

Contribution multidisciplinaire à l'analyse et à la prospective sur la crise COVID-19

Comité de pilotage restreint dédié COVID-19 du séminaire Maladies Infectieuses
Emergentes de l'Ecole du Val-de-Grâce

Version du 4 juin 2020

Rapport rédigé par : Gilles Boëtsch et Catherine Leport, avec Henri Bergeron, Jean François Guégan, Frédéric Keck, Jocelyn Raude, Sylvie Sargueil

Propositions

1 – Faire évoluer la méthodologie de la recherche scientifique sur les Maladies infectieuses émergentes (MIE) dans une coopération globale interdisciplinaire et intersectorielle, souple et modulable en fonction des phases de la crise pandémique.

2 – Réaliser une analyse transversale des impacts collatéraux à moyen et long terme du COVID-19 sur les plans sanitaires, éducatifs, économiques, géopolitiques et psycho-sociaux.

3 – Revisiter la gouvernance nationale, notamment par une analyse comparative avec d'autres pays, en étant attentif aux zones d'ombre du système de santé, tels les EHPAD, les personnes en situation de handicap, les autres populations vulnérables, ainsi que le système de soins à domicile. Cette démarche doit prendre en compte le questionnement régulier et l'interpellation constructive.

4 – Organiser un colloque national, avec les chercheurs en communication et les journalistes les plus mobilisés. Il prendrait la forme d'un retour d'expérience accéléré sur la communication de crise sanitaire, ajustée à la dynamique de l'épidémie, impliquant tous les acteurs, politiques, médias, experts médicaux et scientifiques, citoyens.

5 – Mettre en place l'équivalent d'un « GIEC » sur les MIE pour une compréhension collective, indépendante, plus transversale de ces crises, et une meilleure réactivité lors de leur survenue, avec élaboration d'un rapport annuel.

Introduction

Chaque année depuis 2011, est organisé à l'Ecole du Val-de-Grâce un séminaire dédié aux maladies infectieuses émergentes (MIE). Ce séminaire réunit des expertises variées dans les domaines de la santé humaine, de la santé animale et des sciences de l'environnement, des sciences humaines et sociales, dans l'esprit des concepts « One Health » et « Ecohealth ». Ces deux concepts internationaux rapprochent, pour le premier, l'infectiologie animale de l'infectiologie humaine, et donnent, pour le second, une composante environnementale et systémique aux sujets des émergences infectieuses. L'idée est de promouvoir une réflexion transdisciplinaire et trans-sectorielle, de croiser les connaissances et de les diffuser via le site internet du séminaire (www.malinfemerg.org) ainsi que par diverses publications nationales et internationales.

Le séminaire 2020 aurait dû se tenir le 26 mars dernier et le thème prévu concernait la prise de décision en situation d'incertitude. Un sujet devenu depuis d'une actualité telle qu'il est aujourd'hui la préoccupation principale de la plupart des gouvernements dans le monde.

Il n'a pas été possible, bien entendu, de maintenir le séminaire dans sa forme initiale, mais il a été décidé de travailler en comité plus restreint dédié COVID pour continuer à alimenter cette réflexion transversale plus que jamais nécessaire.

Pour ce faire, des réunions à distance, audio-ou visio-conférences se sont tenues régulièrement, et il a paru souhaitable de partager les points forts de ces discussions.

Vous trouverez ci-dessous les messages principaux élaborés par les participants aux réunions du 26 mars, 4 avril et 10 avril 2020.

Nota Bene : Dans les conditions décrites ci-dessus, le présent travail constitue un socle préalable à une analyse et des suggestions qui méritent d'être approfondies. Certaines remarques critiques inhérentes au contexte exceptionnel seront à rediscuter.

1 – Communication

Dans l'objectif de favoriser la cohésion sociale, la mesure et la solidarité doivent primer dans la communication de crise.

Les propos et actions relayés par les acteurs, décideurs, médias, grand public, tombent souvent dans l'excès (décalage du ressenti de la population, informations basées sur l'émotionnel/sensationnel, attitudes stigmatisantes/moralisatrices...).

Il serait souhaitable de réfléchir à une approche différente, plus responsable et positive de la communication publique, davantage basée sur la confiance, l'empathie et la bienveillance. Un tel cadre favoriserait une valorisation des engagements et des actions menées au niveau des différentes communautés.

1.1 – Emetteurs

1.1.1 – Politiques

Le manque de concertation d'ensemble s'est traduit par une cacophonie dans les institutions diverses, et plus globalement au niveau de tous les composants de la société, citoyens inclus. Des déclarations contradictoires (interdiction puis promotion des déplacements à vélo, « restez chez vous », « allez voter », « allez aider les agriculteurs » ...), voire perçues comme incohérentes au fil du temps (utilité des masques, tests diagnostiques, etc...), ou des formulations inappropriées (distance sociale à remplacer par distance physique), ont pu participer à la confusion des messages et la décrédibilisation de la parole publique. Un manque de discernement est apparu dans des positions basées sur un prétendu bon sens, tout comme dans certaines décisions et communications politiques. De ces constatations découle la nécessité d'une plus grande cohérence dans les discours, ce qui a, d'ailleurs, été mieux assuré dans l'accompagnement de la sortie du confinement.

