

La surveillance épidémiologique comme outil de la gouvernance des risques : le cas de la Covid-19

Par Saliha HADNA

Maître de conférences en sciences de l'information et de la communication
(Laboratoire CERTOP – UMR 5044 – Toulouse II & III,
Université Paul Sabatier, Université Jean Jaurès, CNRS)

En France, depuis deux ans, les médias ne cessent de diffuser les chiffres des contaminations et des décès liés à la Covid-19, produisant un effet paradoxal en suscitant la crainte, tout en rendant ces drames singuliers (Pujol *et al.*, 2020). Une surveillance épidémiologique a été mise en place par Santé publique France (SPF), dès mars 2020. Les mesures gouvernementales qui se sont appuyées sur ces chiffres ont fait l'objet de nombreuses critiques (Mucchielli *et al.*, 2020), voire d'une défiance (Idelson, 2021). L'urgence a placé au second plan un problème majeur : l'évolution des maladies chroniques (Jornayvaz et Wojtusciszyn, 2021), notamment du cancer. Or, certains cancers, comme celui du pancréas, ont eu un taux d'incidence en hausse entre 2010 et 2018, le cancer restant la première cause de mortalité en France.

Dans cet article, nous nous intéresserons d'abord au dispositif de surveillance épidémiologique de SPF. Nous analyserons ensuite la manière dont les experts ont été mobilisés lors de cette crise sanitaire. Enfin, nous montrerons que cette gestion de crise a été construite sur une approche court-termiste, dans la mesure où la déprogrammation des opérations jugées « non urgentes » pour donner la priorité aux soins Covid-19 par rapport aux soins liés au cancer n'a pas permis d'anticiper la prochaine vague de surmortalité par cancer pourtant annoncée par plusieurs études médicales.

En France, depuis deux ans, les médias ne cessent de diffuser les chiffres des contaminations et des décès liés à la Covid-19, produisant un effet paradoxal en suscitant la crainte, tout en rendant ces drames singuliers (Pujol *et al.*, 2020). Une surveillance épidémiologique a été mise en place par Santé publique France (SPF), dès mars 2020. Les mesures gouvernementales qui se sont appuyées sur ces chiffres ont fait l'objet de nombreuses critiques (Mucchielli *et al.*, 2020), voire d'une défiance (Idelson, 2021). L'urgence a placé au second plan un problème majeur : l'évolution des maladies chroniques (Jornayvaz et Wojtusciszyn, 2021), notamment du cancer. Or, certains cancers, comme celui du pancréas, ont eu un taux d'incidence en hausse entre 2010 et 2018 (voir la Figure 1 ci-contre), le cancer restant la première cause de mortalité en France.

En mobilisant l'analyse de différents documents, nous nous intéresserons d'abord au dispositif de surveillance épidémiologique mis en place par Santé publique France (SPF). Puis nous analyserons la manière dont les experts ont été mobilisés dans la gestion de cette crise sanitaire. À ce titre, deux dispositifs ont été mis en place pour permettre au gouvernement de disposer d'un vivier de recommandations émanant d'experts : le Conseil scientifique et le Comité analyse, recherche et expertise (CARE). Enfin, nous montre-

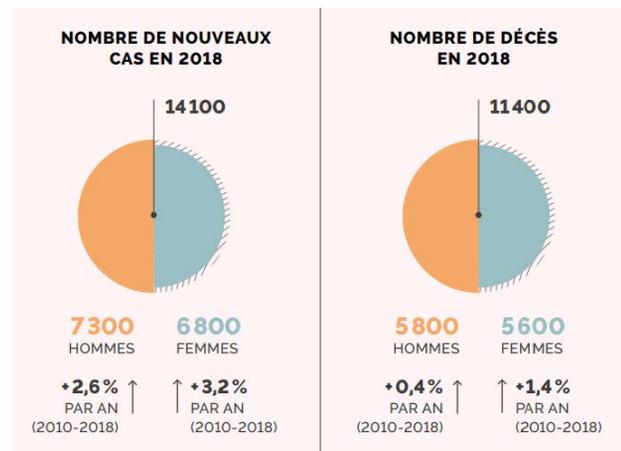


Figure 1 : Évolution des cas de cancer du pancréas en France (Source : Institut national du cancer, 2021).

rons que cette gestion de crise a été construite sur une approche court-termiste et mono-risque, dans la mesure où la déprogrammation des opérations jugées « non urgentes » pour donner la priorité aux soins Covid-19 par rapport aux soins liés au cancer n'a pas permis d'anticiper la prochaine vague de surmortalité par cancer pourtant annoncée par plusieurs études médicales.

