
Appel à articles

Comité de Rédaction de la revue *Santé publique*

La santé publique à l'épreuve de la Covid-19



Après s'être déclarée en Chine, l'épidémie de Covid-19 s'est répandue en quelques semaines dans la majorité des pays du monde. L'Organisation Mondiale de la Santé a qualifié cette épidémie d'urgence sanitaire internationale le 23 janvier 2020, avant de la qualifier officiellement de pandémie, le 11 mars dernier. Inédite par son ampleur internationale, l'épidémie a mis à l'épreuve la santé publique des pays, questionnant la pertinence des réponses sanitaires, la capacité des offres de soins à faire face à un afflux de malades, mais aussi celle des populations à s'adapter à des conduites infléchissant la diffusion de l'épidémie. La Covid-19 a donné lieu à des réponses politiques sans précédent, avec le confinement simultané d'environ quatre milliards de personnes dans le monde, rendant atone l'économie mondiale. Outre le nombre de décès dus au virus, l'impact sanitaire indirect de la pandémie s'annonce redoutable avec une détérioration de l'accès aux soins et plus largement, des conditions économiques et sociales. Bien que les contours de ces conséquences sanitaires demeurent encore incertains, la survenue de cette pandémie et les réponses qui y ont été apportées s'imposent d'ores et déjà comme sujet de réflexivité pour le monde de la santé publique.

Déstructurant le fonctionnement habituel des sociétés, organisations et économies, l'épidémie de coronavirus constitue sans nul doute une « crise », mobilisant l'attention et les ressources dans un temps contracté, marqué par des bouleversements et des ruptures. Malgré des formes de préparation et des expériences antérieures (SRAS, H1N1, Ebola,...), de nombreux pays sont « pris de court » et débordés par la situation tant aux plans sanitaire et médical que social, économique et politique. S'intéresser à ce temps d'urgence suppose d'interroger les autres temporalités qui y sont articulées : la tendance à oublier les enseignements des précédentes crises, l'après-crise, la « cyclicité » des crises. Il convient d'examiner comment les expériences passées ont éclairé ou biaisé les réponses et comment les dispositifs existants ont été mobilisés, qu'il s'agisse d'organisations, d'outils tels que le Règlement sanitaire international, ou de procédures spécifiques de gestion de crise.

L'épreuve de la Covid-19 nous invite à analyser les types de politiques publiques proactives et rétroactives qui se sont déployés en réponse à l'épidémie [1], et les facteurs qui ont orienté les choix opérés. Diverses options ont concerné les campagnes d'éducation pour la santé, le dépistage par test, le traçage, l'identification des personnes contact, l'isolement individuel, l'hospitalisation et la réanimation éventuelle, le confinement généralisé, la gestion des cas suspects... Dans la construction de ces réponses, quelles places ont pris les institutions et organisations dédiées à la santé publique ? Quels rôles ont joué différents acteurs : scientifiques, politiques, professionnels de santé et du monde associatif ? Quelles approches et stratégies de santé publique ont été mobilisées ? Dans le temps de l'urgence, le risque est grand de se limiter à des approches verticales et hospitalo-centrées, de porter une moindre attention aux soins de première ligne, au secteur des aides et soins de longue durée, à la prévention et la promotion de la santé. Le risque est aussi de perdre de vue les enjeux de démocratie sanitaire, de démocratie voire le vécu individuel et collectif de la crise. Pour autant, même si elles n'ont pas toujours été mises en valeur, une multiplicité d'actions locales ont attesté de la vitalité des initiatives en santé communautaire.

Se pose conjointement la question de la mobilisation des savoirs dans l'élaboration des réponses sanitaires. Aux côtés des sciences biologiques, médicales et de l'épidémiologie, quelle importance a été accordée aux sciences sociales telles que l'anthropologie, la géographie, l'histoire, la psychologie ou la sociologie ? Quelles places ont été données à ces disciplines, notamment au travers des comités scientifiques conseillant les gouvernements ? Et dans les médias ?

Afin de documenter la diversité des réponses à cette pandémie globale, le Comité de Rédaction de la revue *Santé publique* entend réunir des éclairages internationaux et pluridisciplinaires. Trois axes analytiques sont retenus pour structurer cet appel à articles.

