

Covid-19 en Belgique: une crise qui met à l'épreuve la gestion des risques

Catherine FALLON

Qualité



Aline THIRY

Qualité



◆ TABLE DES MATIÈRES ◆

1. Le cadre de gestion de la pandémie en Belgique en 2020	212
1.1. Professionnalisation de la planification d'urgence et de la gestion de crise	213
1.2. Préparation à la gestion d'une pandémie	215
2. La gestion de la crise de Covid-19 pendant la première vague (janvier-juin 2020)	218
2.1. Se préparer à la survenance de la crise: la planification d'urgence	218
2.2. Donner du sens à la crise émergente	221
2.3. Dessiner des réponses crédibles	225
2.4. Gérer de larges réseaux d'intervention	229
3. Vers une autre normalité?	235
3.1. Planifier dans un monde incertain	236
3.2. Gouverner par des réseaux fluides et adaptatifs	238
Conclusion	239



RÉSUMÉ

La première vague de l'épidémie de Covid-19 fut une épreuve pour de nombreux pays, et particulièrement pour la Belgique et ses dispositifs de gestion de crise. Et la Covid-19 – comme crise – est une aventure riche d'enseignement parce que ses caractéristiques mettent à l'épreuve le système de gestion des

risques que nous avons mis en place au cours des dernières décennies pour assurer une protection de la société face aux menaces de natures diverses: industrielles, environnementales, terroristes, etc. En effet, la Covid-19 a pris de court de nombreux pays européens qui se pensaient à l'abri des risques épidémiques et elle a aussi provoqué une série de crises à la fois sociales, économiques, politiques dans la plupart des pays du globe. L'objectif de cet article n'est pas de couvrir une analyse de la crise actuelle ni de mener une évaluation des politiques menées pour en assurer la gestion. Au contraire, il s'agit de contribuer à un programme plus ambitieux, une prise de recul par rapport à cette crise, pour réfléchir aux transformations profondes dont elle pourrait accoucher. La pandémie a provoqué un élan mondial en termes de recherche, non seulement en matière virologique pour assurer le développement rapide de vaccins, mais aussi dans le domaine de la gestion publique en matière de gestion des risques. À rebours d'une réaction trop rapide telle que l'actuel projet de loi «Pandémie» déposé par le gouvernement fédéral⁽¹⁾, les auteures cherchent à mettre en évidence des qualifications propres à la Belgique en matière de gestion de crise et de planification d'urgence pour ouvrir de nouvelles lignes de recherche et lancer des pistes de réformes dans ce secteur qu'elles étudient depuis près de vingt ans⁽²⁾.

“Pandemics and plagues have a way of shifting the course of history, and not always in a manner immediately evident to the survivors. The COVID pandemic will be remembered as such a moment in history, a seminal event whose significance will unfold only in the wake of the crisis”. — Anthropologist W. DAVIS⁽³⁾

Voilà des décennies que, dans nos sociétés occidentales contemporaines, on fait «comme si» on avait la maîtrise des événements, «comme si» tout était sous contrôle. Mais la Covid-19 vient nous rappeler à quel point nous sommes dépourvus pour penser et agir face à un tel événement: les incertitudes générées par la circulation de ce virus dans notre société ont fait éclater les structures d'expertise qui tendent à stabiliser notre mode de vie. Pourtant, nous ne devrions pas être si surpris par l'apparition du virus et son impact sur notre vie quotidienne – la situation de crise. Le sociologue américain Lakoff⁽⁴⁾ avait déjà prévenu que les maladies émergentes seraient causées par des agents pathogènes se propageant rapidement et créant des situations de pandémies mondiales, en

⁽¹⁾ Chambre des représentants, Projet de loi relatif aux mesures de police administrative lors d'une situation d'urgence pandémique; Doc. 55/1951/009, adopté par la Commission de l'Intérieur le 18 mai 2021.

⁽²⁾ C. FALLON, A. THIRY, S. BRUNET, «La planification d'urgence et gestion de crise sanitaire. La Belgique face à la pandémie de Covid-19», *Courrier Hebdomadaire du CRISP*, 2020, 8:5-68.

⁽³⁾ W. DAVIS, «The unravelling of America», *RollingStone*, 2020, August 6, <https://www.rollingstone.com/politics/political-commentary/covid-19-end-of-american-era-wade-davis-1038206/>.

⁽⁴⁾ A. LAKOFF, *Unprepared. Global health in a time of emergency*, University of California Press, 2017.

raison des liens entre les écosystèmes et les lieux à forte densité de population et de la circulation mondiale rapide des personnes, des biens et des animaux⁽⁵⁾. Ce qui est vraiment déconcertant, et qui mérite une réflexion approfondie, c'est que nous semblons avoir été pris par surprise, alors qu'une pandémie était clairement prévue depuis de nombreuses années.

La Belgique a été sévèrement touchée par la pandémie de Covid-19 lors de la première vague (mars-juin 2020), malgré son infrastructure de gestion des risques qui semblait assurer un bon niveau de préparation. Le 29 janvier 2021, 21 081 décès dus au coronavirus ont été enregistrés pour la Belgique⁽⁶⁾. Cela représente un taux de 1.806 décès/million d'habitants. La Belgique se classe parmi les pays où le taux de mortalité lié au coronavirus est le plus élevé⁽⁷⁾ et le nombre de décès est deux fois plus élevé que dans les pays voisins d'Europe occidentale. En juin 2021, la Belgique se classe au douzième rang mondial en termes de décès dus au coronavirus par million d'habitants – devant l'Italie, quatorzième, et le Royaume-Uni, dix-neuvième⁽⁸⁾. Que s'est-il passé? Est-ce dû à la structure fédérale du gouvernement du pays? D'autres pays fédéraux comme l'Allemagne et le Canada, dont la structure fédérale est souvent comparée à celle de la Belgique, ont remarquablement bien géré la première vague de la pandémie.

Nous identifions deux autres raisons possibles de la sévérité de la crise de Covid-19 en Belgique. Tout d'abord, en janvier 2020, le gouvernement fédéral belge était lui-même pris dans une longue crise politique : faut-il imputer à cette situation particulière d'«affaires courantes» le retard d'actions fortes lors de l'émergence de la pandémie en Europe? La seconde raison est de nature plus fondamentale : la crise à laquelle nous sommes confrontés dépasse le cadre de la gestion de crise qui n'était pas prêt à affronter une pandémie. Ces deux raisons mettent en évidence un hiatus au cœur de l'infrastructure de gestion des risques dont la Belgique est pourtant si fière : la difficulté de tirer les leçons du passé et de se préparer à gérer des crises systémiques à haute turbulence et forte incertitude. Face à cet avenir incertain, c'est l'ensemble des modalités de gestion des risques qu'il faut questionner. En tant qu'universitaires actifs dans le domaine de la gestion de crise depuis une dizaine d'années, nous avons décidé de mobiliser des informations documentaires (documents officiels, rapports administratifs et médias) ainsi que le contenu des discussions et séminaires organisés avec

⁽⁵⁾ C. FALLON, G. PIET, E. THIRY, D. DAL POZZO, C. ZWETKOFF, *Renouveler la gestion du risque par l'ouverture à un système de vigilance? Le cas de la fièvre catarrhale ovine*, Canada, Éditions en Environnement VertigO, 2012.

⁽⁶⁾ Sciansano, « COVID-19 », 2021, <https://epistat.wiv-isp.be/covid/> (accessed on January 31, 2021).

⁽⁷⁾ Worldometer, « COVID-19 coronavirus pandemic », 2021, <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (accessed on January 31, 2021 and on June 16, 2021).

⁽⁸⁾ *Ibid.*

les principaux partenaires professionnellement engagés dans la gestion de la crise de Covid en Région wallonne pour lancer de premiers axes de réflexion⁽⁹⁾.

Cet article propose de cadrer l'argument d'abord en termes de gestion de crise, et une présentation de ce dispositif qui a été développé de manière professionnelle et cohérente depuis les années 1960 sur l'ensemble du territoire. Cette première partie rappelle aussi les grandes lignes des transformations imposées par la dernière réforme de l'État en matière de santé publique : ces changements n'avaient pas encore été pleinement opérationnalisés au début de la pandémie et la nécessaire coordination entre entités fédérées et niveau fédéral en a été particulièrement affectée. La deuxième partie reprend une sélection d'éléments marquants de la gestion de crise durant la première vague de Covid-19 (janvier-juin 2020) en mobilisant le cadre d'analyse séquentielle proposé par Boin⁽¹⁰⁾ et détaille pour chaque étape les expériences de la crise et les enseignements à en tirer – préparation à la gestion d'une pandémie, gestion de l'émergence, construction de réponses crédibles et gestion du réseau d'intervention – avant de proposer une réflexion en matière d'apprentissage : comment tirer les enseignements de cette « méga-crise » en matière de mobilisation de l'expertise et de l'administration publique ?

I. LE CADRE DE GESTION DE LA PANDÉMIE EN BELGIQUE EN 2020

Les États industriels ont appris à « danser sur un volcan », en proposant de maîtriser les menaces posées par les développements technologiques et de contrôler l'impact des risques naturels pour nos sociétés de plus en plus complexes, afin d'assurer la santé publique et de protéger la population et son patrimoine⁽¹¹⁾. En tant que gardien du bien-être de la population, l'État a développé des politiques de protection civile et une coopération entre les professionnels du secteur afin d'améliorer la prévention, la préparation, la réponse et le rétablissement face aux crises (définies comme des situations d'urgence), en mobilisant des ressources adéquates. L'arrêté royal relatif à la planification d'urgence et la gestion des situations d'urgence⁽¹²⁾ définit la situation d'urgence comme suit (art. 1^{er}, 3^o) : « Tout événement qui entraîne ou qui est susceptible d'entraîner des conséquences dommageables pour la vie sociale, tel qu'un trouble grave de

⁽⁹⁾ C. FALLON, A. THIRY, S. BRUNET, « La planification d'urgence et gestion de crise sanitaire. La Belgique face à la pandémie de Covid-19 », *op. cit.*

⁽¹⁰⁾ A. BOIN, « The New World of Crises and Crisis Management: Implications for Policymaking and Research », *Review of Policy Research*, 2009, 26, 367-377, 10.1111/j.1541-1338.2009.00389.x.

⁽¹¹⁾ U. BECK, « Risk Society: Towards a New Modernity », *Theory, Culture & Society*, 1992; P. L. BERNSTEIN, *Against the gods. The remarkable story of risk*, John Wiley & Sons Inc., 1996.

⁽¹²⁾ Arrêté royal du 22 mai 2019 (*Moniteur belge*, 27 juin 2019) relatif à la planification d'urgence et la gestion de situations d'urgence à l'échelon communal et provincial et au rôle des bourgmestres et des gouverneurs de province en cas d'événements et de situations de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national.

la sécurité publique, une menace grave contre la vie ou la santé des personnes et/ou contre des intérêts matériels importants, et qui nécessite la coordination des disciplines afin de faire disparaître la menace ou de limiter les conséquences néfastes». Une situation d'urgence impose de mobiliser rapidement de nombreuses ressources et des compétences spécifiques : pour assurer une telle réponse de façon efficace et adaptée, les autorités doivent investir au préalable des ressources en matière de moyens, de compétences et de coordination.

I.1. Professionnalisation de la planification d'urgence et de la gestion de crise

Les pays européens ont développé des infrastructures de crise, nourries et enrichies par les leçons tirées des différentes crises qu'ils ont traversées, ainsi que sous la pression européenne (principalement en ce qui concerne les accidents industriels)⁽¹³⁾. En Belgique, la compétence en matière de gestion de crise est organisée au niveau fédéral. Le cadre légal (modifié en 2019 en intégrant les leçons des attentats terroristes de 2016 en Belgique) a harmonisé depuis 2006 la terminologie et le contenu des plans d'urgence, en imposant une approche multidisciplinaire pour assurer une approche systémique des crises et une analyse des risques dans le processus de planification, avec pour objectif d'organiser le renforcement le plus rapide possible des capacités d'intervention. La construction de scénarios plus ou moins catastrophiques fait partie de cette préparation. Les plans et les scénarios proposent des orientations plutôt que des guides à suivre, chaque crise étant toujours imprévisible. Les activités de planification et de préparation aux situations d'urgence favorisent la coordination et donc le renforcement des compétences et le développement de réponses efficaces pour protéger les personnes et leurs biens en cas d'urgence.

