

## QUELS ARBITRAGES À L'HEURE DE LA COVID-19 ? COMMENT PENSER LES CHOIX COLLECTIFS ? COMMENT ANALYSER LES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ?

Actes de la 21<sup>e</sup> Matinée thématique du 7 mai 2021

### SOMMAIRE

#### TABLE RONDE 1

Santé, Economie et Liberté : Comment penser les arbitrages collectifs dans la crise de la Covid-19 ? Comment établir des priorités ?

|  |    |
|--|----|
| ■ Jean-François Delfraissy .....                                   | 3  |
| ■ Sophie Crozier .....   | 5  |
| ■ Vincent Bignon .....   | 7  |
| ■ Clémence Thébaud .....   | 9  |
| ■ <b>Questions/réponses</b><br>Modérateur : Philippe Tessier ..... | 11 |

#### TABLE RONDE 2

Adhésion et perceptions individuelles face aux politiques de lutte contre la Covid-19 et aux priorisations collectives ?

|   |    |
|---|----|
| ■ Pierre Verger .....   | 15 |
| ■ Henri Partouche .....   | 16 |
| ■ Bruno Ventelou .....  | 17 |
| ■ Jonathan Sicsic .....   | 19 |
| ■ Mélanie Heard .....   | 21 |
| ■ <b>Questions/réponses</b><br>Modérateur : Thomas Barnay ..... | 23 |

### LE MOT DU PRÉSIDENT

#### L'hôpital doit-il être rentable ? ... Ça veut dire quoi ?

Quand nous sommes directement ou indirectement confrontés à la question de la rentabilité de l'hôpital, et Dieu sait à quel point cette question est omniprésente dans le débat public aujourd'hui, quelle est notre réaction ? Pour ma part, j'ai du mal à masquer un agacement mêlé de lassitude... J'imagine que je ne suis pas le seul. Je me reprends et réponds, un peu lâchement, que l'hôpital mobilise principalement de l'argent public, et qu'en conséquence il est amené à rendre compte de son activité aux parties prenantes – les élus de la République et leurs administrations – du bon usage des deniers publics. Si l'on entend la rentabilité comme bon usage des fonds publics, alors oui, bien sûr, l'hôpital doit être rentable.

Évidemment, ce n'est pas cette réponse qui est attendue, car la question interroge le plus souvent sur la pertinence d'une gestion de l'hôpital orientée vers la poursuite d'une rentabilité financière de court terme en réponse aux signaux prix émis par le régulateur (les GHS). Là, les choses se compliquent, on connaît tous la force et l'efficacité des prix pour orienter efficacement la production ; on connaît également leurs limites à l'hôpital compte tenu de l'extrême difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de caractériser l'ensemble de dimensions des prises en charges, notamment pour les malades complexes qui

entrent mal dans les cases de la classification de la T2A. Au-delà des risques bien connus de comportements opportunistes (de concentration sur les activités les plus rentables), la déconnexion entre le « reporting » de l'activité et la réalité quotidienne peut générer une perte de sens au travail aux effets ravageurs (toute proportion gardée, les universitaires qui liront ces lignes savent de quoi il s'agit).

#### Alors quoi répondre finalement ?

Eh bien oui ! L'hôpital doit répondre de son activité (et donc la mesurer finement, même si c'est impossible) et des coûts engagés en regard. En ce sens, oui il se doit être rentable, ce qui ne veut pas dire dégager des bénéfices, mais mobiliser des moyens proportionnés. Faut-il, totalement ou partiellement, revenir sur l'usage des signaux prix et faire des prix un outil de dialogue de gestion plus qu'un instrument de tarification ? C'est-à-dire gérer la complexité par le dialogue plutôt que par le déni ? C'est un débat qui doit être ouvert et notre rôle c'est de l'animer sans tabou, sans peur de heurter les soignants ni d'agacer le régulateur. ■

**Jérôme Wittwer**  
Président du Collège  
des économistes de la santé

## ÉDITORIAL

La France poursuit habituellement le quadruple objectif de préserver la santé de la population, préserver les meilleures conditions économiques et sociales et de croissance, préserver les libertés, tout en garantissant l'équité, conformément à la devise « Liberté, Égalité, Fraternité », au fronton de toutes nos mairies.

Bien sûr, des entorses à ces objectifs existent, et des arbitrages sont faits au sein du système de santé. Le budget public dédié à la santé, et non aux autres biens fondamentaux à garantir à l'ensemble de la population, comme l'éducation ou la sécurité, est voté annuellement dans le cadre de l'ONDAM, et cet encadrement des dépenses publiques implique des arbitrages de prise en charge entre les types de soins, entre pathologies, et donc entre patients. L'exercice de la liberté est également restreint au nom de l'efficacité et de la santé de tous, dans le cadre de l'encadrement du parcours de soins, ou encore des vaccinations obligatoires, comme l'illustrent d'ailleurs les débats autour de l'extension aux 11 vaccins obligatoires en 2017.

Cependant, dans une approche plus déontologique que conséquentialiste, la France cherche à se donner les procédures et les moyens pour préserver santé, efficacité économique, liberté, et équité, sans expliciter les priorités à donner ou les arbitrages possibles entre ces différents objectifs. La pandémie de la Covid-19 nous a obligés à regarder en face les arbitrages à opérer entre la préservation de la santé, les capacités de production et de consommation, et la liberté de se déplacer, de se réunir, de produire, de consommer, et plus généralement d'agir.

La préservation de la santé a elle aussi conduit à opérer des arbitrages : éviter la mort ou préserver la qualité de vie ; prendre en charge des patients atteints de la Covid-19 ou les patients atteints d'autres pathologies ; choisir parmi les déterminants de santé entre les soins curatifs, les soins préventifs, et les autres déterminants de la santé, tels que les conditions de vie, l'activité physique, la nutrition, les comportements addictifs, l'insertion sociale, ou au contraire l'isolement.

Cette pandémie nous impose aussi d'arbitrer entre le court terme, le moyen terme, et le futur plus éloigné, que ce soit dans le domaine sanitaire, quand il s'agit par exemple de préserver les soins urgents, au détriment de certains soins qui auraient des effets à plus long terme, ou dans le domaine économique, quand il s'agit

par exemple de soutenir les entreprises à court terme, au détriment de la dette dans le long terme.

Nos deux tables rondes vont nous permettre d'explorer ces questions à deux échelles, collectives et individuelles.

La première table ronde propose de voir comment penser ces arbitrages collectifs entre ces différents objectifs. Quels critères normatifs et éthiques mobiliser entre équité, efficacité sanitaire et économique et liberté ? Quels instruments utiliser pour les mettre en œuvre ? Sur quelles variables-objectifs ?

La deuxième table ronde s'intéressera à la manière dont les agents, professionnels de santé et population générale, peuvent se saisir de ces objectifs collectifs et réaliser leurs arbitrages face à ces objectifs. Quels instruments de politique publique et sanitaire mettre en œuvre pour atteindre nos objectifs collectifs et favoriser l'adhésion ? Obligation, que ce soit dans le cadre des restrictions de placement ou couvre-feu, ou la vaccination ; incitations, dans le cadre du pass sanitaire ou d'incitations financières à la vaccination, comme c'est le cas pour les jeunes dans certains États des États-Unis, campagne d'information, et dans ce cas, avec quel vecteur ? Comment choisir entre les stratégies médicamenteuses, et avant tout la vaccination, mais aussi les tests, et les stratégies non médicamenteuses, et avant tout le respect des gestes barrières et la distanciation sociale ? Quel rôle face à tous ces enjeux des professionnels de santé dans la mise en œuvre de ces politiques de santé publique ?

Face à l'enjeu extraordinaire de cette pandémie, la complexité des enjeux et questions posées autour de ces arbitrages, il est nécessaire de mobiliser l'ensemble des expertises.

Cette matinée propose ainsi de croiser les regards de l'économie de la santé, de l'histoire économique et monétaire, de la médecine, de la recherche sur les systèmes de santé, de la philosophie, de l'éthique et des sciences politiques. ■


**Florence Jusot,**  
Professeur en sciences économiques à l'université Paris-Dauphine,  
Présidente du Collège des économistes de la santé,  
Membre du Comité Consultatif National d'Éthique  
et Membre du Conseil d'Orientation de la Stratégie vaccinale

**Cette Matinée thématique du Collège a été organisée en visioconférence le vendredi 7 mai.**

**Collège des économistes de la santé**  
CESP – Équipe 1 – Hôpital Paul Brousse Bâtiment 15/16  
16, avenue Paul Vaillant Couturier 94807 Villejuif cedex

Tél.: 06 67 52 04 16 E-mail: [sg@ces-asso.org](mailto:sg@ces-asso.org) Site internet: [www.ces-asso.org](http://www.ces-asso.org)

**Directrice de rédaction :** Florence Jusot,  
assistée de Denis Raynaud et Bruno Detournay - **Secrétariat de rédaction :** Claire Maugé

 **Conception maquette :** Franck-Séverin Clérembault (Irdes), Anne Evans (Irdes)  
**Mise en pages :** Franck-Séverin Clérembault, Damien Le Torrec (Irdes) - ISSN: 2266-7857

Tous droits réservés. Les reproductions des textes, graphiques ou tableaux sont soumises à autorisation écrite et préalable du Collège des économistes de la santé.

**Jean-François Delfraissy**

Président du conseil scientifique Covid 19,  
Président du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)

Le Pr. Delfraissy précise qu'il intervient en sa qualité de médecin immunologiste, en tant que Président du Conseil Scientifique Covid et Président du Comité Consultatif National d'Éthique. Sa réflexion connaît donc des sources diverses qui se défont et se complètent, dans un contexte d'incertitude.

En mai 2021 (date de cette réunion), au sortir du 3<sup>e</sup> confinement allégé associé au variant « alpha », la campagne vaccinale était bien engagée pour les populations les plus âgées et les plus fragiles, mais encore limitée pour les plus jeunes. À cette période, nous pensions connaître un été 2021 calme, alors que le variant « delta » est apparu début Juin 2021, bousculant les anticipations.

Le Pr. Delfraissy met en exergue l'évolutivité des connaissances et des incertitudes.

**Penser les arbitrages collectifs dans la crise Covid-19***La place des chiffres dans les arbitrages collectifs*

Le 6 mai 2021, le Conseil scientifique a émis son avis « Printemps 2021 : Pour une réouverture prudente et maîtrisée avec des objectifs sanitaires ». Nous observons, d'une façon relativement inattendue, une baisse de l'incidence et du nombre de nouveaux cas dans l'ensemble des pays européens – en France mais pas seulement – ainsi qu'une baisse du nombre de patients dans les services de réanimation. Les chiffres demeurent très élevés, et la tension forte, sur le système hospitalier, mais nos anticipations nous permettent, ainsi qu'au gouvernement, d'envisager le retour à des niveaux de circulation virale assez faibles début juin.

Je tiens à mettre en exergue notre volonté, au sein du Conseil scientifique, de ne pas laisser les chiffres et les courbes gouverner notre pensée. Les données scientifiques sont essentielles à la construction d'une réflexion éclairée et éthique, et nous guident dans la formulation de recommandations auprès du gouvernement, mais ne nous exonèrent ni ne nous répriment dans notre détermination à prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé au sens de l'OMS, y compris socio-économiques.

La notion de « santé globale » est au cœur de la santé publique telle que nous l'envisageons et la servons, et les logiques d'action que nous soutenons en témoignent.

*La place de l'international dans les arbitrages collectifs*

Par ailleurs, nous ne pouvons répondre à la crise sanitaire en France en faisant l'économie d'une coordination européenne et internationale. La diversité des stratégies de lutte contre le virus mises en place à l'échelle planétaire et des situations sanitaires qui en découlent doivent nous interpeller et nous inciter à renforcer notre adaptabilité face au ressac de l'épidémie.

Plusieurs variants nous préoccupent aujourd'hui (05-2021) :

- Le variant brésilien « gamma » en Amérique du Sud (Brésil, Chili, Argentine).
- Le variant sud-africain « bêta » (peu implanté en France, alors que l'Afrique du Sud semble l'avoir jugulé).
- Le variant indien « delta » (Inde, Cambodge, Japon, Philippines, Thaïlande), dont nous ignorons encore les caractéristiques et la dangerosité réelles.

De la même façon que nous avons été surpris par l'émergence et la violence du variant anglais « alpha » à l'origine de la 3<sup>e</sup> vague, nous sommes perpétuellement menacés par le risque de la pénétration d'un nouveau variant qui bouleverserait la politique vaccinale et l'ensemble des pratiques que nous avons développées pour maîtriser l'épidémie. Plus la circulation virale est élevée avec un virus x ou y, plus la pénétration et l'implantation d'un nouveau variant est facile. Nous devons donc coopérer avec nos voisins afin d'éviter toute augmentation non contrôlée de la circulation virale sur quelque territoire que ce soit, pour la sécurité sanitaire collective. Répondre à la crise de façon isolée et uniquement nationale ne peut être une option salutaire.