Les conditions épistémologiques de la réponse sanitaire

Le premier axe de notre appel à contributions, épistémologique, s'intéresse à la manière dont diverses formes de « savoirs » ont été mobilisées dans ce contexte de « crise » et d'« incertitudes ». Une attention sera portée à cette convocation des savoirs ainsi qu'à leurs modes de légitimation dans différents pays, envisageant notamment de manière diachronique quelles disciplines sont conviées à différents moments de l'épidémie. L'épidémiologie et les modélisations mathématiques ont été au cœur des débats et sur le devant de la scène médiatique. Il convient alors d'analyser la manière dont la décision politique s'est appuyée sur un ensemble d'indicateurs épidémiologiques faisant l'objet de débats scientifiques (notamment calcul du R_0 , estimation de l'impact des mesures sanitaires). De même, l'évolution des savoirs virologiques et cliniques a informé en temps réel la gestion de l'épidémie par les pouvoirs publics, les soignants et la population. Des questions de société ont également été évoquées à travers deux approches complémentaires : celle issue des disciplines scientifiques telles que l'anthropologie, la sociologie ou encore la psychologie ; l'autre, plus ancrée dans la réalité quotidienne et issue des savoirs d'expérience, notamment sous la forme de témoignages. Il convient de s'interroger sur l'apport des sciences sociales dans un contexte de déficit de savoirs biologiques et médicaux. La lutte contre les informations erronées mérite également d'être documentée. Plus généralement, les modalités de la recherche dans le temps spécifique de l'urgence, ainsi que la confrontation du savoir académique aux multiples incertitudes liées à la crise sont autant de questionnements au plan épistémologique.

Examiner les conditions épistémologiques de la réponse sanitaire exigera d'articuler la question des savoirs à celle de l'incertitude. Du fait de multiples inconnues sur le virus — épidémiologiques, cliniques, sociales —, des décisions politiques ont été prises malgré des « incertitudes » difficilement assumées comme telles dans le contexte de la médecine des preuves. Ces mesures sanitaires, exprimées sur un fond de confusion, ont eu des impacts sur la vie quotidienne des populations et provoqué une crise de confiance envers les dirigeants, voire même envers les sciences médicales. Face à ce constat, la notion d'incertitude permet d'examiner l'articulation entre connaissance et action, questionnant la « réactivité » de la production des savoirs en faveur de l'action, le fonctionnement du monde de la recherche, ainsi que les modalités de capitalisation des expériences. Cette notion conduit enfin à questionner deux visées des sciences : explicative et prédictive. La crise du coronavirus était-elle prédictible ? Quelles connaissances scientifiques permettaient de l'anticiper ? Comment développer des processus de détection plus efficaces ? Ou encore, comment accepter d'agir sans savoir et en reconnaissant la valeur heuristique de l'action ?

Cet axe privilégiera aussi les contributions envisageant comment la crise, effraction dans nos manières ordinaires de penser, produit des « ruptures épistémologiques » et constitue le terreau de nouveaux savoirs. Ces effets épistémologiques concernent non seulement les méthodologies scientifiques, l'interdisciplinarité, mais aussi les savoirs d'expérience [2] des professionnels et de la population. En

ce sens, la crise engendre paradoxalement des dynamiques positives, un second souffle cognitif, des processus de changement de paradigmes.

Les défis organisationnels

Le second axe de cet appel appréhende l'épidémie de coronavirus comme un défi pour les organisations sanitaires. À ce titre, sont attendues des contributions permettant d'examiner les rôles endossés par les organisations contribuant à mettre en œuvre la santé publique, avec en particulier, les systèmes de santé. L'épidémie questionne la pertinence, l'adaptabilité et les failles des organisations qui ont fonctionné dans des dynamiques entre « ruptures » et « continuités ». Il pourra s'agir d'envisager la place des institutions nationales et internationales, des collectivités territoriales, de la médecine de ville et plus largement des soins primaires, des représentants des professionnels et des usagers du système de santé, du secteur médicosocial. L'épidémie de la Covid-19 donne ainsi matière à réfléchir à des reconfigurations organisationnelles, adaptées à l'urgence de la crise mais dont les « leçons » pourraient être retenues pour le futur.