La gestion de crise en Belgique se fait à deux niveaux : d'une part, la gestion opérationnelle qui organise les différentes interventions sur le terrain et, d'autre part, la gestion stratégique. À ce titre, le niveau fédéral mobilise une large expertise au sein d'un réseau d'organisations interdépendantes et coordonnées autour d'objectifs communs dans une approche multi-niveaux sous l'autorité du ministre de l'Intérieur. Selon l'ampleur et la nature de la crise, la gestion stratégique intervient au niveau local sous l'autorité du bourgmestre, au niveau provincial sous l'autorité du gouverneur ou au niveau national sous l'autorité du ministre de l'Intérieur. L'autorité fédérale a investi dans une infrastructure de communication de crise (*Incident crisis management system* – ICMS, *Be-Alert*, etc.) et un centre de crise fédéral, agissant sur l'ensemble du territoire.

Les facteurs clés d'une bonne gestion de crise sont la qualité de l'organisation, de l'équipement disponible, ainsi que de la communication (entre

(13) En particulier les directives européennes Seveso directive 96/82/CE ; directive 2003/105/CE ; directive 2012/18/UE.

les acteurs opérationnels ainsi qu'avec la population). L'élaboration de plans d'urgence permet de disposer de ressources matérielles et humaines adéquates mobilisables très rapidement en cas d'urgence et de développer une approche globale, grâce à une meilleure coordination entre les groupes d'intervention et avec les différentes parties prenantes. La planification d'urgence définit les procédures à suivre et les rôles des différents acteurs et notamment des groupes d'intervention pour répondre au mieux aux besoins déterminés par la réalité du terrain. Ce modèle de planification conventionnel est surtout efficace pour la gestion des crises récurrentes pour lesquelles il y a peu d'incertitude quant à la nature de leurs conséquences et à la manière dont elles se produiront⁽¹⁴⁾. La planification d'urgence a aussi pour objectif d'engendrer un processus d'apprentissage entre tous les acteurs amenés à gérer une crise aussi bien au niveau stratégique qu'au niveau opérationnel. Ainsi, des exercices multidisciplinaires sont organisés afin de tester les plans d'urgence et de permettre aux acteurs des différentes disciplines d'intervention de se connaître et de se coordonner en dehors d'une situation de crise, dans un processus d'apprentissage de groupe. Ces moments sont généralement présentés comme le moteur principal d'amélioration du cycle de gestion du risque.

La planification d'urgence assume aussi une fonction politique: les incertitudes que l'on sait inhérentes à une situation de crise sont en quelque sorte concrétisées, presque réifiées dans un document officiel écrit, à savoir le plan⁽¹⁵⁾. La matérialisation des risques et des situations d'urgence dans les plans a une fonction rassurante pour les acteurs concernés. Derrière la formulation d'un plan d'urgence, on peut identifier un message éminemment politique, susceptible de rassurer les populations: les plans contribuent à légitimer les politiques existantes à travers les notions de risque et de sécurité, soutenant sa capacité à gérer l'impact des aléas menaçant la collectivité⁽¹⁶⁾.

Pourtant, dès que l'analyse dépasse les recommandations formelles, des points de tension se dessinent au niveau des professionnels d'intervention. Par exemple, l'arrêté royal du 22 mai 2019 impose d'organiser des exercices multidisciplinaires de manière régulière et au moins une fois par an, pour tester la planification d'urgence existante et l'adapter. Mais des enquêtes auprès des acteurs de terrain révèlent un manque de culture d'apprentissage multidisciplinaire et un manque de ressources suffisantes: les acteurs font face à un manque d'exercices, d'enseignement, de mise en mémoire et de partage des

⁽¹⁴⁾ L. CLARKE, *Mission improbable: Using fantasy documents to tame disaster*, Chicago, University of Chicago Press, 1999.

⁽¹⁵⁾ S. BRUNET, C. FALLON, P. OZER, N. SCHIFFINO, A. THIRY, *Risques, planification d'urgence et gestion de crise*, Bruxelles, la Charte, 2019.

⁽¹⁶⁾ C. FALLON, S. BRUNET, B. CORNELIS, «La planification d'urgence sous tension», *Cahiers de la Sécurité*, 2008, 3:72-83.

précédentes situations d'urgence⁽¹⁷⁾, sans doute en partie à cause du caractère chronophage de ces processus et leur concomitance avec les activités journalières. Lors d'une enquête organisée en 2017⁽¹⁸⁾, les groupes d'interventions dénonçaient un manque d'entraînement et d'exercices, ainsi que l'absence d'un cadre de référence soutenant l'organisation de ces derniers. En matière de santé, un même sous-investissement se reflète dans les rapports d'évaluation concernant la capacité de la Belgique à mettre en œuvre les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁽¹⁹⁾. En effet, les chiffres de l'OMS concernant les rapports annuels d'auto-évaluation des États membres (*state party self-assessment annual reporting* – SPAR) montrent que la Belgique a un score particulièrement médiocre dans la catégorie SPAR 2018, qui concerne le « financement de la mise en œuvre des capacités du règlement sanitaire international »⁽²⁰⁾. De manière plus générale, les formes d'apprentissage (formations, exercices, retours d'expérience, etc.) de crise pâtissent de ce manque d'investissement lié à une matière qui présente, d'un point de vue politique, un faible retour sur investissement. En d'autres termes, on constate un manque d'intérêt politique pour le maintien de ce type d'infrastructure pourtant indispensable pour assurer la sécurité de la société mais qui, tant qu'aucun événement ne se produit, semble politiquement peu rentable et budgétairement trop coûteux.

1.2. Préparation à la gestion d'une pandémie

Le risque de pandémie a été clairement anticipé dans la plupart des pays en termes de planification d'urgence. En novembre 2005, l'OMS a établi un programme mondial de lutte contre la grippe, tirant les leçons de l'épisode du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), une épidémie provoquée par un coronavirus en 2003. Tous les États membres ont été appelés à se préparer à un tel scénario et à prendre des mesures d'urgence pour assurer une protection et une préparation maximales, conformément au règlement sanitaire international (RSI) qui impose aux États signataires, dont la Belgique, de mettre en place des capacités d'action pour détecter et contenir les épidémies locales, ainsi que pour pouvoir appliquer les mesures sanitaires nécessaires en cas de pandémie. Cet appel a été actualisé en 2009 dans un document d'orientation intitulé « Préparation et réponse à une pandémie de grippe », qui s'appuie sur les enseignements tirés de la gestion de la grippe aviaire A (H5N1).

⁽¹⁷⁾ C. FALLON, A. THIRY, « Planification d'urgence externe en matière de risque Seveso: quelles sont les difficultés rencontrées par les acteurs belges? », in S. BRUNET, C. FALLON, P. OZER, N. SCHIFFINO, A. THIRY, *Risques, planification d'urgence et gestion de crise*, op. cit.

⁽¹⁸⁾ A. THIRY, M. VERHAEGEN, C. FALLON, A. BERGMANS, K. DESMET, *Benchmark et analyse des écarts pour la planification d'urgence externe relative au risque Seveso*, ULiège – UAntwerpen, 2017.

⁽¹⁹⁾ World Health Statistics 2018: Monitoring health for SDGx (WHO), www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/.

⁽²⁰⁾ OMS, « IHR States Parties Self-Assessment Annual Reporting (SPAR) », 2018, <https://extranet.who.int/sph/spar/spar/299>.

En matière de plan fédéral d'intervention sanitaire, la Belgique s'est, dès 2006, alignée sur le programme de l'OMS, en adoptant un plan d'urgence pour une pandémie de grippe⁽²¹⁾. Le plan belge a été développé à l'époque au sein du Commissariat interministériel Influenza (aujourd'hui disparu), avec une équipe composée de collaborateurs du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, de l'Institut scientifique de santé publique (ISP, aujourd'hui repris dans Sciensano⁽²²⁾), de l'AFSCA et des services des Régions et des Communautés. Ce plan détaillait l'organisation générale prévue en phase de vigilance, de pré-alerte et de déclenchement de crise. En cas de pandémie, le plan prévoyait qu'une phase fédérale de coordination de crise soit déclenchée par le ministre de l'Intérieur, soit de sa propre initiative soit à la demande du ministre de la Santé publique. Ce plan n'a pas été mis à jour et il a disparu des radars suite à la sixième réforme de l'État qui a organisé le transfert d'une partie des compétences en matière de santé aux Régions et aux Communautés, imposant des nouvelles formes de coopération au sein du système de santé jusque-là coordonné principalement par l'administration fédérale.

En effet, en cas de pandémie, le système fédéral belge est aujourd'hui confronté à une contrainte spécifique, le partage des compétences entre les différentes entités en matière sanitaire. Le réseau de gestion de crise – selon la loi fédérale – est organisé de manière hiérarchique depuis le ministre de l'Intérieur jusqu'aux autorités locales et aux groupes d'intervention, avec le soutien des gouverneurs et l'organisation de comités de crise multidisciplinaires à chaque niveau, mobilisant une logique de délégation hiérarchique. Toutefois, il n'en va pas de même dans le secteur des interventions sanitaires où il existe une répartition complexe des responsabilités entre les entités fédérales et infranationales: les questions de santé publique (mesures de prévention et soins primaires) sont davantage organisées sous l'autorité des entités infranationales tandis que l'autorité fédérale ne contrôle que l'organisation des soins secondaires (gestion et équipement des hôpitaux). En outre, les compétences en matière de contrôle des services de santé organisés dans des lieux autres que les hôpitaux (par exemple, dans les maisons de repos) ont été transférées aux entités infranationales (communautés ou régions). Les compétences liées aux questions de santé publique sont réparties entre les entités fédérales et infranationales dans le cadre de la logique du fédéralisme dual: chaque compétence est censée relever d'une seule entité et chaque entité fonctionne de manière autonome. Il n'y a pas de hiérarchie entre le gouvernement fédéral et les gouvernements subnationaux:

(21) Commissariat interministériel Influenza, «Manuel Plan belge d'urgence pour une pandémie de grippe – partie 2: plan opérationnel», juillet 2006.

(22) Sciensano est une institution publique, dotée de la personnalité juridique, créée par la loi belge du 25 février 2018 à partir de la fusion entre l'ISP et le Centre d'étude et de recherches vétérinaires et agrochimiques (CERVA). Sciensano assure un soutien à la politique de santé notamment «en élaborant des solutions avancées pour le diagnostic, la prévention et le traitement de maladies et ainsi que pour l'identification et la prévention d'autres risques pour la santé» (cf. www.sciensano.be/fr/a-propos-de-sciensano/historique-de-sciensano).

toute décision transcendant un niveau de gouvernement nécessite un consensus entre le gouvernement fédéral et toutes les entités subnationales. En matière de santé publique, la politique doit être négociée et ne peut être hiérarchisée. Avec la sixième réforme de l'État et les accords intrafrancophones, les responsabilités sont désormais réparties entre neuf ministres⁽²³⁾, au niveau fédéral, flamand, wallon, francophone, germanophone et bruxellois⁽²⁴⁾. Le ministre fédéral peut organiser une Conférence interministérielle pour les questions de santé (CIM Santé) associant les ministres et administrations concernés, mais uniquement sur une base volontaire. Les mécanismes formels de coopération en Belgique fédérale ne peuvent être lancés que lorsque tous les acteurs sont présents et que les organes exécutifs ont reçu l'aval de leurs parlements. Cependant, après les élections générales de mai 2019, le niveau fédéral a traversé une longue impasse politique (mai 2019-octobre 2020) pendant laquelle le ministre fédéral de la Santé n'était pas censé lancer de nouvelles coopérations avec les entités infranationales.

Les conflits de compétences peuvent donc se multiplier et ralentir la dynamique de coordination, limitant ainsi les capacités d'intervention. Ceci est particulièrement important au moment de l'émergence de la crise, lorsque des réponses politiques sont en cours d'élaboration, à la fois en termes de gestion de crise, de politique de santé et d'expertise, et que des décisions inhabituelles doivent être prises rapidement dans un espace d'incertitude.