*La place de l'innovation dans les arbitrages collectifs*

La découverte d'un vaccin efficace contre les formes sévères et graves de la Covid-19 a été laborieuse, mais finalement couronnée de succès. 35 millions de personnes devraient être vaccinées d'ici le 30 juin, essentiellement les populations les plus fragiles, les plus âgées... Nous étudierons la possibilité de vacciner les jeunes et les adolescents massivement à partir du mois de septembre 2021. Cette éventualité soulève des enjeux médicaux et éthiques majeurs qu'il faut préalablement examiner.

Notre stratégie vaccinale est fondamentale car elle nous protège contre les formes sévères. Les vaccins de type ARN peuvent également jouer un rôle, plus limité, sur la transmission du virus. En revanche, certains variants réduisent leur efficacité (par exemple le variant brésilien, nous manquons encore de données concernant le variant indien...).

## **Etablir des priorités pour ouvrir un nouvel horizon – Où allons-nous ?**

### ***Vers l'affermissement du sentiment de responsabilité individuelle***

Le Conseil scientifique s'est prononcé en faveur de la levée des principales restrictions de liberté. Après 15 mois de fermeture de lieux de socialisation, d'éducation ou de culture, la société affronte des questionnements complexes quant à son avenir, ainsi qu'une inquiétante mélancolie. Les décideurs politiques ont donc pris les mesures qui s'imposaient, et nous les accueillons avec confiance. Entre l'arrivée du vaccin et une baisse rapide de la circulation virale, pour des raisons diverses que nous n'expliquons pas encore complètement, nous espérons atteindre le mois de juin dans des conditions nous permettant de contenir largement l'épidémie. Le maintien d'un certain nombre de mesures de distanciation sociale, indépendamment des décisions de politique publique, est néanmoins fondamental pour assurer l'embellie sanitaire que nous appelons de nos vœux.

Il nous faut absolument éviter que la réouverture des lieux publics n'entraîne l'abandon des mesures de précaution, de distanciation, voire du port du masque. Nous ne sommes pas à l'abri d'un phénomène d'échappement avec l'apparition de mutations du virus qui échapperaient à la couverture vaccinale et génèreraient la formation d'une 4<sup>e</sup> vague. L'appropriation par les populations des politiques de santé publique est déterminante dans leur efficacité ou leur inefficacité. Nous encourageons chacun à retrouver la confiance nécessaire au retour à la normalité dans les échanges interindividuels et l'organisation du vivre ensemble, mais aussi à maintenir un certain degré de vigilance et de civisme pour ne pas ruiner les efforts auxquels nous avons collectivement consentis jusque-là, auxquels nous devrions consentir à nouveau si la situation sanitaire se dégradait. La qualité de la responsabilité individuelle, dont chacun saura faire preuve ou non dans les prochaines semaines et mois, sera décisive dans l'évolution de l'épidémie.

### ***Vers davantage de démocratie sanitaire***

Nous devons construire en France une forme de « démocratie sanitaire » encore trop peu déployée. Les anglosaxons évoquent plutôt la « *citizen regulation* » pour qualifier la place du citoyen dans l'organisation de la santé publique et la mise en place de ses propres parcours de soins.

Nous n'avons pas su la générer suffisamment au cours des première et seconde vagues. La gestion de crise a été trop verticale. L'annonce du premier confinement a été brutale et sidérante, mais nécessaire. L'imagination de nos citoyens, leur parole, auraient pu toutefois trouver un écho plus important ensuite dans l'élaboration des stratégies sanitaires gouvernementales. Le Comité scientifique en collaboration avec le *think tank* Terra Nova avait réclamé dès le 5 avril 2020 la création d'un comité

citoyen de liaison, qui aurait permis l'émergence de voix et propositions citoyennes. J'y étais personnellement très attaché, étant sensible à ces démarches du fait de mon engagement dans la lutte contre le VIH, qui a pris de l'ampleur lorsque les associations ont rejoint les autorités médicales, notamment dans l'effort de prévention qu'ils menaient. Je considère qu'il s'agit là d'un échec personnel dans la gestion du début de crise.

Un comité citoyen a finalement été créé, tardivement, à la fin de l'automne (2021) autour du vaccin, et nous avons pris connaissance de ses premières déclarations la semaine dernière. Un certain nombre de grandes métropoles ont par ailleurs œuvré au développement de comités pluridisciplinaires et pluriprofessionnels (intégrant des acteurs de politiques locales, des médecins, des scientifiques, des représentants d'instances de type CRSA, etc.).

### ***Vers davantage d'humilité***

Les données scientifiques évoluent et nous surprennent régulièrement. Nos décideurs politiques doivent désormais avoir conscience de l'incertitude à laquelle nous sommes tous confrontés. L'adaptabilité nécessaire de nos comportements ne peut être le résultat que de politiques proportionnées, ajustées au fil de l'eau. Les mesures sont éphémères, changeantes, soumises à l'évolution de la situation sanitaire, c'est pourquoi je crois profondément que la crise nous invite à renouer avec l'humilité.

En démocratie, la décision est fondamentalement politique, mais elle doit être éclairée par des formes d'expertises scientifiques, médicales, économiques, sociétales, etc. Inversement, les experts eux-mêmes doivent comprendre la complexité des choix politiques et la nécessaire prise en compte de dimensions qu'ils ne maîtrisent pas. Je crois ainsi que la décision publique ne peut être complètement *top down*. Il me semble qu'elle doit être partagée, commune. L'humilité peut naître de la confrontation des incertitudes multiples dont chacun doit pouvoir témoigner en fonction de son rôle et de ses compétences.

### ***Vers plus d'interpénétration entre sciences et gouvernance***

En tant que médecin, je m'interroge quant à l'appropriation par les acteurs politiques des méthodes et résultats scientifiques. Comment aider nos gouvernants à comprendre les scientifiques, et *vice versa* ?

D'une part, il me semble que nous devons prendre conscience de la disparité des temporalités dans lesquelles s'inscrivent nos actions. Le temps du politique est de quelques jours, celui du scientifique de quelques semaines, voire quelques mois. Il nous faut respecter davantage les rapports au temps qui nous sont propres.

D'autre part, je crois que les acteurs politiques doivent accepter l'espace que les scientifiques accordent au doute dans leurs réflexions. Il est majeur. Les acteurs politiques doivent pouvoir le tolérer. L'immense majorité

d'entre eux sont issus de l'ENA et n'ont pas poursuivi un parcours de thèse en sciences ou sciences humaines et sociales, contrairement à leurs homologues allemands par exemple. Ils ne sont pas suffisamment sensibilisés à la fécondité du doute dans toute démarche réflexive rigoureuse. Les Britanniques disposent d'une personnalité apte à cultiver un certain nombre de méthodes scientifiques au cœur de l'action publique dans le champ de la santé : le *Chief medical officer*. Indépendamment du ministre de la Santé, entouré par un certain nombre d'experts, celui-ci contribue à mettre en contact les gouver-

nants avec la science, lorsque cet amarrage est nécessaire à l'optimisation des politiques de santé publique. Cette cohabitation au plus haut niveau de l'État m'apparaît prudente et structurante. La France pourrait s'en inspirer.

Inversement, les scientifiques doivent bien comprendre qu'il est important de dialoguer intelligemment avec les autorités politiques, particulièrement en temps de crise. Enfin, il est évident que les décisions sont politiques, et doivent prendre en compte les enjeux sanitaires mais également économiques et sociaux. ■

## ENJEUX ÉTHIQUES DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS EN SITUATION DE FORTE TENSION LIÉE À L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Sophie Crozier

Neurologue à la Pitié Salpêtrière,  
Membre du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE)

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :

<https://www.ces-asso.org/sophie-crozier-enjeux-ethiques-de-la-prise-en-charge-et-de-lacces-aux-soins-pour-tous>

Je suis médecin hospitalier et je vais vous parler des choix parfois un peu tragiques qui ont été amenés à être pris dans cette pandémie Covid-19, du point de vue du personnel hospitalier et des médecins en particulier. Je vais vous présenter aussi la réflexion éthique qui a fait l'objet d'une position de la part du Comité Consultatif National d'Éthique au mois de novembre, au moment de la deuxième vague où l'on envisageait ces questions de priorisation. L'idée est de discuter avec vous des enjeux éthiques de la prise en charge de l'accès aux soins pour tous dans cette situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19, et la façon dont nous, personnel soignant, avons pu le penser autour des échanges très riches et multidisciplinaires que l'on a eu au sein du Comité Consultatif National d'Éthique.

Pour rappeler rapidement le contexte, je dis d'emblée deux choses : certes il y a eu un coup de projecteur un peu tragique du fait de cette pandémie, mais ces questions de « triage », de « priorisation » sont des choses que nous connaissons depuis très longtemps dans notre pratique médicale, et même depuis la naissance de la réanimation. Pourquoi la réanimation ? Parce que c'est une ressource particulièrement coûteuse qui a toujours été rare et pour laquelle il a toujours fallu se poser des questions de choix d'admission de certains patients, parfois au profit ou au détriment d'autres patients. Ces questions-là ne sont donc pas totalement nouvelles. Ce qui a été très nouveau dans la situation que l'on connaît tous, c'est que l'on s'est retrouvé devant des besoins de santé absolument majeurs qui étaient vraiment très supérieurs aux moyens disponibles. On a été face à des moyens insuffisants. Je pense que c'est important de le préciser. Ils concernaient trois grands types de moyens : les lits, le matériel, les

médicaments aussi, mais surtout et avant tout – et c'est ce qui a conduit à certains choix dont je vais parler – une pénurie de personnel soignant qui existait un peu avant la crise, mais qui s'est évidemment avérée très importante dans une situation où les besoins étaient majeurs. Cela a engendré une grande tension sur tout l'hôpital, et pas uniquement sur la réanimation. Il y a eu un focus important sur la scène médiatique parce que ce sont des éléments importants, mais la tension est très forte sur l'hôpital en général, et pas seulement dans les services de réanimation.

C'est aussi vrai dans tous les services de médecine, sur la prise en charge palliative, et aussi sur la ville. Vous savez sans doute qu'il y a eu toute une question de savoir s'il fallait adresser ou non les patients à l'hôpital. Parfois des choix ont été faits de ne pas les adresser pour ne pas « encombrer » l'hôpital. Cette réflexion a été difficile parce que tout cela n'avait pas été forcément très pensé avant. Et puis il y a eu aussi des tensions autour des questions de dépistage, de prévention, de vaccins, je ne pourrai pas tout aborder. Le sujet est effectivement très large.

Le deuxième point important est qu'une priorité politique était donnée au Covid, et nous l'avons senti en tant que soignants de terrain, tout cela s'inscrivant dans un contexte très particulier de pandémie mondiale. Et ça, je pense que c'était difficile d'y échapper. Ce n'est pas du tout pour polémiquer là-dessus, mais c'était compliqué. Nous l'avons senti tout de suite au sein de notre groupe de travail au CCNE. C'est un peu moins le cas aujourd'hui. Jean-François Delfraissy a rappelé qu'il y a eu 40 000 décès depuis le mois de janvier 2021, mais il y a un an, on comptait les morts Covid à l'hôpital tous les



jours, et les autres étaient un peu les oubliés finalement. C'est un élément très important. Il y avait quelque chose du visible au niveau de la prise en charge des patients Covid, et qui le reste encore. Et il y a toute une partie invisible, notamment sur les pertes de chance pour d'autres patients, même si elle le devient de moins en moins et qu'elle fait aussi l'objet d'études.

Donc ce contexte, il y a la nécessité d'une réflexion éthique sur l'allocation de ces ressources en situation de pénurie. Il y a eu beaucoup de discussions, il en reste encore sur les termes à utiliser. Dans la pratique médicale le terme de « tri » ou de « triage » est utilisé sans toujours être très questionné, c'est assez connoté. On est donc resté plutôt sur un terme de « priorisation ». Quand il est question de la « priorisation », il est question de principe éthique autour de la justice. Ce sont des éléments qui seront développés par certains d'entre vous, vous les connaissez mieux que nous les médecins. Ces réflexions autour de la priorisation se sont situées dans un contexte d'incertitude particulier, parce que c'était aussi une nouvelle situation sanitaire pour nous, même si ce sont des choses qui avaient déjà été pensées. Toutes ces décisions, qui ont été prises à différents niveaux, l'étaient dans des situations de grande incertitude, avec une difficulté particulière.

Quelles étaient les questions posées ? Elles concernaient les établissements de santé et les professionnels de santé. Pour les établissements de santé : comment pouvoir réallouer les ressources dans un contexte où celles-ci étaient insuffisantes ? Comment pouvoir penser la réallocation des ressources en termes de lit, de personnel ? Ce dernier point a été beaucoup discuté et médiatisé. Compte tenu de la limite des ressources dans un système contraint, cela impliquait obligatoirement des déprogrammations d'hospitalisation. Pourquoi la chirurgie principalement ? Parce qu'il faut des médecins anesthésistes spécialisés dans la prise en charge de patients de réanimation. On avait besoin de cette ressource. Il a donc fallu déprogrammer progressivement selon l'évolution de la pandémie. Aujourd'hui, par exemple, on est toujours à 60 % des déprogrammations de chirurgie. *Grosso modo*, pour soigner un malade du Covid, il faut annuler 200 interventions chirurgicales. Vous voyez évidemment que des questions peuvent se poser d'un point de vue purement « utilitariste », mais ce sont des questions qui ont été très difficiles à trancher. Il y avait toute une réflexion autour de l'équité, des pertes de chances, de la coordination. Un gros travail a été fait par les Agences régionales de santé et avec le ministère autour de la coordination entre les établissements. Des discussions concernant la jauge Covid/non-Covid qui s'adaptait en fonction de l'occupation des lits de malades Covid dans nos hôpitaux ont surtout eu lieu lors de la deuxième vague, et assez peu au moment de la première parce que c'était une situation nouvelle.

