

NOTE DE RÉFLEXION N°13

FÉVRIER 2021

COVID-19 : DES LEÇONS PAS TOUJOURS APPRISES ...



Table des matières

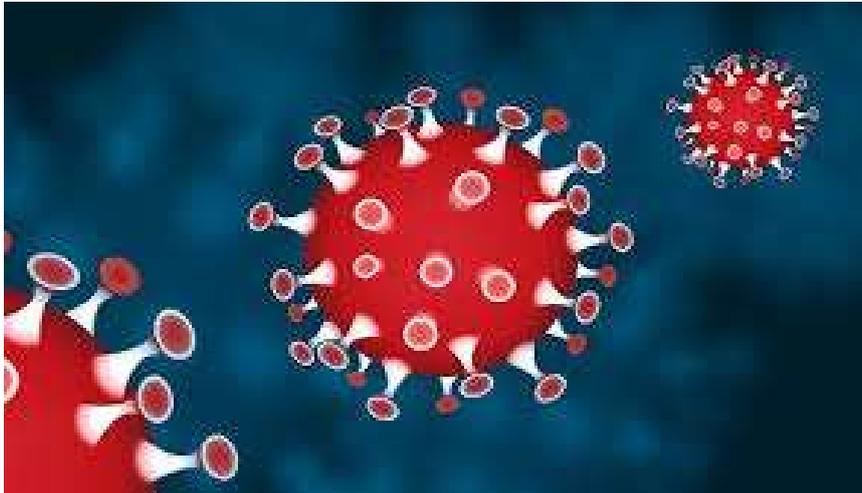
.....	1
PRÉAMBULE.....	3
1. INTRODUCTION.....	4
2. INCERTITUDES SANITAIRES, CERTITUDES DU DANGER.....	4
3. LES QUATRE PILIERS DE LA GESTION DES GRANDES ÉPIDÉMIES.....	6
3.1. LE QUART « GESTION DE CRISE ».....	6
3.2. LE QUART MÉDICAL : L'ENJEU SYMBOLIQUE FACE AU VIRUS.....	9
3.3. LE QUART COMMUNICATION : LE CŒUR VIVANT DE LA GESTION DE CRISE.....	12
3.4. LE QUART LOGISTIQUE : LE BRAS OPÉRATIONNEL.....	13
4. CONCLUSION : ANTICIPER, SE PRÉPARER.....	14

PRÉAMBULE

Comme il le fait régulièrement dans le cadre de crises complexes, multifactorielles et potentiellement durables, le Groupe URD déclenche deux processus :

- Rappel des leçons tirées des grandes crises sanitaires du passé (https://www.urd.org/wp-content/uploads/2020/04/20200402_Crises-sanitaires_FINAL-2.pdf) ;
- Mise en place d'un processus de type « Observatoire de la crise et d'évaluation en temps réel », dont l'objectif est de fournir des synthèses, analyses et recommandations. Dans ce cadre, l'équipe de l'Observatoire COVID-19 a produit toute une série de notes sur des sujets précis :
 - Santé ;
 - Sécurité alimentaire, agricole et économique ;
 - Cohésion sociale et tensions sociales ;
 - Migrations et mobilités ;
 - Éducation ;
 - Conflits ;
 - Localisation et nouvelles pratiques de l'aide
 - Nexus urgence-développement...

La présente note est la treizième note produite par l'Observatoire COVID-19 et a été produite dans le cadre du Projet « Apprendre et innover » face aux crises » du Groupe URD. Elle présente notre analyse des leçons à tirer des crises sanitaires précédentes et comment elles ont été utilisées, ou non, dans la réponse à la pandémie de COVID-19.



1. INTRODUCTION

En 2010, sur demande du ministère de la Défense, nous avons produit un rapport intitulé *Cartographie des risques non intentionnels futurs*¹ dans lequel nous explorions les risques sanitaires à venir : plusieurs pages dans lesquelles ont pu lire ce qui allait arriver. Nous n'étions pas les seuls à tirer l'alerte. Nous avons depuis longtemps parcouru les théâtres des grandes crises sanitaires : choléra en Haïti, en Somalie, au Tchad et au Yémen, Ebola en Guinée, Sierra Léone, Libéria et République démocratique du Congo, apprenant toujours plus sur ces crises et les enjeux de leur gestion.

En septembre 2019, lors nos 13^{es} Universités d'automne de l'humanitaire (UAH), nous évoquions les conséquences possibles d'un effondrement systémique. De ce face-à-face entre « collapsologues » et « gestionnaires des catastrophes » avaient émergé des scénarios très proches de celui que nous vivons depuis janvier 2020 à cause de la pandémie actuelle. La capacité à tirer les leçons de crises précédentes et les adapter à tout nouveau contexte apparaissait alors clairement comme l'une des clés de la gestion des catastrophes - y compris sanitaires - à venir. Nous nous y sommes attelés très vite avec la production d'une première série de messages clés² et la mise en place d'un « Observatoire COVID-19 ». Dans ce cadre, nous avons dès mars 2020 produit un compendium des leçons tirées des grandes crises sanitaires. Puis à fur et à mesure, nous avons publié des notes sur des sujets aussi variés que la décision face à l'incertitude, les enjeux de détection et d'alerte, la prise en compte des impacts socio-économiques, mais aussi politiques de la pandémie, etc. Aujourd'hui, nous savons que nous allons devoir vivre durablement avec le virus même si la solution tant espérée du vaccin, comme pour Ebola, va changer la donne. En septembre 2021, les Universités d'automne de l'humanitaire (UAH) « ce que la pandémie nous dit » était de fait un « RETEX » (retour d'expérience) de large ampleur.

Cette nouvelle note de réflexion se veut une contribution à la fois conclusive et prospective, essayant d'analyser ce que les crises sanitaires du passé nous ont dit, ce que nous n'avons pas toujours voulu entendre et ce qui aurait pu être utile.