Le manque d'anticipation observé jusqu'à présent, fait craindre une incapacité à penser l'avenir en termes de durabilité : que peut-on faire pour contribuer à renforcer l'orientation vers des solutions écologiquement/climatiquement viables ?

La prééminence de modalités de communication autour des politiques de prévention autoritaires, confine au « puritanisme hygiéniste » (interdiction des plages et des forêts dans des zones à faible densité de population, surveillance par drone, etc.), dans une société devenue plus mature. L'expérience suggère en effet que l'utilisation de la peur et de la punition pour motiver des changements de comportements est généralement efficace à court terme mais qu'elle s'avère souvent contre-productive sur le moyen et le long terme, dans la mesure où elles finissent par susciter des réactions de rejet et de défiance de la part des populations concernées. Une part non négligeable de citoyens est, pour des raisons idéologiques, systématiquement critique vis-à-vis des mesures de santé publique et donc difficile à associer à la prise de décision ; exagérer, dire la vérité, corriger le tir, noyer le poisson : quoi qu'on fasse, pour eux, on fera mal. Modifier cette culture dans le sens d'un dialogue plus confiant est un objectif essentiel dans la gestion d'une crise sanitaire, mais la tâche est titanesque. Une approche positive, fondée sur l'appel à la vertu, la responsabilité de chacun, ainsi que l'approbation et l'encouragement des pouvoirs publics à maintenir des comportements adaptatifs dans le contexte épidémique serait probablement beaucoup plus efficace et appropriée sur la durée. La comparaison des situations européennes montre par ailleurs que la confiance des citoyens dans les capacités des gouvernements à bien gérer la crise est notablement plus élevée dans les pays qui ont appliqué des politiques plus incitatives que coercitives, notamment en Allemagne, aux Pays-Bas ou au Portugal.

Le retard à l'explication concernant la pénurie de masques a également un impact négatif sur la confiance des citoyens envers les gestionnaires de crise (malgré les recommandations de bonne gestion et de maintien de stocks actifs immédiatement mobilisables, suite aux crises SARS-CoV-1 en 2003, et pandémie H1N1 *pdm* en 2009, du fait du peu de transparence sur les décisions relatives au renouvellement et au recyclage des stocks périmés).

Enfin, il faut souligner que, dans les premiers jours de la crise, la rhétorique guerrière a été particulièrement anxiogène et l'empathie ou la reconnaissance peu perçues. Un

discours précoce d'encouragement et de valorisation des engagements citoyens et des actions positives aurait utilement rééquilibré le message.

Par certaines décisions difficilement compréhensibles - fermeture brutale des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) aux familles, traitements déficients réservés aux mourants, gestion des enterrements, non scolarisation des enfants des caissières, absence d'anticipation des besoins des banques alimentaires, dans le 93 par exemple, absence d'anticipation des violences liées au confinement etc... - les décideurs ont montré qu'ils sont, parfois, déconnectés de la population.

1.1.2 – Médias

Les médias jouissent désormais du même « privilège » que les politiques : on ne leur fait, globalement, plus confiance. De plus, lorsqu'on parle de médias, de quels médias parle-t-on ? Entre *Le Monde* et *France Culture* d'un côté, *Facebook* et *iTunes* de l'autre, en passant par toute la gamme de qualité et de complexité (sans parler de l'impact des images et du matraquage des chaînes en continu). Par sa complexité, ce domaine ne peut pas de prime abord être analysé dans sa globalité. Et il faudra sans doute de longs mois de travail pour que les chercheurs en sciences de l'information commencent à analyser et interpréter la manière dont les « médias » ont traité cette crise.

On note globalement une insuffisance de mise en perspective et en débat des directives politiques, unanimement admises comme étant ce qu'il fallait faire, alors que nos voisins ne mènent pas forcément les mêmes politiques sanitaires (cf. l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne et la Grande Bretagne...) et que confiner de manière stricte et autoritaire toute une population ne va pas de soi tant les conséquences immédiates et à long terme sont délétères et les bénéfiques mal évalués.

Cette unanimité a pu parfois alimenter l'impression de collusion entre la presse et le pouvoir, un phénomène qui a tendance à nourrir le complotisme.

Il serait souhaitable que les médias jouent davantage leur rôle de pont entre tous les acteurs, en donnant la parole aux citoyens et en faisant remonter plus rapidement les informations sur ce qui se passe dans la population.

Il est important qu'un débat éthique ait lieu sur le rôle et l'impact du traitement médiatique au sein d'un dispositif de crise sanitaire, et que ce soit la communauté des journalistes elle-même qui impulse ce mouvement. Des voix s'élèvent pour reprocher un traitement catastrophiste de la crise. Il est intéressant de réfléchir à développer le journalisme dit « de solution » qui « s'emploie à analyser et à diffuser la connaissance d'initiatives qui apportent des réponses concrètes, reproductibles, à des problèmes de société, économiques, sociaux, écologiques » (Reporters d'espoir). Ainsi, la presse a relayé les actions telles que par exemple celle de l'EHPAD où le personnel s'est confiné avec les résidents.

