de soins, mais il se base sur le plus petit dénominateur commun entre personnes souffrant de maladies ou de handicaps hétérogènes.

Il faudra aussi comprendre pourquoi les acteurs de la démocratie sanitaire n'ont pas eux-mêmes été davantage proactifs dans la

« La crise se déployant, deux tendances ont perduré : la multiplication des organisations de gestion de crise a abouti à un polycentrisme extrême, avec en conséquence des difficultés de coordination, une telle gestion multipolaire cohabitant avec l'hypercentralisation, voire l'hyperpersonnalisation de la décision. »

crise de la Covid pour défendre une perspective plus large que la vision biomédicale qui a dominé globalement depuis le début. Une hypothèse réside dans le fait que cette épidémie n'a pas touché une communauté en particulier, qui aurait pu l'instrumentaliser pour obtenir des droits ou une reconnaissance identitaire, comme cela a été le cas de la communauté homosexuelle autour du sida. Autre hypothèse à explorer : les associations luttant contre le sida, le cancer, le diabète par exemple, ont craint pour leur public, jugé à risque de Covid sévère, et ont été d'autant plus enclines à se ranger derrière un discours médical pro-confinement, aveugle à ses conséquences sociales, sanitaires et inégalitaires.

La faible mobilisation est plus étonnante concernant les acteurs institutionnels de l'aide sanitaire comme Médecins du monde ou Médecins sans frontières, alors qu'on a vite compris que cette épidémie avait des effets socialement stratifiés et contribuait à approfondir des inégalités sociales, notamment d'accès aux soins et à la prévention. C'est encore un sujet de recherche.

Déconfiner en Ehpad, une exigence vitale

Si, dans la lutte contre la Covid, les résidents des Ehpad ont fait l'objet des premières mesures sanitaires, ils pourraient faire partie des derniers bénéficiant du retour à « la normale ».

En effet, avant même le confinement général, les pouvoirs publics avaient interdit les visites dans ces établissements. Une mesure aussi drastique inquiétait mais pouvait se comprendre au regard des risques élevés de contagiosité au sein d'un lieu collectif, de la fragilité de cette population très âgée souffrant souvent de comorbidités et du manque cruel de matériel de protection.

Très vite, les effets délétères de cet isolement sur la santé psychique des résidents ont été montrés, confirmés par un rapport de la Défenseure des droits (DDD)⁽¹⁾, soutenu par l'AD-PA⁽²⁾, exigeant qu'ils soient considérés comme des citoyens à part entière.

Pourtant, la situation a peu évolué depuis mars 2020. Alors que désormais tests, masques, blouses sont disponibles, et que la vaccination est accessible aux résidents, nombre d'établissements leur refusent toute sortie ou visite, voire tout déplacement intérieur.

Le collectif Vital⁽³⁾ s'est constitué autour de soignants en mars 2021, appelant à la vigilance et proposant des modèles d'organisation aux établissements afin d'assurer en toute sécurité la présence des proches auprès des résidents. Un tel retour demande du temps, un accompagnement humain et une volonté.

Il est une urgence, celle de revenir à un fonctionnement normal pour une fin de vie digne, entourée, vivante et partagée. A ce jour il n'est pas certain que le nouveau protocole ministériel comporte des dispositions nécessaires à satisfaire les cinquante-et-une recommandations du rapport du DDD...

Tatiana Gründler, Isabeau Le Bourhis et Philippe Laville, coresponsables du groupe de travail LDH « Santé, bioéthique »

(1) www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-ehpad-num-29.04.21.pdf.

(2) Association des directeurs au service des personnes âgées, partenaire de la LDH dans la lutte contre l'âgisme; voir ses communiqués dès le 16 avril 2021 et l'entretien du 29 avril de son président, Pascal Champvert, sur France Info (www.ad-pa.fr).

(3) <https://lecollectifvital.wixsite.com/maintenirlesvisites>.



Il y a une volonté d'en finir aussi vite que possible avec cette crise, sans en tirer des leçons. Or il serait très utile d'étudier ce qui a été fait, sachant que beaucoup d'initiatives intéressantes ont été prises. Ici en avril 2020, lorsque le département des Yvelines a dépêché des équipes médicales mobiles et mixtes (sapeurs-pompiers/département) pour un dépistage massif dans les quatre-vingt-dix Ehpad du territoire.

Quelles leçons tirer pour l'avenir, pour d'autres pandémies ? Comment éviter « la construction de l'ignorance au sein des politiques publiques »⁽³⁾ et encourager l'implication citoyenne ?

Il existe un important enjeu de production de connaissances sur la manière dont la crise a été gérée. Pour l'instant, nous sommes plutôt pessimistes sur ce point. Des retours d'expérience sont certes conduits ici et là par différentes organisations mais dans l'ensemble nous constatons deux écueils. D'abord, certains retours d'expérience sont menés sans réelle méthode et s'apparentent davantage à un partage collectif du vécu, certes intéressant, mais à partir duquel il est difficile de tirer des enseignements pour l'action. Ensuite, les retours d'expérience, quand ils sont menés, le sont sur une base organisationnelle individuelle, qui rend difficile la mutualisation des connaissances.

Plus préoccupant encore, de nombreuses organisations, y compris au plus haut niveau de l'Etat, rechignent à s'engager dans un tel travail qui risquerait de pointer des responsabilités individuelles et d'aboutir à des réorganisations jugées trop importantes. Il y a une volonté d'en finir aussi vite que possible avec cette crise, de passer à autre chose, sans en tirer des leçons. Ce problème n'est propre ni à la

France ni à cette crise, malheureusement. Il serait pourtant très utile de produire des connaissances sur ce qui a été fait, ce qui n'a pas marché et ce qui a marché. Beaucoup d'initiatives intéressantes ont été prises. Il faudra les étudier non pas comme des phénomènes isolés, mais pour comprendre les mécanismes plus génériques de la coopération et de la coordination en temps de crise.

Nous plaçons aussi pour la nécessité de désingulariser cette crise, de ne pas la penser comme un phénomène isolé, unique, incomparable, mais au contraire de la mettre en série avec d'autres crises passées (nationales ou locales), pour identifier des traits récurrents, montrer que l'on retrouve certains dysfonctionnements et processus décisionnels. Par cette mise en série, nous pourrions avancer vers une meilleure connaissance des crises, de ce qu'elles impliquent et de la façon de les gérer.

Nos recherches vont désormais se tour-

ner vers le niveau local, pour décrire cette face un peu cachée de ce qu'a été la gestion de la crise depuis mars 2020. De nombreuses initiatives innovantes ont été prises, des mobilisations, des réseaux se sont organisés dans les territoires et entre eux. Il s'agira de montrer à quel point, à l'avenir, gérer une crise ne peut plus relever du seul monopole de l'Etat, mais doit d'emblée se penser en lien avec les acteurs de la société civile. ●

**Propos recueillis
par Isabeau Le Bourhis
et Philippe Laville, coresponsables
du groupe de travail LDH
« Santé, bioéthique »**

Le groupe de travail a organisé, le 14 avril 2021, une rencontre-débat (<https://youtu.be/QzplNnBrAp8>) avec H. Bergeron, l'un des coauteurs de *Covid-19, une crise organisationnelle*.

« Dès avant la crise, la démocratie sanitaire fonctionnait difficilement. Car il est difficile de défendre les patients de manière générique. On peut partir d'un argumentaire d'usagers du système de soins, mais il se base sur le plus petit dénominateur commun entre personnes souffrant de maladies ou de handicaps hétérogènes. »

(3) Selon les termes de François Dedieu.