2. INCERTITUDES SANITAIRES, CERTITUDES DU DANGER

Si les épidémies ne sont pas des phénomènes nouveaux – elles font partie de notre mémoire collective et leur transmission via les voyageurs est bien connue (effets désastreux notamment des contacts entre conquistadors et populations autochtones en Amérique) –, on observe une accélération de ces processus avec l'augmentation de la mobilité des biens et des personnes depuis la dévastatrice grippe asiatique en 1957, suivie de la grippe de Hong Kong en 1968, puis du SRAS en 2004-05 et du MERS en 2006. Si les épidémies liées à des pathogènes pourtant connus continuent de faire des ravages (choléra en Haïti et au Yémen, virus de Marbourg en Afrique centrale), d'autres liées à de nouvelles menaces mettent au défi nos capacités de réponse : Ebola dans le golfe de Guinée et en République démocratique du Congo (RDC), et maintenant COVID-19 dans le monde entier.

¹ http://www.urd.org/wp-content/uploads/2018/10/JH_Rapport_URD_DAS_vf_Mimosa-2.pdf

² Grünwald F. et Maury M. 2020, *Crises sanitaire, épidémies, pandémies, enjeux humanitaires*, https://www.urd.org/wp-content/uploads/2020/04/20200402_Crises-sanitaires_FINAL-2.pdf

Hélas, rien d'inattendu à cela. On apprend en effet depuis des années dans les écoles vétérinaires que les nouveaux modes de productions, qui densifient les élevages, sont en fait des laboratoires pour l'apparition, la propagation et la mutation à grande vitesse des pathogènes. Tout agro-pastoraliste connaît les risques de contamination associés aux marchés et autres lieux de mélange des troupeaux, notamment autour des points d'eau. En outre, les SRAS mais aussi les gripes aviaires et porcines du passé nous ont montré les fragilités des systèmes d'élevage face aux modes multiples de contamination, que ce soit sur site ou via des animaux sauvages qui peuvent transporter les maladies sur des milliers de kilomètres. Ainsi, en 2015, Ebola était sorti de la forêt à cause des agressions humaines sur les écosystèmes forestiers primaires et la migration vers les villes³. Désormais, le scénario tend à se reproduire et de nouvelles crises sanitaires apparaissent de plus en plus souvent. Chacune de ces nouvelles épidémies ouvre chaque fois de nouveaux espaces d'incertitudes : modalités de transmission, durée de la période durant laquelle un porteur sain peut être contaminant, existence et durée des résistances acquises, symptômes associés, etc. Chaque épidémie est spécifique, qu'il s'agisse de celles liées à des pathogènes connus ou de celles résultant de nouveaux agents biologiques. Pour les unes, l'expérience permet de réduire l'incertitude : on connaît par exemple les courbes d'évolution du choléra s'il est bien pris en charge dans des contextes où il est endémique. On est en revanche confronté à plus d'incertitudes quand l'épidémie a lieu dans un contexte nouveau comme en Haïti (2010-2020) ou au Yémen en 2016. Dans ce pays où le vibron est régulièrement actif, le secteur sanitaire était peu préparé et a eu du mal à réagir à l'épidémie de Choléra, notamment à cause du délabrement des systèmes d'eau et d'assainissement qui s'accroît avec le conflit⁴. En Afrique, Ebola était connu dans les zones de forêts denses. Son arrivée dans les pays du Golfe de Guinée a été une surprise, contrairement à sa réapparition dans l'est de la RDC où il a régulièrement fait des ravages localisés. De son côté ; La pandémie de COVID-19 s'est elle aussi étendue à travers le monde en quelques semaines à cause des nombreux voyageurs qui, chaque jour, se déplacent d'un point à un autre de la planète. La gestion de la crise s'est donc très vite focalisée sur les politiques de quarantaine avant que la réalité de la circulation du virus au sein des populations n'impose des politiques de confinement.

Les nombreuses crises sanitaires récentes n'ont pas eu que des répercussions sur la santé : elles affectent en effet la société dans son ensemble, c'est-à-dire les relations humaines, le fonctionnement économique, la sécurité alimentaire, la gouvernance, la politique et même les relations internationales. À la lutte économique secrète que se livrent les grands laboratoires pharmaceutiques pour les brevets des tests, traitements et vaccins, fait écho la « soft diplomatie » des pays qui cherchent à démontrer leur générosité et leur contribution à la santé mondiale dans un nouveau « Grand jeu » international de la gestion des crises sanitaires. Mais si les crises sanitaires récentes créaient de nouveaux besoins, elles affectaient peu la capacité de réponse. Or, l'impact du COVID-19 est tout autre car il a réduit de façon massive la mobilité des acteurs de l'aide et des populations, imposant de nouvelles modalités d'action.

Les épidémies et pandémies ont des profils assez variés, entre celles qui se soignent facilement et celles pour lesquelles on ne connaît pas encore de traitement, celles qui ont un fort pouvoir contaminant ou non, celles dont la morbidité et la mortalité sont liées à une forte charge virale et celles qui sont mortelles dès que l'on est en contact avec l'agent pathogène. Enfin, la dynamique des maladies liées à l'eau est assez différente de celles liées au système respiratoire et à sa capacité de dissémination par voie aérienne.

³ Cf. <https://www.urd.org/fr/publication/rapport-ebola-le-cout-dune-mauvaise-gouvernance-humanitaire-mondiale-dans-le-domaine-de-la-sante-2015/>

⁴ <https://www.urd.org/fr/publication/evaluation-de-la-reponse-de-msf-ocba-au-cholera-au-yemen-2018/>

Les nouvelles maladies demandent un temps variable avant la découverte d'un traitement : selon les cas, la clé de la prise en charge repose sur la réhydratation, un appui nutritionnel, une assistance respiratoire avec parfois une cure d'antibiotiques pour limiter des développements infectieux. Dans ces situations, le personnel soignant - témoin de nombreux décès - se sent impuissant, ce qui est difficile à gérer psychologiquement.

3. LES QUATRE PILIERS DE LA GESTION DES GRANDES ÉPIDÉMIES

Face à ces enjeux, l'expérience nous a amené à approcher les crises sanitaires à travers deux prismes principaux :

- celui de la gestion de crise : préparation, alerte, réponse, coordination, sortie de crise ;
- celui de la santé publique et de la médecine de catastrophe : surveillance, détection, alerte, passage des équipes soignantes et des structures hospitalières en mode « crise », mise en place des politiques médicales (traitement, vaccins), gestion des flux des vivants, des morts et des familles, stratégie de communication.