Il est également intéressant dans un tel contexte de développer le recours au datajournalisme qui permet de mettre en perspective les données épidémiologiques sur une large échelle géographique (niveaux national, européen, mondial) et dans le temps, favorisant un regard à 360° et une mise en perspective plus juste de ce qui se passe.

En tant que contre-pouvoir, les médias prennent de fait une place dans le dispositif de riposte, et dans ce cadre il est légitime de réfléchir à leur impact pédagogique. Les citoyens ont besoin d'informations de qualité, pour les aider dans leur processus de compréhension et d'analyse. La compréhension et la confiance qu'elles induisent étant garantes d'une meilleure observation des mesures sanitaires à respecter.

Enfin, il serait intéressant de développer l'enseignement des thématiques sanitaires et de leurs enjeux dans les formations de journalistes afin qu'ils soient mieux préparés à traiter ces sujets, formations assurées par leur communauté, en coopération avec des politiques et des scientifiques.

1.1.3 – Experts

- Les experts sont en position privilégiée concernant l'acquisition des connaissances, leur développement, la collecte de l'expérience au fil des crises antérieures, leur synthèse et leur mise à disposition. Ils ont l'obligation de dire ce que l'on sait, et ce que l'on ne sait pas, à un temps donné, et de reconnaître avec humilité que chacun peut se tromper. Comme les autres acteurs, ils ont un devoir d'exemplarité.
- Leur communication s'adresse à différents destinataires 1) les décideurs et gestionnaires de crise, 2) les acteurs et professionnels de terrain 3) le public via les médias.
- Leurs travaux concernent l'ensemble des secteurs impliqués, non seulement les soins et la santé, mais aussi les comportements sociaux, les relations inter-personnelles famille, voisins, amis, collègues de travail, commerçants, les politiques publiques, les impacts économiques, environnementaux et sociaux.
- Les personnes qualifiées ont participé à la formation de jeunes professionnels pour pallier l'insuffisance de personnels dans certains secteurs consommateurs de ressources humaines, tels les EHPAD.
- Ils doivent promouvoir des échanges pédagogiques autour des connaissances et recommandations transmises à l'origine des décisions prises, car ils sont des relais d'opinion et de confiance pour les citoyens.
- A titre d'exemple : il faut diffuser les bons messages aux propriétaires d'animaux domestiques pour éviter les comportements irrationnels comme le coma éthylique des chats « nettoyés » au gel hydroalcoolique.
- La pandémie COVID-19 a, de nouveau, posé le sujet de l'expertise, des experts, et de leur communication dans les différents médias.
 - Un sujet concerne la composition du premier Conseil scientifique et la représentativité imparfaitement équilibrée des différentes disciplines. On constate notamment la présence d'un seul modélisateur chargé de toute la stratégie d'analyse et de prévision (notamment de déconfinement), ce qui peut apparaître quelque peu risqué. On favorise généralement plusieurs modèles, à mettre en regard, une méthodologie de travail plus sûre et approuvée au plan international pour son aspect comparatif. Plus précisément, la propriété des données épidémiologiques est aussi posée car elles sont analysées de manière quasiment exclusive et ultérieurement publiées sans avoir fait l'objet de partage entre équipes. Nous rappelons

que les données épidémiologiques constituent un bien commun national, voire international.

- Un autre point concerne l'expert et l'expertise que l'on appelle dans le cadre d'un entretien, et où des réponses peuvent être apportées à des questions cependant très éloignées du champ d'expertise de l'expert.
- Une bonne communication des experts au grand public est aujourd'hui indispensable à la construction en intelligence et en confiance du dialogue entre les pouvoirs publics et les citoyens. Reste à préciser les contours de cette communication, ses supports, ses mises en scène, ses garde-fous déontologiques. Au-delà des égos des uns et des autres et des effets pervers des « réseaux » relationnels des uns et des autres, cet exercice pose aussi la question de la vulgarisation. Tout le monde ne maîtrise pas l'art oratoire avec le même brio, et certains domaines sont aussi plus complexes que d'autres à simplifier.
- Au niveau international, les conditions d'observation, d'analyse et de synthèse de ce type d'épidémie d'origine environnementale montrent, en creux, l'absence d'un groupement d'experts (ou d'une structure les rassemblant) qui aurait permis une compréhension plus globale et transversale. Certes, il existe des activités communes entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), comme par exemple le Global Early System for Health Threats and Emerging Risks at the Humans-Animals-Ecosystems Interfaces (GLEWS). Force est cependant de constater que les institutions internationales compétentes en matière de biodiversité et de dégradation des espaces naturels (PNUE, CDB, CITES...) ne sont pas membres de la gouvernance de cette initiative tripartite. Ceci est très dommageable, puisqu'à l'origine de ce type de nouvelle pandémie humaine, nous nous situons fréquemment aux interfaces entre naturalité, pratiques et usages humains, agriculture et élevage.

Dans cette perspective, nous proposons la création de l'équivalent d'un « GIEC » sur les MIE afin de dégager un consensus robuste, limitant l'effet de cacophonie des experts. Il s'agirait de prendre exemple sur ce qui a été développé dans le domaine du changement climatique et de le décliner au sujet des MIE. Un rapport annuel ou bi-annuel en découlerait qui permettrait d'assurer un état de vigilance et d'actions (dont exercice d'entraînement) visant à une meilleure préparation à la survenue d'une nouvelle MIE.