Au travers du rôle des institutions, en particulier agences de santé publique, il convient d'interroger le rapport entre pouvoir et sciences. La gestion de la pandémie révèle à ce titre diverses formes d'exercice du pouvoir. Le rôle joué par les médias dans les déficits de communication et la multiplication de signaux contradictoires mérite d'être examiné, qu'il s'agisse par exemple de l'utilité des masques ou de l'injonction à rester chez soi alors que certaines activités se poursuivent. Le discours dominant a impliqué une culpabilisation de la population par contraste avec l'héroïsation des soignants. La publication des statistiques quotidiennes sur le nombre de décès a relevé de l'usage de la peur, avec pour effet de renforcer un « biopouvoir » aux dépens de décisions prises de façon plus démocratiques. Il sera à cet égard intéressant de comparer les messages émis dans différents contextes nationaux.

Par ailleurs, les modalités d'organisation des systèmes de santé ont été éclairées d'un angle nouveau ; interrogeant l'effet de diverses structururations : centralisé ou décentralisé, fragmenté ou intégré, s'appuyant sur une protection sociale plus ou moins développée. Les faiblesses des systèmes de soins se sont retrouvées sur le devant de la scène, y compris dans des pays dits à haut revenus, avec des phénomènes de saturation rapide des capacités d'hospitalisation et de soins de réanimation. La crise a révélé des manques de personnels et des déficits de matériaux de protection, de tests et de produits et d'appareillages à l'origine de décès évitables. Les professionnels de santé ont dû assurer leur fonction de soin et de prise en charge des patients, bien qu'étant en situations de stress et d'anxiété, voire même de détresse face à l'afflux de patient [3]. Les biais d'organisations hospitalo et médico-centrée ont été révélés, avec une lutte contre la pandémie essentiellement focalisée sur la gestion des malades graves et sur l'hyper-technicité hospitalière. Ces biais organisationnels ont soulevé un ensemble d'interrogations éthiques : malades enjoins à rester chez eux au risque de contaminer les membres de leurs familles, nécessité de trier les patients, déshumanisation de la fin de vie dans les Ehpad, isolement des pairs aidants et professionnels à domicile, des personnes handicapées. La crise a ainsi exacerbé le primat donné au curatif sur le palliatif, à la « quantité de vie » sur la « qualité de vie ».

De manière générale, la confrontation des approches gestionnaires de la médecine aux considérations sociales, éthiques et anthropologiques du rapport à la santé, à la maladie et à la mort s'est avérée radicale dans le contexte de la crise. Or, les logiques organisationnelles qui sous-tendent l'une et l'autre de ces manières divergentes d'appréhender les soins ont, à cette occasion, suscité des adaptations de la part des dispositifs de prise en charge afin de répondre aux différents besoins rencontrés. Ce sont ces modalités « hybrides » d'organisation qu'il convient ici de décrire et d'analyser précisément. Avec le bouleversement des organisations, la « crise » a aussi entraîné le « repositionnement » de différents acteurs. La centration sur la Covid-19 exacerbe la concurrence

entre organisations, secteurs de soins et pathologies. Forçant certains services à l'arrêt, les mesures sanitaires représentent paradoxalement un catalyseur d'évolutions souhaitées par différents acteurs : développement de la télé-médecine, renforcement des liens entre acteurs du secteur sanitaire et médico-social... Les équipes hospitalières et médico-sociales ont su trouver des solutions dans le contexte de pénurie. Le contexte a aussi été moteur de transformations et d'adaptations des interventions en santé publique. De manière singulière, la vitalité des initiatives citoyennes et solidaires a également été observée lors des périodes de confinement ; certaines organisations se démenant nonobstant les moyens limités dont elles disposaient. Les activités de promotion de la santé et de santé communautaire ont également dû s'adapter à de nouvelles préoccupations et se recomposer autour d'espaces interactifs. Aussi, cet axe mettra l'accent sur la manière dont la crise de la Covid-19 a reconfiguré, au plan organisationnel, le paysage du système de prise en charge en santé. L'enjeu de cette reconfiguration serait, à partir des questionnements soulevés et des adaptations entreprises durant la crise, de démontrer l'intérêt de changements conséquents à rendre pérennes.

Sociétés et cultures sanitaires

Le troisième axe porte sur la manière dont les cultures et les sociabilités s'adaptent et admettent des mesures sanitaires spécifiques ; mais aussi sur les impacts socio-sanitaires indirects de l'épidémie : dégradation de l'accès aux soins, accroissement de certaines vulnérabilités, conséquences sur la santé mentale... Des effets négatifs durables et des manifestations de symptômes post traumatiques préoccupants touchent en particulier les professionnels de santé très exposés face aux épidémies [4-6].