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, conformément aux dispositions de l'OMS et de l'Union européenne, a développé depuis 2018 des structures génériques d'épidémiologie-surveillance qui sont en charge de « la détection, de l'évaluation, de la notification, de la déclaration, et de la réaction par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique »⁽²⁵⁾ dont il assure le « point focal national » (PFN), en consultation avec les services sanitaires de l'Autorité fédérale et des Régions et Communautés.

⁽²³⁾ Pendant la crise, la conférence interministérielle Santé publique (organisée par la DG Soins de Santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) a rassemblé huit ministres sur neuf: Maggie De Block (Open VLD) pour le gouvernement fédéral, Christie Morreale (PS) pour le gouvernement wallon, Wouter Beke (CD&V) pour le gouvernement flamand, Valérie Glatigny (MR) et Bénédicte Linard (Écolo) pour le gouvernement de la Communauté française, Alain Maron (Écolo) pour le collège réuni de la COCOM et le collège de la COCOF, Elke Van den Brandt (Groen) pour le collège de la COCOM et le collège de la Commission communautaire flamande (VGC) et Antonios Antoniadis (SP) pour le gouvernement de la Communauté germanophone. Barbara Trachte (Écolo), de l'Assemblée de la COCOF, n'était pas invitée.

⁽²⁴⁾ J. FANIEL, « Santé: une répartition complexe des compétences », Les @analyses du CRISP en ligne, 29 décembre 2020, www.crisp.be.

⁽²⁵⁾ Conférence interministérielle Santé Publique du 5 novembre 2018. Protocole conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, établissant les structures génériques pour la gestion sectorielle santé des crises de santé publique et leur mode de fonctionnement pour l'application du règlement sanitaire international (2005), et la décision n° 1082/2013/EC relative aux menaces transfrontières graves sur la santé.

En matière de déclaration obligatoire des maladies infectieuses, le service d'épidémiologie de Sciensano rassemble les données provenant du réseau sentinelle des médecins généralistes et du réseau d'hôpitaux sentinelles. Un Centre national de référence (CNR, sis actuellement à la Katholieke Universiteit Leuven – KULeuven) se charge de la recherche virologique et de l'analyse des souches récoltées par les deux réseaux. Les prestataires de soins qui constatent une maladie transmissible ou infectieuse doivent la déclarer au médecin chargé de la lutte contre les maladies infectieuses de la Région ou de la Communauté concernée, chargé de prendre les mesures nécessaires pour circonscrire la contamination⁽²⁶⁾. Ce réseau est opérationnel de façon continue pour assurer la surveillance sur l'ensemble du territoire de maladies à «déclaration obligatoire» définies à travers le cadre réglementaire. Tout le réseau semble prêt pour accueillir le nouveau SRAS.

2. LA GESTION DE LA CRISE DE COVID-19 PENDANT LA PREMIÈRE VAGUE (JANVIER-JUIN 2020)

La gestion de crise a toujours été une tâche difficile, qui surprend les dirigeants politiques tout en brisant la routine des bureaucraties étatiques. Les spécialistes de la gestion de crise proposent de concentrer les analyses sur des points d'attention spécifiques⁽²⁷⁾: la planification, la gestion de l'émergence, la construction de réponses crédibles, la gestion du réseau d'intervention et l'apprentissage de la crise. Nous limitons l'analyse aux problèmes rencontrés en Belgique lors de la première vague de la pandémie. La question des apprentissages de la crise sera développée dans une troisième section.

2.1. Se préparer à la survenance de la crise: la planification d'urgence

La planification d'urgence n'a jamais été l'activité principale de la plupart des systèmes de gouvernement⁽²⁸⁾. En effet, ce genre d'activité consomme des ressources mais sans gain politique. La Belgique n'échappe pas à ce problème.

L'OMS a imposé à chaque État de développer un plan national de préparation et de réponse en cas de grippe pandémique, et de l'actualiser en tenant compte des structures de gestion des risques déjà en place. Selon les directives de l'OMS, ce plan doit en théorie développer une approche multi-risque, multi-


⁽²⁶⁾ Pour la Wallonie et la Communauté germanophone, il s'agit de la Cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'Agence wallonne pour une vie de qualité (AVIQ); pour la Région de Bruxelles-Capitale, de la COCOM; et pour la Flandre, de l'Agentschap Zorg en Gezondheid (AZG).

⁽²⁷⁾ A. BOIN, P. HART, E. STERN and B. SUNDELIUS, *The Politics of Crisis Management: Public Leadership Under Pressure*, New York, Cambridge University Press, 2005.

⁽²⁸⁾ A. BOIN, M. EKENGREN, M. RHINARD, *Understanding the Creeping Crisis*, Palgrave Macmillan, 2021.

sectorielle: renforcer les systèmes communs de gestion des risques, issus de toutes les sources, et engager tous les acteurs publics, économiques et de la société civile à développer les capacités nécessaires pour la gestion des risques sanitaires afin de favoriser la résilience à chaque phase. Mais en 2020 en Belgique, il n'y a plus de «Plan Pandémie» (cf. *supra*). En 2020, dans le cadre général de la planification d'urgence, les autorités fédérales ont dû définir les conditions du soutien médical, la méthode pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ou à un danger pour la santé publique. En effet, aucun plan monodisciplinaire d'intervention sanitaire (PISA) pourtant initialement prévu n'a été finalisé⁽²⁹⁾ alors que les plans monodisciplinaires d'intervention en médecine d'urgence (PIM) et en matière de risques psychosociaux (PIPS) ont été rédigés par l'autorité fédérale, tirant les leçons de la gestion des attentats de 2016.

Par contre, la Belgique s'est dotée depuis la 6^e réforme de l'État d'une nouvelle structure en matière de surveillance des risques épidémiologiques.

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (en tant que PFN) travaille avec deux groupes formant avec lui «les structures génériques pour la gestion sectorielle santé des crises pour la Belgique»⁽³⁰⁾: le Risk Assessment Group (RAG) pour l'évaluation des risques et le Risk Management Group (RMG) pour la gestion des risques⁽³¹⁾. Le RMG est le point de départ de la gestion de risque coordonnée, présidée par le PFN et, en temps de crise, par le coordinateur de crise du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. La mise en œuvre des décisions prises par le RMG est de la responsabilité de l'Autorité fédérale et des entités fédérées (Régions et Communautés). Le RMG est constitué uniquement de représentants politiques (membres des cabinets ministériels) et des administrations des composantes de l'État fédéral concernées (autorité fédérale, Région, Communautés et COCOM). Le coordinateur du RAG est invité à assister aux réunions. Le RAG  est en charge de l'évaluation du signal de circulation de l'agent infectieux, de l'investigation du risque pour la santé publique et du classement comme inhabituel (selon des critères précis: impact sévère sur la santé publique; caractère inhabituel ou inattendu; risque important de propagation internationale; risque important de restriction des voyages ou des échanges internationaux). Le RAG est composé d'experts permanents (des médecins épidémiologistes de Sciensano et des autorités sanitaires de l'Autorité fédérale et des entités fédérées) et d'experts universitaires possédant des connaissances

(2) 

(30) Conférence interministérielle Santé Publique du 5 novembre 2018. Protocole conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, établissant les structures génériques pour la gestion sectorielle santé des crises de santé publique et leur mode de fonctionnement pour l'application du règlement sanitaire international (2005), et la décision n° 1082/2013/EC relative aux menaces transfrontières graves sur la santé.

(31) *Ibid.*

spécifiques du risque sanitaire. Il propose au RMG des mesures et formule des recommandations, décidées par consensus, basées sur des données épidémiologiques et scientifiques en matière de gestion des risques.

Le plan de gestion des risques du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement prévoit trois phases. La phase 1 consiste à maintenir le virus hors du pays le plus longtemps possible, via la mise en place d'un système de surveillance du territoire et, éventuellement, d'une mise en quarantaine des cas suspects. La phase 2 est déclenchée une fois que le virus est identifié dans le pays. Un système de «*contact tracing*» devrait alors être activé au niveau régional pour éviter la propagation du virus: toutes les personnes qui ont été en contact avec la personne contaminée doivent être répertoriées, contactées et placées sous surveillance. Dans le cas de la crise de la Covid-19, cette phase 2 a été déclenchée en Belgique le 1^{er} mars 2020, puis «renforcée» à partir du 10 mars avec des mesures supplémentaires de distanciation sociale («*social distancing*»). La phase 3 est déclenchée quand de nombreuses infections se déclarent dans le pays⁽³²⁾.

Par ailleurs, depuis janvier 2020 et l'émergence de la Covid-19, un comité scientifique Coronavirus fournit des avis scientifiques au RAG et au RMG. Il travaille en concertation, d'une part, avec le Conseil supérieur de la santé (CSS), un réseau d'experts multidisciplinaire dont l'objectif est d'apporter un soutien scientifique aux autorités publiques en charge de la santé pour étayer les décisions à prendre, et, d'autre part avec le Comité scientifique de l'AFSCA, dont la tâche principale est de rendre des avis scientifiques indépendants en ce qui concerne l'évaluation et la gestion des risques en lien avec les compétences de l'AFSCA. Les réformes administratives en matière d'épidémiologie-surveillance ont permis de reconstruire un réseau crédible, distribué sur tout le territoire tout en étant très centralisé en matière d'identification (un seul centre national de référence – KULeuven).

Le niveau de préparation de la Belgique était-il suffisant? Le pays dispose-t-il des compétences et ressources nécessaires pour accomplir les missions exigées en période de crise sanitaire? L'analyse comparée du niveau de préparation de différents pays⁽³³⁾ tend à conclure que l'expérience passée en matière de pandémie est le meilleur indicateur de la préparation à une pandémie: l'expérience permet de comprendre la sensibilité de l'environnement (gestionnaire, social autant que naturel) et de développer l'expertise d'usage des intervenants.

⁽³²⁾ Dans le cas de la pandémie de Covid-19, l'arrêté royal du 18 mars 2020 a imposé une mesure de confinement de toute la population: «Les personnes sont tenues de rest[er] chez elles. Il est interdit de se trouver sur la voie publique et dans les lieux publics, sauf en cas de nécessité et pour des raisons urgentes». Cette mesure a été prise par le ministre de l'Intérieur après déclenchement de la phase fédérale de gestion des situations d'urgence.

⁽³³⁾ G. CAPANO, M. HOWLETT, D. JARVIS, R. & N. GOYAL, «Mobilizing Policy (In)Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses», *Policy and Society*, 2020, 39:3, 285-308, DOI: 10.1080/14494035.2020.1787628.

Or l'expérience en matière de gestion épidémique est surtout le lot des services vétérinaires (services universitaires à Gent et Liège et administrations fédérales), de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, tandis que les administrations fédérales en charge de la santé humaine n'ont pas été confrontées à la gestion d'une épidémie sur leur territoire depuis longtemps.

Si la grippe A(H1N1) a touché l'Europe en 2009-2010, son ampleur a été moindre que prévu et cet épisode n'a pas servi de rappel du risque de pandémie en Europe, contrairement au SRAS et au MERS en Asie⁽³⁴⁾. La Belgique n'a ni pris le temps ni investi dans les ressources nécessaires ni pour soutenir une mémoire collective par rapport au risque de pandémie ni pour affecter des ressources suffisantes à certains stocks stratégiques. Par exemple, en matière de prévention, le plan pandémie belge de 2006 avait souligné l'importance des masques comme mesures barrières de protection individuelle et proposait de rendre disponibles deux types de masques: 32 millions de masques chirurgicaux à l'attention des patients et du personnel soignants; 6 millions de masques respiratoires pour le personnel soignant en cas d'exposition à un aérosol microbien potentiellement infectieux. Entre 2003 et 2007, l'État belge avait acheté les millions de masques FFP2 et chirurgicaux nécessaires à la constitution d'un stock stratégique au niveau national. 38 millions de masques avaient été entreposés mais avaient atteint leur date de péremption en 2017 et ce stock a été détruit entre 2017 et 2018, sans être renouvelé, le cabinet de la ministre fédérale de la Santé estimant ne pas devoir gaspiller l'argent du contribuable en les renouvelant suivant la même procédure⁽³⁵⁾. En attente du choix d'une nouvelle procédure, les stocks étaient vides.