1.2 – Récepteurs

En règle générale, les Français – comme les Italiens et les Espagnols – ont fait preuve d'un civisme et d'une discipline remarquables dans l'application des recommandations et le respect des règles particulièrement strictes imposées par les pouvoirs publics pour contrôler l'épidémie/pandémie. Les données disponibles issues de différentes enquêtes (y compris les remontées du ministère de l'intérieur sur les contrôles de police et de gendarmerie) indiquent qu'après 2 semaines de confinement entre 93% et 97% de nos concitoyens respectaient scrupuleusement les consignes qui leur

étaient données par les autorités compétentes. La persistance de certains comportements inappropriés dans la population (comme les crachats dans la rue) peut s'expliquer dans une large mesure par une absence de sensibilisation spécifique à ces enjeux. Il existe par ailleurs des différences sociologiques dans le respect du confinement qui peuvent être attribuées à des conditions de vie (en particulier de logement) plus précaires et plus difficiles dans les milieux populaires des quartiers urbains et/ou à des facteurs de vulnérabilité culturelle (comme la faible maîtrise de la langue française).

2 – Impacts sanitaires et éducatifs collatéraux de l'épidémie et du confinement

L'épidémie/pandémie est par essence un phénomène dynamique (au sens physique du terme) qui se comprend dans le temps long et dans l'espace des trajectoires possibles. Tout doit être repensé en ce sens avec le recul nécessaire, et expliqué à travers des échanges pédagogiques croisés. D'autant que des effets de rebonds et de résonance sont possibles.

Il faudrait pouvoir garantir, le maintien de la cohérence entre la réalité du terrain, les décisions prises et leurs perceptions par les citoyens.

Seule une vision globale permettra des décisions ajustées et régulièrement réexaminées en fonction de la dynamique de l'épidémie et des conséquences sanitaires et sociales des mesures prises.

Il est d'ores et déjà patent que le traitement de la crise (confinement), s'il a évité l'engorgement des services de réanimation des régions « cluster » et sans doute sauvé des vies, a également généré des effets délétères à différents niveaux et en particulier au plan sanitaire. Il faut s'attacher à identifier ces effets « collatéraux », les évaluer et réfléchir à leur prévention à l'avenir en adoptant la stratégie de crise à l'aune de la devise attachée à la pratique médicale « *primum non nocere* » et du credo de la santé publique, qui se décline en termes de bénéfice-risque.

2.1 – Conséquences psychologiques et psychiques immédiates et à long terme

Les conséquences psychologiques de l'épidémie et du confinement ont fait l'objet d'enquêtes hebdomadaires qui ont permis un suivi de la population et une évaluation précise de la situation vis-à-vis de la santé mentale de la part des équipes de Santé Publique France. Les principaux résultats de ces enquêtes ont été publiés dans un article du BEH en date du 7 mai 2020. Ces derniers montrent un doublement de la prévalence de l'anxiété lors de l'épidémie par rapport à une enquête antérieure conduite en 2017 (27 % contre 14 %). Ces troubles sont par ailleurs inégalement distribués dans la population française puisqu'ils sont sensiblement plus fréquents chez les femmes, les parents d'enfants de moins de 16 ans, ainsi que dans les catégories sociales les plus défavorisées, probablement en raison de conditions de logement plus difficiles dans le contexte du confinement. Cependant, le niveau d'anxiété de la population française a eu tendance à baisser au cours des 6 semaines, manifestant ainsi une certaine accoutumance psychologique à cette situation proprement extraordinaire. Paradoxalement, les données les plus récentes montrent que les classes populaires (notamment les ouvriers et les employés) qui ont le plus souffert du confinement sont aussi celles qui redoutent le plus le retour à une vie plus normale. Cette contradiction apparente peut néanmoins s'expliquer par le fait que les travailleurs les moins qualifiés sont souvent aussi plus exposés à des situations

d'interactions sociales et par conséquent à des risques de contamination dans le cadre de leurs activités professionnelles.

D'autres enquêtes montrent que le confinement a conduit à l'aggravation des vulnérabilités et des difficultés sociales préexistantes à la pandémie (isolement, personnes vulnérables, insalubrité, violences familiales et sociétales).

2.2 – Impact sur la santé de la population de la diminution temporaire de la prévention et du traitement de certaines autres pathologies (cf. annexe)

Il faut surveiller de près et sur le long terme, les probables effets pervers du confinement sur la santé de la population. On peut en effet s'attendre à ce que la crise du COVID-19 soit à l'origine d'un plus grand nombre de victimes que la maladie elle-même. Ce phénomène avait déjà été observé après les attentats du 11 septembre aux Etats-Unis : la peur de l'avion dans la population avait provoqué une utilisation accrue de la voiture pour les trajets de longue durée. Au final, les attentats ont fait sensiblement plus de victimes indirectes (par l'augmentation des accidents de la route) que de victimes directes. La mortalité annuelle totale est d'environ 600 000 décès en France, la plupart étant dus à des pathologies chroniques pour lesquelles le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité, la malnutrition, la solitude mais aussi un moindre recours aux services de santé constitue les principaux facteurs de risque. Ces facteurs de risque étant actuellement exacerbés par le confinement, on peut craindre une augmentation de la mortalité indirectement liée au COVID-19 dans les prochains mois.