L'épidémiologie, une discipline médicale au service du politique

Selon Astagneau (2011), la surveillance épidémiologique, par référence à la définition telle qu'elle prévaut dans les années 1950 dans le monde anglo-saxon, correspond à un « processus systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation de données sur des événements de santé spécifiques importants pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques en santé publique, étroitement associées à leur juste diffusion vers ceux qui ont besoin d'être informés ». Selon l'auteur, la surveillance épidémiologique implique trois phases consécutives : un recueil de données qui se veut pérenne et systématique (on parle de « système » de surveillance) ; une circulation des informations produites vers les acteurs du système (on parle de rétro-information) ; et une mise à disposition de ces informations à des fins d'actions en faveur de la santé publique (Astagneau, 2011, 7). On retrouve ainsi les trois principaux objectifs de la surveillance épidémiologique : décrire, alerter et évaluer (Astagneau, 2011). En France, les mobilisations sociales autour de l'épidémie du Sida dans les années 1980 ont joué « un rôle structurant pour la surveillance épidémiologique » (Girard, 2016) conduisant à des évolutions réglementaires en faveur de l'institutionnalisation de cette dernière. C'est dans ce contexte que sera créé le Réseau national de la santé publique en 1992, qui sera transformé en agence d'État en 1998 et que l'on connaîtra plus tard sous le nom d'Institut de veille sanitaire (InVS) (Ancelle, 2011). Cet institut sera ensuite remplacé par SPF. Cette dernière est une agence nationale créée le 1^{er} mai 2016 par la loi Santé du 26 janvier 2016 et par l'ordonnance du 14 avril 2016. Elle remplace trois agences sanitaires : l'Institut de veille sanitaire (InVS) ; l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus). Sa principale mission est d'« améliorer et protéger la santé des populations ». La pandémie de Covid-19 apparaît le 16 novembre 2019 à Wuhan (Chine). Les premiers cas sont observés en France en janvier 2020, deux mois avant que l'OMS ne déclare officiellement l'état de pandémie mondiale. C'est dans ce contexte que SPF met en place, dès le 10 janvier 2020, un nouveau dispositif de surveillance épidémiologique.

SPF et la surveillance épidémiologique assurée dans le cadre de la Covid-19

Les chiffres des décès liés à la Covid-19 sont, à partir de mars 2020, communiqués quotidiennement sur les chaînes télévisées d'information en continu. La mort s'est ainsi invitée comme un sujet banal dans le quotidien des Français, et l'information reste transmise d'une manière ou d'une autre, même lorsque les médias traitent d'un autre sujet que la Covid-19, sous la forme, par exemple, de bandeaux d'information.

Cette communication médiatique, mais aussi gouvernementale, est relayée dans les réseaux sociaux, ce qui a pu engendrer une angoisse chez certaines personnes vulnérables (Naviaux, Janne et Gourdin, 2020).

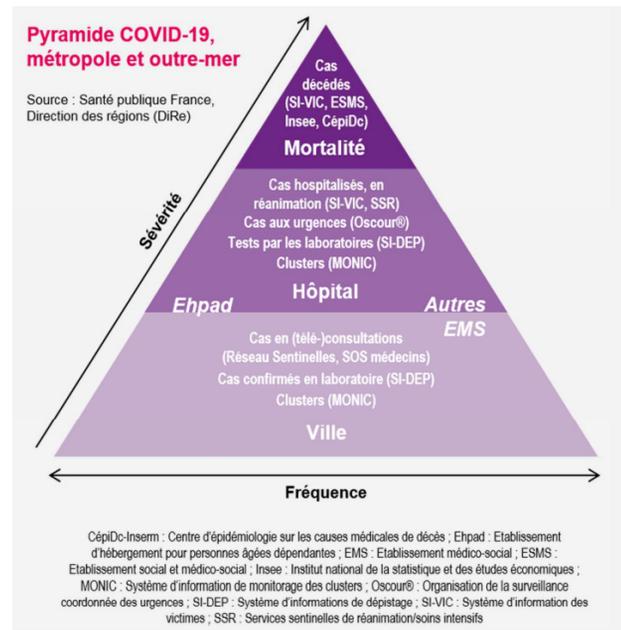


Figure 2 : La surveillance épidémiologique en France (Source : SPF).

Selon une étude de l'OMS, les cas de dépression et d'anxiété auraient ainsi augmenté de 25 % dans le monde à cause de la pandémie¹. Parmi les facteurs de stress les plus cités, on retrouve « la solitude, la peur de l'infection, des souffrances et de la mort pour soi-même et pour ses proches, le chagrin après le deuil et les soucis financiers »². Par ailleurs, des critiques ont émergé dans la littérature scientifique vis-à-vis de la méthode employée par SPF. En s'intéressant au cas particulier des Alpes-Maritimes, plusieurs médecins ont ainsi mis en lumière des écarts importants entre ces différentes sources, pourtant toutes officielles.

« Le Conseil scientifique utilise les données de SPF [relatives au] nombre d'hospitalisations ou de lits de réanimation pour motiver ses avis. Or, les données de SPF issues de SI-VIC ont associé des patients hospitalisés pour Covid et des patients testés PCR positifs, mais dont le motif d'hospitalisation n'était pas en rapport avec une infection à Sars-Cov-2 [...] »³.