2.2. Donner du sens à la crise émergente

Dès son émergence, la crise à venir émet des signaux vagues et ambivalents qu'il est difficile d'assembler pour obtenir une image globale de ce qui se prépare. La création de sens est un processus social⁽³⁶⁾ et les individus s'engagent dans une création de sens collective lorsqu'ils interprètent les signaux⁽³⁷⁾. Ce processus de création de sens reste d'une importance capitale tout au long de la crise. Il est difficile à organiser dans les territoires très divisés au sein des-

⁽³⁴⁾ F. BRETTELLE-ESTABLET, F. KECK, «Les épidémies entre “Occident” et “Orient”», *Extrême-Orient Extrême-Occident*, 2014, 37:5-19.

⁽³⁵⁾ A. THIRY, C. FALLON, K. HENDRICKX, P. OZER, S. Brunet, «La Belgique prise dans la tourmente de l'urgence», *The Conversation*, 11 mai, 2020, <https://theconversation.com/la-belgique-prise-dans-la-tourmente-de-lurgence-137330>.

⁽³⁶⁾ M. DOUGLAS, *Risk Acceptability According to the Social Sciences*, London, Routledge and Kegan Paul, 1986.

⁽³⁷⁾ K. WEICK, *Sensemaking in Organizations*, University of Michigan, USA, University of Michigan Business School, USA, 1995.

quels les incertitudes inhérentes à la crise émergente ne semblent pas recevoir de réponse adéquate⁽³⁸⁾.

Le système d'épidémio-surveillance est activé dès janvier 2020 pour suivre les informations sur une nouvelle forme de pneumonie à coronavirus apparue en Chine. Les groupes consultatifs d'experts rattachés à l'administration fédérale de la Santé (RAG et RMG) sont réunis pour suivre la situation. Un message d'alerte au « nouveau coronavirus » ou « nCov » est transmis par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement aux services hospitaliers: « Tout patient fébrile qui tousse doit être invité à porter un masque chirurgical dès son admission aux urgences et le soignant est invité à porter au minimum un masque chirurgical également ». Le centre de référence belge pour les coronavirus de la KULeuven, qui avait déjà mis au point un test diagnostic, s'est engagé à tester rapidement toute personne suspectée de porter le virus et de la mettre à l'isolement. Les experts du RAG ont défini avec le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement la communication à transmettre envers les hôpitaux et les médecins généralistes, en s'inspirant des directives déjà établies pour le SRAS, le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) ou Ebola. Fin janvier, la porte-parole du SPF Santé publique déclarait: « Il n'y a pas lieu de s'alarmer à ce stade. Pour le moment, nous ne sommes pas inquiets, mais nous suivons avec attention l'évolution de la situation au niveau mondial. Le groupe d'évaluation des risques s'est réuni ce jeudi. Il enverra cette semaine des informations supplémentaires aux hôpitaux et aux médecins généralistes, leur rappelant d'être attentifs aux symptômes de patients revenant de Chine »⁽³⁹⁾. Le système d'alerte semble réactif mais les experts ne savent pas encore qu'il est construit sur un modèle inadapté, celui du SRAS.

De la Chine à l'Italie puis à la Belgique, le transfert d'informations a été suffisamment rapide pour dépasser la mobilité du virus et les experts européens étaient informés assez rapidement de la menace pour apprécier son impact potentiel. Mais en 2019-2020, comme déjà mentionné (cf. *supra*), le nouveau coronavirus a rapidement été identifié par les scientifiques chinois comme très différent du SRAS; le premier article reprenant des analyses cliniques sur 42 patients a été publié le 24 janvier 2020⁽⁴⁰⁾, montrant que le virus peut provoquer des formes cliniques très différentes, depuis une absence de symptôme jusqu'à des formes très sévères, alors que le SRAS causait des pneumonies très sévères rapidement, ce qui permettait une identification rapide du virus et donc un suivi assez précis de son développement épidémiologique. Une question rapidement posée était la possible contagiosité d'un porteur pendant l'incuba-

⁽³⁸⁾ A. BOIN, M. EKENGREN, M. RHINARD, *Understanding the Creeping Crisis*, *op. cit.*

⁽³⁹⁾ *Le Soir*, 23 janvier 2020.

⁽⁴⁰⁾ *The Lancet*: 24 janvier 2020 « Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China », Vol. 395, February 15, www.thelancet.com.

tion, c'est-à-dire avant même que n'apparaissent des symptômes⁽⁴¹⁾, ce qui est très différent du SRAS. Si cette hypothèse était confirmée, il serait très difficile de contrôler l'épidémie.

Fin février 2020, des épidémiologistes de différentes universités ont dénoncé la lenteur de la réaction des autorités alors que des mesures de confinement avaient été décidées dans d'autres pays : le pays n'a organisé que la mise en quarantaine des personnes infectées identifiées et des voyageurs revenant d'un pays infecté. Le ministre fédéral de la Santé s'est contenté de présenter l'évolution de la situation sanitaire en Italie comme une « petite grippe » tandis que certains médecins qui ont interprété d'une façon plus alarmiste l'évolution de la situation à Wuhan et en Italie ont été considérés comme des « *drama queens* ». Comme de nombreux chefs de gouvernement en Europe, l'autorité fédérale belge a déclaré jusqu'à début mars que le virus était sous contrôle dans le pays, mobilisant un discours de politique « basée sur la preuve » pour ne pas abandonner le modèle jusque-là dominant dans sa stratégie.

Mais le pays n'a pas été capable de prendre en charge l'explosion de l'épidémie. La Belgique a tardé à développer des tests, entre autres à cause de la limitation de la capacité de test du seul Centre de référence (KULeuven) ainsi que des manques de réactifs. La stratégie belge a évolué au fur et à mesure de la crise en fonction des moyens disponibles : au début, seules les personnes présentant des graves symptômes et le personnel de la santé ont pu être testés ; il faudra attendre plusieurs mois pour que des tests soient organisés en maisons de repos puis par les médecins généralistes. En matière de suivi des contacts des personnes contaminées, les autorités sanitaires des Régions et Communautés ont mobilisé leurs équipes en place, qui se révéleront vite trop faibles⁽⁴²⁾. Ces équipes ont été insuffisantes pour suivre les contacts des personnes identifiées comme positives au début du mois de mars, alors que les conditions étaient déjà défavorables : nombreux contacts interpersonnels, taux de reproduction du virus élevé⁽⁴³⁾. Les experts recommandaient d'augmenter rapidement les ressources en matière de « *contact tracing* », ce qui exigeait un effort important en matière de personnel compétent et de coordination de la part des Régions et Communautés, qui sont responsables du traçage comme outil de prévention distribué sur le territoire. L'effort des autorités a été renforcé au moment de lancer le déconfinement en mai 2020, avec une équipe de traceurs de 2.000 personnes (aux États-Unis, les autorités recommandaient près du double)⁽⁴⁴⁾. Mais

(41) Propos de Ma Xiaowei, patron de la Commission nationale chinoise de la Santé (CNS), émis le 26 janvier 2020 et repris dans *Le Spécialiste* du 27 janvier 2020.

(42) T. COCHEZ, « België niet klaar om na coronatesten ook te 'tracen' », *Apache*, 25 mars 2020.

(43) European Centre for Disease Prevention and Control, *Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities for Covid-19 cases in the EU/EEA*, Stockholm, ECDC, 2020 ; J. HELLEWELL *et al.*, « Feasibility of controlling Covid-19 outbreaks by isolation of cases and contacts », www.thelancet.com/lancetgh, Vol. 8, April 2020.

(44) T. COCHEZ, « Contactonderzoek en coronatesten op leven en dood », *Apache*, 15 mai 2020.

les autorités n'ont pas déployé en parallèle une campagne de communication encourageant les personnes malades à transmettre les noms des personnes avec lesquelles elles avaient été en contact.

Alors que la Chine avait décidé d'interdire la célébration du Nouvel An et confiné près de 50 millions d'habitants, alors que l'Italie annule le Carnaval de Venise, aucune restriction ne fut imposée en matière de vacances, de carnaval, de grands rassemblements ni de voyages en Italie... qui avait déclaré l'état d'urgence sur son territoire un mois plus tôt. C'est une semaine après le retour de vacances que les médecins généralistes et les hôpitaux vont alerter les autorités sanitaires mais alors ce sera trop tard : le virus occupe le territoire et les moyens mobilisés pour contrôler son expansion sont rapidement saturés et se révéleront insuffisants. Le pays est alors en situation de crise sanitaire.

Peut-on parler d'un « échec de l'imagination » de la part des autorités sanitaires engagées dans la gestion de la crise ? Les politiques soulignaient de façon répétée la faible dangerosité du virus (en comparaison du SRAS) et semblaient convaincus – sur la base des informations de leurs conseillers – de leur capacité à empêcher son entrée sur le territoire, que ce soit aux Pays-Bas ou en Belgique⁽⁴⁵⁾ : les pays du nord de l'Europe espéraient rester un îlot préservé. Les experts semblaient considérer que la situation italienne était moins due aux caractéristiques du virus qu'à une mauvaise gestion de l'Italie pour en contrôler la circulation sur son territoire. Les autres pays mettaient en évidence le fait que leur réseau de surveillance leur avait permis d'identifier à temps les quelques premiers cas sur leurs territoires. Depuis début janvier, les autorités sanitaires appliquent une technique d'isolement des personnes rentrant de régions à risques et le confinement de celles qui seraient éventuellement infectées, pour limiter l'extension de la maladie. Déjà début février, les experts du CNR relaient la position de l'OMS : ils reconnaissent la contagiosité du virus et le fait qu'ils ne détectent peut-être que la partie émergée de l'iceberg, puisque les cas diagnostiqués ne représentent pas l'ensemble des personnes porteuses du virus, et particulièrement les porteurs asymptomatiques. De plus, le nombre de pays à risque augmente rapidement mais aucun contrôle aux frontières n'est organisé au niveau des aéroports. Les autorités sanitaires (particiant aux RMG) se déclarent néanmoins prêtes, même à gérer une épidémie : les personnes contaminées resteraient confinées chez elles. Les médias relaient fin février les propos d'un médecin intensiviste, Président de l'Absym, Dr Philippe Devos, qui avance une projection inquiétante de la dynamique possible de l'épidémie de Covid-19 en Belgique si des mesures de précaution plus drastiques ne sont pas prises et des conséquences pour le système hospitalier : il craint une saturation des services de soin intensif, un manque de matériel de soutien respiratoire et une flambée de la mortalité comme observé en Italie. Il annonce la possibilité de 33.000 morts.

⁽⁴⁵⁾ A. BOIN, M. EKENGREN, M. RHINARD, *Understanding the Creeping Crisis*, op. cit.

Les autorités sanitaires étaient confiantes dans leur capacité à agir mais n'avaient que peu d'expérience pratique, contrairement aux pays d'Asie : il faut avoir été confronté à l'expérience d'une épidémie pour comprendre à quelle vitesse un virus passe entre les mailles du filet. On peut se demander quand les intervenants sanitaires en Belgique ont pris la mesure de la dynamique de la vague épidémique qui s'est commencée à gronder : il faudra multiplier par cent la capacité de test et de traçage, et consacrer la plus grande partie des ressources hospitalières à la gestion des malades du Covid-19... Que ce soit à Hong Kong, Taïwan ou en Corée du Sud, pays qui avaient déjà expérimenté une telle épidémie lors de l'épisode de SARS, la menace a directement été prise au sérieux et la réaction des autorités a été rapide et ambitieuse : contrôles des frontières, généralisation des tests et suivis de contacts, confinements généralisés ou ciblés en fonction de paramètres locaux. Ces pays avaient développé des ressources et une organisation propre à réagir face à l'émergence d'une épidémie rapide et de grande ampleur.

Au contraire, d'autres pays sont convaincus de la qualité de leur système de soins de santé mais n'ont pas connu d'épidémie récente, comme c'est le cas pour la plupart des pays d'Europe occidentale qui disposent d'un système de santé publique et d'expertise épidémiologique moins développé : ils auront tendance à apporter des réponses tardives à la crise.

2.3. Dessiner des réponses crédibles

Gérer une crise dans ces circonstances impose de mobiliser deux types de « métier » : professionnel et politique. Les professionnels des secteurs concernés sont censés organiser la mobilisation des capacités de réponse et coordonner les activités des agences impliquées. Les responsables politiques pour leur part assurent l'encadrement stratégique : ils définissent la nature des menaces, choisissent la répartition sociale des risques et des dommages entre les groupes tout en bousculant l'ordre du jour politique et en cherchant à revendiquer le mérite ou éviter les reproches de la gestion qu'ils contribuent à diriger.