Les données épidémiologiques doivent remonter du terrain pathologie par pathologie, service par service et également en provenance des médecins libéraux. Il faut évaluer les impacts de la crise (dont la peur de l'épidémie) et de la mise en œuvre du confinement sur les pathologies chroniques « négligées », les dépistages retardés, les addictions développées, le retentissement des troubles psychiques (y a-t-il eu plus de suicides ? y en aura-t-il davantage avec les conséquences socio-économiques de la crise ?), les vaccinations et les interventions chirurgicales retardées, l'augmentation des violences intra familiales, les déséquilibres nutritionnels au sein des populations les plus vulnérables ... sans méconnaître l'importance des décès par syndrome de glissement chez les personnes âgées privées de liens sociaux, notamment en EHPAD. Les causes et les mécanismes doivent être précisément étudiés pour que leur prévention soit intégrée dans les prochaines stratégies de riposte à la survenue d'une pandémie.

2.3 – Impact sur le système éducatif

La décision de confinement de l'ensemble de la population a conduit à un changement structurel inédit dans l'organisation de la scolarité des enfants, des jeunes et des étudiants, ainsi qu'à l'arrêt jusqu'au 11 mai de l'ensemble des dispositifs de garde d'enfants, crèches, assistantes maternelles, comme des activités ludiques, culturelles et sportives en présentiel.

L'ensemble de la nation, et tous les acteurs, Education Nationale, collectivités, associations, CAF, se sont alors fortement mobilisés pour s'adapter : des structures scolaires et des modes de garde adaptés à la situation ont été mis en place pour les enfants des personnels prioritaires (soignants, personnels assurant des services

essentiels à la nation - dispositif étendu depuis le 11 mai aux personnels participant à la réouverture des dispositifs scolaires.

De nouvelles formes pédagogiques se sont mises en place pour assurer un accompagnement des élèves et des étudiants, et les enseignants, de la maternelle à l'Université, ont, dans la mesure du possible, organisé des enseignements et suivis d'élèves, à distance.

La mobilisation de nombreux acteurs n'a néanmoins pas permis d'atténuer les fractures sociales déjà observées. S'y sont ajoutés des sujets d'organisation matérielle familiale, comme l'exiguïté des logements, l'insuffisant équipement ou maîtrise informatique des familles dans un contexte où chacun l'utilise, en télétravail ou pour les enseignements ... Ainsi par exemple, 16,5% des collégiens ont été "perdus de vue", notamment parmi les populations les plus vulnérables.

L'interruption des activités pédagogiques va entraîner une rupture de près de cinq - six mois avec le rythme, les règles partagées, les relations avec les communautés scolaires et sociales, qui risque d'éloigner encore plus ceux qui sont déjà en fragilité dans leur parcours. L'augmentation forte du nombre de décrocheurs, c'est à dire les jeunes de plus de 16 ans qui ne sont pas intégrés dans un projet -d'étude ou professionnel est un risque majeur.

Enfin, les interactions du monde de l'éducation avec d'autres "secteurs" de la société, sont considérables. Des enfants non scolarisés ou pris en charge empêchent la reprise structurée du travail de leurs parents, les maladies (Covid, dépressions, autres) impactent la situation psychologique des familles et leurs relations aux autres, l'absence de rencontres festives et d'évènements collectifs, distend progressivement les relations sociales et accentue l'isolement.

3 – Mise en perspective

3.1 – Revisiter la gouvernance nationale

Dans les leçons à tirer, il faudrait donner une place aux sciences sociales et politiques dans l'observation à chaud de la gestion de la crise pour comprendre les déterminants, et ce, plutôt que de leur demander des études *a posteriori* institutionnelles et organisationnelles des décisions politiques.

Il aurait fallu expliquer davantage :

- la création d'un Conseil scientifique *ad hoc* qu'aucun texte ne prévoyait,
- le séquençage des décisions (fermeture des écoles, puis des restaurants, puis confinement),
- le maintien des élections municipales,
- les décisions régionales (avec compétition entre Région, ARS et Préfecture),
- des politiques hospitalières différentes concernant le niveau de saturation toléré, les prescriptions de produits de santé dont l'efficacité n'avait pas été démontrée, les modalités d'extension des capacités en lits de réanimation.

Certaines décisions jugées inappropriées ont pu être modulées, telle celle qui a permis aux familles de voir le corps de leur défunt - y compris dans les EHPAD (décret du premier ministre du 1^{er} avril, et note DGCL du 2 avril 2020, en décalage avec les recommandations d'experts, révisé après avis du CCNE, par plusieurs textes, le

dernier étant une Note DGCL « Covid-19 et droit funéraire » du 15 mai 2020). Cette modulation était essentielle pour le maintien de la cohésion sociale et d'un sentiment de vivre ensemble dans une communauté qui porte ses vivants et ses défunts, pour un avenir commun.