Une attention particulière est prêtée aux problématiques sociales soulevées par les mesures sanitaires. Le vécu de ces mesures par les populations est à explorer, aussi bien au niveau du confinement que des mesures barrières, ou des restrictions de déplacements et de rencontres [7]. Le rapport au corps, à l'espace privé et public, aux autres ou encore le rapport au risque méritent d'être analysés à partir des points de vue des individus qui en ont fait l'expérience durant la crise. La question des limites symboliques et matérielles du confinement s'avère intéressante à explorer dans cette approche vécue des mesures sanitaires. Nécessairement contextualisées, ces expériences relèvent de situations particulières (vie en Ehpad, en foyer, en prison ou sans domicile fixe, restriction de l'accompagnement de la fin de vie et des cérémonies mortuaires...) et de contextes socioéconomiques et culturels variés (isolement des personnes âgées et risque d'âgisme, difficultés du recours au confinement dans des contextes d'économie informelle et du quotidien...) qu'il s'agit de mettre en lumière. Les expériences et analyses de mesures permettant de protéger les patients âgés particulièrement vulnérables, tels que les résidents en Ehpad et les patients de la géro-psycho-geriatrie sont attendues. Ces groupes spécifiques et vulnérables de patients exigent une attention adéquate comme l'indiquent les expériences en provenance de Chine [8]. Par ailleurs, les travaux et réflexions portant sur les consultations en ligne et le développement d'applications numériques pour un suivi rigoureux en matière de santé et d'éducation à la santé mentale constituent des apports essentiels pour tirer les leçons de la crise sanitaire [9].

Afin de re-situer pourquoi l'épidémie de Covid-19 est inédite par sa construction sociale et par l'ampleur donnée à la réponse sanitaire, les approches comparatives, replaçant le Covid-19 dans une histoire des grandes épidémies, sont également recherchées. De plus, pour comprendre comment l'épidémie a donné lieu à de nouvelles cultures sanitaires et de nouveaux rapports à la santé, des contributions pourront s'intéresser au large champ des communications qui ont saturé l'espace médiatique. Le climat angoissant suscité par ces communications, et plus largement son impact sur les conduites de la population et sur la gestion de la crise pourront notamment être analysés.

S'agissant des enjeux sociaux, nous serons particulièrement attentifs aux contributions examinant la manière dont l'épidémie redessine les inégalités sociales de santé aux niveaux local et global ;

exacerbant des lignes de faille et des faiblesses préexistantes, mais aussi faisant apparaître de nouvelles lignes de force et de résilience. Comment a été maintenu le lien social lors des transitions de confinement et de déconfinement ? Comment des acteurs « non formés à la santé » se sont-ils emparés de cette problématique ? Alors que les faiblesses des systèmes de santé dans des pays à haut revenus ont été mis au jour, des pays d'Afrique ont fait montre de capacités de réactivité et d'innovation sanitaire, démentant les discours catastrophistes à leur rencontre. Cependant, dans tous les pays affectés, l'épidémie a touché plus durement certaines catégories de la population, révélant des hiérarchies sociales implicites, des inégalités sociales face à la santé, ou encore la vulnérabilité de populations susceptibles de développer des formes graves de la maladie du fait de leur âge ou leurs co-morbidités. Les récents travaux sur les grandes épidémies mettent en relation le triptyque « territoire, épidémiologie et système de soin » qui dessine une géographie du développement du virus. Ils montrent le lien entre progression du virus, inégalités sociales et état du système de santé, et font apparaître les inégalités de territoires et des facteurs sanitaires qui participent aux inégalités d'accès aux systèmes de soins et à la vulnérabilité de populations fragilisées [10, 11]. Les pandémies ont tendance à être territorialisées, nationalisées, ethnisées et racialisées ; cela a été le cas avec la Covid 19 [12].