C'est sur la base de ces réflexions que nous avons identifié ce que nous appelons les 4 piliers de la gestion des crises sanitaires : ¼ gestion de crise, ¼ médecine, ¼ logistique, ¼ communication.

3.1. LE QUART « GESTION DE CRISE »

COMMENT CONSTRUIRE DES ALERTES CRÉDIBLES ET RAPIDES

Face aux risques d'apparition de nouveaux dangers sanitaires, des systèmes de veille sanitaire doivent être réactifs et capables de faire remonter l'information vers les systèmes de veille au niveau central voire international. La politisation des alertes constitue un réel problème : masquer l'épidémie, nier sa gravité, manipuler l'information, mentir sur les mesures prises ou à mettre en place, sont fréquents dans la gestion des crises sanitaires de grande ampleur. Jusqu'au moment où la gravité de la situation rend le silence et le mensonge intenable. Il est alors souvent trop tard.

PROTÉGER À TOUT PRIX LE PERSONNEL DE SANTÉ

Toutes les évaluations de gestion de catastrophe nous le disent : il est très difficile de répondre correctement à une crise quand les acteurs de la réponse en sont aussi victimes. Depuis la terrible épidémie de grippe espagnole de 1918, la vulnérabilité des personnels de santé est bien connue (exposition importante aux cas contaminants, capacité à contribuer malgré soi à la dissémination des pathogènes). Cela s'est de nouveau vérifié lors des épidémies de choléra en Haïti mais surtout lors de la crise Ebola dans le golfe de Guinée où le personnel médical a été très fortement touché par l'épidémie : des centaines de médecins, de personnel infirmiers, de chauffeurs des ambulances d'évacuation, etc., y ont perdu la vie. Protéger les soignants doit donc être une priorité absolue, notamment avec la pandémie actuelle de COVID-19. Ce personnel soignant et les acteurs qui l'appuient (logisticiens, chauffeurs, personnels d'entretien, etc.) constituent le cœur de la réponse : les perdre ou les voir perdre confiance dans le système de santé et dans la société d'où ils viennent rend toute chance de gérer correctement la crise très improbable. C'est ce que nous constatons en France avec la crise des masques du début de la pandémie et, aujourd'hui, avec les orientations très contestables sur les priorités liées à la vaccination.

COORDONNER UNE RÉPONSE MULTIDIMENSIONNELLE FACE À DES CRISES IMBRIQUÉES

Tous les contextes de catastrophes le démontrent : un point d'entrée peut exister - l'évènement catastrophique -, mais très vite, cet évènement a des effets en cascade, par essence multidimensionnels. Les mesures prises pour répondre à ces conséquences déclenchent une multitude de chaînes d'effets, certains positifs (émergence de

nouvelles solidarités, compréhension plus approfondie des facteurs de risques et des enjeux de prévention, etc.), d'autres négatifs (tensions sociales, dégradations économiques, affrontements politiques, etc.). Or, la gestion de crise ne se limite pas à la réponse : c'est aussi la capacité à anticiper, se projeter sur plusieurs scénarios, être agile, mais aussi la capacité à réfléchir sur le principe d'Hippocrate « Primum, non nocere » (« En premier lieu, ne pas nuire »).

Lors de la crise Ebola, l'acteur principal de la coordination humanitaire - le BCAH (plus connu sous son acronyme anglosaxon OCHA) - avait refusé ce rôle sous prétexte que la crise était sanitaire et que le rôle de coordination devait revenir à l'OMS. Aussi, très vite, les Nations unies ont dû créer une structure *ad hoc*, la Mission des Nations unies pour la réponse d'urgence à Ebola (UNMEER), qui s'est rapidement avérée d'une lourdeur considérable. Pour la pandémie de COVID-19, un plan global des Nations unies a été publié en septembre 2020, avec en ligne de mire trois piliers : la délivrance sur une large échelle d'une réponse coordonnée et complète en santé, l'adoption de politiques pour faire face aux effets dévastateurs de la crise dans les domaines socio-économiques, humanitaires et des droits, et enfin la préparation d'une sortie de crise dans laquelle l'ensemble de nos sociétés serait plus résilient face à ce type de menace. En France, le volet socio-économique a été plutôt relativement efficace, avec l'approche via le chômage partiel et le soutien aux entreprises. En revanche, le volet « santé » s'est avéré plutôt faible. Mais c'est sur le volet coordination que de nombreux pays ont le plus failli, notamment la France. En effet, toutes les bonnes pratiques de coordination que nous avons évaluées depuis des années dans de nombreuses crises - et notamment éviter les coordinations en silo sectoriel au profit des coordinations multisectorielles ancrées dans des territoires avec les autorités locales - ont été mises de côté pendant des mois, malgré les appels du terrain. *De facto*, la coordination de crise doit être au cœur des mécanismes interministériels : au ministère de l'Intérieur ou sous l'autorité du Premier ministre. Logée au ministère de la Santé et de la Solidarité dont les cadres sont rarement des acteurs du multidimensionnel, la coordination s'est avérée largement inopérante. À cause de cela, on a reproduit les mêmes difficultés que pour la coordination OMS d'Ebola ou du choléra au Yémen, crises sanitaires dans lesquelles la réponse « médicale » n'est également qu'une petite partie de la réponse à la crise.

LA MOBILISATION DES SPÉCIALISTES DE LA GESTION DE CRISE

En France, les spécialistes de la gestion des crises (pompiers, humanitaires, etc.) ont fait de nombreux « appels du pied », très rarement entendus. Seule l'ONG Médecins sans frontières (MSF) s'est trouvé rapidement des marges de manœuvre. Mobilisée depuis avril 2020 au côté des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dont les résidents représentent en 2020 plus de quatre décès sur dix liés au Covid-19 en France, MSF est intervenue dans 11 départements des régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie. De son côté, l'Institut Bioforce a proposé ses capacités d'appui logistique, sujet qui fait partie de son ADN humanitaire depuis quarante ans. D'autres ont tenté d'apporter des conseils, sans réponse. Au Canada, l'Observatoire canadien sur les crises et l'action humanitaires (OCCA, basé à Montréal), qui travaille normalement sur les crises à l'étranger, a régulièrement été sollicité par le gouvernement pour réfléchir à la gestion nationale de la crise. Plus étonnant encore : en France, la principale capacité de gestion de crise s'est retrouvée hors de « l'écran radar » des décideurs dès le début de la crise. En effet, la Fédération des sapeurs-pompiers, qui regroupe en France un *pool* d'excellence sur la gestion des crises, tire un triste bilan des stratégies mises en place pour gérer la crise dans un rapport très critique⁵, avec une sous-utilisation des moyens existants et une survalorisation de la décision médicale, laquelle ne pouvait répondre qu'à une partie du problème et a été très vite paralysée par des controverses entre spécialistes.