3.2 – Faire évoluer la méthodologie du travail scientifique

La méthodologie du travail scientifique doit prendre en compte les transformations socio-écologiques, incluant l'agriculture et l'élevage intensif, pour ne pas être systématiquement débordé par la complexité des MIE à venir, qui nous confrontent aux limites de nos savoirs et de nos connaissances. Ce constat impose aux scientifiques et aux praticiens de mieux conjuguer et coordonner leurs efforts, ce qui est actuellement peu réalisé au niveau national, pour s'inscrire dans une cohérence adaptable au contexte épidémique/pandémique nécessitant une compréhension globale et systémique de ces crises (approches pionnières, One Health et Ecohealth, réunissant aujourd'hui plusieurs champs de recherches transversaux). Ce qui implique un fonctionnement en réseau, à la fois interdisciplinaire et intersectoriel, et une conjugaison équilibrée des enjeux individuels et collectifs.

Cette réflexion est illustrée ci-dessous à travers le domaine des sciences humaines et sociales, dont les sciences politiques, et les domaines de la recherche épidémiologique et clinique.

Pour affronter la complexité des processus, les sciences humaines et sociales permettent d'étudier, en période de crise épidémique et en période ordinaire, le fonctionnement des différents agents sociaux impliqués, leurs représentations de l'épidémie, leurs relations à la nature et aux animaux, les impacts économiques, psychologiques et éducatifs des politiques de prévention, les nouvelles formes de communication et de sociabilité... Sur le plan méthodologique, il faut pouvoir faire appel à des dispositifs de recherche rapide (comme les enquêtes en ligne ou l'accès à des méga-données collectées en temps réel par les opérateurs de télécommunication), mais aussi tenir compte des spécificités liés au risque de contagiosité pour les chercheurs de terrain, et à la protection de la confidentialité pour les personnes malades.

Les chercheurs, en particulier en sciences politiques, doivent créer les conditions méthodologiques assurant la comparabilité des études de gestion de crises qui peuvent paraître très différentes (canicule, tempête, accidents industriels, etc.). L'objectif est de permettre un cumul et une comparabilité des connaissances rendues aujourd'hui impossibles par les rapports des commissions d'enquêtes qui cherchent des coupables et des défaillances techniques, plutôt que de chercher des causes plus systémiques. La question de la coordination et de la coopération est aussi importante dans les difficultés de la gestion de crise. La croyance que l'instrument (service transversal, réseau ville-hôpital, création ARS, plan ORSEC, ORSAN, CPRS, GHT, etc.) ou la technologie (DMP, et maintenant algorithmes, etc.) font coopération est très répandue. Or, la coopération est un état social complexe que l'instrument ou la technologie ne sauraient seuls obtenir. Il faut plus investir plus dans des ressources cognitives, dont d'intelligence de la conception des mécanismes de coordination et de coopération.

Le travail de modélisation épidémiologique demande également une recherche partagée par plusieurs scientifiques voire par plusieurs équipes, afin que les résultats

issus des modèles et des scénarios puissent être confrontés et discutés. La recherche internationale actuelle dans le domaine consiste en un travail comparatif, complémentaire et à tout moment révisable et modulable. Il conviendrait qu'en France lors d'une prochaine crise les mêmes logiques de travail et d'approches soient adoptées dans le double respect de la profession des épidémiologistes modélisateurs et évidemment de celle de la population.

Dans le domaine de la recherche clinique, de gros progrès ont, certes, été réalisés, dans la réactivité de mobilisation des chercheurs et des institutions de recherche : appels d'offres, évaluation des projets soumis, financement, étapes réglementaires et éthiques. Mais on constate une insuffisance de gouvernance (pertinence et hiérarchisation des questions de recherche à traiter, non-respect de l'avis d'un comité indépendant de surveillance), de coordination en réseau, et d'organisation de la recherche en situation de crise. Le nombre incontrôlé d'études traitant de la même question (en particulier actuellement sur les effets de l'hydroxy-chloroquine), qui ne pourront sans doute pas aboutir à des conclusions scientifiquement valides du fait d'un nombre insuffisant de patients inclus en constitue un exemple sur lequel il nous faut plus largement réfléchir. Ainsi, se pose toujours aujourd'hui, comme suggéré en 2009 au décours de la pandémie H1N1*pdm*, la question d'un plan de continuité de la recherche clinique sur les MIE (avec personnels réservistes rapidement mobilisables) qu'il serait essentiel d'élaborer et de mettre en place dès que possible, au décours de la présente épidémie/pandémie.

La spécificité de l'urgence sanitaire impose des objectifs d'opérationnalité et d'efficacité « immédiate ». Elle nécessite des méthodologies innovantes, aussi bien rigoureuses que validées, mais plus flexibles et plus réactives.

Dans le contexte d'une épidémie avec nombre élevé de patients en ville, il eut été légitime, de rapprocher la recherche des observateurs de première ligne, incluant les médecins généralistes.