Et je voudrais insister sur la raison pour laquelle cela posait des questions éthiques majeures. On nous a demandé à nous, les professionnels de santé, de prioriser des patients, d'essayer de penser comment limiter les pertes de

chances pour nos patients, de faire des listes de patients prioritaires. Et pourtant c'était tous des patients. Bien sûr, vous imaginez qu'un malade qui passe en réanimation aura besoin d'être hospitalisé dans un lieu précis, et éventuellement d'avoir une prise en charge palliative. Tout cela avait un impact majeur sur l'ensemble du système de santé, sans compter aussi les prises en charge à domicile.

Les questions peuvent se poser évidemment sur l'admission, la non-admission à l'hôpital, la réanimation... Pour vous donner un exemple, notamment depuis la deuxième vague, tous les jours dans certains hôpitaux on réfléchit à la situation des malades Covid ou non-Covid qui sont actuellement hospitalisés en réanimation pour savoir si on pense qu'ils ont une bonne chance de s'en sortir, avec quel type de conséquences, pour pouvoir « libérer » un lit pour un patient qui pourrait en bénéficier davantage. C'est un peu comme ça que cela se passe, avec des difficultés éthiques, comme vous pouvez vous imaginer.

Je vais présenter les réflexions du CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) que vous pourrez retrouver sur le site (voir notamment la réponse à une saisine du Ministère de la santé sur les « Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19 » du 3 novembre 2020). L'idée globale était de préserver avant tout les principes éthiques, les valeurs du soin. Pour les soignants c'est quelque chose d'absolument essentiel : la bienfaisance, l'autonomie, le respect de la dignité du patient, le fait d'avoir une attention particulière pour les plus vulnérables et d'être toujours dans le non-abandon. Quelles que soient les décisions qui étaient prises, il fallait n'abandonner aucun patient et mettre tous les moyens qu'on pouvait avoir pour accompagner les patients jusqu'au bout. C'est notre ADN de soignant.

Il y avait une tension majeure qui fait partie des enjeux éthiques des questions de priorisation, entre l'intérêt individuel versus l'intérêt collectif, qui a amené à discuter sur ce qu'il faudrait éviter à tout prix, mais qui est très difficile à penser. Il s'agit de la question de la hiérarchisation des lits. Clairement, dans l'avis du CCNE, c'est un interdit. Mais ça reste compliqué. C'est quand même la question qui se posait parfois comme cela, en tout cas il fallait discuter de celui qui avait le plus à perdre et pour lequel il fallait allouer la ressource.

Nous avons également discuté au sein du groupe de travail du CCNE de la possibilité de penser les choses de la manière suivante : soit on priorise, soit on dégrade les soins pour tous, c'est-à-dire que l'on prend en charge tous les patients de la même manière en diminuant le niveau de soins. On s'est appuyé sur les expériences, les avis et les travaux internationaux de tous les pays qui ont réfléchi à ces questions-là – dans ce contexte-là comme dans les situations de catastrophe – et privilégient une attitude qui consiste en une priorisation, une réflexion sur l'allocation de ces ressources. La logique « premier arrivé, premier servi » n'est pas considérée comme une option d'éthique dans de telles situations.

Nous avons rappelé dans notre avis du CCNE que, même si on était face à une situation d'exception, il n'était pas question en revanche d'avoir une éthique d'exception. S'appuyer vraiment sur nos principes éthiques et nos valeurs du soin était absolument majeur.

Et il y avait aussi ce contexte très compliqué de tension, de restriction de liberté par rapport à l'intérêt sanitaire que même nous, en tant que professionnels de santé sur le terrain, avons toujours en tête quand nous prenons des décisions.

Voici ensuite les points d'attention que nous avons évoqués lors de nos réflexions au CCNE. Il faut avant tout faire le maximum pour augmenter les ressources. Une fois les ressources augmentées, la priorisation est inévitable. Ce que l'on a affirmé, c'est que ne pas trier dans un contexte de rationnement, c'est courir évidemment le risque qu'un patient ne puisse pas être admis faute de place. Et comme je le disais, la logique du « premier arrivé, premier servi » est difficilement acceptable. Cela doit être pensé à deux niveaux : le rationnement au niveau des ressources médicales et la question de la jauge de patients Covid/patients non-Covid. Mais c'est très difficile. Ce que je veux dire, c'est qu'on a beau mettre en place des règles et des limites,

quand les patients arrivent au fur et à mesure, en réalité, on a du mal à résister à cet afflux, et on est malheureusement obligé d'avoir ces priorisations.

Je terminerais juste sur ces autres points : dans ces situations de priorisation, il fallait à tout prix préserver le respect de la dignité de la personne, et éviter toute discrimination vis à vis de l'âge, du statut social ou du handicap, qui parfois pouvait être avancée dans des scores de fragilité utilisés pour la priorisation des patients en réanimation. Il était très important de ne pas stigmatiser des populations de personnes, c'était un élément absolument majeur. L'approche retenue était de réfléchir autour d'une évaluation des pertes de chances, à la fois pour les patients Covid et non Covid, avec une discussion qui devait être la plus démocratique possible.

Enfin, à l'occasion de la première vague, nous avons pu noter dans nos hôpitaux l'importance d'associer à ces réflexions autour des arbitrages éthiques dans ces situations d'allocation de ressources rares, à la fois les patients et d'autres acteurs, qui ne soient pas des acteurs de l'hôpital. Cela a permis de mieux penser les choses pour la deuxième vague. ■

### Vincent Bignon

*Conseiller du Directeur Général des Statistiques, des Études et de l'International de la Banque de France, chercheur conseiller sénior spécialiste d'économie monétaire et d'histoire économique*

J'ai un intérêt fort pour la gestion économique de la situation présente, mais avant d'être conseiller je suis chercheur en histoire économique. Ce qui m'a particulièrement intéressé dans le thème de la table ronde, c'est de trouver des exemples dans l'histoire économique qui nous enseignent quelque chose sur la gestion des épidémies. J'en ai retenu deux. Le premier, auquel je n'ai pas contribué, contient un débat particulièrement vif illustrant comment la recherche peut parfois être instrumentalisée à des fins qui ne sont pas toujours dans l'esprit de construction d'un consensus. J'ai contribué au deuxième, ce sont les conséquences économiques et sociales des épidémies. Cela amène à poser la question de savoir si ce sont les épidémies en tant que telles qui ont des conséquences économiques, ou si c'est la manière dont on les aborde ou appréhende qui ont un coût économique. Je trouve ces deux exemples intéressants pour éclairer la période actuelle. Ils m'incitent évidemment à l'humilité, je veux donc seulement vous raconter ce que j'en ai compris.

Le premier sujet est un débat d'instrumentalisation de la recherche. Vous avez probablement tous entendu parler d'un article de recherche qui s'intéressait à la grippe espagnole aux États-Unis. Il est sorti en mars 2020, dans un contexte où le gouvernement fédéral des États-Unis d'Amérique est plutôt inactif dans la gestion de l'épidémie.

Il montre qu'aux États-Unis, pendant la grippe espagnole, les villes ayant mis en place les confinements les plus longs et les plus stricts sont celles qui étaient économiquement les plus dynamiques, 5 ans après la fin de l'épidémie. C'est un résultat qui pourrait se comprendre dans le contexte de l'épidémie de grippe espagnole, puisque celle-ci touchait davantage les actifs que les retraités. Un certain nombre d'économistes en ont conclu que la raison pour laquelle on trouve ce dynamisme plus fort 5 ans après, c'est qu'en confinant très fortement ces villes-là, on a permis à des jeunes de survivre, créant ainsi le dynamisme économique local de ces villes 5 ans après. Cela a créé un débat scientifique à n'en plus finir en histoire économique, avec de nombreux articles discutant si la cause du dynamisme des villes 5 ans après l'épidémie de grippe espagnole était dû aux mesures sanitaires strictes prises pendant l'épidémie.

Autant le premier article a souvent été utilisé dans beaucoup de discussions économiques ou dans le débat sur le diagnostic de « quoi faire », autant les autres études ont été davantage mises sous le boisseau. Ce qui est intéressant dans l'étude initiale, c'est que les chercheurs ont utilisé une méthode très standard en économie de « différences en différences ». Mais ils ont oublié de vérifier les raisons pour lesquelles les villes en question avaient mis en place des confinements forts, et si ces confine-

ments étaient « aléatoirement » répartis entre les villes. Le débat subséquent en histoire économique a été de montrer que les villes qui ont mis en place des confinements forts étaient les plus dynamiques déjà 15 ans avant l'épidémie. Il s'agit surtout de l'Ouest américain qui a confiné très fortement, et très peu l'Est. Évidemment, la sortie de la Première guerre mondiale a créé une sorte de dynamisme très fort dans ces villes de l'Ouest américain. Par conséquent, plus personne ne considère très sérieusement cette étude comme montrant quoi que ce soit, sinon que les villes de l'Ouest ont réagi plus fortement. Mais leur dynamisme était initial, il n'était pas lié aux mesures « non-pharmaceutiques ».

Je trouve cet exemple intéressant parce qu'il éclaire la question de savoir à quel moment une recherche peut être mobilisée à des fins de prise de décision. Je rejoins complètement le Professeur Delfraissy sur l'interaction entre le politique et le scientifique, le politique et la recherche. Finalement, le point dont on a le plus parlé dans le débat public sur l'histoire économique des épidémies est celui qui est le plus insignifiant.

Le deuxième exemple dont je veux vous parler est l'impact du phylloxéra. À l'époque, ce n'est pas une épidémie qui tue les hommes mais les vignes, c'est encore un peu le cas maintenant, mais pas en Europe. Le phylloxéra arrive en 1863 en France, dans le Gard, sur des pieds de vignes d'ornement. Les gens ont envie de mettre des vignes dans leur jardin et les importent donc des États-Unis et ce, depuis longtemps. Mais c'est la première fois en 1863 que l'insecte survit au voyage, avec l'invention du bateau à vapeur. L'accélération du voyage suffit. Cet insecte microscopique, qui n'arrive pas à se déplacer tout seul puisqu'il n'a pas de pieds – il se déplace avec ceux des gens ou sur ceux des vignes – va se répandre sur tout le territoire français entre 1863 et 1890, année où on trouve une solution à ce problème. En 1900, il arrive dans le département de la Seine, puis il va atteindre l'Europe.

Cet insecte va toucher un secteur de l'économie qui représente 8% de la production nationale, celui du vin. La France est très fière de sa production, mais le phylloxera va faire chuter la production de vin de 8 % en 1863 à 4 % à la fin de l'épidémie. C'est donc une division par 2 de la production de vin. Évidemment, le débat scientifique va faire rage puisque le vin est produit, dans presque tous les départements, par beaucoup de fermiers : 50 % de la population active sont des agriculteurs, la plupart des fermiers cultivant de la vigne. Il n'y a que 10 départements français sur 87 qui la cultivent. C'est donc un choc massif sur tout le territoire français. Cela va générer un débat scientifique extrêmement fort qui contribuera à créer la forme moderne des écoles d'agriculture que l'on connaît aujourd'hui.

Ce qui est très intéressant dans l'étude de cette épidémie, c'est d'abord la manière dont le débat scientifique va être utilisé. Le phylloxéra se répand à partir du Gard, puis de Bordeaux, et va remonter au nord de la France. La poli-

tique de lutte contre une épidémie de vigne consiste à arracher les pieds de vigne. La question est de savoir à quel moment on l'arrache : au moment où l'arrondissement est suffisamment « phylloxéré » ? Ou dès que l'on trouve un pied « phylloxéré » ? Évidemment, la décision ne va pas prendre en compte des considérations uniquement scientifiques. Il y a des gens qui vont dire : « Mais en fait, le phylloxéra ce n'est pas du tout lié à l'existence d'un insecte qui s'appelle phylloxéra, qui s'accrochait au pied de la vigne, qui suçait la sève et qui tuait le pied en 15 jours. Cela ne vient pas de ça, mais du fait que les fermiers ne font pas attention à leurs pieds de vigne ». Ainsi, dans toutes les campagnes, au fur à mesure de la progression du phylloxéra, on va commencer à dire : « Si tel champ est touché, ce n'est pas parce que je me suis déplacé avec mes pieds sur lequel il y avait de la boue, dans laquelle il y avait du phylloxéra, c'est parce que le fermier en question ne prend pas soin de ses vignes ». Ce débat de « politique locale » va se traduire en France par le fait que la décision de lutte au niveau local contre le phylloxera sera d'attendre que l'arrondissement soit suffisamment « phylloxéré » pour arracher les pieds de vigne.