Une fois la pandémie reconnue au niveau international, l'exécutif fédéral a reçu le soutien d'une grande majorité des partis politiques, donnant le leadership au premier ministre fédéral et la pleine responsabilité à son exécutif de prendre les mesures nécessaires (sanitaires et économiques) et de les faire appliquer sur l'ensemble du territoire dans le cadre réglementaire de la gestion de crise fédérale. Ce transfert exceptionnel de pouvoir par le Parlement fédéral et sous son contrôle ne couvrait « que » les actions politiques jugées nécessaires pour les secteurs touchés par la crise et devait durer trois mois⁽⁴⁶⁾. L'ensemble du territoire national étant concerné par la menace, le ministre de l'Intérieur a

⁽⁴⁶⁾ F. Bouhon, A. Jousten, X. Miny et E. Slautsky, « État belge face à la pandémie de Covid-19 : esquisse d'un régime d'exception », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2020, 2446, 5-56, <https://doi.org/10.3917/cris.2446.0005>.

lancé la phase fédérale du plan national de crise : la gestion stratégique est organisée au niveau fédéral et les décisions s'appliquent, par défaut, à l'ensemble du territoire national, sous l'autorité du ministre de l'Intérieur avec le soutien du ministre de la Santé. La stratégie fédérale est renforcée par l'intermédiaire des gouverneurs qui jouent un rôle important de coordination vers les services d'intervention (zones de secours, police, etc.) mais aussi vers les autorités locales, afin de garantir l'application des décisions fédérales. L'administration fédérale de la Santé a fourni le soutien sectoriel technique nécessaire au Centre national de crise (NCCN) ainsi qu'à l'agence de référence – Sciensano – qui surveille la santé de la population en relation avec le ECDC. Les ressources médicales telles que les réserves de soins médicaux et les capacités hospitalières ont été placées sous l'autorité administrative de l'Inspecteur fédéral de la santé. Les agences sanitaires des autorités fédérées sont associées via le RMG pour leurs compétences (surveillance, testing et tracing).

Avec la crise de Covid-19, la Belgique a été confrontée à la gestion d'une pandémie sur l'ensemble du territoire, et ce pour la première fois depuis la fédéralisation d'une partie des compétences en matière de santé publique. La problématisation de l'intervention s'est faite en fonction des ressources fédérales disponibles : en effet, les experts et responsables politiques ont dû assumer les conséquences des échecs de planification et de la pénurie de matériaux de base. Les dirigeants politiques ont affirmé avec pragmatisme que la seule solution disponible était la meilleure : « Il n'y a plus de masques ? Ce n'est pas grave, les masques ne sont importants que dans les hôpitaux » ; « on ne trouve plus de désinfectant ou de gel hydroalcoolique ? Ce n'est pas grave, le savon est tout aussi efficace » ; « il n'y a plus de réactifs pour les tests ? Pas de problème, on va tester moins de personnes mais de manière plus ciblée ».

De plus, la pénurie de ressources s'est conjuguée à une difficile coordination avec les autorités infranationales. Ces dernières étaient censées mobiliser les infrastructures de prévention sanitaire, mais ni les responsables politiques ni les administrations n'avaient une expérience en matière de crise sanitaire, le transfert de compétences issu de la dernière réforme de l'État n'étant pas tout à fait opérationnel.

Dans le contexte de la pandémie, les hôpitaux ont été identifiés comme des infrastructures critiques à protéger et les experts fédéraux au sein du RAG-RMG ont concentré leur attention sur la capacité des hôpitaux à faire face au nombre de cas pour éviter le chaos observé dans le nord de l'Italie. L'infrastructure hospitalière belge se caractérise par un grand nombre d'hôpitaux et de lits d'hôpitaux. Les lits des unités de soins intensifs (USI) ont une capacité estimée à deux fois celle de l'Italie⁽⁴⁷⁾. Mais en termes de personnel hospitalier,

(47) G. BOUCKAERT, D. GALLI, S. KUHLMANN, R. REITER, S. VAN HECKE, « European Coronationalism? A Hot Spot Governing a Pandemic Crisis », *Public Administration Review*, 2020, 80(5): 765-773.

le nombre de patients par infirmière et médecin dans les hôpitaux est parmi les plus élevés d'Europe⁽⁴⁸⁾. Les mesures de confinement ont été justifiées par les autorités comme étant destinées à limiter la contamination et à éviter les décès, mais surtout à protéger l'infrastructure critique que représentent les hôpitaux : le taux d'occupation des lits en unités de soins intensifs servait de balise aux autorités. Notre dépendance à cette infrastructure révèle l'une de nos vulnérabilités⁽⁴⁹⁾. En mars 2020, des mesures strictes de lockdown ont été mises en place en Belgique, sous le contrôle de l'autorité fédérale sur l'ensemble du territoire, nonobstant ses conséquences sur les individus, les familles, les institutions, les entreprises, notamment au vu des nombreuses inégalités qu'un lockdown contribue à renforcer⁽⁵⁰⁾. Les décisions prises en matière de confinement, de fermetures d'activités et d'écoles, ne pouvaient pas estimer (et ne le peuvent pas encore aujourd'hui) les impacts sociaux et économiques à long terme de ces mesures contraignantes. Quels seraient les effets à long terme des fermetures des écoles et des universités sur les jeunes ? Comment les petites entreprises pourraient-elles rebondir avec 6 mois voire 12 ou 18 mois d'inactivités ? Les experts n'ont pas pu prendre en compte ces dimensions-là, à la fois parce que les experts en sciences sociales n'étaient pas associés aux discussions des RAG/RMG et parce qu'encore aujourd'hui peu d'informations sont disponibles quant à l'effet de ces mesures drastiques en fonction des contextes des différents pays. Les arbitrages étaient donc décidés par les responsables politiques alors qu'ils étaient incapables d'en objectiver les possibles conséquences sociales et économiques. Ils ne manquèrent pas, dans de nombreux cas, de légitimer leur choix sur la base des conseils de leurs experts.

La structure politique de la Belgique a conduit à une répartition particulièrement complexe des responsabilités et des compétences entre les niveaux de pouvoir dans le secteur de la santé publique et le RMG fédéral n'a pas accordé beaucoup d'attention aux capacités des professionnels des soins primaires à gérer la propagation locale du virus. Un angle mort s'est développé dans les maisons de repos pour personnes âgées qui n'avaient pas de plan d'urgence spécifiquement adapté à la gestion d'une pandémie. Les plans d'urgence dans ces lieux étaient donc sous la responsabilité des administrations régionales qui ont négligé cette question. Le manque de préparation de ces collectivités a été renforcé par l'impréparation des autorités régionales pour organiser la protection des résidents et des travailleurs⁽⁵¹⁾ avec des conséquences désastreuses au niveau

⁽⁴⁸⁾ KCE, Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de covid-19, Synthèse, report 335Bs, 2020, <https://www.kce.fgov.be>.

⁽⁴⁹⁾ A. LAKOFF, *Unprepared. Global health in a time of emergency*, *op. cit.*

⁽⁵⁰⁾ P. OZER, A. THIRY, C. FALLON, J. BLOCHER, F. DE LONGUEVILLE, « Containment in Sierra Leone: the inability of a state to confront Ebola? », *The Lancet*, 2014, 384, e47, DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61594-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61594-4).

⁽⁵¹⁾ C. FALLON, A. THIRY, S. BRUNET, « La planification d'urgence et gestion de crise sanitaire. La Belgique face à la pandémie de Covid-19 », *op. cit.*

de la contamination des résidents : en mai 2020, plus de la moitié des décès liés au Covid ont été enregistrés dans des maisons de retraite.

Malgré l'absence de connaissances scientifiques stables sur ce nouveau virus, l'engagement politique a été fort et les mesures de confinement ont été appliquées de façon homogène sans beaucoup de contestation sur l'ensemble de la population. Les experts sont des épidémiologistes, virologues, infectiologues, rappelant chaque jour l'objectif de référence que s'est choisi le gouvernement : préserver le système hospitalier. À court terme (2 à 3 mois de confinement), les citoyens se sont pliés aux demandes des autorités : les experts en gestion de crise soulignent que les moments de crise aiguë tendent à favoriser chez les individus des comportements pro-sociaux⁽⁵²⁾. À la demande des autorités, les citoyens ont accepté de réduire leur liberté pour sauver un bien commun, un système nécessaire pour secourir les groupes les plus vulnérables. Mais il s'agissait aussi de maintenir un tel soutien : montrer l'efficacité des mesures et renforcer la confiance envers les autorités. La Première ministre Wilmès, pourtant encore peu connue du public, a joui d'un niveau élevé de confiance au moment de la sortie de la première vague, tout en faisant endosser au ministre de la Santé la responsabilité de la gestion chaotique des débuts et à l'impréparation des entités fédérées le lourd tribut des maisons de repos.

Dans la plupart des pays, cette solidarité manifeste de la société face à la pandémie n'a pas ressurgi avec la seconde vague⁽⁵³⁾. D'une part, les critiques des points sombres de la première vague ne pouvaient pas être ignorées. Le cas des maisons de repos a fait l'objet de nombreux débats, ainsi que les problèmes d'approvisionnement ou les réformes récentes du système de santé qui ont mis à mal les capacités de réserve mobilisables en cas de crise, que ce soit en matière de personnel ou de matériel. Enfin fallait-il vraiment fermer les écoles ? Pourquoi ne pas amplifier les systèmes de tests pour objectiver et gérer les bulles de contamination ? Certains groupes, par exemple les enfants et les étudiants, ont payé le prix fort sans être spécialement des individus à risque.

En octobre 2020, la science de référence devient la « biostatistique », principale boussole du ministre de la Santé qui choisit de gouverner par les nombres et non par les couleurs : exit le baromètre de gestion de crise que construisait le groupe d'experts de la 1^{re} vague, tandis que les critères d'évaluation des mesures ne sont jamais explicités. Et les défenseurs des droits humains insèrent alors un coin dans le dispositif : est-il acceptable de limiter les libertés fondamentales pour une longue période sans soumettre ces mesures au contrôle parlementaire ? Le gouvernement ne peut pas répondre à une question fondamentale : ces mesures liberticides sont-elles adaptées, efficaces et proportionnelles ? La confiance de la population est en chute. Des experts en santé publique

⁽⁵²⁾ J. ZAKI, « Catastrophe Compassion: Understanding and Extending Prosociality Under Crisis », *Trends Cogn Sci.*, 2020 Aug. 24(8): 587-589, DOI: 10.1016/j.tics.2020.05.006.

⁽⁵³⁾ A. BOIN, M. EKENGREN, M. RHINARD, *Understanding the Creeping Crisis*, *op. cit.*


dénoncent la mainmise des statisticiens et la mise à l'écart des gestionnaires de première ligne (médecins généralistes, inspecteurs du travail, responsables d'école, bourgmestres, intervenants sociaux...) directement confrontés aux effets concrets des mesures dont les dimensions sociales sont rarement prises en considération. Les autorités fédérales ont-elles réellement pris la mesure de la nécessité de construire un large et dense réseau d'intervention, capable de gérer les nécessaires interventions sans planification ni préparation ?

2.4. Gérer de larges réseaux d'intervention

«Prendre des décisions face à de grandes incertitudes» (incertitudes sur le scénario de crise et sur ses conséquences possibles) est la difficile mission des autorités politiques, une fois que la menace est manifeste : elles doivent gérer de grands réseaux d'intervention. Boin⁽⁵⁴⁾ souligne l'importance de considérer la réponse aux crises comme «*a network comprising a wide variety of response organizations that usually do not work together in normal times. An effective response requires increasingly interagency and intergovernmental coordination [...] (and) depends on such variable as previous interaction and trust between network parties*» (p. 372). Chaque crise est une surprise et le réseau de réponse doit développer des pratiques de gestion flexibles et ouvertes à l'improvisation. Lorsque l'OMS a confirmé la pandémie et demandé aux États de réagir en conséquence, le gouvernement fédéral belge était en «affaires courantes»⁽⁵⁵⁾, avec une marge de manœuvre limitée. Tous les partis du Parlement fédéral se sont mis d'accord et ont accepté de soutenir un gouvernement minoritaire pendant trois mois avec le pouvoir de prendre les mesures nécessaires pour maîtriser la crise et ses impacts.