Le fait de prendre en compte aussi bien les personnes hospitalisées contaminées par la Covid-19 que des patients admis pour d'autres causes mais également atteints de la Covid-19 aurait contribué à gonfler les chiffres, inutilement selon les médecins précités. Autre problème, l'usage du Système d'Informations de DEPistage (SI-DEP), qui repose sur la pseudonymisation des patients, laquelle a conduit à créer des doublons dans le comptage des patients atteints de la Covid-19, a de fait lui aussi gonflé artificiellement les

¹ WHO (2022), "Mental Health and Covid-19: Early evidence of the pandemic's impact", *Scientific brief*, 2 March.

² <https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

³ BARJOAN E. M. *et al.* (2021), « Hospitalisation avec ou pour Covid-19 : quel indicateur de surveillance choisir ? », *Santé publique*, vol. 33, n°5, p. 725.

taux de positivité et les taux d'incidence. En effet, pour des raisons liées à la protection des données personnelles, ce dispositif ciblant les dépistages (notamment les tests antigéniques et les tests salivaires) attribuait grâce à un algorithme un pseudonyme à chaque personne dépistée, mais ce pseudonyme pouvait changer même si deux tests étaient réalisés par le même individu à quelques jours d'intervalle.

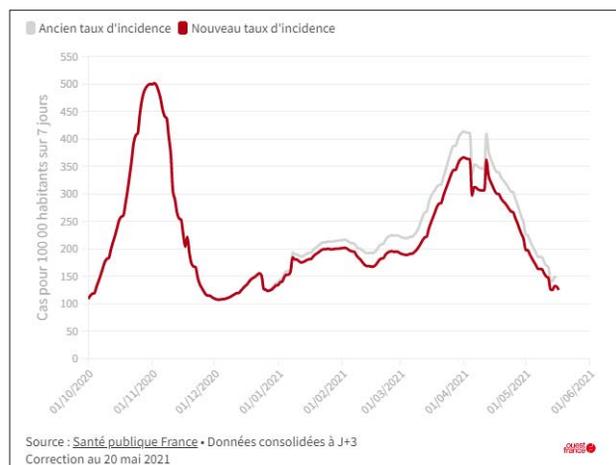


Figure 3 : Écart entre l'ancien et le nouveau taux d'incidence (Source : <https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/le-nombre-de-cas-de-covid-19-surestime-depuis-des-mois-le-taux-d-incidence-revu-a-la-baisse-150e7098-b964-11eb-a0fd-a22b595c4b48>).

Un effet pervers que la SPF a elle-même souligné : « Lorsque les données nominatives d'un même patient n'étaient pas saisies exactement de la même façon, deux pseudonymes différents pouvaient être générés pour une seule [et même] personne testée deux fois, sans qu'il soit possible de l'identifier comme un doublon »⁴.

L'anonymisation telle qu'elle a été mise à jour par la suite par SPF a permis d'obtenir qu'un seul pseudonyme par patient. SPF a reconnu des écarts entre les deux méthodes d'anonymisation : ainsi, la première méthode se traduisant par une augmentation du taux d'incidence de 12 % par rapport à la seconde et une augmentation du taux de positivité de 8 %.

Ce sont donc des chiffres erronés qui ont été publiés, même si SPF a souligné que ces erreurs n'avaient en rien modifié « l'appréciation de la dynamique de l'épidémie » et qu'il s'agissait plutôt de « renforcer l'efficacité » du système que de le corriger⁵. L'exhaustivité recherchée par SPF aurait donc montré ses limites. Des réflexions ont été menées quant aux méthodes et aux systèmes de collecte de données utilisés par les différents pays, avec notamment une problématique relative aux comparaisons internationales (Garcia *et al.*, 2021). Si les méthodes employées par SPF ont pu faire l'objet de débats, l'usage des données épidémi-

logiques par le gouvernement a provoqué des craintes, comme celle d'une place trop importante donnée aux experts. Deux principaux discours seront transmis dans les médias quotidiennement : le discours de l'expert et celui du politique.