Cela crée évidemment un choc économique local extrêmement important, puisque c'est non seulement le secteur de l'agriculture en tant que tel qui va être touché, mais aussi tous les autres secteurs autour. Plus la production de vignes va être importante, plus le choc économique va l'être aussi. À l'époque, dans l'Hérault, la production de vin représente 50 % de la production locale totale. À Bordeaux, c'est 30 %. Mais dans d'autres endroits, comme en Bretagne, c'est 0 %.

Que sait-on sur l'impact économique du phylloxéra ? Cela a réduit la taille des conscrits mâles âgés de 20 ans. C'est à dire que si vous êtes né dans un département qui souffre du phylloxéra, cela a réduit à peu près d'un centimètre la taille des gens. En anthropométrie, c'est considéré comme un impact massif. Une partie de mon travail a été d'étudier l'impact sur d'autres domaines encore. Par exemple, on va noter une augmentation du crime contre les propriétés, le vol notamment. Pourquoi ? La raison la plus probable est l'énorme choc de pauvreté. Non seulement cela appauvrit les fermiers, mais également les autres secteurs. Cela va donc entraîner le « vol de nécessité », le « vol à la Jean Valjean ». Mais parallèlement, on observe une réduction du crime contre les personnes, le crime violent. L'interprétation qui est donnée à l'époque est de dire que les gens consomment moins de vin.

Mais dans ma profession d'économiste, ce qui m'a particulièrement marqué est l'impact macroéconomique massif de l'épidémie. L'épidémie du phylloxéra va durer longtemps, une quinzaine d'années dans certains départements, ce qui en réduira la production locale. Il y a un impact sur les faillites des entreprises des autres secteurs économiques. C'est-à-dire que cela ne va pas toucher seulement les fermiers, mais toute l'économie locale. En tant que chercheur, une question importante est celle



de savoir si ce choc économique doit être attribué aux dégâts causés par cet insecte microscopique, ou à la manière dont on doit lutter contre. La comparaison européenne est intéressante pour éclairer ce débat, puisque le phylloxéra va aussi contaminer les autres pays européens. Où ? En Allemagne, en Autriche aussi, et on n'y trouve aucune conséquence macroéconomique. La raison en est qu'en Allemagne ou en Autriche, on arrache les pieds au moment où l'on trouve un premier pied « phylloxéré » dans l'arrondissement. On n'attend pas qu'il le soit entièrement. On n'a donc pas d'impact macro-économique local. On en a un énorme sur les fermiers, mais pas sur

les autres personnes. En quelque sorte, on « confine » les pieds malades, mais pas les autres secteurs.

Cet exemple est particulièrement intéressant parce qu'il pose la question du choix de la politique publique. Pour un économiste, la question est : comment définit-on, choisit-on la politique de lutte ? Comment en change-t-on ? Pour ce que j'en retiens, ce qui est fascinant dans l'exemple du phylloxéra, c'est qu'on n'en changera pas pendant 25 ans, on continuera d'attendre que tout soit « phylloxéré » avant d'arracher. ■

## SANTÉ, ÉCONOMIE ET LIBERTÉ : COMMENT PENSER LES ARBITRAGES COLLECTIFS DANS LA CRISE DE LA COVID-19 ? COMMENT ÉTABLIR DES PRIORITÉS ?

Clémence Thébaut

*Maître de conférences en sciences économiques, Université de Limoges*

**Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :**  
<https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2021/10/Presentation-Thebaut-v3.pdf>

### Introduction

La crise sanitaire a imposé une série d'arbitrages collectifs. On peut distinguer trois principaux arbitrages.

Il y a tout d'abord l'arbitrage entre, d'un côté, l'utilisation de ressources pour protéger l'état de santé de la population, et, d'un autre côté, l'utilisation de ces mêmes ressources pour répondre à des besoins dans d'autres dimensions de la vie. En effet, les ressources que l'on consomme pour mettre en place des interventions pour freiner l'épidémie ne seront pas disponibles pour d'autres usages, à la fois dans des contextes privés (loisirs, éducation, etc.) et dans des contextes collectifs. Les interventions permettant de freiner l'épidémie impliquent à la fois des coûts médicaux (masques, gels, dépistages, vaccins etc.) et des coûts non médicaux, à court, moyen et long terme. La stratégie la plus efficace pour freiner l'épidémie est le confinement qui implique une diminution des revenus individuels, elle-même liée à la diminution de la demande causée par les restrictions de déplacement, voire l'interdiction de certaines activités marchandes. Les économistes sont habitués à guider la décision publique sur ce premier type d'arbitrages, parce que ceux-ci se présentaient avant la crise, par exemple lorsque l'on doit décider collectivement le remboursement d'un traitement innovant et coûteux en cancérologie.

Le deuxième type d'arbitrage auquel nous sommes confrontés aujourd'hui est le choix entre la protection de l'état de santé de certains groupes de patients, et celle d'autres patients. Certaines stratégies, comme les confinements, vont protéger à la fois les patients atteints de

Covid-19 ou susceptibles de l'être, et protéger les autres patients qui seraient susceptibles d'arriver en réanimation. En effet, en diminuant la propagation du virus, nous réduisons le risque de saturation des réanimations et garantissons le fait que tous les patients puissent être pris en charge de la meilleure façon possible. On sait cependant que les confinements induisent certains risques sanitaires pour d'autres populations. Des données sont désormais disponibles sur l'impact des confinements sur la santé mentale au sein de certaines populations, ainsi que sur l'augmentation de violences domestiques et de certaines pratiques addictives. Plus généralement, on sait que la dégradation de la conjoncture économique à long terme sera associée à l'augmentation de certaines pathologies, en particulier pour les populations exposées au chômage. Les économistes peuvent, là encore, contribuer à guider la décision publique sur ce deuxième type d'arbitrage parce qu'ils ont l'habitude d'utiliser des outils de modélisation qui permettent d'envisager quelles pourraient être ces différentes conséquences et de les quantifier sur le long terme.

En revanche, il y a un troisième type d'arbitrage que les économistes de la santé ne sont pas habitués à rencontrer : l'arbitrage entre, d'un côté, la protection de l'état de santé de la population, et, de l'autre, la protection des libertés individuelles. En effet, la stratégie la plus efficace – le confinement – induit une forte restriction des libertés individuelles (e.g. interdiction des déplacements, des réunions privées etc.) et cela pose une question relativement nouvelle pour l'économiste de la santé.

### ***Protéger l'état de santé ou privilégier les autres dimensions de la vie - Quelle contribution des économistes ?***

Je vais commencer par rappeler assez rapidement comment les économistes de la santé peuvent guider la décision publique sur le premier type d'arbitrage : utiliser les ressources pour protéger la santé de la population ou utiliser ces ressources pour d'autres usages dans d'autres dimensions de la vie. Les économistes ont un certain nombre d'outils qu'ils utilisent habituellement pour guider les décisions publiques concernant la mise en œuvre d'interventions coûteuses. Les mêmes outils sont utilisés quel que soit l'objet évalué, qu'il s'agisse d'un médicament, d'un dépistage, ou en dehors même de la santé, d'infrastructures de transport, ou encore de politiques éducatives. Il aurait été possible d'utiliser des outils identiques pour évaluer les différentes interventions permettant de lutter contre l'épidémie.

Que font habituellement les économistes ? Ils comparent le surcoût qui est induit par chacune de ces interventions en prenant en compte les coûts directs, indirects, médicaux et non médicaux. Ensuite, ils mettent en perspective ce surcoût avec le gain de santé que chacune de ces interventions permet d'obtenir, notamment en termes d'années de vie sauvées. Ils estiment ainsi un ratio différentiel coût-résultat (RDCR), qu'ils mettent en perspective avec des « valeurs sociales pour la santé », ou « valeurs seuils coût-efficacité ». Celles-ci représentent la disposition à payer collective pour produire une unité de santé donnée, par exemple une année de vie sauvée supplémentaire. Ces valeurs sociales pour la santé sont établies à partir d'enquêtes menées en population générale visant à évaluer la valeur que les individus accordent à leur propre santé, par rapport à d'autres dimensions de leur vie. Les économistes agrègent ensuite ces valeurs individuelles au niveau collectif.

Il y a deux types de méthodes pour évaluer ces préférences individuelles : les méthodes proposant d'évaluer la valeur de la santé à partir de la disposition à payer individuelle, et les méthodes proposant d'évaluer « la valeur statistique de la vie ». Cela est connu, nous ne disposons pas de valeur seuil coût-efficacité dans le domaine de la santé en France, comme il en existe dans d'autres pays, notamment en Grande-Bretagne. En revanche, une valeur seuil a été établie dans les domaines des transports et de l'environnement. Elle avait été établie par France Stratégie et elle évalue à 3 millions d'euros la disposition à payer collective pour sauver une vie supplémentaire en France.

### ***Protection de l'état de santé ou préservation des libertés individuelles - Quelle contribution des économistes ?***

La question qui se pose dans le cadre de cette table ronde est de savoir s'il serait possible de mobiliser les outils qu'on utilise habituellement pour guider la décision sur l'arbitrage entre santé et revenu, pour examiner cet arbitrage santé et libertés individuelles. Techniquement, pour un économiste il n'y aurait pas de difficulté à mesu-

rer la propension des individus à sacrifier leurs libertés pour préserver leur état de santé, ou inversement, à sacrifier leur santé pour protéger leurs libertés. On pourrait assez aisément adapter les méthodes Time Trade-Off ou Standard Gamble que l'on utilise dans les Qalys pour intégrer une dimension liberté, ou même décomposer différentes dimensions de la liberté comme on décompose avec les différentes dimensions de la qualité de vie dans l'EQ-5D. Il serait même possible d'évaluer la disposition à payer individuelle pour la préservation des libertés. De cette façon, on pourrait comparer la disposition à payer pour la préservation des libertés avec la disposition à payer pour la santé, et établir ainsi quelles sont les priorités de la population française à partir de ces révélations des préférences individuelles. Une enquête par exemple a été menée dans différentes universités américaines dans 15 pays différents, sur 480 000 individus. L'objectif était d'évaluer le degré d'acceptabilité de l'abandon des libertés civiles en fonction de différentes caractéristiques individuelles, le niveau d'exposition aux risques en fonction de l'âge etc. (*Civil Liberties in Times of Crisis*, Alsan et al., 2020).

Cependant, s'il est possible techniquement d'évaluer la disposition à payer pour le respect des libertés individuelles, est-il légitime de le faire ? Les économistes étudient les arbitrages entre santé et revenu que réalisent les individus dans la perspective d'un objectif de maximisation du bien-être individuel. Les économistes restent dans une position neutre. Ils considèrent que les individus sont les meilleurs juges de leur propre bien-être. Si l'on évalue l'arbitrage entre santé et libertés individuelles au moyen des mêmes outils, cela implique que l'on évalue aussi la valeur de la liberté du point de vue du bien-être individuel. La question se pose de savoir s'il est juste de considérer la liberté uniquement sous l'angle du bien-être. Dans un article daté de 1988, Amartya Sen résumait cette interrogation de la façon suivante : « La liberté a-t-elle une valeur instrumentale en tant que source de bien-être, ou a-t-elle une valeur intrinsèque, en tant que telle ? ». Il n'est pas possible d'aborder ces sujets-là en faisant l'économie d'un détour par l'histoire de la philosophie politique. Il est en effet nécessaire de relire la littérature sur les théories du contrat social (Hobbes, Rousseau et Kant) qui sont la base de notre contrat social contemporain.

Bien entendu, nous n'avons pas le temps ici de résumer ces éléments théoriques. Il suffit cependant de regarder les règles juridiques actuelles pour se rendre compte qu'il n'est pas légitime de considérer la valeur de la liberté uniquement sous l'angle du bien-être. En France, renoncer à une liberté fondamentale ne dépend pas de la seule volonté du titulaire du droit. Il n'est pas autorisé d'augmenter son revenu (et donc son bien-être) en échange de sa liberté. On peut citer en exemple l'arrêt du Conseil d'État sur « le lancer de nains » qui interdit d'accepter une pratique qui porterait atteinte à sa dignité, en contrepartie d'un revenu. Le même type de débats existe aujourd'hui sur la GPA.

À ce stade, il semble qu'il est techniquement possible de s'appuyer sur une approche *welfariste* pour évaluer l'arbitrage entre santé et libertés mais, ce faisant, on se heurte à des principes philosophiques et juridiques. Est-il alors possible de s'appuyer sur d'autres approches, comme les approches libérale-égalitaristes qui se présentent comme des alternatives au *welfarisme* ? Les deux auteurs les plus connus, John Rawls et Amartya Sen, ont critiqué le *welfarisme* au motif que les politiques publiques ne doivent pas avoir pour seul objectif de maximiser le bien-être collectif. Les politiques publiques doivent avoir au contraire pour objectif de maximisation la liberté d'action des individus. Il est donc vraisemblable que l'on puisse s'appuyer sur ces deux auteurs pour éclairer l'arbitrage entre protection de l'état de santé et respect des libertés individuelles. Malheureusement cela n'est pas si simple.