⁵ https://www.pompiers.fr/sites/default/files/content/download-file/rapport_de_synthese_sapeurs-pompiers_de_france_gestion_1ere_vague_crise_covid19_09-11-2020.pdf

SUIVRE POUR PILOTER

Toutes les gestions de crise le répètent : il faut éviter de rester en mode « réponse » et se préparer très vite à fonctionner en mode « anticipation », c'est-à-dire éviter de se subir uniquement l'évènement et anticiper pour s'adapter, quitte à parfois fonctionner en mode « sans regret » et risquer de se tromper. Comme pour un feu ou une inondation, il faut anticiper les changements de vent, la remontée de l'eau suite à la marée en aval, etc. Pour ce faire, suivre l'évolution de la crise sanitaire dans le temps et dans l'espace et savoir faire fonctionner les modèles épidémiologiques sont des clés d'une gestion efficace des épidémies. Les systèmes de collecte et d'analyse des informations doivent être mis en place au plus vite, avec l'aide d'épidémiologistes, de cartographes et de spécialistes de SIG. Les systèmes à implémenter doivent permettre de suivre l'évolution du nombre de cas par site de prise en charge, par zone et au niveau national. Ceci permet de comprendre l'évolution de l'épidémie, notamment les dynamiques d'accélération ou de décélération de la contamination, et de suivre l'extension géographique.

Suivre une épidémie, c'est pouvoir tester des individus afin d'avoir des informations quantitatives et géo-référencées. Dans le cas du COVID-19, la crise des tests est apparue très vite : le matériel et les installations pour pratiquer les tests moléculaires dits PCR, très spécifiques et sensibles, impliquant des équipements de collecte d'échantillons (frottis nez) en grande quantité, des laboratoires bien équipés et des moyens de transport, sont clés pour diagnostiquer des individus mais prennent du temps et restent coûteux et lents sur une large population. Les tests sérologiques sont arrivés ensuite, avec des interrogations sur la sensibilité, mais aussi les temporalités d'apparition et de disparition des anticorps repérables. L'approche est bien connue mais encore en développement en raison des particularités de la réponse immunitaire de chaque personne. Très vite, des travaux ont démontré que d'autres voies de détection pouvaient être explorées, avec des potentiels de rapidité et de sensibilité très intéressants pour faire de la prospective et prendre des décisions : dès mai-juin 2020, des travaux sur les options cynophiles et sur l'utilisation des suivis sur les eaux usées ont été publiés avec des résultats tout à fait intéressants⁶. Reprises dans plusieurs pays à l'étranger, ces options sont prises au sérieux en France que depuis très récemment. Des mois ont ainsi été perdus, alors que la gestion du temps est l'alpha et l'oméga dans ce type de contexte.

Il faut ensuite vite informer les différents acteurs de ce que nous disent ces systèmes de suivi. En France, trop souvent, les maires, les responsables de départements, voire de régions, sont restés dans le flou complet, incapables par conséquent de piloter autrement qu'au juger les réponses sur leurs territoires. Le sur-contrôle de la circulation de l'information vitale pourtant est dans ce type de situation une erreur majeure comme le rappellent les principes de l'information scientifique et technique tels que définis par l'UNESCO : « Plus on en partage, plus on en a ».

De plus, comment espérer les remontées des territoires si rien ne redescend ? Cette situation de rétention d'informations cruciales ou de blocage systémique à la circulation des données, souvent surtout observée jusque-là dans de nombreux pays en voie de développement, n'est pas acceptable dans des contextes comme la France. Or, cela a été le cas tout au long de la crise du COVID-19 et l'est encore largement malgré les efforts de briefing quotidien, ce dernier étant destiné à la population, et conçu comme tel, et non aux décideurs du terrain.

⁶ <https://francebleu.fr/infos/sante-sciences/cinq-nouveaux-chiens-renifleurs-du-covid-dans-les-yvelines-1604588323> & https://lemonde.fr/planete/article/2020/08/27/covid-19-plusieurs-etudes-prometteuses-sur-les-chiens-renifleurs-formes-pour-detecter-le-virus_6050074_3244.html

3.2. LE QUART MÉDICAL : L'ENJEU SYMBOLIQUE FACE AU VIRUS

Une pandémie est évidemment une crise liée à une problématique de santé. Il est donc logique que la réponse du monde médical représente une forte composante de la mobilisation globale face au risque sanitaire.

RENFORCER LA CAPACITÉ DES SYSTÈMES DE SANTÉ À LA GESTION IMMÉDIATE DE L'ÉPIDÉMIE

TRIAGE

Le triage est une tâche très difficile dans les situations où le nombre de victimes est très élevé (*mass casualty*) et où il faut choisir, avec des moyens limités et un temps contraint « qui sera pris en charge et comment ? ». Cela signifie aussi choisir qui ne sera pas pris en charge et donc une forme de « droit de vie et de mort ». L'efficacité du triage dépend de l'existence ou non de tests précis, de protocoles cliniques et, bien sûr, de la capacité des équipes, non seulement à faire des diagnostics rapides et sûrs, mais aussi à accepter le fait d'avoir à dire « non » et à renvoyer des cas et leurs familles vers les zones de non prise en charge. Ceci demande un encadrement très fort, à la fois dans ses capacités techniques, dans son *leadership* et surtout dans sa capacité de dialogue et de communication avec des familles, des malades et du personnel sous extrême tension.