De la perméabilité des frontières entre politique et expert

La crise sanitaire mettra les acteurs politiques face à leurs limites : bien qu'ils aient la charge de la prise de décision dans de nombreux domaines, ils n'en sont pas pour autant des experts censés « fournir un avis scientifiquement ou techniquement fondé sur la question examinée dont ils sont reconnus spécialistes » (Delmas, 2011, 9). Le terrain d'action de l'expert s'est ainsi étendu à celui du politique : « Pas de problématique de santé publique sans expert, pas de politique de santé publique sans agence d'expertise ! » (Tabuteau, 2010, 33). Ce sujet a particulièrement été discuté durant le premier quinquennat du président Emmanuel Macron, au cours duquel la place importante des cabinets d'experts dans le processus décisionnel a été mise en lumière par les médias, mais également par le rapport sénatorial sur « l'influence croissante des cabinets de conseil privés sur les politiques publiques », qui pointait du doigt le rôle du cabinet américain McKinsey dans « l'évaluation de la stratégie nationale de santé »⁶. Durant la pandémie, ce sont deux dispositifs principaux qui vont être mis en place par le gouvernement français pour appuyer et éclairer ses décisions grâce aux avis des experts. Le premier dispositif correspond au Conseil scientifique mis en place le 10 mars 2020. Il est constitué de onze membres qui sont « tous internationalement reconnus dans leur domaine d'expertise »⁷. Comme précisé dans l'article 1.3 de son règlement, il a « un rôle d'aide à la décision », puisqu'il est « consultatif et dépourvu de fonction opérationnelle ». Le second dispositif réside dans l'instauration du Comité analyse, recherche et expertise (CARE). Composé de douze médecins et chercheurs, il a été mis en place le 24 mars 2020 avec pour objectif d'éclairer le gouvernement au travers de propositions émanant de scientifiques œuvrant en France ou à l'étranger⁸. Mais la Covid-19 « a provoqué une crise des rapports entre politique et expertise » (Hatchuel, Le Masson et Weil, 2021), dans la mesure où les recommandations et décisions émanant du politique sont moins soumises au principe de justification auprès du public que celles provenant des experts. Mais, surtout, certaines restrictions tel que le confinement ou la vaccination ont soulevé un débat majeur portant sur les libertés, provoquant ainsi un passage du « droit à la santé » au « devoir de

⁴ SPF, « Des indicateurs plus précis pour le suivi des cas confirmés de Covid-19 », 20 mai 2021.

⁵ <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/des-indicateurs-plus-precis-pour-le-suivi-des-cas-confirmes-de-covid-19>

⁶ BAZIN A. (sénateur, président) et ASSASSI E. (sénatrice, rapporteure), rapport du Sénat n°578 fait au nom de la commission d'enquête sur l'influence croissante des cabinets de conseil privés sur les politiques publiques intitulé « Un phénomène tentaculaire : l'influence croissante des cabinets de conseil sur les politiques publiques ». Ce rapport a été remis au Président du Sénat et enregistré à la présidence du Sénat le 16 mars 2022.

⁷ <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/24/medecins-chercheurs-et-scientifiques-mobilises-contre-le-covid-19>

⁸ <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/24/medecins-chercheurs-et-scientifiques-mobilises-contre-le-covid-19>



Figure 4 : Exemples de messages diffusés lors de campagnes de prévention et de vaccination contre la Covid-19 (Source : À gauche, <https://centrevaleloire.mutualite.fr/actualites/vaccination-covid19-la-mutualite-francaise-engagee> ; à droite, capture d'écran : <https://www.youtube.com/watch?v=SDn0GrWK88U>).

santé ». Les cas les plus extrêmes ont été observés avec la stratégie « Zéro Covid » menée en Chine, un pays où même des citoyens testés négatifs à la Covid-19 ont été mis en quarantaine, parfois violemment avec l'intervention des forces de l'ordre⁹. En avril 2022, à Shanghai, des résidents ont été expulsés de force de leurs habitations afin que ces dernières puissent servir de lieu de quarantaine pour des personnes infectées¹⁰. Concernant la France, entre le 24 janvier et le 14 mars 2022, il était par exemple impossible, après la mise en place du « passe vaccinal », de pénétrer dans certains lieux publics si l'on n'était pas vacciné. Si ces restrictions ont été parfois perçues comme des atteintes à la liberté, elles ont souvent été justifiées dans le discours officiel comme des devoirs citoyens pour « se protéger », mais aussi pour « protéger les autres ».

Selon le baromètre IPSOS « Science et société » (2020), le rôle des scientifiques dans la production de mesures contre la Covid-19 est justifié pour 76 % des Français interrogés. Mais certaines recommandations vont avoir un impact non négligeable sur la société. C'est plus particulièrement l'impact social et économique de ces recommandations qui posera problème. Lors du discours présidentiel du 16 mars 2020 faisant suite au Conseil scientifique tenu à la même date, on a pu entendre : « Les crèches, les écoles, les collèges, les lycées, les universités sont fermés depuis ce jour. Samedi soir, les restaurants, tous les commerces non essentiels à la vie de la nation ont également clôt leurs portes » (adresse aux Français du Président de la République, en date du 16 mars 2020).