Certaines catégories de personnes se sont trouvées exposées au risque de contamination à la Covid-19 du fait de leurs conditions de vie, de leur situation socioéconomique ou de leurs conditions de travail. La pandémie a mis en lumière des inégalités criantes, en France par exemple [13], ou à Montréal où la plupart des cas ont été répertoriés dans Montréal Nord, un des quartiers les plus populaires. De même, certaines activités, incompatibles avec le télétravail et nécessaires pour la continuité de l'activité économique et sociale, ne permettaient pas d'appliquer les gestes barrières, en particulier en l'absence de matériel adéquat. L'épidémie a mis en lumière des catégories de travailleurs indispensables la vie en société, d'ordinaire peu visibles et peu valorisées, dans le champ de la santé comme dans celui de la vie publique. Elle invite à ce titre à réfléchir à la manière dont les sociétés répondent aux risques sanitaires auxquels sont exposés ces professionnels, dans le domaine de la santé en particulier, mais également dans d'autres secteurs indispensables au fonctionnement social.

Références

- [1] Rozental P.-A., Un balcon en forêt 2020 : Essai comparatif sur l'épidémie de Covid, Terra Nova, 2020, <http://chsp.sciences-po.fr/en/publication/un-balcon-en-foret-2020-essai-comparatif-sur-lepidemie-de-covid>
- [2] Arborio S., Halloy A., Hejoaka F., Simon E. « Les savoirs d'expérience en santé – Fondements épistémologiques et enjeux identitaires », 2020, eds : Questions de communication, Série Actes
- [3] Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. Published 2020 Mar 2. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- [4] Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, Yao Z, Kong J, Lu J, Litvak IJ. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol*. 2008;43(6):706–12. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn073>.
- [5] Su TP, Lien TC, Yang CY, Su YL, Wang JH, Tsai SL, Yin JC. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *J Psychiatr Res*. 2007;41(1–2):119–30
- [6] Lu YC, Shu BC, Chang YY, Lung FW. The mental health of hospital workers dealing with severe acute respiratory syndrome. *Psychother Psychosom*. 2006;75(6):370–5

- [7] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- [8] Yang et al., 2020 Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study, www.thelancet.com/ 2020 [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5))
- [9] Liu et coll., Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak, 2020 [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30077-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30077-8/fulltext))
- [10] Fond-Harmant L et al. « Vulnérabilité et inégalités : Ebola et le système de santé de Sierra Leone », in *Urgence et crises sanitaires dans les pays à ressources limitées : de la préparation à la réponse*; NT n°30, mai 2017, Ed Actualités du Pharo, Paris, 2017
- [11] Gasquet-Blanchard C « Ebola, géographie d'un virus. Enjeux socio-spatiaux en Afrique -Centrale » in *L'espace politique* (en ligne, 26 février 2015, mis en ligne le 22 juillet 2015, consulté le 19 mai 2016
- [12] Aaltola M, A Trigger for global transformation ? Political distancing, global decoupling and growing distrust in health governance Covid-19, FIIA, mars 2020
- [13] Mariette, A., Pitti, L. Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé, *Métropolitiques*, 2020, <https://www.metropolitiques.eu/Covid-19-en-Seine-Saint-Denis-1-2-quand-l-epidemie-aggrave-les-inegalites.html>

Calendrier

Ce dossier « La santé publique à l'épreuve de la covid-19 » a pour ambition de dresser un état des lieux de la complexité liée à la crise du coronavirus, responsable de la Covid-19, sans négliger pour autant l'importance d'une approche diachronique des questions soulevées au fil du déroulement de cet événement. Il n'exclut pas que d'autres contributions relatives à l'épidémie soient par ailleurs publiées dans nos numéros varia.

Jusqu'au 15 septembre 2020 - Dépôt des lettres d'intention

Septembre 2020 - Examen des lettres d'intention reçues et réponses aux auteurs potentiels sur la recevabilité de leurs projets

Décembre 2020 - Les propositions d'articles présélectionnés doivent parvenir à la Rédaction

Janvier-Juin 2021 - Procédure d'expertise : envoi en lecture et examen par deux référents anonymes – demande de modifications – lecture de validation – acceptations – Edition en pré-print dès acceptation des articles.

Juillet-Août 2021 - Montage éditorial et parution du numéro

- **Votre lettre d'intention, limité à 4 000 signes espaces compris, devra mentionner : titre, auteurs, résumé précisant le plan de votre article (titres des parties et méthodologie), mots-clés. Elle devra être envoyée à secretariat.redaction@sfsp.fr avant le 15 septembre 2020.**