SÉPARATION DES « ZONES ET CIRCUITS CONTAMINÉS » ET DES « ZONES ET CIRCUITS PROPRES »

L'une des clés de la gestion de ces épidémies est la capacité d'éviter l'apparition de chaînes de transmission dans les structures de prise en charge, mais aussi dans la vie de tous les jours. L'identification des zones « à risques » et des zones « non contaminées », ainsi que la définition des procédures d'entrée et de sortie d'une zone à l'autre, sont alors essentielles. Les structures sanitaires existantes offrent souvent des options limitées, notamment dès qu'il s'agit de gérer une grande quantité de cas suspects (les cas contacts), voire, dans les pays où les personnes hospitalisées ne pourraient pas survivre sans assistance familiale, les personnes qui les accompagnent. Il faut alors trouver une autre solution : écoles, cours, stades, hangars, etc. Dans tous les cas, le marquage des zones et circuits « propres » et « sales » doit être très visible (sans être nécessairement coûteux, comme l'a bien démontré MSF avec son utilisation des barrières souples de chantiers dans ses centres Ebola à Conakry dès mai 2014, système largement repris ensuite). Les systèmes de *hub* entre les zones doivent être équipés et surtout dotés en permanence d'un personnel dont le rôle est de surveiller que tout le monde respecte les procédures, que ce soit pour les hommes, le matériel médical, la nourriture et l'eau des patients, etc. Une attention particulière doit être portée aux arrivées et sorties des véhicules, notamment les ambulances qui apportent les malades et les corbillards qui évacuent les personnes décédées. Dans le contexte du COVID-19, cet enjeu s'est confronté aux besoins du triage et à la sursaturation des structures de santé. Ceci a conduit dans de nombreux contextes soit à faire des structures de santé des lieux de contamination accélérée, soit à mettre en place des politiques de déprogrammation de nombreuses interventions et prises en charge qui auraient nécessité des lits et du personnel. On commence aujourd'hui à prendre conscience de l'impact dramatique à long terme de ces choix de moyens sur de nombreuses pathologies : cancers, problèmes rénaux, etc.

Cette problématique s'est aussi posée pour l'isolement de cas confirmés, mais aussi de cas contacts, et il a fallu du temps pour que cette problématique soit véritablement prise en compte. Pourtant, au Somaliland par exemple, des centres d'accueil des cas contacts et des cas confirmés ont très tôt été mis en place. En France, à l'inverse, la mobilisation des hôtels pour loger les cas confirmés mais non graves et les cas suspects a mis du temps avant d'être perçue comme une option pertinente. Sans doute trop tard car très peu de gens ont eu recours à cette solution.

METTRE EN PLACE TRÈS TÔT DES SYSTÈMES DE GESTION DES CORPS ET FUNÉRAILLES

Tous les contextes de crise montrent combien la gestion des corps est un sujet sensible. Dans toutes les cultures, les rituels accompagnant l'agonie, la mort et les corps des personnes décédées sont fondamentaux pour les familles et la société. Pour Ebola, la situation a également été dramatique, les populations ne comprenant pas pourquoi on leur refusait de procéder aux rites funéraires et pourquoi on voulait brûler ce qui appartenait à la personne décédée. Ceci a conduit à des violences très dures, avec mort d'hommes, jusqu'à ce que les acteurs de la réponse à Ebola mettent en place des processus de gestion sécurisés et dignes des décédés. C'est souvent à partir de ces constats que le recours à des chercheurs en socio-anthropologie a été décidé, notamment par MSF.

Dans le contexte de COVID-19, la problématique des personnes mortes seules, séparées des leurs par les mesures de confinement, et de l'organisation des funérailles dans ces conditions où éviter les regroupements est si ce n'est indispensable, au moins recommandé, demande une approche spécifique. Sans aller jusqu'aux terribles enterrements de masse constatés dans certains pays, y compris aux États-Unis à New York, gérer la peine et le deuil restera un enjeu pour « le monde d'après ». Dans les pays développés, le monde des soignants et le personnel accompagnant, notamment dans les établissements spécialisés d'accueil des personnes âgées, se sont retrouvés en première ligne et souvent bien seuls face à ces drames. Pour eux, comme pour les familles, l'empreinte psychologique de cette épreuve sera longue à effacer.

LA DÉCHARGE DES PATIENTS GUÉRIS

Voir des patients sortir guéris d'un centre de traitement est sûrement l'une des plus grandes joies des acteurs de la réponse aux épidémies et pandémies. Ainsi, la « Happy shower » (dernière douche désinfectante, souvent accompagnée dans les centres de traitement Ebola d'une petite célébration et du don d'un kit d'habits et de produits d'hygiène aux patients guéris) reste l'une des expériences les plus fortes pour ces équipes très touchées par le nombre important de patients décédés. Pour autant, cette décharge demande aussi des précautions, comme nous le rappelle le COVID-19 : les grandes incertitudes sur le niveau de contamination des personnes guéries, sur la réalité de l'immunité acquise suite à la maladie, sur l'acceptation sociale de ces guéris et sur la pérennité des « mesures barrières » demanderont un travail d'accompagnement à ces guéris, leurs familles et les communautés dans lesquelles ils rentrent. Le monde de la santé, notamment de la recherche, doit donc investir massivement pour comprendre ce qui restera réellement en termes d'immunité individuelle et collective.

LA SANTÉ PUBLIQUE : MESURES BARRIÈRE, QUARANTAINES ET CONFINEMENTS

La gestion des épidémies a souvent nécessité de nouvelles régulations, allant de la simple imposition du lavage des mains à l'entrée et à la sortie des villages et des bâtiments à la mise en place, parfois par la force, de mesures d'isolement et de mise en quarantaine de zones entières, rappelant les « murs de la peste » du Moyen Âge. Les « mesures barrière » de base sont essentielles : garder une distance physique, se laver les mains fréquemment, ne pas se serrer les mains ou s'embrasser, etc. L'expérience d'Ebola montre qu'une partie de ces mesures est facilement acceptée : le toucher de coudes pour éviter les embrassades ou encore le lavage des mains dans des bacs installés à l'entrée des bâtiments ont finalement assez vite été acceptés dans les pays d'Afrique où une culture de la maladie contagieuse a commencé à s'installer suite aux décennies de campagnes d'éducation à l'hygiène menées par l'UNICEF, les ONG, l'OMS et bien sûr les ministères de la Santé des pays concernés. Des appuis de type Eau-Hygiène-Assainissement ont été mis en place dans de nombreux pays afin d'assurer la présence d'eau, de savon, d'eau de javel et de récipients *ad hoc* pour rendre cet ensemble de « mesures barrière » faisables et efficaces. Il sera essentiel de voir quels acquis de ces périodes devront être conservés, voire renforcés. Dans les Kivus tout juste sortis de la crise Ebola, les habitudes de lavage des mains restent par exemple activées et en place pour la gestion de la crise du COVID-19.