Les recommandations élaborées par les experts ont opposé deux domaines de la société : l'économie et la santé. Elles ont opéré ce que l'on pourrait appeler une « priorisation des activités » au sein de ces deux domaines, puisque certains secteurs économiques ont été plus défavorisés que d'autres. En filigrane, c'est la limite des politiques de santé publique qui a été discutée. Parmi les activités non essentielles, on comptait les métiers de l'art, plus largement de la culture, ou encore ceux du tourisme. Certaines restrictions ont même été perçues comme paradoxales, dans la mesure où la fermeture des lieux d'activités sportives a contribué à isoler

certaines populations, notamment les jeunes ; un isolement qui a eu un impact sanitaire à long terme, puisque cette restriction ajoutée aux confinements et au télétravail aurait causé une hausse des situations de surpoids et d'obésité, tous deux « reconnus comme la cinquième cause de mortalité par l'OMS » (Inserm, 2019). À travers ces restrictions, l'objectif était d'arriver à une forme d'aseptisation de la société, à préserver celle-ci de tout risque lié à la Covid-19. Mais cela relevait plutôt d'une approche court-termiste et « mono-risque », puisque, comme cela vient d'être souligné, la problématique de certaines maladies chroniques, comme l'obésité, a quelque peu été mise de côté. La Covid-19 a occupé toute la place dans la stratégie sanitaire développée durant la pandémie et a ainsi conditionné le traitement des autres pathologies. Et pour cause, contrairement à d'autres périodes de crise comme celle de la catastrophe nucléaire de Tchernobyl dans les années 1980, ou plus récemment celle de Fukushima, la crise de la Covid n'engageait pas les États à avancer vers l'« incertitude » (Callon, Lascoumes et Barthe, 2001), mais plutôt vers l'« inconnu », dans la mesure où, en plus d'aider à la prise de décision, les experts, face à une épidémie aussi inédite, devaient « clarifier les lacunes du savoir, organiser la progression des connaissances et susciter des politiques d'innovation adaptées » (Hatchuel, Le Masson et Weil, 2021). L'urgence ne facilitant pas la réflexivité, les conséquences de certaines recommandations sur le long terme n'ont pu être anticipées. D'ailleurs, d'autres experts ont abordé l'impact catastrophique qu'allaient avoir ces fermetures sur l'économie du pays¹¹. Le fond du débat autour de la question d'un gouvernement assisté par les experts portait donc moins sur la légitimité des scientifiques dans la construction d'un discours et d'une action politiques que sur l'efficacité réelle sur le plan sanitaire des restrictions mises en place, en tenant compte des lourdes conséquences qu'elles ont pu avoir (et vont encore avoir) sur le plan économique. En d'autres termes, les médecins ont-ils la légitimité de mettre à l'arrêt l'économie d'un pays, au nom de la santé publique ? L'urgence ne nécessitait-elle pas la mise en place d'une expertise plus élargie ? Mais ce phénomène de priorisation dans l'urgence a eu bien d'autres conséquences, puisqu'il a touché un autre domaine que l'économie : celui du traitement des maladies chroniques, dont le cancer.

⁹ Négatifs et envoyés de force en quarantaine : Shanghai continue sa stratégie « Zéro Covid », Europe 1, AFP, 2 mai 2022.

¹⁰ Sud Ouest, AFP, Covid-19 en Chine : Shanghai toujours confinée, affrontement entre des policiers et des habitants expulsés, 15 avril 2022.

¹¹ COHEN C. (2020), « "C'est un choc auquel aucun d'entre nous n'était préparé" : comment les économistes vivent la crise du Covid-19 », *Le Figaro*, 7 décembre.

De la mortalité provoquée par la Covid-19 à la surmortalité liée au cancer

La crise de la Covid-19 a imposé aux gouvernants d'adopter une approche chiffrée des impacts sociaux, sanitaires et économiques de la pandémie sur la population de leurs pays respectifs, notamment à travers les statistiques. Le décompte des décès dus à la Covid-19 a été un « enjeu crucial » et les statistiques produites en la matière ont facilité les comparaisons internationales et l'étude de l'efficacité des politiques sanitaires (Garcia *et al.*, 2021).

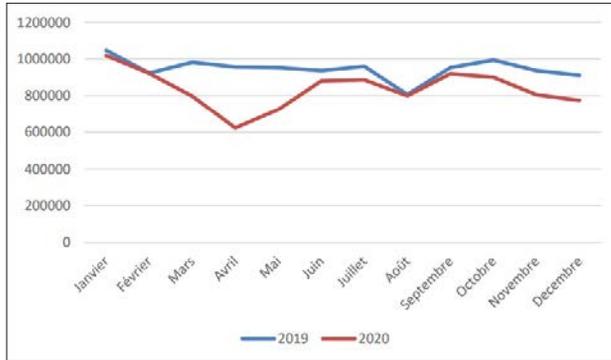


Figure 5 : Activité hospitalière en 2020 par rapport à 2019 (nombre de courts séjours, hors hospitalisations de jour) (Source : MILCENT C., sur la base des données ATIH 2020 (*in* PITTET *et al.*, 2021)).

Hôpitaux : une adaptation dans l'urgence

L'approche chiffrée a rendu plus aisées les prises de décisions, dans la mesure où des hypothèses concluaient à une mortalité plus ou moins forte en fonction de l'âge (Pison et Mesle, 2021). Mais la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques a, dans son rapport publié en mars 2021¹², mis en avant une conséquence dramatique « indirecte » de cette crise sanitaire, à moyen et long termes. Elle pointe ainsi du doigt la surmortalité que les retards de diagnostic risquent d'entraîner¹³. On a observé une baisse entre mars et mai 2020 de 58 % des actes chirurgicaux et de 39 % de ceux relevant de la médecine (Pittet *et al.*, 2021). D'une manière générale, l'activité hospitalière est largement en baisse en 2020 par rapport à 2019 (voir la Figure 5 ci-dessus).