ANNEXE - Aspects stratégiques de la reprise des activités de prévention, de dépistage et de soins courants au profit des patients non infectés par le COVID-19, version du 27 avril 2020

Rédacteurs : Antoine Lamblin, anesthésiste-réanimateur civilo-militaire, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, université Aix-Marseille ; Sandrine de Montgolfier, épistémologiste et expert en éthique des sciences biomédicales, MC, IRIS ; Catherine Leport (cf ci-dessous)

Note validée par : membres du Groupe de travail de la Recommandation Professionnelle Multidisciplinaire Opérationnelle (RPMO) Ethique Réa, EHPAD, fin de vie (<https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/procedures/rpmo-ethique-rea-covid-19-vf-24-corr26-mar20-2.pdf>)

État des lieux de la situation :

Mi-mars 2020, les hôpitaux français ont connu une restructuration complète à l'échelle nationale afin d'être en capacité d'assurer la prise en charge des patients atteints de COVID-19, mais également pour éviter une contamination croisée en leur sein. Les services de réanimation médicale ou chirurgicale se sont rapidement transformés en réanimations dédiées aux patients infectés, l'activité chirurgicale a été limitée aux urgences ou aux interventions pour lesquelles il existe une perte de chance, la télémedecine a été proposée comme moyen de suivi des patients. Le confinement généralisé de la population a quant à lui été décrété dès le 23 mars¹.

Au fil du temps, des praticiens ont partagé leur inquiétude croissante sur les risques de négliger les patients qui ne sont pas infectés par le COVID-19² dans ce contexte. Les médecins réanimateurs rapportent également un taux particulièrement faible d'admissions pour des pathologies autres que le COVID-19, habituellement prises en charge en réanimation (pathologies médicales, traumatiques, chirurgicales), qui ne peut être seulement expliqué par les mesures de confinement³. Ces patients sont admis tardivement en soins critiques, après une prise en charge retardée à domicile par le médecin traitant ou en l'absence de prise en charge préalable, ce qui entraîne une perte de chance et des décès liés à une admission tardive.

Le suivi des pathologies chroniques reste assuré depuis le début du confinement, mais en mode restreint. Les médecins hospitaliers et libéraux assurent ce suivi grâce notamment à la téléconsultation qui ne saurait remplacer une consultation médicale en présentiel, qui seule permet de réaliser un examen clinique minutieux et une vraie relation médecin/malade, essentielle à l'exercice de la médecine. La téléconsultation permet uniquement de maintenir le lien thérapeutique sur une courte période. La réalisation des examens complémentaires indispensables à leur suivi est également assurée en mode restreint, compte-tenu de la disponibilité partielle des praticiens et de la crainte des patients de se déplacer pour leur réalisation.

Les activités de dépistage et de prévention, éléments majeurs des politiques de santé publique, ont été réduites ou suspendues. Par exemple, les mammographies ou les coloscopies de dépistage ne sont pas réalisées, ce qui pourrait avoir pour conséquence une prise en charge tardive de certaines néoplasies coliques et du sein, avec une potentielle perte de chance pour ces patients. Ce constat s'accompagnera également d'un effet rebond, avec une augmentation considérable du nombre de patients à opérer dans un court délai, pour ces pathologies, lorsque la reprise de l'activité chirurgicale programmée sera possible.

¹ Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

² Cabre P, Mejdoubi M. Coronavirus : « Les patients hors Covid-19 ne doivent pas être oubliés, sous peine d'une tragédie silencieuse ». Le Monde. 16 avril 2020

³ Bulletins SURSAUD® (SOS médecins, OSCOUR, Mortalité). 14 avril 2020. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/bulletins-sursaud-R-sos-medecins-oscour-mortalite>

L'Agence de la biomédecine a recommandé de reporter les greffes rénales à partir de donneurs vivants ou décédés à une date postérieure à la fin de la période épidémique⁴, et aussi des autres greffes non urgentes (ex : greffes rein-pancréas), dans l'intérêt des patients. Cette mesure participe indirectement à favoriser la disponibilité des personnels et des capacités en lits de soins critiques. Dans les circonstances actuelles, l'objectif est de prioriser l'accès à la greffe pour les patients dont l'état est le plus grave, notamment les patients en situation de super-urgence (greffes cardiaques, pulmonaires, hépatiques). Le nombre d'inscrits sur les listes de greffe continue d'augmenter, et la situation de pénurie de greffons risque de s'aggraver.

Dans les blocs opératoires, les conséquences de l'annulation de toutes les chirurgies programmées pendant plusieurs semaines soulèvent de vives inquiétudes :

- risque d'aggravation de l'état de santé de certains patients, pour lesquels une prise en charge chirurgicale retardée pourrait être synonyme de perte de chance (ex : hernie inguinale à risque d'étranglement, certaines pathologies cancéreuses...).
- persistance de douleurs intolérables pour d'autres patients qui devaient bénéficier d'arthroplasties ou d'autres interventions chirurgicales à visée fonctionnelle, avec comme corollaire une altération de leur qualité de vie.
- risque de saturation des blocs opératoires lors de la reprise, ainsi que de potentiels conflits entre professionnels et d'épuisement de certains personnels déjà sur-sollicités pendant la crise.

Certaines catégories de professionnels ont été particulièrement impactées par la crise, d'autres moins, avec une différence significative entre les régions.

Même si la plupart du temps la solidarité au sein des centres hospitaliers a prévalu entre praticiens des différentes spécialités, la crise actuelle a réveillé ou suscité certaines discordes entre professionnels, avec parfois des règlements de compte par médias interposés.