Il y a eu beaucoup d'hésitations quant aux meilleures stratégies à adopter pour contrer la propagation du virus. Après la déclaration de la phase fédérale en matière de gestion de situation d'urgence, c'est le gouvernement fédéral par la voix de la Première ministre qui assume la communication politique des décisions de gestion prises par les autorités politiques fédérales en association avec les responsables des autres niveaux de pouvoir d'abord au sein du Conseil national de sécurité (CNS) puis lors des réunions du Comité de coordination (Codeco). Faut-il tester massivement la population, comme le recommande l'OMS ? Faut-il porter des masques même quand on n'est pas contagieux ? La nature même du virus est également problématique : même si le virus a été identifié et son génome séquencé, les experts n'ont découvert que progressivement les risques de transmission par des porteurs asymptomatiques. Quelle stratégie

⁽⁵⁴⁾ A. BOIN, «The New World of Crises and Crisis Management : Implications for Policymaking and Research», *op. cit.*

⁽⁵⁵⁾ F. Bouhon, A. Joustien, X. Miny et E. S. , «L'État belge face à la pandémie de Covid-19 : esquisse d'un régime d'exception», *op. cit.*

est envisageable compte tenu des ressources disponibles? Ensuite, les mesures devront aborder l'organisation du déconfinement progressif.

Le cadre de la gestion de crise prévoit la mobilisation sur tout le territoire des spécialistes des différentes disciplines. En 2020, les responsables se sont retrouvés à improviser leur gestion de crise parce que les dispositifs en place ont été pensés et dimensionnés pour d'autres crises, de plus faible ampleur. Les organisations et leurs membres ont dû faire face à des situations radicalement inédites⁽⁵⁶⁾. La gestion stratégique est assurée au niveau fédéral, par des organes qui sont généralement mobilisés pour des crises ponctuelles et rares, contrairement aux services des gouverneurs qui interviennent fréquemment soit pour une gestion de crise au niveau provincial soit pour des exercices qu'ils coordonnent, soit en soutien aux instances locales engagées dans une phase locale. De plus, les décisions de gestion étaient prises au niveau du Codeco sous haute surveillance médiatique: tous les habitants pouvaient être informés par les médias avant même la conférence de presse de clôture, alors que les arrêtés d'exécution n'étaient pas encore rédigés par le ministre de l'Intérieur. Les acteurs de terrain (et particulièrement les bourgmestres et commissaires d'arrondissement) se voyaient interrogés par les citoyens ou professionnels sans information préalable des autorités fédérales. La transmission des informations se faisait également sous forme de FAQ quotidiennes, feuilles reprenant des réponses du cabinet de l'intérieur à des questions spécifiques pour préciser les termes des arrêtés pris, informations au statut légal particulièrement précaire. Dans certains arrondissements, les autorités locales étaient conviées à des webinaires hebdomadaires. Cette partie du réseau a réussi à développer de nouvelles formes de collaboration sans se limiter aux règles établies pour résoudre les problèmes des différents intervenants. Ce fut sans aucun doute des moments de grande créativité, générateur d'une forte solidarité dont le gouverneur du Luxembourg témoigna au nom des autres gouverneurs wallons devant le Parlement. Mais sous pression d'urgence et contraints à prendre en charge des problèmes opérationnels concrets et très diversifiés d'un endroit à l'autre et d'une semaine à l'autre, en fonction de la dynamique de l'épidémie, les responsables en sortirent épuisés.

De plus, en mars 2020, les services des gouverneurs de province ont assuré des nouvelles responsabilités de coordination avec les autorités régionales alors qu'ils ont l'habitude de travailler comme «commissaire du gouvernement fédéral». Par ailleurs, les autorités régionales ont peu d'expérience en matière de gestion de crise et les administrations sanitaires en charge des questions sanitaires se sont vues contraintes d'assumer le soutien aux maisons de repos tout en faisant face à une explosion de leurs prestations en matière de *testing* et surtout de *tracing*, ainsi que le suivi des quarantaines. Pour ces

⁽⁵⁶⁾ O. BORRAZ, H. BERGERON, «Covid-19: impréparation et crise de l'état», *Analyse AOC média*, 2020, <https://aoc.media/analyse/2020/03/30/covid-19-impreparation-et-crise-de-letat/>.

administrations, ce sont des nouvelles responsabilités mais aussi une nouvelle culture de gestion, moins hiérarchique qu'orientée par une logique de résultat. Les organisations en charge des missions de gestion de crise (pompiers, policiers, médecins urgentistes) sont familières avec une approche opérationnelle informée directement par les retours de terrain, mais ce n'est pas le cas des autres administrations publiques qui se sont vues contraintes à mettre leurs compétences et leurs ressources en jeu pour gérer au mieux la crise. Dans ces environnements turbulents⁽⁵⁷⁾, il est recommandé de travailler avec les acteurs de terrain pour mettre à l'épreuve les modèles mobilisés, les hypothèses de travail et proposer des approches innovantes dans une logique d'expérimentation. L'administration fonctionne alors moins dans une logique de contrôle et de communication hiérarchique, et laisse de côté la gestion informée, disciplinée et légale-rationnelle de nos administrations publiques pour organiser leurs interventions dans une logique de collaboration basée sur la confiance. La pandémie a été une aventure complexe mais aussi une opportunité d'apprentissage et de nombreuses leçons pourront être tirées de cette rapide transformation.

Sur le terrain, pour gérer la crise, ce sont les intervenants médicaux qui se sont trouvés en première ligne, alors que ce domaine est justement caractérisé par son « in-discipline » : il est en effet un *patchwork* de services professionnels (médecins généralistes, hôpitaux, services d'ambulance, etc.) qui, bien que concourant aux mêmes buts et disposant d'une compétence technique de haut niveau, ne sont pas issus des mêmes institutions et n'ont, *a priori*, pas de lien hiérarchique ou de subordination entre eux⁽⁵⁸⁾. Ces professionnels de terrain sont particulièrement importants lors d'une pandémie parce que, comme les soignants hospitaliers, ils sont en contact proche avec les citoyens et particulièrement avec les malades, mais ils sont peu associés aux discussions des modalités de gestion de crise. Qui parle en leur nom au sein du RMG ?

Pendant cette période chaotique, il y a eu de nombreux exemples de coopération informelle aussi au niveau du secteur hospitalier. Les responsables des Unités de soins intensifs en charge des patients Covid ont décidé de coordonner directement leur capacité d'accueil. Ils ont formé un comité autonome spécifique qui avait pour mission de partager les informations pour assurer l'utilisation optimale des équipements disponibles⁽⁵⁹⁾.

⁽⁵⁷⁾ C. ANSELL, E. SØRENSEN et J. TORFING, « The COVID-19 Pandemic as a Game Changer for Public Administration and Leadership? The Need for Robust Governance Responses to Turbulent Problems », *Public Management Review*, 2021, 23:7, 949-960, <https://doi.org/10.1080/14719037.2020.1820272>.

⁽⁵⁸⁾ J.-F. GILLARD, J.-M. SERVAIS, « L'(in)discipline 2 », in S. BRUNET, C. FALLON, P. OZER, N. SCHIFFINO, A. THIRY, *Risques, planification d'urgence et gestion de crise*, *op. cit.*

⁽⁵⁹⁾ C. VAN DE VOORDE, M. LEFÈVRE, P. MISTIAEN, J. DETOLLENAERE, L. KOHN, K. VAN DEN HEEDÉ, « Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de COVID-19 – Synthèse », Health Services Research (HSR), Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2020, KCE Reports 335Bs.

Un autre exemple montre qu'une vision sociétale plus large est essentielle pour faire face à l'épidémie. Les experts académiques du Collectif *Academica* ont pour leur part dénoncé l'angle mort qui se développait sur les maisons de retraite⁽⁶⁰⁾, lieux dont un rapport du Comité consultatif de bioéthique de Belgique (CCB) relevait déjà en 2009 le manque de préparation et de planification du risque lié à une pandémie alors que le personnel n'était pas formé à une prise en charge en termes de contrôle des contaminations⁽⁶¹⁾. Les institutions concernées par le contrôle de ces matières étaient l'AVIQ (pour la Wallonie), la COCOM (pour la Région bruxelloise) et la Communauté flamande (pour la Flandre), et aucune mesure spécifique n'avait alors encore été prise jusqu'en mars 2020. La gestion de la crise a dû être improvisée vu le manque de préparation de ces collectivités pour faire face à une telle crise.

Les acteurs privés eux aussi ont soutenu de façon volontaire les efforts. D'une part, de nombreux bénévoles ont produit gratuitement des milliers de masques en tissu. Des entreprises ont développé la production de produits désinfectants, d'autres ont produit des masques en plastique. Un groupe universitaire a développé en quelques semaines une véritable unité de production de système de tests salivaires... Ces parties du réseau sont innovantes, créatives: elles contribuent aux efforts de lutte contre la pandémie mais signalent aussi un certain engagement sociétal que les autorités auraient intérêt à encourager et à mettre en évidence.

Vision sociétale pour une crise systémique, engagement sociétal: c'est peut-être ce qui a le plus manqué en matière d'expertise. En effet, le modèle qui a été mobilisé est un modèle technique centralisé.

Les moments de crise favorisent la centralisation de l'autorité et un renforcement de l'exécutif et ce fut le cas en Belgique à travers le vote de la loi dite de pouvoirs spéciaux permettant au gouvernement fédéral de prendre les mesures sanitaires, socio-économiques et sécuritaires nécessaires. Le Parlement joue un rôle de confirmation dans l'esprit de l'arrêté royal de 2003 et de la loi de 2007 en matière de sécurité civile. Quant aux décisions sectorielles (qu'il s'agisse d'équipement sanitaire ou de fermeture des écoles), elles sont prises par le ministre en charge de la matière, au niveau fédéral, régional ou communautaire mais après concertations, soit au sein de la CIM santé soit du Codeco: ces décisions ne sont pas centralisées comme celles qui organisent la gestion de crise.

⁽⁶⁰⁾ Rapport du Collectif *Academica*, 2020, www.cartaacademica.org/post/introduction-sortie-sociale-et-humaine-du-confinement-covid-19-1. *Carta Academica* est un collectif rassemblant des académiques de toutes les universités belges, francophones et néerlandophones, et dont l'objectif est d'intervenir dans le débat public.

⁽⁶¹⁾ Avis n° 48 du 30 mars 2009 relatif au plan opérationnel belge « pandémie influenza », Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, demande d'avis du 20 mars 2008, de Madame L. Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, relatif au plan opérationnel « pandémie influenza », p. 22.

Lors de la crise des tests, en mars 2020, certains dénoncent la centralisation de l'autorité fédérale et appellent à une décentralisation des ressources. En effet, un seul laboratoire de référence impose son propre rythme de tests à l'ensemble du pays. Est-ce le manque de réactif ou le processus de centralisation des tests par la KULeuven (seulement 500 tests par jour) qui est responsable de la limitation du nombre de tests possibles et rend impossible une gestion épidémique informée de l'évolution du nombre de contaminations et de leur répartition sur le territoire et entre groupes sociaux et professionnels? Malgré les propositions de certains laboratoires privés et de laboratoires universitaires spécialisés en surveillance vétérinaire, il faudra plusieurs mois pour augmenter la capacité de tests du pays.

De quels savoirs disposent les autorités pour prendre une décision et surtout quel savoir choisissent-ils de mobiliser? Les énoncés scientifiques sont assésés comme autant de vérités intangibles légitimant à moindre frais les décisions politiques, en contournant tout débat démocratique⁽⁶²⁾. Médias et politiques confondent souvent fait scientifique et expertise alors que ces deux moments gagnent à être distingués: établir un fait scientifique, d'une part, l'inscrire dans un régime d'action politique, d'autre part. Une proposition scientifique est le propre du chercheur dans son laboratoire, mais engagé toujours dans les controverses sous la critique de ses collègues: le chercheur devient expert quand il cherche à sortir le fait du laboratoire pour le mobiliser comme argument au sein d'un processus de décision qui affecte la société.