On note aussi une baisse significative des actes thérapeutiques et des diagnostics en cancérologie. Ainsi, les hospitalisations comprenant au moins un acte d'endoscopie digestive ont chuté de plus de 26 % (Pittet *et al.*, 2021) (voir la Figure 6 ci-contre).

Des travaux ont conclu que le retard dans le traitement de certains cancers dû à la crise de la Covid-19 a eu un impact sur la mortalité des patients souffrant de ce type

de pathologies, notamment en ce qui concerne certains types de tumeurs (vessie, sein, côlon, rectum, poumon, col de l'utérus, tête et cou), et ce aussi bien en ce qui concerne la chirurgie que le traitement systémique ou encore la radiothérapie (Hanna *et al.*, 2020).

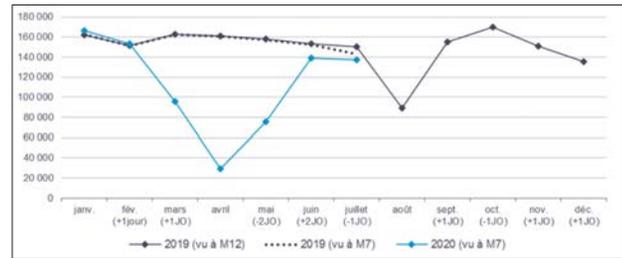


Figure 6 : Nombre de séjours avec au moins un acte d'endoscopie digestive ou d'endoscopie bronchique/ORL par mois de sortie (Source : PITTET *et al.*, 2021, sur la base des données ATIH).

Prioriser pour mieux gérer ?

Une étude parue au Royaume-Uni dans la revue *The Lancet* fait état d'une surmortalité pouvant aller de 5 à 15 % pour certains types de cancers dans les cinq ans à venir (Maringe *et al.*, 2020). Une autre étude menée par des chercheurs français de l'Université de Montpellier et de l'Institut du cancer de Montpellier s'est intéressée au cas du cancer colorectal. Leur étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association* montre une différence de charge tumorale entre les patients diagnostiqués avant le confinement et ceux dont la première visite chez l'oncologue a été retardée à cause de la crise de la Covid-19. Cette étude souligne un lien entre les restrictions d'accès aux hôpitaux à cause de la pandémie et les « conséquences défavorables pour les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique nouvellement diagnostiqué [...] » (Thierry *et al.*, 2021). On peut également citer l'étude menée par le service biostatistique et d'épidémiologie du centre Gustave Roussy. Elle montre que les retards et décalages de rendez-vous médicaux provoqueraient « une augmentation *a minima* de 2 % des décès par cancer à 5 ans »¹⁴. Une partie de ces retards sont également le fait de certains patients réticents à se rendre en milieu hospitalier, pour deux raisons principales : la crainte de surcharger des services hospitaliers déjà sous pression et la peur d'être infectés par la Covid-19 (Thierry *et al.*, 2021 ; *The Lancet Oncology*, Editorial, 2021). La pandémie a aussi eu des conséquences sur les traitements. Dans l'adresse aux Français du jeudi 12 mars 2020, le Président de la République annonçait la nécessité de reporter les opérations qualifiées de « non urgentes »¹⁵. Certains patients ont été confrontés au choix d'être opérés avec le risque de ne pouvoir être réanimés en cas de problème, ou de décaler leur date d'opération¹⁶. En effet, parmi les chiffres quotidienn-

¹⁴ Communiqué de presse du centre Gustave Roussy, Cancer Campus Grand Paris, ESMO 2020.

¹⁵ Élysée, adresse aux Français, jeudi 12 mars 2020.

¹⁶ https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/29/pendant-ce-temps-on-ne-sait-pas-comment-le-cancer-evolue-les-deprogrammes-de-la-deuxieme-vague-du-covid-19-entre-colere-et-resignation_6061525_3244.html

¹² PITTET D. *et al.* (2021), rapport final de la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise de la Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques.

¹³ *Ibid*, p. 5.

nement communiqués par les médias, figuraient ceux relatifs aux lits de réanimation. Or, comme l'a souligné la Cour des comptes dans son rapport public annuel (mars 2021), ces lits sont un paramètre central dans la gestion d'une crise sanitaire, bien que cette activité hospitalière reste « peu connue du grand public » et « rarement analysée par les institutions publiques d'évaluation et de contrôle »¹⁷. Aux activités essentielles ou « non essentielles », la Covid-19 venait alors ajouter d'autres catégories : les opérations urgentes et d'autres interventions jugées « non urgentes ». L'urgence imposée par la crise a bouleversé les ordres de priorité initiaux. On comprend alors que ce qui se jouait dans cette priorisation des prises en charge des pathologies était une certaine définition de la gravité, laquelle était conditionnée par les moyens matériels disponibles et l'urgence de la situation. Cela démontre que la crise de la Covid-19 dépasse bien largement le cadre *stricto sensu* de la pandémie de la Covid-19, puisque d'autres « crises à retardement » sur les plans sanitaire, économique et politique risquent de voir le jour au cours des prochaines années.