Prenons Rawls par exemple. Selon Rawls, il faut commencer par respecter les libertés fondamentales, avant de chercher à maximiser le bien-être collectif et garantir la justice sociale. C'est uniquement après que les libertés individuelles aient été garanties que l'on peut chercher à répartir équitablement les ressources. Mais Rawls ne définit pas précisément quelles sont ces libertés fondamentales. Et, à ma connaissance, il n'a pas discuté la possibilité de déroger temporairement à ces libertés fondamentales pour protéger les plus fragiles.

Il en est de même pour Sen. Selon Sen, l'objectif des politiques publiques est de répartir équitablement les ressources pour permettre à chacun de disposer d'un éventail le plus large possible de « capacités », c'est-à-dire de capacités d'action, plutôt que de répartir les ressources pour maximiser le bien-être collectif. L'approche de Sen pourrait donc nous aider à trancher cet arbitrage entre protection de l'état de santé et respect des libertés individuelles. Mais encore une fois cela n'est pas si simple. En effet, les outils qui ont été développés à partir de l'ap-

proche d'Amartya Sen nous permettent d'établir des hiérarchies entre les différentes dimensions de l'autonomie (ex. échelle ICECAP), mais pas d'établir une hiérarchie santé et autonomie, ou entre bien-être et autonomie, à moins de considérer la santé comme un moyen d'accroître l'autonomie et non comme un moyen d'accroître le bien-être.

### Conclusion

Aujourd'hui, les économistes ont peu d'outils pour évaluer l'arbitrage entre préservation de la santé et respect des libertés. Doit-on pour autant considérer que les économistes n'ont rien à dire et ne peuvent pas guider les décisions publiques sur ces sujets ? Il me semble que les économistes ont, au contraire, toute leur place. Leur rôle est d'évaluer les conséquences des différentes options envisageables sur le bien-être collectif, et éclairer ainsi le débat démocratique. Mais ils n'ont pas pour rôle de remplacer ce débat démocratique. La science économique est une science du gouvernement, au sens où l'entend Foucault à travers son concept de biopouvoir. Et le rôle du gouvernement est de contraindre les libertés individuelles, pour préserver la vie. Il le fait par l'intermédiaire de différents dispositifs contraignants : la fiscalité, le droit social etc.

Cette crise sanitaire agit comme un miroir grossissant : elle nous montre que des arbitrages entre santé et liberté sont effectués par les régulateurs. Et ces arbitrages sont en réalité effectués quotidiennement, même s'ils se présentent habituellement dans des proportions moindres. Ce qui légitime de porter atteinte aux libertés individuelles, c'est le principe de la proportionnalité entre le risque sanitaire et l'atteinte des droits. Le rôle des économistes, aux côtés d'autres disciplines, est d'apporter la documentation nécessaire à cette appréciation. ■

## TABLE RONDE 1 : PROCÈS-VERBAL DES QUESTIONS/RÉPONSES

Modérateur : Philippe Tessier

*Maître de conférences en sciences économiques, Université de Nantes*

**Un auditeur :** Je suis un retraité de l'Éducation nationale, ancien animateur d'un réseau de ressources pour la formation des professeurs de sciences médico-sociales, et depuis 4 ans j'ai été élu au Comité central de la Ligue des droits de l'homme où je coanime un groupe santé bioéthique. De ce point de vue, j'ai trois interrogations.

Peut-on considérer qu'une crise qui dure est toujours une crise ? En effet, on savait que les alertes et la situation de notre système public de santé étaient bien connus depuis au moins 2 ou 3 ans, particulièrement pour ce qui est des urgences et de la Réa. D'ailleurs, nous étions, nous LDH,

très impliqués dans un travail commun avec le collectif Inter urgence sur tout un tas d'appréciations de situations locales et de contacts avec les personnes soignées, tout comme avec les personnes soignantes. Si je pose cette question, c'est parce que l'on peut s'interroger après les travaux du groupe de sociologues de Sciences-Po qui ont sorti le livre « Covid-19 : Une crise organisationnelle ». On peut s'interroger sur le maintien d'un certain nombre de choix que pointent ces sociologues et qui ne relèvent pas des économistes, ni même d'ailleurs du conseil scientifique, la décision du politique intervient en dernière instance. D'abord, la LDH le dit, on fait fi de la

démocratie au niveau de ce qu'on appelle en France « la démocratie sanitaire », c'est-à-dire des nombreuses instances qui existaient préalablement à cette crise et qui ont été très peu activées, voire pas du tout, pour ce qui est des niveaux régionaux par exemple. On a une représentante en nouvelle Aquitaine, la plus grande région de France, qui nous a dit que la CRSA était quasiment en sommeil pendant toute cette période, en sommeil parce qu'elle n'a pas été sollicitée. C'est-à-dire qu'on a appliqué des méthodes générales dont nous avons d'ailleurs dans notre groupe un certain nombre de chercheurs. A-t-on bien pris en compte toutes les conséquences de ce qui apparaît ici dans les interventions comme quelque chose allant de soi, à savoir un confinement généralisé et sa répétition comme étant le seul choix ? Par exemple, j'ai appris qu'en Allemagne, ce que l'on a appelé « le confinement à l'allemande » n'est pas du tout le confinement tel qu'on l'a appliqué de manière assez généralisée, avec toutes les conséquences que ça a, qu'on a peu évoquées, par exemple l'isolement, notamment pour les personnes âgées et leurs familles, et cela continue malheureusement.

**Jean-François Delfraissy :** Je peux me lancer sur la « démocratie sanitaire », c'est un sujet qui m'est cher, la construction de la démocratie en santé. D'ailleurs cela pose à chaque fois la question - on en parlait hier au CCNE - du mot « démocratie » à côté de « santé ». Vous savez que les anglo-saxons appellent ça « *citizen regulation* », ce qui est plus la place du citoyen dans la construction en santé. En effet, non, on n'a pas été au rendez-vous de la crise, en tout cas de la première vague, ni même dans une certaine mesure de la seconde. On a quelque chose qui s'est construit, qui est très vertical, et qui n'a pas laissé la place aux citoyens. On peut le comprendre au début du premier confinement, je ne reviens pas sur l'intérêt ou pas du confinement, on pourra en discuter si vous le souhaitez, mais il y a eu un effet de sidération. Souvenez-vous dans quel état vous étiez tous entre le 15 mars et le 1<sup>er</sup> avril 2020. Mais après, il y avait matière à laisser la place à l'imagination de nos citoyens, et avoir une parole citoyenne. Je vous rappelle que le Comité scientifique l'a réclamé dès le 5 avril 2020, avec la création d'un comité citoyen de liaison qui permettrait de faire cette discussion. On a essayé de le construire, on l'a proposé, on a discuté avec Terra Nova, et le politique ne l'a pas pris, à tort, c'est une grave erreur de sa part. C'est un de mes échecs personnels parce que je suis issu du milieu du sida et j'ai travaillé pendant 25 ans dans cette notion de construction citoyenne. Oui. Dont acte.

Enfin, finalement il s'est monté un comité citoyen relativement tardivement à partir de la fin de l'automne autour du vaccin, et on a vu un certain nombre de premières déclarations qui ont eu lieu la semaine dernière. De façon plus positive, et là je ne vous suis pas du tout sur l'aspect bordelais par exemple, il y a un certain nombre de grandes métropoles – puisque vous avez compris que cette pandémie touche les grandes métropoles – où un certain nombre de comités qui se sont montés mélangent du politique régional, du médecin ou du scientifique et

des représentations citoyennes avec une série d'instances appartenant au CRSA ou aux différentes instances. C'est une vraie question.

Cela dit, ça pose aussi la question de savoir pourquoi ces instances n'ont pas été plus « présentes » pendant la période en particulier « du printemps 2020 » ? Moi je suis allé les chercher, je peux vous le dire. Cela doit nous interroger sur ce tissu qui s'est monté et comment finalement on n'a pas pu s'appuyer dessus, dans une situation de crise extrême.

**Sophie Crozier :** Pour revenir sur la question initiale de savoir si une crise qui dure est encore une crise, et par rapport à la situation préexistante et sur ce qui a été dit, je pense qu'effectivement – je le partage à titre personnel, et, au sein du CCNE, cela a été une des recommandations : il faut tirer les leçons de cette crise par rapport à la situation préexistante et aux moyens alloués à la santé et au service public en général. Je pense qu'il est encore un peu tôt, encore que. En tout cas, l'une des recommandations importantes était de réfléchir à la façon dont on pouvait penser tout cela, tous ces choix un peu tragiques. Ils sont vraiment liés en grande partie à des difficultés préexistantes aussi. Là, ils se sont avérés majeurs en termes de moyens. Effectivement, aujourd'hui il y a une réflexion sur l'allocation des ressources qui mérite d'être partagée. Dans l'avis du CCNE, c'est vraiment un des enjeux majeurs et ça rejoint cette question de « démocratie sanitaire ».

Un des constats qu'on a fait dans l'avis du CCNE c'était de dire avec force, on l'a répété dans les recommandations, qu'il fallait absolument que ça soit quelque chose qui puisse être partagé. Il en va de même pour ces réflexions autour de la priorisation. Aujourd'hui, on fait comme si cela n'existait pas. Et à la fin on se retrouve nous, en tant qu'acteurs de terrain, à faire des choix tragiques, à choisir les malades qu'il faut soigner, ceux qu'il ne faut pas soigner, et ça c'est inacceptable. Effectivement au niveau sociétal, on doit discuter des moyens que l'on veut donner et de ce que l'on veut prioriser aujourd'hui. D'une certaine façon, cela rejoint ce qui a été dit au départ sur la place du politique. C'est aussi une crise politique.

**Jean-François Delfraissy :** Sur la notion de crise elle-même, c'est le dernier point que vous aviez abordé, la durée de la crise, « est-ce qu'une crise qui dure est encore une crise ? », là je pense qu'il faut avoir vraiment beaucoup d'humilité. Et en tant que médecin, en tant que scientifique, en tant que nous tous, j'insiste là-dessus. Les gens qui disent : « il faut faire ça », « il faut faire autrement », attention ! Avec le variant anglais, on est avec une nouvelle crise depuis le 1<sup>er</sup> janvier, c'est une nouvelle pandémie dans la pandémie, vous l'avez bien compris. On apprend au fur à mesure, si on a de nouveau un variant x ou y... On apprend tous les jours dans cette maladie, y compris dans l'innovation sur le vaccin. Il y a des gens du groupe vaccin qui sont présents, tous les deux jours ils ont quelque chose qui est en train de les perturber sur la politique vaccinale, sur les effets secon-

daires, etc. C'est vraiment beaucoup, beaucoup d'humilité.

Bien sûr, je comprends très bien la réaction de certains disant : « poussez les enjeux et les délimitations démocratiques ». Et il faut que ça soit proportionné. Évidemment. Il n'y a pas plus citoyens et démocrates que la plupart d'entre nous, je pense. Et puis c'est en effet quelque chose qui doit être terriblement proportionné, d'où en effet ce qui vient d'être indiqué sur le fait que la loi de crise sanitaire devait rentrer de nouveau dans une phase de transition. Et puis, si on a un variant au mois de juillet, tout le monde redemandera si on rentre, non pas dans une phase de transition, mais dans quelque chose où il y a des décisions qui sont possibles.

**Vincent Bignon** : D'un simple point de vue économique, une crise est un moment où il y a des gagnants et des perdants. Dans ce sens-là, elle peut durer très longtemps. Tant qu'on n'a pas réfléchi à la question de savoir qui est vraiment en train de perdre et quelles sont les politiques pour empêcher de perdre, je pense que ça peut durer très longtemps. Et cela veut dire deux choses du point de vue économique : c'est une information sur ce qui se passe vraiment, et une information qui est mise à la disposition des décideurs et qui est capable de changer quelque chose sur les dynamiques de crise. Si on prend une crise financière, on sait que ça commence d'un côté, puis que cela se déplace ailleurs jusqu'au moment où cela a des conséquences globales et macroéconomiques. Mars 2020 serait dans cette définition le début d'une situation ayant vraiment une conséquence macroéconomique. Il y a donc une question sur l'information : Que sait-on ? Où est la tension ? Comment fait-on pour enlever la tension ? Et comment fait-on pour ne pas rajouter des perdants aux perdants existants ? C'est la question de la diffusion de la crise.

Ensuite il y a la question de la politique. En termes économique financiers, une crise arrive dans les interstices de ce que l'on n'arrive pas à penser, ce sur quoi on n'arrive pas à délibérer en termes politiques. J'ai envie de dire que toute crise dure le temps que l'on comprenne collectivement qu'effectivement on est tous dans une même société, et tant qu'on n'arrivera pas à le discuter ensemble, on aura une crise qui sera d'un côté ou de l'autre, et qui ne sera pas nécessairement sanitaire.

**Une intervenante** : J'avais envie d'entendre ce que Jean-François Delfraissy était sur le point de dire quand son temps s'est avéré écoulé, sur les relations entre science et politique aussi à la lumière de ce qui a été dit ensuite, et avec un prisme particulier sur l'interdisciplinarité de l'inscription scientifique dans la décision politique.