Ce que la crise sanitaire a révélé, c'est la position centrale de l'expertise au cœur de la crise, quand les repères ont explosé et que les luttes politiques habituelles sont dépassées. Le Conseil national de sécurité instauré comme le centre des décisions politiques a légitimé ses positions par l'avis des groupes d'experts installés par l'administration fédérale en charge de la Santé. Des virologues, des épidémiologistes et des infectiologues ont été sortis de leurs laboratoires ou de leurs hôpitaux pour intégrer le *Risk Assessment Group* (RAG), y analyser les risques propres à cette maladie inconnue et proposer des modes d'intervention assurant la protection de la population. Les scientifiques devaient arriver à un consensus pour présenter aux profanes – politiques, médias et citoyens – la face lisse d'une connaissance scientifique disponible et unifiée: une telle exigence ne favorise ni la circulation des idées émergentes ni la construction de scénarios alternatifs et surtout il ne reflète pas l'état du débat scientifique, toujours engagé dans des controverses et des dynamiques de recomposition. Ces avis scientifiques nourrissaient le travail du *Risk Management Group* (RMG), constitué de représentants des cabinets politiques et des administrations de toutes les entités en charge de la santé, et chargé de définir les mesures de protection nécessaires pour les présenter au CNS.

(62) C. FALLON, F. THOREAU, «Savoirs, risques et expertises», *Politique*, 112, juillet 2020, pp. 18-23.

Cette organisation linéaire entre analyse et décision ne favorise pas les débats entre gestionnaires et évaluateurs des risques, interactions pourtant recommandées en cas de fortes incertitudes, quand les scientifiques sont invités à se positionner malgré les fortes incertitudes de la situation et l'absence de référence scientifique incontestée⁽⁶³⁾. Les gestionnaires, directeurs de maisons de repos ou responsables des services d'urgence pourraient en effet enrichir les travaux en faisant remonter les informations disponibles sur le terrain mais encore absentes des manuels disciplinaires et en leur posant des nouvelles questions, pour élargir leur regard sur le monde : la gestion de la crise du SIDA a été emblématique de cette approche de l'expertise, associant aux scientifiques celle des profanes concernés, dans ce cas les malades et leurs proches⁽⁶⁴⁾.

Ce qui fut emblématique dans la gestion de la pandémie, risque systématique par excellence, c'est qu'aucun espace n'a été prévu pour intégrer dans la gestion de la crise une prise en compte de la dimension sociale des risques. Une pandémie n'est pas un simple processus naturel : la circulation du virus, sa circonscription, son impact clinique sont autant de paramètres du modèle d'évaluation des risques largement influencés par les institutions, les représentations et les comportements des groupes sociaux concernés. Une pandémie est le fruit de la socialisation d'un organisme vivant dans un contexte socio-technique local. Mais ces dimensions ne furent mobilisées ni par les experts du RAG/RMG et encore moins par ceux du GEES, Groupe d'Experts en charge de l'*Exit Strategy* (déconfinement), largement dominé par des spécialistes médicaux et des économistes, à l'exception d'une sociologue représentant les services sociaux.

Pourtant, la plupart des décisions prises contribuent à redessiner les modalités de transfert du risque, c'est-à-dire la répartition du dommage au sein d'une même population. D'un côté, le confinement total a permis de préserver le système de soin. Mais, d'un autre côté, cette mesure a empêché l'activité économique, retiré les enfants des écoles, imposé le télétravail : ces mesures qui génèrent des tensions et une forte anxiété, plus fortes encore dans les groupes les plus vulnérables. Cet exemple montre la sensibilité sociale des questions posées aux épidémiologistes qui ne disposent pas des outils leur permettant d'intégrer une telle perspective dans leurs travaux d'analyse des risques. En reconnaissant une autorité aux experts sur la base de leurs compétences en tant que scientifiques, le mandat reconnaît la légitimité de leur manière d'envisager les problèmes et de poser les questions. Mais cette délégation n'est pas débattue démocratiquement. Ce qui aura manqué à la gestion de la crise, c'est une délibération sur l'écologie des expertises.

Est-il possible d'engager une analyse critique des modèles épidémiologiques mobilisés par des scientifiques pour informer des décideurs (politiques et

⁽⁶³⁾ NRC, *Science and Decisions: Advancing Risk Assessment*, Washington, DC, The National Academies Press, 2009.

⁽⁶⁴⁾ A.-C. CRÉMIEUX, *Gouverner l'imprévisible. Pandémie grippale, SRAS, crises sanitaires*, Lavoisier, 2009, 112 p.

gestionnaires) en période de crise et en zone d'incertitude? La construction de ces modèles est le fait de statisticiens, de physiciens ou des économètres occupant des positions hégémoniques pour conseiller les décideurs, et déclassant en même temps les analyses conventionnelles des experts de santé publique accompagnant les dispositifs de testing/tracing et de suivi de quarantaine⁽⁶⁵⁾. Les travaux de ces derniers sont riches d'une connaissance approfondie du terrain mais peinent à l'exprimer sous une forme facilement assimilable pour les responsables: ceux-ci, désireux de trouver des réponses à leurs questions prenant appui sur une autorité scientifique, privilégient de plus en plus une représentation mathématisée du monde, facile à mobiliser et à faire circuler⁽⁶⁶⁾. Il est très rare que la mobilisation de ces modèles soit soutenue par un débat des hypothèses de travail et des simplifications propres à la construction de ces derniers: ce genre de dispositif contribue au contraire à dépolitiser ces questions.

Après l'urgence, il doit être possible de proposer un autre cadre de réflexion critique: la gestion de crise aurait-elle pu développer un autre discours, non pas un narratif de dramatisation/normalisation mais un «registre d'improvisation» dépassant les contraintes propres aux dispositifs de «gestion des risques» pour restaurer une sphère publique avec une autre «écologie des expertises»?

3. VERS UNE AUTRE NORMALITÉ?

La crise de Covid-19 place le système de gestion de crise face à un problème fondamental: la pandémie semble dépasser le cadre de ce système lui-même. Ce dernier fut incapable de gérer les signaux d'alerte de la pandémie malgré les informations reçues de la Chine et plus tard de l'Italie, malgré les nombreux articles scientifiques publiés très tôt sur le sujet⁽⁶⁷⁾. Ensuite, de nombreux gouvernements se sont retrouvés à improviser leur gestion de crise, ne disposant pas des ressources ni des réseaux capables de gérer une crise dont l'ampleur déborde les domaines de compétence des acteurs institutionnels. Certains auteurs observent que les sociétés occidentales, bien que très sécurisées,

⁽⁶⁵⁾ W. ANDERSON, «The model crisis, or how to have critical promiscuity in the time of Covid-19», *Social Studies of Science*, 221, vol. 51, n° 2, pp. 167-188.

⁽⁶⁶⁾ A. DESROSIÈRES, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 1993.

⁽⁶⁷⁾ O. BORRAZ, H. BERGERON, «Covid-19: impréparation et crise de l'état», *op. cit.*; S. L. DALGLISH, «COVID-19 gives the lie to global health expertise», *The Lancet*, 2020, 395(10231), 1189, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30739-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30739-X); R. HORTON, «Offline: COVID-19 and the NHS – “a national scandal”», *The Lancet*, 2020, 395(10229), 1022, DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30727-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30727-3); A. LEE, J. MORLING, «COVID19-The need for Public Health in a time of emergency», *Public Health*, 2020, 182:188-189, <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.03.027>; P. OZER, A. THIRY, H. C. KAYEMBE NTUMBA, «Coronavirus: comment la Chine gère la crise», *The Conversation*, January 31, 2020, <https://theconversation.com/coronavirus-comment-la-chine-gere-la-crise-130923>.

ne cultivent paradoxalement pas une mémoire du risque, notamment dans le contexte des pandémies⁽⁶⁸⁾. Après le succès historiquement inédit de la maîtrise des risques sanitaires liés aux agents infectieux, la société semble tenir pour acquise une position d'invulnérabilité, alors que les chaînes d'interdépendance la rendent particulièrement vulnérable. En 2020, les gouvernements se sont retrouvés à improviser leur gestion de crise en mobilisant des plans et des procédures « fantaisistes » inadéquats (pour reprendre les termes de Lee Clarke⁽⁶⁹⁾) et en cultivant un « faux sentiment de préparation » dans la population⁽⁷⁰⁾.

3.1. Planifier dans un monde incertain

Aujourd'hui, nos sociétés sont confrontées à des crises qui ne correspondent plus à nos hypothèses de travail ni à aux scripts opérationnels rédigés au siècle dernier : avec le changement climatique, la complexité technologique, l'interdépendance économique, la mondialisation, etc., les crises et catastrophes changent de nature et d'impact⁽⁷¹⁾. Lagadec⁽⁷²⁾ propose de « penser les crises non plus comme des accidents bien identifiés dans un monde globalement stable et contrôlé, mais plutôt comme le moteur central de mondes de plus en plus traversés par l'imprévisibilité, la discontinuité et le chaos » (p. 2). Pour être résolues, les crises qui dépassent les cadres établis appellent des réponses nouvelles et sans cesse renouvelées. « Nous devons nous préparer à des crises émergentes qui ne respectent pas de frontières. La discontinuité, l'ignorance, l'écran radar illisible, l'impensable deviennent des difficultés normales ».

Ces nouvelles menaces provoquent des crises transfrontalières et systémiques : la globalisation et la complexité des réseaux mondiaux contribuent à l'accélération de la propagation de la menace et transforment la dynamique de la crise. Cette propagation rapide pose de nouveaux défis aux autorités politico-administratives en charge de la gestion de la crise, à tous les niveaux. Boin⁽⁷³⁾ postule que la capacité à faire face aux risques repose sur la qualité des organisations professionnelles mais aussi sur la qualité des relations inter-organisationnelles dans le réseau de gestion de crise. Chaque crise étant unique, chaque réseau d'intervention est susceptible d'être unique face à une situation exceptionnelle. Un bon système de gestion des risques repose sur des relations

⁽⁶⁸⁾ F. KECK, *Les sentinelles des pandémies: chasseurs de virus et observateurs d'oiseaux aux frontières de la Chine*, Bruxelles, Zones sensibles, 2020.

⁽⁶⁹⁾ L. CLARKE, *Mission improbable: Using fantasy documents to tame disaster*, *op. cit.*

⁽⁷⁰⁾ O. BORRAZ, H. BERGERON, « Covid-19: impréparation et crise de l'état », *op. cit.*

⁽⁷¹⁾ X. GUILHOU, P. LAGADEC, « Katrina quand les crises ne suivent plus le script », *Préventive-Sécurité*, 2006, 68:31-33.

⁽⁷²⁾ P. LAGADEC, « Audit des capacités de gestion des crises. Cadrage, évaluation, initiatives », Département d'économie, École polytechnique, Centre national de la recherche, scientifique, Cahier n° 19, 2009.

⁽⁷³⁾ A. BOIN, « The New World of Crises and Crisis Management: Implications for Policymaking and Research », *op. cit.*

de travail et de confiance entre les organisations impliquées et sur le développement de routines pour une communication adéquate. Ces collaborations doivent pouvoir prendre appui sur un cadre institutionnel clair, précisant les conditions spécifiques de la coopération au sein de la constellation des acteurs de l'urgence, imbriqués dans les enchevêtrements politiques entre les entités infranationales et l'État fédéral⁽⁷⁴⁾. En même temps, l'indispensable capacité d'adaptation lors de la crise impose une liberté d'improvisation pour les acteurs concernés tout en assurant les pratiques – formelles et informelles – de coordination et collaboration entre les structures institutionnelles⁽⁷⁵⁾. L'analyse de la gestion de crise doit prendre en considération tout à la fois les structures institutionnelles, les enjeux spécifiques des différents groupes d'acteurs, ainsi que les pratiques informelles en termes de coopération et d'intervention.

Prendre au sérieux l'hypothèse de base, à savoir que les circonstances des dernières décennies créent des problèmes nouveaux, dynamiques, imprévisibles, incohérents et incertains, impose dès lors de revoir les principes fondamentaux de la gestion publique y compris au sein de l'administration elle-même⁽⁷⁶⁾. Quels types d'institutions, de plateformes et d'arènes collaboratives permettent de prendre en charge ces turbulences propres à notre temps pour assurer le niveau nécessaire de résilience que les citoyens attendent de leurs autorités politico-administratives ?