Conclusion

L'exhaustivité recherchée dans le système développé par SPF a paradoxalement été néfaste, dans la mesure où son dispositif initial présentait des failles, notamment la récolte de données non utiles. Une gouvernance orientée strictement sur des objectifs sanitaires a de fait eu des conséquences économiques profondes, et a dans le même temps reposé sur une approche « monorisque » du fait de la situation inquiétante des hôpitaux sur le plan économique. Dans une étude menée par la Fédération des hôpitaux de France auprès de 300 hôpitaux, les « directeurs des ressources humaines notent la fatigue des professionnels et une hausse des intentions de départ [...], qui illustrent un sentiment de lassitude »¹⁸. L'épidémie de Covid-19 a d'ailleurs réactivé ce débat pourtant préexistant sur les conditions de travail, en faisant « apparaître, d'une façon particulièrement crue, les failles maintes fois énoncées par les acteurs de la santé publique » (Société française de santé publique, 2020, 5).

On peut dire que si le rôle des experts en santé publique dans la gestion de cette crise a été perçu comme légitime, c'est bien le champ des mesures de restriction qu'ils ont proposées qui a fait débat, dans la mesure où la santé publique a de fait empiété sur l'économie. Elle a d'ailleurs, avec l'aval du gouvernement, contribué à distinguer les activités « essentielles » des activités « non essentielles à la vie de la nation ». Il serait ici intéressant d'étudier l'impact de ces catégorisations sur l'évolution des choix professionnels faits par des jeunes ayant été confrontés à ces discours, car « la capacité à pourvoir les métiers en tension constitue un enjeu socio-économique majeur pour les années à venir »

(Jacquemier-Paquin, Jeanpert et Claye-Puau, 2021, 36). La dimension inédite de cette épidémie a imposé une organisation dans l'urgence, qui si elle perdure en dehors de tout travail de réflexivité, ne sera pas en mesure de répondre aux nombreuses conséquences économiques qui se poseront à long terme. En outre, il apparaît urgent d'engager une réflexion « globale et interdisciplinaire » eu égard à « l'insuffisante préparation de notre pays » à apporter une réponse efficace aux crises sanitaires, aux « difficultés logistiques qui ont été traversées » et à la nécessité « anticipation des prochains épisodes épidémiques » (Société française de santé publique, 2020, pp. 6-7). Mais tout cela ne pourra être efficace sans une évolution nette du système de santé français et une amélioration des conditions de travail en hôpital ; il y a en la matière urgence, certaines études démontrant que d'autres épidémies pourraient émerger prochainement. À ce titre, il faut souligner que dans les pays nordiques, les épidémies de maladies infectieuses ont été un peu mises de côté du fait de l'existence de traitements médicaux efficaces et de la nécessité de se concentrer en priorité sur le développement de maladies chroniques devenues plus fréquentes (Dab, 2021). Or, l'actualité souligne la nécessité de surveiller l'évolution des maladies épidémiques : c'est ainsi que l'OMS, inquiète de l'évolution de l'épidémie de variole du singe survenue au Royaume-Uni le 7 mai dernier, a évalué le 23 juin 2022, dans le cadre de son comité d'urgence, la nécessité de la déclarer comme une « urgence de santé publique internationale »¹⁹. Au vu de l'évolution rapide de cette épidémie, elle a d'ores et déjà supprimé la distinction faite entre pays endémiques et pays non endémiques. On apprendra un mois plus tard, le 23 juillet 2022, que « l'organisation déclençait son plus haut niveau d'alerte »²⁰, cette épidémie ayant déjà touché à cette période 74 pays.

Enfin, les qualifications d'opérations « non urgentes » et d'activités « non essentielles à la vie de la nation » pourraient avoir des conséquences dans les années à venir. Le manque cruel de connaissances sur la Covid-19 a imposé aux décideurs d'opter pour le scénario le plus pessimiste : cette épidémie tuerait plus vite que les maladies chroniques, dont on sait que les conséquences graves peuvent intervenir à moyen ou long terme. En d'autres termes, les experts comme les décideurs ont opté pour une approche court-termiste et centrée sur les risques Covid-19, ce qui a conduit à monopoliser les équipements et les moyens humains autour de cette épidémie, et donc au détriment des personnes souffrant de maladies chroniques. Mais cette vision, si elle a permis de limiter les dégâts de cette épidémie en termes de mortalité, n'évitera certainement pas les vagues de surmortalité causées par les retards de diagnostic et dans le traitement de cancers, ni la « pandémie de troubles psychiques » (Gandre et Hazo, 2021) ou encore les troubles d'« anxiété postnatale

¹⁷ Cour des comptes (2021), rapport public annuel, « Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise », Tome I, mars.