**Jean-François Delfraissy** : Je sors avec l'idée, très simple à mes yeux, que dans une démocratie la décision est fondamentalement politique, et que chacun a son rôle. L'expertise, qu'elle soit d'ordre scientifique, médicale, économique, sociétale, etc. est là pour éclairer le politique sur la dimension scientifique. C'est un des éléments.

Ensuite, il y a une vision plus globale sur laquelle la politique va prendre des décisions et faire des choix politiques. Dans le choix politique lui-même et dans la décision politique, est-ce que c'est une décision politique qui est top down complètement ? Ou est-ce qu'elle peut aussi être partagée, peut-être davantage qu'elle ne l'a été, avec les assemblées, l'Assemblée nationale ou le Sénat ? Je ne rentrerais pas là-dedans parce que ce n'est absolument pas mon rôle. Mais le simple citoyen que je suis peut aussi s'interroger sur comment se construit ce type de décision, dans une situation de crise extrême.

Sur la relation entre scientifique et politique, à partir de là, il est logique qu'à certains moments il y ait des positions scientifiques qui ne soient pas retenues par le politique. Faut-il encore qu'elles puissent être expliquées.

Dans une crise de ce type, un deuxième enjeu est de savoir jusqu'à quel point le politique, qui peut acquérir « une compétence scientifique » autour des sujets scientifiques, peut-il s'appuyer sur ce type de compétences en comprenant ce qu'est la construction de pensée d'un groupe de scientifiques ? Ce sont des questions que l'on peut poser.

Je retiens trois points sur nos relations avec le politique qui ont été globalement avec des hauts et des bas mais se sont faites, et vont continuer d'être avec des hauts et des bas mais se feront :

- Le premier point, c'est la notion du temps qui n'est pas la même. Le temps dans l'immédiat est de quelques heures, le temps du politique est de quelques jours, le temps du scientifique est de quelques semaines, voire de quelques mois, pour construire la science.
- La deuxième notion est celle du doute. Par définition, si l'on est un scientifique, on a été construit dans le cadre d'une thèse dans la notion du doute, de la construction, sur le fait d'apporter une série d'arguments dans un sens, dans un autre. Bien sûr, à un moment donné un médecin doit décider, mais un scientifique qui ne doute pas n'est pas dans la vision scientifique. Je m'aperçois que dans la construction française, l'immense majorité des décideurs politiques sont issus de l'ENA et n'ont pas passé une thèse de sciences ou une thèse de sciences humaines et sociales, contrairement par exemple à ce qui se fait dans le modèle allemand où la notion de Doktor est quelque chose qui existe. Donc dans la relation au plus haut niveau entre scientifiques et politiques, il y a là quelque chose qui interpelle. Je ne suis pas le seul à poser cette question. Dans la haute administration française, le fait qu'il y ait une très grande homogénéité avec des gens qui sont pour la plupart très intelligents – je n'ai pas de doute là-dessus – mais qu'il n'y ait pas cette notion du doute, c'est un élément de fond à mes yeux.
- Ensuite, il y a une troisième notion qui est celle « d'autonomie ». Comment un conseil scientifique qui est nommé par le politique peut-il être indépendant ? C'est une vraie question, je vous l'accorde. Alors, on peut aussi s'interroger : fallait-il un conseil scientifique ? Ou est-ce qu'on aurait pu s'appuyer par exemple sur les



## Table ronde 1

Procès-verbal des questions/réponses

présidents des différentes agences, les directeurs de différentes agences, et constituer un conseil scientifique de ce type ? Moi je n'ai pas d'opinion. On m'a demandé de piloter, je pilote, mais je m'aperçois aussi – parce que du coup on a énormément de liens avec les conseils scientifiques étrangers – que le même modèle a été pris un peu partout. C'est assez intéressant, il y a des constructions légèrement différentes mais qui sont presque identiques. Il n'y a qu'une construction qui est très assurée et qui est importante à mes yeux pour la suite, c'est la construction anglo-saxonne. Ils ont un *Chief medical officer* qui est différent du ministre de la Santé. C'est une personnalité, il a un groupe autour de lui qui peut directement, en permanence, en dehors de la crise, apporter un certain nombre d'informations au politique au plus haut niveau. Nous n'avons pas cela en France, et c'est une vraie discussion sur la suite.

Voilà quelques réflexions. Mais soyons justes, il faut beaucoup d'humilité. Je ne dis pas cela pour le dire comme ça devant vous, je le pense profondément. Nous ne sommes pas au bout de cette crise, nous n'y sommes pas. Il y aura encore des « rebondissements » et somme toute, on s'aperçoit qu'il y a un certain nombre de choses qu'on a comprises, et il y a d'autres choses qu'on n'a pas beaucoup comprises encore. Pour les économistes, dites-vous bien que les trois grands papiers qui montrent comment on se contamine avec ce virus – la question est simple – datent du mois de décembre. Après 8 mois de crise, on sait qu'on se contamine dans les endroits où on enlève le masque, dans des endroits confinés, et où on mange et boit. Il a fallu du temps pour le montrer. Vous voyez bien que ce temps-là ce n'est pas le temps du politique.

**Un intervenant :** Ma question se situe du point de vue et de l'expérience des patients. Face aux enjeux éthiques qui se sont posés de manière assez dramatique pendant toute cette crise, avec la « priorisation » des patients, les jauges Covid/non-Covid, les arbitrages entre différents groupes de patients, face à ces questions extraordinairement complexes, difficiles et épineuses, dans quelle mesure l'expérience, le point de vue, le parcours, les trajectoires, les opinions et les perceptions des patients étaient-elles prises en compte ?

**Sophie Crozier :** Merci beaucoup pour votre question, je pense qu'elle était absolument essentielle. Je peux vous parler un petit peu du terrain. C'est un sujet que nous

avons évoqué aussi lors des échanges au sein du groupe de travail du CCNE. Le point de vue des patients, leurs paroles, ce qu'ils voulaient dans différentes situations, ont été très peu pris en compte. Je pense que cela a été un gros souci, notamment lors de la première vague, très clairement. Je peux vous parler principalement des représentants des usagers dans les hôpitaux, je suis désolée, ce n'est pas représentatif de ce qui a pu se faire sur l'ensemble de la France, mais j'ai quand même des liens avec mes collègues dans d'autres régions.

Au départ, les représentants des usagers n'étaient pas du tout associés aux cellules de crise, ce qui effectivement est très problématique. Par exemple, les transferts de patients lors de la première vague posaient des questions éthiques majeures. C'est remonté à l'AP-HP d'ailleurs. Ils ont été un peu plus associés lors de la deuxième vague. Toutefois, malgré des décisions, des choix, des arbitrages qu'on essaie de penser de façon la plus juste possible, pour sauver le plus de vies possibles, pour essayer de penser l'intérêt du plus grand nombre, malgré toute cette bonne volonté et ces orientations, ces choix que l'on a essayé de rendre le plus éthiques possible, malgré tout cela, il y a des situations où on voit que ça nous échappe. Parce que parfois, soit le système de santé est complètement débordé, soit les professionnels de santé eux-mêmes sont débordés ou ne sont pas disponibles pour pouvoir faire tout cela.

Donc je pense que même si cela doit rester une visée, il y a encore beaucoup de choses à améliorer de ce point de vue là. Ces points ont vraiment été soulignés dans l'avis de la priorisation du CCNE, et cela rejoint la question de « la démocratie sanitaire » etc. C'est vrai que c'est un mot un peu galvaudé peut-être maintenant, je pense que l'important est vraiment qu'on puisse associer les acteurs de terrain qui ont été assez absents dans cette situation, les patients, les familles et les représentants des usagers.

Et puis ce que j'ai beaucoup regretté aussi au départ dans les cellules de crise, et encore maintenant cela reste assez compliqué, c'est la place de quelques personnes qui réfléchissent un peu ces sujets avec du recul, certaines personnes qui s'impliquent dans la démarche éthique, dans les institutions hospitalières ou ailleurs.

Mais bien sûr, il y a eu plein d'autres lacunes. ■

Pierre Verger

*Médecin épidémiologiste, Directeur de l'Observatoire Régional de la Santé PACA,  
UMR VITROME, IHU Méditerranée Infection*

Merci aux organisateurs de cette matinée de m'avoir permis d'y participer, c'est vraiment un grand plaisir pour moi. Je suis le directeur de l'Observatoire Régional de la Santé à Marseille et médecin épidémiologiste. Mon intervention va porter sur la médecine générale de ville. Elle va être très complémentaire de l'intervention précédente. Elle va s'appuyer sur des résultats d'enquêtes appelées « Flash Covid » qui ont été réalisées en 2020 dans le cadre du 4<sup>e</sup> panel de médecins généralistes de ville que nous animons, à l'ORS, avec la Direction de la recherche des études et de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé, en collaboration avec l'AMSE. Pour cette intervention, j'ai choisi comme fil rouge la question de la confiance, et notamment son rôle dans l'adhésion des médecins généralistes de ville aux mesures de gestion de l'épidémie et de ses conséquences médicales.

Tout d'abord, pour resituer la place de la médecine générale de ville dans cette crise sanitaire, la crise a profondément affecté les conditions de recours aux médecins généralistes de ville, mais également leur activité et leurs conditions d'exercice. C'était particulièrement flagrant pendant le premier confinement, mais il y a eu aussi des conséquences ensuite, durant le reste de l'année. Je voulais vraiment insister sur le fait que dans ce contexte, les médecins généralistes ont fait montre d'une très forte adaptabilité à la situation. Cela se voit notamment au travers de l'exemple des téléconsultations, évoqué lors de la précédente intervention, donc je n'y reviens pas. En revanche, je souhaite évoquer les résultats d'entretiens qualitatifs, une trentaine, qui ont été faits à Marseille et dans notre région. Selon leurs déclarations, les médecins généralistes de ville ne se sont pas sentis suffisamment soutenus face à la gestion des incertitudes auxquelles ils ont été confrontés, et pas seulement les incertitudes thérapeutiques. Ils ne se sont pas non plus sentis suffisamment impliqués dans la réponse à la crise, particulièrement au début de la crise. Ils ont également souvent partagé le sentiment que la réponse des autorités sanitaires à la crise a été principalement centrée sur la préservation du système hospitalier. Il paraissait ainsi légitime et important de vérifier l'impact de ce contexte-là sur la confiance qu'ils ont pu accorder aux autorités.

Je vais d'emblée mettre les pieds dans le plat en évoquant la question de la confiance mesurée dans 3 enquêtes flash-Covid du panel, en avril au moment du confinement, puis en mai au moment du déconfinement, et ensuite en novembre-décembre. Une majorité assez courte des médecins généralistes ont accordé leur confiance aux autorités sanitaires. Par exemple, près de 2/3 d'entre eux ont accordé leur confiance aux autorités pour informer la population, seulement un peu plus de la moitié pour les informer eux-mêmes en tant que

professionnels, et pour gérer l'épidémie. Ce qui est assez surprenant, c'est que ces proportions se sont maintenues de façon relativement stable entre avril et décembre de l'année dernière, avec tout de même une érosion progressive de la confiance par rapport à la réorganisation des services sanitaires en réponse à l'épidémie.

Ce relatif capital de confiance s'est construit en partie dès le début de la crise. Évidemment, il résultait d'une confiance préalable construite dans les années précédentes, mais dès le début, il a été influencé par les problèmes de pénurie de moyens de protection. On voit la nette dégradation de la confiance chez les médecins qui ont dû se débrouiller seuls pour se procurer des équipements de protections – c'est ce qu'on a appelé « le système D » – ou qui ont estimé ne pas avoir pu se protéger correctement. Pour les premiers, les niveaux de faible confiance atteignent 46 %, et pour les autres 41 %, alors qu'on est à 29 % pour ceux qui ont pu se protéger correctement. Ces données sont d'autant plus importantes que les résultats du panel indiquent que la confiance dans le ministère de la santé a vraiment été un élément fondamental de l'adhésion de ces professionnels aux mesures de gestion et de contrôle de l'épidémie. C'est ce que je vais illustrer maintenant.

Par exemple, l'utilisation de l'application Tous AntiCovid a été bien moindre chez les médecins les moins confiants dans le ministère de la santé. Toutes choses égales par ailleurs, les moins confiants qui ont dit avoir utilisé et recommandé l'utilisation de cette application à leurs patients représentent 9 %, alors qu'à l'opposé, 22 % des médecins les plus confiants l'ont recommandée.