Face à ces nouveaux risques, il serait préférable de sortir du canal d'alerte automatique, en adoptant une attitude vigilante pour améliorer la réactivité aux événements imprévus, en écoutant ces micro-variations habituellement enfouies sous les représentations et les routines, puis en imaginant des scénarios très improbables pour les anticiper, dans une logique de scénarisation plutôt que de simple anticipation⁽⁷⁷⁾.

On retrouve ici un double défi pour les gestionnaires de crise : faire face à la détresse des spécialistes face à l'incertitude sur des questions complexes et développer un système de gestion de crise capable d'intégrer la pluralité des situations sociales, et notamment les groupes les plus exposés. Une approche purement *top-down*, caractéristique d'une planification stratégique stricte, est trop rigide pour atteindre cet objectif. Il serait préférable de remplacer cette logique plutôt hiérarchique, basée sur une liste prédéterminée d'acteurs, par un schéma réticulé favorisant l'intervention d'experts nombreux et éventuellement

⁽⁷⁴⁾ D. P. CARTER & P. J. MAY, « Making sense of the U.S. COVID-19 pandemic response: A policy regime perspective », *Administrative Theory & Praxis*, 2020, 42(2), 265-277, <https://doi.org/10.1080/10841806.2020.1758991>.

⁽⁷⁵⁾ D. F. KETTLE, « The transformation of governance: Globalization, devolution, and the role of government », *Public Administration Review*, 2000, 60(6), 488-497.

⁽⁷⁶⁾ C. ANSELL, A. GASH, « Collaborative Platforms as a Governance Strategy », *Journal of Public Administration Research And Theory*, 2018, 16-32.

⁽⁷⁷⁾ F. KECK, *Les sentinelles des pandémies: chasseurs de virus et observateurs d'oiseaux aux frontières de la Chine*, *op. cit.*

imprévus, et l'intégration de la population elle-même dans les structures de gestion des risques.

3.2. Gouverner par des réseaux fluides et adaptatifs

Cette hypothèse impose de mettre en avant la nécessité et la capacité de flexibilité des acteurs de terrain pour développer puis entretenir leurs réseaux, institutionnalisés ou non, à travers des relations formelles et informelles. En ce sens, «être vigilant ici, c'est savoir s'entourer (de personnes et de choses)» propose Vallin⁽⁷⁸⁾. Si la structure politique de la Belgique a conduit à une répartition particulièrement complexe des responsabilités et des compétences entre les niveaux de pouvoir en santé publique, cette complexité institutionnelle aurait pu être surmontée par un niveau plus élevé de coordination et de coopération. L'exercice de l'autorité, toujours indispensable en temps de crise, doit être transformé pour pouvoir animer un enchevêtrement d'interdépendances dont la qualité réside précisément dans la capacité d'opérer ensemble, individuellement et en groupe dans des environnements faiblement structurés, dans des situations de grande turbulence...⁽⁷⁹⁾ en mobilisant une dynamique de coopération fluide et ouverte à l'improvisation. La centralisation de l'expertise et l'exigence de consensus ont mené à la mise à l'écart des signaux contradictoires émergents.

Lors de ces méga-crisis, les responsables politiques n'ont pas accès à une information complète mais doivent néanmoins, malgré les nombreuses inconnues, d'une façon ou d'une autre, prendre des décisions pour organiser la gestion publique de la crise. La crise du sida a mis en évidence l'importance d'une approche systémique et pragmatiste dans une telle situation. La seule approche médicale ne permettait pas de trouver des solutions pour accompagner les malades ni pour gérer l'expansion de l'épidémie et la persistance du risque a imposé, d'une part, la prise en compte d'expertises autres que médicales ou épidémiologiques (les dimensions sociales, économiques et culturelles de la maladie) et une prise en compte des expériences concrètes et contextualisées des malades: ce fut la reconnaissance de la nécessité d'une approche systémique transdisciplinaire et de la prise en compte non seulement des connaissances scientifiques (dans et hors des laboratoires) mais aussi de l'expertise d'usage, mobilisée par les acteurs de terrains (malades ou intervenants)⁽⁸⁰⁾. Un nouveau mouvement émergent en gestion de crise⁽⁸¹⁾ s'inscrit dans le courant de la phi-

⁽⁷⁸⁾ A. VALLIN, «ADFI: un dispositif de vigilance et de discernement face au risque "sectaire"», in J. ROUX (dir.), *Être vigilant. L'opérativité discrète de la société du risque*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2006, 272 p.

⁽⁷⁹⁾ C. FALLON, G. PIET, E. THIRY, D. DAL POZZO, C. ZWETKOFF, *Renouveler la gestion du risque par l'ouverture à un système de vigilance? Le cas de la fièvre catarrhale ovine*, op. cit.

⁽⁸⁰⁾ A.-C. CRÉMIEUX, *Gouverner l'imprévisible. Pandémie grippale, SRAS, crises sanitaires*, op. cit.

⁽⁸¹⁾ C. ANSELL, A. BOIN, «Taming Deep Uncertainty: The Potential of Pragmatist Principles for Understanding and Improving Strategic Crisis Management», *Administration & Society*, 2019,

osophie pragmatiste (Dewey, Pierce) : il mobilise un modèle de rationalité pratique, c'est-à-dire ancrée dans l'action plutôt que dans la rationalité positive et la certitude. Dans cette approche, l'action est fondée sur le doute, l'expérimentation et la contingence. C'est à travers l'action qu'il est possible de comprendre l'environnement. En effet, les acteurs sont forcés d'improviser avec leurs ressources à disposition : dans ces activités de « bricolage » qu'impose la situation, ils ne font pas n'importe quoi mais mobilisent une expertise d'usage avec une perspective critique pour remettre en question à la fois leur intervention et le sens des événements dans une logique itérative et correctrice. Contrairement au décideur « rationnel », le décideur « pragmatiste » est conscient du caractère faillible de notre connaissance et de la nécessité de mobiliser une approche expérimentaliste, c'est-à-dire toujours ouverte à révision. Plutôt que de mettre à l'écart ces anomalies et surprises qui mettent en cause leurs hypothèses de travail, il s'entoure de sources d'informations diversifiées pour tirer parti du potentiel heuristique de ces moments d'émergence d'autres facettes significatives des dynamiques de la crise. Une telle gestion stratégique informée par les retours de terrain est familière pour les organisations qui ont une expérience pratique et régulière de gestion de crise (pompiers, policiers, médecins urgentistes), mais ce n'est pas le cas des autres administrations publiques convoquées à mettre leurs compétences et leurs ressources en jeu pour gérer au mieux la méga-crise, ni pour les experts engagés dans la gestion de crise sans partager les connaissances de terrain ni prendre en compte les signaux émergents. Dans ces environnements turbulents⁽⁸²⁾, il est recommandé de travailler avec les acteurs de terrain pour mettre à l'épreuve les modèles mobilisés, les hypothèses de travail et proposer des approches innovantes dans une logique d'expérimentation et une dynamique de collaboration basée sur la confiance plutôt que sur la hiérarchie.

CONCLUSION

Si l'existence même de l'État se justifie par sa capacité à protéger sa population contre diverses menaces, le renouvellement de la gestion des risques implique un questionnement sur les moyens dont dispose l'autorité publique pour agir autrement⁽⁸³⁾. Pour adapter la gestion des risques à l'évolution de


vol. 51(7), 1079-1112, DOI: 10.1177/0095399717747655 ; C. ANSELL, E. SØRENSEN et J. TORFING, « The COVID-19 Pandemic as a Game Changer for Public Administration and Leadership? The Need for Robust Governance Responses to Turbulent Problems », *op. cit.*

⁽⁸²⁾ C. ANSELL, E. SØRENSEN et J. TORFING, « The COVID-19 Pandemic as a Game Changer for Public Administration and Leadership? The Need for Robust Governance Responses to Turbulent Problems », *op. cit.*


⁽⁸³⁾ O. BORRAZ, C. GILBERT, « Quand l'État prend des risques », in O. BORRAZ, V. GUIRAUDON, *Politiques publiques 1. La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008, pp. 337-357.


nos sociétés, aux nouvelles vulnérabilités et aux incertitudes croissantes, plusieurs auteurs appellent à l'ouverture des systèmes d'alerte pour favoriser, à tous les niveaux l'innovation, la pensée de rupture face à l'émergence de cas inattendus, dans un souci d'ouverture du monde perçu, une attention généralisée aux micro-variations habituellement enfouies sous les représentations et les routines grâce à une nouvelle articulation entre capacités gestionnaires et compétences locales – celles que mobilisent les experts de première ligne, qu'ils soient médecins, vétérinaires ou patients⁽⁸⁴⁾. La vigilance demande de mobiliser une intelligence collective et contextuelle. Elle est collective parce qu'elle fait appel aux experts et aux gestionnaires qui ont défini les conditions de normalité et d'anormalité. Elle est contextuelle parce qu'elle prend appui sur un ensemble de données locales pour donner du sens à l'événement qui surgit là où on ne l'attendait pas, et sous une forme imprévue par les programmes d'anticipation.

Ce mode de fonctionnement est-il compatible avec le modèle actuel des réseaux d'épidémiologie-surveillance? Ceux-ci sont généralement standardisés, formalisés à travers des protocoles et hiérarchisés pour assurer la circulation verticale des données et des informations, des praticiens et laboratoires vers les unités de contrôle: un tel réseau est particulièrement adapté pour fonctionner dans un environnement stable mais laisse peu de place à l'imagination. La prise en compte d'environnements instables et complexes nécessite un renforcement de la communication au sein du réseau favorisant les postures de recherche et d'investigation, et des modes de coopération informelles intégrant tous les acteurs de terrain concernés pour assurer une prise en charge de problèmes collectifs. Face à un événement imprévu, non programmé, il s'agit d'inventer les réponses et développer une démarche de type «*problem-solving*» qui exige de combiner logique professionnelle et logique institutionnelle, imposant à chacun d'établir un compromis acceptable mais toujours instable entre les deux univers de référence. Le réseau fonctionne alors moins dans une logique de contrôle qu'une logique de collaboration basée sur la confiance et la mobilisation d'objectifs communs.

Peut-on proposer  le projet de «Loi Pandémie» s'inscrive dans une telle direction⁽⁸⁵⁾? Le projet de loi actuel propose un peu plus de transparence quant à l'expertise mobilisée ainsi que la possibilité de contrôle parlementaire sur les mesures prises par le gouvernement. Il liste les mesures de police administrative en précisant que ces dernières devront être «nécessaires, adéquates et proportionnelles à l'objectif poursuivi». Pour ce faire, le Conseil des ministres associerait aux organes compétents «des experts nécessaires en fonction de la nature de la situation d'urgence pandémique, notamment en matière de droits

⁽⁸⁴⁾ F. CHATEAURAYNAUD, «Préface», in J. ROUX (dir.), *Être vigilant. L'opérativité discrète de la société du risque*, op. cit.

⁽⁸⁵⁾ Chambre des représentants, Projet de loi relatif aux mesures de police administrative lors d'une situation d'urgence pandémique; Doc. 55/1951/009, adopté par la Commission de l'Intérieur le 18 mai 2021. 

fondamentaux, d'économie et de santé mentale», à savoir une certaine extension de l'expertise actuelle. Le projet actuel crée-t-il pour autant les conditions nécessaires pour une gestion efficace et légitime de la pandémie sur la base de mesures «proportionnelles»? Ses propositions ne renouvellent pas le modèle de gouvernance actuel, celui qui n'a convaincu ni la population ni les responsables chargés de l'appliquer, parce qu'il reste trop rigide pour faire face aux questions émergentes, incapable de prendre en compte des externalités émergentes sous l'effet de profondes transformations en cours: l'augmentation des inégalités socio-économiques, les tendances sécuritaires et les processus de multidiscrimination; l'adoption de nouveaux comportements en matière de consommation, de communication ou de travail... Pour délibérer de la proportionnalité des mesures et du caractère essentiel de certains services, quelles dimensions prendre en compte? Quelles questions sont importantes? De quels savoirs voulons-nous disposer pour prendre nos décisions? Quels sont les critères de choix stratégiques? En s'enfermant dans une approche étroite de l'expertise, en mobilisant une programmation rigide de la gestion des risques,  tel projet n'améliorerait ni le contrôle démocratique ni l'efficacité des mesures prises.