¹⁸ VIGIE (2020), *Les Tribunes de la santé*, vol. 66, n°4, pp. 7-11.

¹⁹ « L'OMS va évaluer si la variole du singe représente une "urgence de santé publique internationale", *Le Monde*, AFP, 15 juin 2022.

²⁰ « Variole du singe : l'OMS déclenche son plus haut niveau d'alerte pour tenter de contrôler la maladie », Franceinfo, AFP, 23 juillet 2022.

maternelle » (Fourneret et Wendland, 2022) engendrés par la crise sanitaire, ni même la pandémie d'obésité qui, selon l'OMS, frappe déjà durement l'Europe.

Bibliographie

ASTAGNEAU P. & ANCELLE T. (2011), « Surveillance épidémiologique. Principes, méthodes et applications en santé publique », *Médecine Sciences Publications*, Éditions Lavoisier, 360 pages.

COUR DES COMPTES (2021), rapport public annuel « Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise », Tome I, mars.

DAB W. (2021), « Objets et apports de l'épidémiologie », in *Les fondamentaux de l'épidémiologie*, sous la direction de Dab William, Presses de l'EHESP, pp. 19-22.

DELMAS C. (2011), *Sociologie politique de l'expertise*, La Découverte.

GARCIA J. *et al.* (2021), « Différences de mortalité par Covid-19 : conséquence des imperfections et de la diversité des systèmes de collecte des données », *Population*, vol. 76, n°1, pp. 37-76.

GIRARD G. (2016), « Les réseaux mis en contexte. Une perspective comparative de la prise en charge du VIH en France et au Québec », in BROSSARD B. & WHITE D. (dir.), *La santé en réseaux. Exploration des approches relationnelles dans la recherche sociale au Québec*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 260 pages.

GREVSMÜHL S. (2020), « Cartographie : John Snow et la topographie du choléra », in DELAURENTI Béatrice & LE ROUX Thomas, *De la contagion*, Éditions Vendémiaire, pp. 65-72.

HANNA T. P. *et al.* (2020), "Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis", *British Medical Journal*.

IDELSON B. (2021), « Méfiance et défiance vis-à-vis de l'autorité de santé : la Covid-19 dans l'espace médiatique réunionnais », *Hermès, La Revue*, vol. 88, n°2, pp. 264-267.

INSERM (2019), dossier « Obésité. Une maladie des tissus adipeux », <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>

INSTITUT NATIONAL DU CANCER (2021), *Panorama des cancers en France*, https://www.e-cancer.fr/pdf_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf

JACQUEMIER-PAQUIN L. *et al.* (2021), « Renforcer l'attractivité d'un métier en tension : impact d'une campagne d'affichage sur l'image, l'attitude et l'intention envers le métier de conducteur routier », @GRH, vol. 41, n°4, pp. 13-43.

JORNAYVAZ F. R. & WOJTUSCISZYN A. (2021), « Le diabète : une pandémie oubliée ? », *Revue médicale suisse*.

THE LANCET ONCOLOGY (2021), *Covid-19 and cancer: 1 year on*, Editorial, vol. 22.

MUCCHIELLI L. *et al.* (2020), « Mortalité du Covid en France : ce que nous apprennent les chiffres », *Journal International de Médecine*.

NAVIAUX A. F. *et al.* (2020), « La pandémie du Covid-19 : surdosage médiatique, craintes et bientôt antonomase ? », *Annales médico-psychologiques*, vol. 178, pp. 793-794.

PISON G. & MESLE F. (2021), « France 2020 : 68 000 décès supplémentaires imputables à l'épidémie de Covid-19 », *Population & Sociétés*, vol. 587, n°3, pp. 1-4.

PITTET D. *et al.* (2021), rapport final de la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise de la Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques.

PUJOL N. *et al.* (2020), « Mourir au temps du Covid-19 », *Laennec*, vol. 68, n°4, pp. 5-20.

« La santé publique en France à l'épreuve de la Covid-19 », *Santé publique* 32, 2020, pp 5-7.

TABUTEAU D. (2010), « L'expert et la décision en santé publique », *Les Tribunes de la santé*, vol. 27, n°2, pp. 33-48.

THIERRY A. R. *et al.* (2021), "Association of Covid-19 Lockdown With the Tumor Burden in Patients With Newly Diagnosed Metastatic Colorectal Cancer", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, Netw Open, 4(9).

VALLERON A.-J. (2011), « Brève histoire de l'épidémiologie avant le XX^e siècle », *La Jaune et la Rouge*.

VIGIE (2020), dossier « Les sociétés face aux épidémies : de la peste à la Covid-19 », *Les Tribunes de la santé*, vol. 66, n°4, pp. 7-11.