Un autre exemple important est l'acceptation *a priori* des vaccins contre la covid. Pourquoi *a priori* ? Parce que les données que je vous présente résultent d'une enquête que nous avons menée en octobre-novembre dernier, au moment où il n'y avait pas encore de vaccin autorisé sur le marché français. Le graphique indique que chez les médecins généralistes qui ont répondu « d'accord » à la proposition « vous êtes confiant dans le ministère de la santé pour s'assurer de la sécurité des vaccins », 16 % expriment une hésitation pour se vacciner eux-mêmes, ou pour recommander ces futurs vaccins à leurs patients. En revanche, chez les médecins les moins confiants, ce pourcentage grimpe à 53 % d'hésitation. Nous avons réalisé des analyses un peu plus poussées afin d'évaluer l'importance relative des facteurs susceptibles d'affecter l'adhésion au futur vaccin. Elles montrent qu'une moindre confiance dans le ministère de la santé était le second facteur par ordre décroissant d'importance, après les incertitudes sur la sécurité du futur vaccin qui était, de loin, le facteur le plus important.

Le dernier exemple est celui de l'adhésion aux recommandations de bonnes pratiques pour le diagnostic et le traitement des patients suspectés ou atteints de la covid. On voit qu'elle était nettement meilleure chez les médecins les plus confiants dans le ministère de la santé que chez ceux les moins confiants. Par exemple, si l'on prend la proposition « est-ce que vous les trouviez applicables ? », 34 % de ceux qui étaient peu confiants les jugeaient applicables, ce pourcentage étant multiplié par 2 chez les médecins les plus confiants.

Ces quelques exemples illustrent la question assez centrale de la confiance dans les autorités. L'adresse à laquelle vous pourrez retrouver les 11 études et les résultats publiés pendant toute cette période est la suivante : [www.ors-paca.org/covid19/projets-recherche/panel-d-observation](http://www.ors-paca.org/covid19/projets-recherche/panel-d-observation). Vous les retrouverez aussi sur le site de la DREES.

Voici quelques éléments de discussion à propos des résultats précédents. Le maintien de la confiance des généralistes dans les autorités sanitaires est un enjeu absolument central dans une crise sanitaire, et ce pour plusieurs raisons :

- Pour que le médecin généraliste adhère aux mesures de contrôle de l'épidémie, mais aussi aux recommandations de bonnes pratiques.
- Parce que les médecins ont joué un rôle de relai d'information et d'opinion sur les mesures de contrôle, les gestes barrière etc. auprès de leurs patients.
- Central enfin car face à la gestion quotidienne de nombreuses incertitudes, les médecins ont besoin de se sentir soutenus et aidés par un tiers de confiance.

Les médecins ont pu trouver appui auprès d'autres ressources, locales cette fois, comme les maisons pluriprofessionnelles ou les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ce sont des structures dans lesquelles des échanges peuvent s'effectuer entre pairs ou entre différents types de professionnels de santé.

En effet, celles-ci ont vocation à favoriser la coordination entre différents professionnels de santé dans le cadre d'une politique publique territoriale de santé. Cette politique publique a été promulguée quelques années avant la crise, en prenant soin d'ailleurs de laisser la place aux initiatives venues du terrain ; elle n'est donc pas complètement « top descendante ». Dans les données recueillies dans les entretiens qualitatifs du panel, mais aussi dans les discussions avec les représentants des URPS et des ARS, il est intéressant de noter que ces structures semblent avoir permis une forme de « résilience » pour ceux qui s'en sont saisi, par rapport aux difficultés multiples qui ont été traversées par les médecins généralistes pendant la crise. D'ailleurs, on le voit dans le rôle que ces CPTS ont pu jouer dans l'organisation de la vaccination dans certains endroits, ou dans la mise en place de centres de dépistage. Cette politique publique a pu être saisie par les médecins en période de crise.

Dernier élément, les entretiens qualitatifs des médecins qui se sont impliqués dans ces structures montrent que cela semble avoir favorisé une prise de conscience du rôle qu'ils peuvent jouer au niveau de leur territoire, et des responsabilités collectives dont ils peuvent se saisir spécifiquement dans un contexte de crise. ■

## EXPÉRIENCE DU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Henri Partouche

*Médecin généraliste, Professeur à l'Université de Paris, Membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et du Conseil d'Orientation de la Stratégie Vaccinale*

**Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :**

<https://www.ces-asso.org/henri-partouche-experience-du-point-de-vue-de-la-medecine-generale>

**J**e vais vous parler des patients à travers le prisme de ce qu'ils rapportent à leur médecin et comment ces derniers ont vécu cette crise sanitaire qui dure et qui n'en est de ce fait plus tout à fait une.

Prenons l'exemple de cette mesure de santé publique par excellence qu'est la vaccination. Avant le début de la crise, l'adhésion à la vaccination était recueillie par le médecin au cours du colloque singulier avec son patient. Les principales causes d'acceptation vaccinale étaient selon la littérature, les recommandations des autorités de santé et les conseils des médecins (Yaqub O *et al.*, *Social Science & Medicine* 2014). Le rôle des médecins gé-

ralistes sur l'acceptabilité vaccinale était déterminante (Verger P *et al.*, *Plos One* 2010 ; ECDC *Technical Report* 2013 ), et les médecins qui doutaient proposaient moins souvent systématiquement certaines vaccinations à leurs patients (Collange F, Drees 2015). Pierre Verger évoquait le fait que le point de vue des patients est souvent peu pris en compte dans la décision vaccinale. Or des études qualitatives montrent que les patients expriment un souhait très fort de connaître la balance bénéfice-risque de chaque vaccination (Ames HMR *et al.*, *Cochrane* 2017).

Depuis le début de la crise, les sources d'information se sont déplacées. Si les conseils des médecins sont toujours

présents, la vitesse de l'information, la place croissante des médias et des réseaux sociaux, les mesures sanitaires impliquant d'autres acteurs de santé comme les pharmaciens ne permettent plus aux médecins généralistes de rester les acteurs principaux de la décision vaccinale qui est ainsi sortie du cadre du colloque singulier.

Concernant les rôles et pratiques, avant le début de la crise sanitaire, les stratégies de santé publique étaient basées principalement sur le tissu des professionnels de santé de première ligne dont les missions étaient bien définies (Wonca 2002) et encadrées par la loi HPST et valorisées financièrement par la réforme de l'Assurance maladie de 2004. L'approche individuelle de prévention permettait aux 50 000 médecins en exercice de faire appliquer massivement les stratégies relevant d'un contrat social implicite entre le citoyen et l'État souverain, où l'intérêt collectif primait sur l'intérêt individuel. Au niveau du colloque médecin-patient, c'était dans l'approche centrée patient que ce contrat était formulé. Toutefois des pratiques communautaires pluriprofessionnelles ont commencé à se développer, après des phases d'expérimentation comme celle positive de la vaccination grippale par les pharmaciens qui a permis d'augmenter la couverture vaccinale grippale.

Que s'est-il passé depuis le début de la crise ? Les rôles et pratiques ont été complètement bouleversés. Les cabinets de ville se sont littéralement vidés puis réorganisés (souvent sans consultations non programmées). De nouvelles pratiques telles que la téléconsultation se sont développées, d'ailleurs pas toujours de manière heureuse. Plusieurs médecins ont investi des pratiques communautaires moins centrées sur les patients. Des liens avec les autres professionnels de santé de proximité se sont tissés dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'hôpital « hors les murs » a également joué un rôle majeur pour le suivi des patients à distance grâce aux centres téléphoniques investis par de nombreux professionnels et étudiants (exemple de Covidom et Covisan).

Certains de ces éléments sont retrouvés dans l'enquête réalisée en début d'épidémie (Saint Lary O. *et al.*, BMJ Open 2020) auprès de 7 481 médecins généralistes. Les

changements de pratiques se sont portés principalement sur le parcours spécifique des patients Covid-19 et sur l'usage du téléphone et de la téléconsultation.

L'Assurance maladie, avec ses systèmes d'information Contact-Covid, Tous Anti-Covid, SI-DEP, Vaccin Covid et avec les appels de ses personnels auprès des personnes infectées par le SARS-Cov2 et des contacts, a été un autre acteur majeur comme les ARS et les collectivités territoriales, moins visibles pour les patients mais qui ont également été essentielles. À présent, les médecins investissent et gèrent parfois les centres de vaccination, et travaillent en étroite collaboration avec les pharmaciens pour vacciner leurs patients en cabinet.

Dans une enquête que nous avons réalisée en début d'année (non encore publiée), juste avant le début de la campagne vaccinale, on retrouve que les médecins généralistes « restent sur le pont ». Ils sont plus de 95 % à proposer la vaccination aux patients éligibles selon les recommandations. Ils sont plus de 85 % à dire oui, si on leur demande s'ils feraient eux-mêmes la vaccination dans leur cabinet. La plupart ont un réfrigérateur dans leur cabinet et ont donc la capacité de réaliser les vaccinations sans difficulté logistique. Ils vont pouvoir continuer, ils ont la confiance des Français et connaissent bien, pour chacun de leurs patients, les préférences à travers leur suivi au long cours. Ils sont le relais de la confiance des autorités de santé dès lors que la stratégie de santé publique est comprise et qu'ils y adhèrent. Toutefois, le maillage de la première ligne qui semble complètement bouleversé aujourd'hui appelle à un effort d'adaptation dans l'offre de soins. Les nouvelles pratiques imposées par la crise sanitaire peuvent être une opportunité pour améliorer notre système de santé, à condition de les évaluer et de les encadrer.

Il demeure une question essentielle. Dans ce bouleversement, la confiance des patients qui, au départ, était portée principalement sur les médecins généralistes, s'est déplacée, pendant la crise et par opportunisme, auprès d'autres professionnels de santé, dans les centres de vaccination par exemple ou auprès des pharmaciens : ces changements seront-ils pérennes ? C'est la question. ■

## ADHÉSION ET PERCEPTION

Bruno Ventelou

Directeur de recherche, CNRS, Aix-Marseille Université – AMSE

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :  
<https://www.ces-asso.org/bruno-ventelou-adhesion-et-perception>

Je veux débiter mon intervention en parlant de mon métier, celui d'économiste ou de chercheur en sciences sociales. Je voudrais commencer en exprimant une frustration. Il s'agit de la façon dont les SHS ont été

mobilisées pendant la crise, l'économie notamment. Les économistes vus par les médias et parfois aussi par les politiques étaient nécessairement les gens désignés comme « porteurs de la contradiction » face aux médecins et aux

épidémiologistes. En fait, on les appelait pour défendre une autre logique qu'il fallait confronter à celle des épidémiologistes, en tout cas c'est une impression que l'on pouvait avoir en écoutant des débats. Or, mon propos et ma position seraient au contraire d'insister sur le rôle que l'analyse économique peut jouer pour accompagner des décisions de santé publique et les rendre meilleures, et non pas forcément s'y opposer ou apporter un autre objectif contradictoire, comme de celui des points de PIB à sauvegarder. Je pense fondamentalement que les SHS et l'économie – pour parler de la discipline que je connais le mieux – avaient des choses à dire, même en gardant l'objectif unique de sauver des vies. L'économie est une discipline qui développe des outils pour optimiser les décisions, qu'elles aient des enjeux individuels ou collectifs. Les économistes ont développé plusieurs outils en ce sens ; dans le domaine des gains mais aussi dans celui des pertes. L'objectif est alors de trouver les moyens pour minimiser les pertes face à des alternatives qui sont toutes désagréables mais parmi lesquelles il va falloir choisir.

Ces alternatives désagréables, ce sont celles qui étaient évoquées dans le discours d'Edouard Philippe à l'Assemblée nationale au moment du premier confinement, je le cite « il n'y a pas de bonne décision, il n'y en a que des mauvaises, mais il faut prendre les moins mauvaises ». L'économie est une discipline qui permet d'identifier les arbitrages que font les agents pour s'accommoder de leur environnement contraint, tout en tenant compte de contraintes. Le système de contraintes était que, de toute façon, il y avait des décisions désagréables à prendre pour se rendre capable de lutter contre l'épidémie, comme le disait Edouard Philippe. Mais on peut quand même ranger les priorités et identifier les préférences des individus dans le domaine des pertes. Il s'agit de réduire ces pertes, en tenant compte de ce que l'on appelle les « préférences » des patients ou des populations. À ce moment-là, le débat médiatique était un peu frustrant parce qu'on avait l'impression que le terme de « préférences » intervenait quand le débat scientifique s'arrêtait. Sur les chaînes télévisées, j'ai vu des gens débattre en disant : « là, ce n'est plus scientifique puisque vous parlez des préférences des gens ». Or, on peut avoir une approche scientifique des préférences des patients, c'est même le pain quotidien de l'économiste.

Pourquoi ? Quel est l'enjeu ? Tenir compte des préférences permet de mieux les incorporer dans les décisions et se rapprocher du meilleur bien-être des populations. Le papier de Mulley publié dans BMJ en 2012 ayant pour titre « *Stop the silent misdiagnosis : patient's preferences matters* » est pour moi l'un des plus importants qui ait été publié dans la littérature ces dernières années. L'idée est de dire qu'en termes de bien-être, la négligence des préférences des patients s'évalue à la hauteur de l'ensemble des erreurs de diagnostic que peuvent constituer les systèmes de santé.

Dernier point, plus récemment, les économistes ont désormais un intérêt pour les biais cognitifs, c'est-à-dire la façon dont les gens forment leurs décisions tout en faisant

quelques fois des erreurs qui ont un caractère un peu systématique. Jonathan Sicsic parlera plus longuement de l'économie comportementale dans le domaine du vaccin.