En outre, des mesures de mise en quarantaine de zones importantes et de confinement de populations doivent parfois être envisagées. Le confinement, solution connue depuis des siècles pour contenir les épidémies, utilisé de façon vigoureuse pour la gestion de la COVID-19 d'abord en Chine puis dans de nombreux pays, s'est avéré une solution efficace pour réduire le rythme de contamination et, dans nos sociétés modernes, la pression sur les structures sanitaires. Pour autant, la question de la durée durant laquelle une société démocratique peut supporter un confinement sévère, la privant de la première des libertés, celle d'aller et venir, se pose de manière particulièrement complexe. Par ailleurs, cette mesure s'avère également difficile à maintenir dans de nombreux pays sans réelles réserves alimentaires tant nationales qu'au niveau des ménages.

En effet, dans de nombreux pays d'Afrique, du Moyen-Orient, d'Asie et d'Amérique latine, peu de familles parmi les populations pauvres, tant urbaines que rurales, ont les moyens de tenir plusieurs journées, voire semaines, sans se rendre au travail ni aller tous les jours vendre ou acheter dans la rue ou les marchés. Pour toutes ces populations qui survivent avec à peine 1 ou 2 dollars par jour, ne pas travailler veut dire ne rien avoir à manger, n'avoir aucun moyen pour acheter de l'eau, voire des médicaments. Imposer de telles mesures de confinement, même par la force, est sans doute impossible dans ces contextes, au-delà du court terme. Marchés de rue et activités informelles ont donc dû continuer, de façon plus ou moins légale ou cachée. Les risques de violence politique et de révolte de la faim deviennent alors vite élevés si des mesures d'accompagnement ne sont pas prises rapidement. Les « mesures barrière » et comportementales, notamment le lavage de main systématique et la prise de distance physique (terme préféré à « distance sociale ») sont sans doute, dans de nombreux cas, les seules solutions disponibles. Elles demandent toutefois de gros efforts de pédagogie, de communication et d'information. Les grandes manifestations de fin janvier 2021 au Liban et aux Pays-Bas montrent qu'aucun pays n'est exempt du risque de révolte populaire face à ces enjeux économiques et de respiration individuelle et collective. Nous alertions sur ce risque dans une note de notre Observatoire dès mai 2020.

LA VACCINATION

Face aux épidémies et pandémies, la découverte et l'utilisation large de vaccins reste l'option la plus prometteuse et la méthode la plus sûre vers des taux d'immunité collective suffisants pour contenir la maladie. Pour Ebola, la vaccination « en anneau », qui consiste à vacciner l'entourage des cas identifiés et de toucher ainsi le plus grand nombre de gens aillant pu être en contact avec un cas identifié, a été privilégiée, mais elle peut être remise en cause dans des contextes d'instabilité sécuritaire, de mobilité des populations, voire d'inacceptabilité sociale. Dans tous les cas, la vaccination des soignants et de façon plus large des personnes clés du fonctionnement de la pyramide de santé doit être une priorité : la vaccination y trouve d'ailleurs une légitimité renforcée dans les contextes de doute et de réalités alternatives. Dans de nombreuses situations, la couverture vaccinale large de zones à risque peut être privilégiée, mais demande des efforts financiers et logistiques considérables. Pour autant, la réponse à une épidémie majeure ne peut dépendre de façon globale de la seule vaccination : c'est en effet le paquet « vaccination, prise en charge des patients, mesures préventives, communication large sur les risques, mobilisation sociale, engagement communautaire » qui permettra de la gérer. Nous le savions pour la grippe hivernale dans les pays de l'hémisphère nord, mais avons eu tendance à l'oublier dans le cadre du COVID-19.

Une des dynamiques classiques de la vaccination contre la grippe est celle de la production annuelle de nouveaux vaccins adaptés aux variants du virus qui frappent chaque année spécifique. Car les virus mutent, comme nous l'indiquent les progrès de la connaissance sur ces étonnantes agglomérats de molécules. Les mécanismes de multiplication des virus à ARN, avec le codage et la réplication de protéines, génèrent régulièrement des erreurs dans leur code génétique.

Ces mutations entraînent l'émergence de souches de virus plus ou moins modifiées à des rythmes variables et sur des composantes diverses de la structure virale. Certaines de ces mutations sont neutres, d'autres entraînent la non viabilité du filament d'ADN, d'autres enfin donnent au virus qui en est porteur un avantage sélectif en fonction de pressions de sélection liées à l'environnement et qui le rendent plus virulent. Les mutations SARS-CoV-2 auraient donc dû être tout sauf une surprise. Pour le SRAS COV2, ce sont les protéines SPIKE de la couronne, qui permettent la fixation du virus dans nos organismes, qui sont le sujet de toutes les attentions. Quant à la capacité à gérer ces mutations, elle dépend largement de la capacité des pays et de leurs laboratoires à les identifier, à les suivre et à développer des contre-mesures. Les différences capacitaires de séquençage moléculaire, clé de l'identification et du suivi des populations virales, feront toute la différence dans la lutte contre un virus qui a toujours quelques mutations d'avance. Enfin, étant donné les coûts de production des nouveaux virus à ARN messagers, le « crash test » des vaccins disponibles depuis fin 2020 sera leur capacité ou non à répondre à une souche unique ou à plusieurs variants.