Préconisations :

- **Rouvrir au plus vite des lits de soins critiques au profit des patients atteints de pathologies autres que le COVID-19**, afin d'éviter des refus d'admission faute de places pour ces patients.
- **Prendre en compte la dynamique et l'hétérogénéité géographique de la crise sanitaire actuelle sur le plan national.** Des hôpitaux ont commencé à proposer une reprise progressive de l'activité de soins non urgents au profit de tous les patients. Cette démarche est à encourager sur l'ensemble du territoire, à adapter selon la situation locale.
- **Favoriser au plus tôt la reprise des activités de consultation en présentiel, de prévention et de dépistage, de chirurgie programmée, de greffes d'organes autres que les super-urgences dans les régions les moins impactées par le COVID-19.**
- **Préserver la solidarité qui a fonctionné entre les régions** pour les patients atteints de COVID-19, et l'étendre au profit des patients atteints d'autres pathologies si nécessaire.
- **Prendre en compte le risque de transmission hospitalière croisée par le COVID-19** qui reste réel, en mettant en œuvre tous les moyens de protection nécessaires à l'égard des soignants et des patients qui se rendent à l'hôpital. Des circuits d'admission spécifiques aux patients suspects ou atteints de COVID-19 ont été mis en place et doivent être maintenus.

⁴ Agence de la biomédecine. Recommandation concernant l'activité de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus durant l'épidémie du coronavirus le SARS-CoV-2. 15 avril 2020. Disponible sur : <https://www.agence-biomedecine.fr/Recommandation-concernant-l-activite-de-prelevement-et-de-greffe-d-organes-et-1314>

- **Organiser localement la reprise progressive de l'activité chirurgicale grâce à des comités pluridisciplinaires** chargés d'établir à partir d'orientations nationales des règles de priorisation d'accès aux blocs opératoires et d'arbitrer en cas de conflits entre professionnels. Ces comités seraient constitués de chirurgiens, d'anesthésistes-réanimateurs et de praticiens d'autres spécialités.
- **Redistribuer les ressources humaines et matérielles pour la prise en charge des patients non COVID**, en tenant compte du risque d'épuisement de certains professionnels qui ont été très sollicités par la crise.
- **Rappeler et consolider le devoir de confraternité entre praticiens, qui participe à l'esprit de concorde de l'ensemble de la société.** Cette confraternité doit en particulier s'imposer pour les médecins qui s'expriment dans les médias.
- **Expliquer cette évolution de la stratégie sanitaire et mettre en œuvre une campagne nationale auprès de la population** incitant à ne pas reporter le suivi des pathologies chroniques et favorisant la reprise des activités de dépistage de santé, ainsi que des démarches de prévention.

Travail produit par le Comité de pilotage restreint dédié COVID-19 du séminaire Maladies Infectieuses Emergentes de l'École du Val-de-Grâce

Synthèse réalisée à partir des réunions du 26 mars, du 4 et du 10 avril 2020

Rapport rédigé par : Henri Bergeron, politiste, DR, CNRS ; Gilles Boëtsch, anthropologue, DREM, CNRS ; Jean François Guégan, parasitologue et écologue, DRCE, INRAE/IRD ; Frédéric Keck, anthropologue, DR, CNRS ; Catherine Leport, infectiologue, PU-PH, université Paris Diderot /AP-HP ; Jocelyn Raude, sociologue, MC, EHESP ; Sylvie Sargueil, médecin-journaliste, consultante en médiatisation de la santé.

Relecture : Bruno Hoen, infectiologue, PU-PH, Institut Pasteur ; Fabienne Keller, députée européenne, ancien maire de Strasbourg ; Damien Vitour, virologue, chef de projets, ANSES

Ce groupe de travail a émané du **Comité de Pilotage du Séminaire MIE annuel**, rendu possible grâce aux soutiens des institutions partenaires et sociétés savantes suivantes :

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES),

Centre national de la recherche scientifique (CNRS),

Chaire Santé de Sciences-Po,

École du Val-de-Grâce (EVDG),

École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP),

Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP),

Institut Pasteur de Paris (IPP),

Institut de Recherche pour le Développement (IRD),

Instituts Thématiques Multi-Organismes (ITMOs) Santé publique (SP) et Immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie (I3M) de l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN),

Agence Santé publique France (SpF),

Service de Santé des Armées (SSA),

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF),

Université Paris Diderot.

Comité de pilotage : Corinne Alberti (AVIESAN-SP), Henri Bergeron (Sciences Po Paris), Gilles Boëtsch (CNRS), Didier Che (Santé publique France), Jean-François Guégan (INRAE), Bruno Hoen (Institut Pasteur), Frédéric Keck (CNRS), Catherine Leport (Université Paris Diderot), Jean-Claude Manuguerra (Institut Pasteur), Jean-Baptiste Meynard (EVDG-SSA), Charles Persoz (AVIESAN-SP), Jocelyn Raude (EHESP, IRD), Sylvie Sargueil (Journaliste indépendante), Gaëtan Texier (EVDG-SSA), Damien Vitour (ANSES), Yazdan Yazdanpanah (AVIESAN-I3M), Patrick Zylberman (EHESP)

Contacts : catherine.leport@univ-paris-diderot.fr, gilles.boetsch@cnrs.fr, jean-francois.quegan@inrae.fr

Accès sur le site : <http://www.malinfemerg.org>