3.3. LE QUART COMMUNICATION : LE CŒUR VIVANT DE LA GESTION DE CRISE

LA COMMUNICATION DE MASSE : ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

Pendant longtemps, et encore maintenant dans de nombreux pays, la communication en santé publique s'est basée sur une profusion d'affiches placées à tous les endroits de passage (écoles, marchés, hôpitaux, stations de bus, etc.) mais aussi sur des messages diffusés sur les radios nationales et locales, y compris avec des chansons. Pour la lutte contre le COVID-19, cette approche a encore fortement fonctionné dans de nombreux pays même si elle est largement absente dans les pays du Nord. En effet, de façon étonnante, ces politiques de messages adaptés, avec des enjeux de contenu, de visibilité et d'accessibilité y sont restés largement des angles morts de la politique sanitaire. Parfois, une petite affiche discrète indiquait qu'il fallait se laver les mains avec le distributeur de gel hydroalcoolique disponible juste à côté. Rien de réellement visible et donc peu d'impact. C'est sans doute une des leçons que l'Afrique nous enseigne : face aux dangers complexes, une communication de masse pédagogique est importante. Les pays du Nord ont sûrement trop laissé la parole à des « éditorialistes » omniprésents sur les plateaux télé et capables de parler de tout et de n'importe quoi sur la base de notes préparées par leurs équipes, mais sans aucune « connexion » avec la réalité du problème. Nous avons oublié les grandes bases de la communication de crise : vérité, humilité, reconnaissance de ce que l'on sait, de ce que l'on ne sait pas et des questions qui se posent. Si le débat scientifique est nécessaire et doit être le plus transparent possible, il doit se baser sur un certain nombre de règles. Or, celles-ci ont trop souvent été les grandes absentes de la multiplication des interventions médicales dans les radios, télévisions, etc., avec des méthodes d'animation qui font peut-être la gloire des éditorialistes et de l'audimat, mais qui tuent aussi l'intelligence collective d'un secteur médical sous pression.

De plus, dans un monde de plus en plus connecté, au Nord comme au Sud, l'information circule rapidement – au point de faire apparaître le concept d'« infoxication » (intoxication par l'information) - et les fausses rumeurs se répandent parfois plus vite que les messages sanitaires sur les mesures à prendre. De ce fait, il est donc désormais aussi indispensable de communiquer sur les impulsions politiques nécessaires pour lutter contre l'épidémie que pour contrer les « fake news » qui deviennent très vite une source importante d'insécurité pour les équipes et de rejet pour les interventions. En Guinée, lors de la crise Ebola, les fausses rumeurs ne venaient pas des sorciers et des chamans de la forêt, mais de la famille installée à Conakry, très exposée à la construction de fausses rumeurs sur le « Ebola business » et « l'enrichissement des agences internationales » qui auraient même introduit le virus pour gagner l'argent, à moins que ce ne soit les services secrets américains...

Les mêmes rumeurs renaissent à chaque fois dans des contextes de peurs et d'incertitudes où la communication de crise est vite perçue comme un moyen de mentir et de manipuler les populations. Ce fut une des plus grandes mascarades du mandat de Donald Trump aux États-Unis, mais le problème est en train de s'étendre avec les anti-vaccins, le syndrome du « Big Pharma is watching you » et les craintes liées à de nouvelles technologies vaccinales.

COMPRENDRE POUR AGIR ET COMMUNIQUER SUR L'ACTION : LE RÔLE DES SCIENCES SOCIALES

Trop rarement sollicitées, les sciences sociales représentent l'une des clés essentielles de la gestion des épidémies. Le manque de compréhension de ce que pensent les gens et des croyances spirituelles qui les font vivre et accompagnent leur conception de la mort peut vite devenir une contrainte majeure, voire entraîner des risques sécuritaires importants. Mobilisés trop tard lors de l'épidémie d'Ebola en Guinée mais rapidement appelés en renfort en RDC, les spécialistes en sciences sociales s'avèrent presque aussi indispensables que les médecins dans la gestion des épidémies majeures et des pandémies : ils permettent en effet de comprendre les peurs et les comportements des sociétés face à la douleur, la mort et la contamination, mais aussi de développer des stratégies qui permettront l'acceptance des acteurs de la réponse. L'arrivée d'équipes en combinaison multicolore, qui parlent à travers des masques, touchent avec des gants, empêchent les gestes d'adieu aux personnes décédées et interdisent les cérémonies funéraires, est souvent très traumatisante si elle n'est pas accompagnée des messages adaptés.

3.4. LE QUART LOGISTIQUE : LE BRAS OPÉRATIONNEL

Au-delà des apports des sciences médicales, on ne rappellera jamais assez combien la gestion d'une crise sanitaire de type épidémie de grande ampleur ou pandémie est d'abord logistique. Cette composante est en effet essentielle car d'elle dépendent à la fois les capacités de gestion des patients, le soutien au personnel médical, la mobilité dans les zones impactées et les options d'évacuation des malades.

La crise actuelle du COVID-19 et les contraintes qu'elle impose vont rendre beaucoup plus difficile le travail dans de nombreuses régions du monde affectées par les conflits et les désastres liés à des phénomènes naturels extrêmes. En effet, la fermeture systématique des frontières et des aéroports empêche la circulation d'experts et freine l'arrivée des intrants : médicaments, équipements de protection, concentrateurs d'oxygène, appareils de respiration mécanique... Considérant le nombre très limité de ce type d'équipements dans les structures sanitaires en Afrique, il a fallu imaginer des mécanismes alternatifs pour assurer les approvisionnements : l'OMS a évoqué la mise en place de couloirs humanitaires qui faciliteraient le convoiement de médicaments, d'appareillages et de kits de dépistage. Mais c'est l'initiative des ponts aériens humanitaires qui a été la plus originale : à l'initiative du ministère français des Affaires étrangères et européennes, de la Commission européenne et d'un réseau d'ONG françaises, un pont aérien a été mis en place, envoyant masques, matériel respiratoire et personnel dans un certain nombre de pays en crise, suivi par le Programme alimentaire mondial qui anime toute la partie du système des moyens aériens des Nations unies dédiés à l'humanitaire (UNHAS).

À côté de cette réponse médicale, c'est la logistique des approvisionnements alimentaires pour les populations confinées qui a été l'un des plus gros défis, à la fois dans les pays du Sud et dans ceux du Nord. Les banques alimentaires se sont multipliées, demandant toujours plus de moyens pour répondre à des besoins qui explosent avec la paupérisation croissante de pans entiers des populations. La logistique de ces systèmes quasi-humanitaires a, dans les grandes lignes, été assurées en Inde et en Afrique, comme en France et aux États-Unis, par des réseaux de volontaires dans le cadre de systèmes existants (banques alimentaires, mouvement Emmaüs, etc.) ou

d'initiatives spontanées de groupes de jeunes ou de femmes, de syndicalistes, de travailleurs sociaux, etc. Peu de choses auraient pu être réalisées sans ces centaines de milliers de bras qui ont reçu, trié, transporté et distribué des milliers de tonnes d'aliments.

Enfin, la logistique concerne également le déplacement des malades, comme cela l'a été démontré par les efforts importants par trains et avions médicalisés lors de la « première vague en Europe », lorsqu'il a fallu transporter des malades des zones saturées vers d'autres où les infrastructures médicales pouvaient encore recevoir des malades de la COVID19. Dans certaines zones, c'est le transport des tests des lieux de prélèvements vers les laboratoires qui a été conduit à des exploits logistiques tandis qu'ailleurs, l'exploit prenait la forme de « testodromes intégrés » dans lesquels les candidats au test entraient en voiture, se faisaient testés en restant dans leur véhicule, et recevaient le résultat du test très rapidement par SMS ou email. Le dernier de ces défis logistiques est maintenant celui des vaccins, à la fois sur les chaînes de production et de mise en flacon, puis dans le stockage et le transport, certains de ces vaccins demandant des moyens très spécifiques avec des congélateurs à très basse température. Là encore, les enjeux de l'anticipation, une des clés bien connues de la logistique, ont été au cœur des réussites et des échecs de la mise en place des chaînes de vaccination.

4. CONCLUSION : ANTICIPER, SE PRÉPARER

Les épidémies de grande ampleur et les pandémies font maintenant partie intégrante du paysage des crises qui affectent communautés, régions, pays, voire l'ensemble de la planète. Face à ce risque, il importe de revisiter les politiques sanitaires et les outils de gestion de crise épidémiologique mais aussi les moyens et méthodes mis en place pour réduire le risque épidémiologique, avec leurs conséquences. Ceci oblige tous les acteurs, au Nord comme au Sud, à penser à la crise qui vient à partir des leçons tirées de celle en cours, ce qui impose également au secteur humanitaire une introspection profonde sur son rôle et ses capacités.

Il importe à présent de renforcer les efforts de préparation en finalisant les plans de lutte nationaux et globaux, tout en investissant massivement dans la recherche pour assurer la mise au point de traitements et la conception de vaccins humains efficaces et sûrs. La réponse aux épidémies et pandémies du passé a eu un impact important. Avant la crise Ebola dans le golfe de Guinée, rares étaient les acteurs qui avaient une compétence, des moyens et des protocoles pour intervenir face aux pathogènes dangereux : le CDC d'Atlanta, quelques laboratoires équipées d'unités P4, les militaires et protections civiles travaillant sur les risques NRBC, MSF suite à ses premières réponses Ebola en RDC et le gouvernement ougandais, qui s'était doté d'équipes mobiles Ebola. La crise Ebola de 2014-2015 a vu une mobilisation majeure de nombreux acteurs, avec des formations ad hoc, notamment à Genève et à Bruxelles pour former du personnel à l'utilisation des équipements de protection personnels et respecter les protocoles de fonctionnement en « Hot Zone ». Un certain nombre d'acteurs humanitaires se sont dotés d'une véritable capacité de réponse spécifique qui demande à être mieux reconnu. Ces acteurs ont développé, et doivent impérativement garder en permanence, une capacité agile, formée et entraînée, comportant à la fois personnel soignant, support logistique, capacités d'analyse socio-anthropologique et expertise en communication sociale. Il leur manque souvent les moyens financiers et surtout le soutien politique. Un défi immense...

Les États du Nord ont quant à eux montré qu'ils ne s'intéressaient réellement à ces épidémies majeures et à ces pandémies que lorsqu'elles devenaient des risques pour leur sécurité et celles de leurs citoyens, ainsi que pour leur économie. L'épidémie de COVID-19, qui a fortement frappé des pays qui pensaient avoir des systèmes de santé forts, les a obligés à mesurer les failles de leur résilience et à changer de nombreux paradigmes.

La communauté internationale a beaucoup appris en matière de gestion des infections de type SRAS depuis vingt ans, des épisodes d'infection du virus Ebola depuis dix ans et des crises multiples de choléra. Comment faire face aux conséquences sanitaires, humaines, sociales et économiques de ce type de crise qui ont un pouvoir de déstabilisation sociale et de déstructuration économique très puissant ? Comment améliorer les systèmes de santé publique nationaux pour qu'ils soient vigilants, préparés et capables de gérer des crises qui les mettent sous très forte pression ? La prise de conscience que ces épidémies peuvent facilement traverser frontières et continents a déclenché une coopération internationale mais aussi de nouvelles compétitions.

Les gestions de ces épidémies et pandémies impliquent des décisions politiques parfois difficiles, souvent douloureuses à tous les niveaux, et notamment du fait du haut niveau d'incertitude et des nombreuses inconnues qui accompagnent ces crises sanitaires et leurs conséquences. Les controverses qui émergent au sein de chaque pays et entre les pays sont tout à la fois une opportunité à saisir - car elles représentent la chance d'un débat citoyen - et un danger. Elles ont en effet démontré leur pouvoir de promotion de vérités alternatives, de rumeurs complotistes et de nuisances sur la mise en place des réponses. Face à ces risques, l'honnêteté et l'humilité du discours mais aussi la capacité d'anticipation et le courage politique ont démontré leur importance. Sans ces caractéristiques propres au dialogue social, le meilleur des vaccins ne nous protégera pas.



Siège du Groupe URD
La Fontaine des Marins
26170 Plaisians – France
Tel : +33 (0)4 75 28 29 35

urd@urd.org

www.urd.org

SUIVEZ-NOUS SUR