Voici les résultats d'un article écrit avec une équipe de Montpellier, c'est une illustration du travail que les économistes peuvent faire en termes d'analyse des choix. Il a été publié dans *Lancet Public Health* en décembre dernier. On s'était intéressé à la façon dont on pouvait éliciter les préférences des Français sur les différentes mesures de restriction en leur proposant des scénarios. C'est l'objet de la méthode DCE (*Discrete Choice Experiment*) qui est une méthode économique d'analyse des préférences, permettant justement de proposer aux populations des scénarios dans un contexte de rareté où il y a effectivement des arbitrages à faire entre des choses désagréables. Et cela nous permet de les observer. Cette enquête a été réalisée en mai 2020. Parmi les mesures évaluées, certaines sont donc déjà datées et on voudrait en avoir d'autres aujourd'hui. Par exemple, on n'avait pas intégré la notion de couvre-feu qui est pourtant importante aujourd'hui. Mais on avait la fermeture des lieux festifs, bars et restaurants, les restrictions de déplacements qui ont été présentées comme un jeu d'alternatives dans le cadre d'un déconfinement, en alternative à la prolongation d'un confinement général.

Quel résultat global obtient-on ? On se rend compte qu'en mai 2020, les Français étaient majoritairement hostiles au confinement, et qu'ils l'évaluaient beaucoup plus négativement que l'ensemble des autres mesures. Cependant, quitte à arbitrer, vous voyez que la fermeture des bars et des restaurants est quelque chose qui est vu quasiment avec le même degré de négativité, même si ce ne sont pas les mêmes ampleurs. Pour ce qui est des résultats plus fins, on a fait des stratifications sur les populations vulnérables, sur les ordres de préférence des 18-24 ans et sur les femmes. Dès 2020, avant même que l'on commence à en parler plus largement à l'automne, quelque chose ressort très fortement : les jeunes, les 18-24 ans, ont un système de priorités et d'acceptabilité des mesures qui est très différent du reste de la population. Il y a une très forte dissonance les concernant. Ils sont notamment beaucoup plus hostiles au dispositif de traçage numérique, et ils sont les seuls à être intéressés par des compensations financières, proposé pour atténuer la rigueur des restrictions sanitaires.

Les non-résultats qu'on ne pouvait pas présenter sur le graphique sont aussi très intéressants. Quand on stratifie par niveau de revenus, il n'y a pas de grandes différences entre les populations à « faible niveau » de revenus et les autres. De ce point de vue-là, cela veut dire que les mesures ne sont pas appréciées très différemment le long du gradient social. En revanche, des dissonances apparaissent à partir des métiers. Par exemple, les restaurateurs et les commerçants avaient un ordre de préférence beaucoup plus marqué contre le confinement, et ils militent pour des mesures de déconfinement plus rapides.



Pour conclure, je voudrais insister sur cet aspect de l'intégration des préférences des patients – ici des populations – dans la définition des politiques publiques. C'est notre cœur de métier et on peut l'amener au débat

public, sans doute mieux qu'on ne l'a fait. Cela fait partie de la « démocratie sanitaire » dont on a beaucoup parlé dans la première table ronde. ■

## ANALYSES DES PRÉFÉRENCES VIS-À-VIS DE LA VACCINATION

Jonathan Sicsic

*Maître de conférences en sciences économiques, Université de Paris*

**Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :**

<https://www.ces-asso.org/jonathan-sicsic-analyses-des-preferences-vis-a-vis-de-la-vaccination>

Cette table ronde est remarquablement bien organisée puisque ma présentation va vraiment compléter les précédentes. Je vais m'intéresser ici aux préférences et aux attitudes de la population, des individus, vis-à-vis de la vaccination.

Si l'on regarde les enquêtes menées par Santé Publique France et les données concernant les intentions de vaccination, on remarque une stabilité dans le temps. Entre juillet 2020 et février 2021 on a à peu près 55 % de « oui » et 45 % de « non ». On voit aussi qu'il y a un noyau d'hésitation au sein de ces attitudes définies par « probablement » : 50 % des individus pourraient changer leur attitude.

Dans une enquête menée avec différents auteurs (des collègues du Liraes, de l'Institut Pasteur, et de l'université du Mans) on s'est intéressé aux raisons de l'intention de vaccination Covid-19 chez les Français. Ce qui nous a paru très intéressant dans ces résultats est que la variable qui ressortait le plus, et qui confirme les résultats de Pierre Verger, est la confiance envers les autorités dans la gestion de la crise sanitaire et économique. Ce que l'on remarque c'est que, peu importe les strates de genre et d'âge, on a toujours un facteur d'augmentation de l'intention de vaccination d'environ 2 entre ceux qui ont une faible confiance et ceux qui ont une confiance élevée. Dans ces résultats, on retrouve le fait que les facteurs de risques ont un rôle important dans l'intention de se vacciner, puisqu'on passe d'une intention d'environ 25 % chez les femmes qui ont moins de 45 ans à une intention de plus de 75 % en moyenne chez les hommes qui ont plus de 65 ans. Mais si, par exemple, vous regardez les hommes de plus de 65 ans, vous remarquez que ceux qui ont une faible confiance ont une intention de moins de 60%, alors qu'elle est de 95 % lorsqu'ils ont une confiance élevée.

Ces résultats amènent à la question de savoir comment comprendre l'hésitation et quels sont les déterminants de cette hésitation chez les Français. Ici, l'argument le plus rationnel mis en évidence, et censé motiver la vaccination, est celui de la balance bénéfice-risque positive

des vaccins. Cet argument est juste scientifiquement, puisqu'en effet les bénéfices sont supérieurs aux risques. Dans la suite de ma présentation, je vais essayer de montrer que cet argument est malheureusement insuffisant pour convaincre une partie de la population, pour différentes raisons qui ont trait à la fois à des comportements individuels démontrés dans certains travaux en économie et en psychologie.

L'argument que la balance bénéfice-risque est positive est vraiment la traduction de ce qu'on a l'habitude de faire en économie, c'est à dire considérer que les individus prennent des décisions à partir d'un arbitrage coûts-bénéfices, ou coûts-avantages individuels. Ici, les risques de la vaccination sont les effets indésirables et cela représente un coût intangible. Les économistes comportementaux, notamment Kahneman et Tversky, ont montré la chose suivante : dans leurs décisions, les individus ne pèsent pas de la même façon les coûts et les bénéfices. Ils ont tendance d'une part à accorder plus de poids aux pertes qu'au gain. Ici, les pertes sont les risques d'effets indésirables, contrairement au gain qui est l'immunité accordée grâce à la vaccination, à la fois pour soi et pour les autres. D'autre part, ce qui ne va pas en faveur de cette balance est que les individus ont tendance à donner plus de poids aux probabilités faibles, tels que certains risques des vaccins, qui restent très limités à l'échelle de la population. Tout cela converge vers le fait qu'on va accorder une grande importance aux effets indésirables des vaccins.

Dans différentes études initiées avec des collègues de l'Institut Pasteur, on a essayé de tester le poids de la formulation autour des effets indésirables des vaccins. Une première étude publiée élicitait les préférences chez les soignants autour d'une maladie contagieuse qui n'était pas nommée. Une deuxième étude portait précisément sur la vaccination Covid-19. Quand on regarde les formulations testées dans nos enquêtes de choix discrets, les résultats sont vraiment édifiants. Lorsque la formulation indique que les médias parlent d'une controverse sur la sécurité du vaccin, on a estimé qu'il y avait une diminution de l'intention de vaccination de 60 points de pourcentage (en

comparaison avec la formulation plus douteuse « il n’y a aucun effet indésirable démontré »). Cela détruit complètement l'intention. Si l'on regarde une formulation un peu plus intermédiaire indiquant que les bénéfices sont supérieurs aux risques – ce qui est vraiment la formulation scientifiquement rationnelle qui devrait convaincre de se faire vacciner – on constate une baisse de l'intention de vaccination de 15 points de pourcentage. Je précise que ces résultats ont été estimés chez les personnes qu'on appelle « hésitantes », qui avaient une tendance à changer d'opinion d'intention de vaccination en fonction des différents scénarios et des caractéristiques des vaccins qu'on leur proposait. Les effets des formulations étaient plus faibles en valeur absolue sur l'ensemble de l'échantillon incluant ceux qui ne variaient jamais dans leur décision.

Cela pose la question de savoir d'où viennent les réticences par rapport à la vaccination, et en particulier s'il y a d'autres fondements permettant de comprendre le poids des effets indésirables dans les décisions. Peut-on aller un peu plus loin ? Dans des entretiens que j'ai pu mener lors de ces enquêtes avec des personnes hésitantes, j'ai pu constater un argument résumé dans cette phrase : « Si je me vaccine, c'est sûr que je peux avoir un effet indésirable (donné), alors que ce n'est pas sûr que j'attrape le Covid ». C'est assez intéressant parce qu'on y voit une distorsion de la perception des probabilités associées aux bénéfices et aux risques, avec le sentiment que les effets indésirables sont plus probables. Comment peut-on la comprendre ?

Pour cela, on peut se référer aux travaux menés en psychologie sociale, notamment ceux de Jonathan Baron sur le poids des règles de décisions intuitives dans nos mécanismes de choix. Il a notamment identifié 4 types de règles de décisions intuitives :

La première est que l'on va s'inquiéter davantage du mal causé au travers de nos actions, que celui causé par rapport au fait que l'on n'agit pas. Cela me semble illustrer l'idée qu'on va vraiment réfléchir à 2 fois avant de se vacciner à cause du fait qu'on peut avoir des effets indésirables directement imputables à ce choix.

La deuxième intuition est liée, il s'agit du poids du statut quo. On va forcément demander beaucoup plus de preuves à la nouvelle politique ou au nouveau dispositif qui va changer nos habitudes. Les travaux en économie comportementale ont largement illustré le poids du statut quo dans nos décisions.

La troisième est le fait d'éviter d'aller contre la nature. De nombreuses enquêtes témoignent qu'il y a la crainte que le vaccin aille contre l'immunité naturelle innée ou acquise liée à une exposition au virus.

La dernière est la question de l'autonomie, des droits et des préférences, le fait que toute politique de vaccination au niveau massif rentre en contradiction avec le

respect des préférences individuelles. Ce dernier point me semble important puisqu'il permet aussi de comprendre le rôle de la confiance envers le gouvernement dans les décisions de vaccination. Si l'on a confiance en celui-ci, on va s'assujettir à cette politique massive, car on va croire en ses bénéfices. Et si ce n'est pas le cas, on va plutôt se référer à ses droits, et il peut même y avoir un cercle vicieux entre la perception de remise en question des libertés individuelles, et la confiance envers la politique.

Finalement, à partir de ces résultats, que peut-on considérer comme étant des leviers, des mécanismes qui pourraient peut-être favoriser l'adhésion à la vaccination ?

Tout d'abord, il me semble vraiment primordial d'avoir une politique de communication des risques qui prenne en compte les phénomènes que je viens de pointer. Il faudrait éviter de parler de controverses parce que, de façon expérimentale, on voit que cela a un effet très important dans les attitudes. La controverse est synonyme d'incertitude, et les individus n'aiment pas agir en situation d'incertitude, ou d'ambiguïté. Il serait bon de représenter les ordres de grandeur des bénéfices et des risques sous forme de graphiques qui pourraient alimenter des mécanismes de décision plus intuitifs, tout en étant basés sur des faits vérifiés. En effet, lorsque l'on représente graphiquement les personnes qui sont concernées par les effets indésirables et par les bénéfices, on peut visualiser que les bénéfices sont plus importants.

Le deuxième argument serait de penser à communiquer sur l'utilité sociale des actions. C'est quelque chose qui est déjà fait, de rappeler que la vaccination participe au bien commun, c'est-à-dire l'éradication de la maladie dès lors qu'un seuil d'immunité est atteint. Par ailleurs, dans une situation d'incertitude concernant les coûts et les bénéfices, le conformisme peut jouer un rôle important. On a essayé de tester ces différents types de formulation, contribution au bien commun (altruisme) et conformisme, au travers des mêmes enquêtes mentionnées précédemment. On remarque que lorsqu'on a une formulation indiquant que « la plupart de vos collègues sont vaccinés » et qui appelle donc au conformisme, on constate une augmentation de 10 points de pourcentage d'intention de vaccination par rapport à la formulation « la couverture vaccinale est insuffisante » (souvent utilisée dans les médias). D'autre part, par rapport à la formulation « la vaccination ne protège que vous », la formulation « en me vaccinant je participe au contrôle de l'épidémie », qui fait référence à la protection indirecte permise par la vaccination, génère quant à elle une augmentation de 14 points de pourcentage d'intention de vaccination toutes maladies confondues, et de 17 points de pourcentage pour la vaccination Covid-19 en particulier. Ces résultats montrent que la décision de vaccination ne résulte pas uniquement d'un arbitrage coûts-bénéfices individuel, mais qu'elle intègre des décisions extra-individuelles et des motivations sociales, ou altruistes. ■

## ADHÉSION ET PERCEPTIONS INDIVIDUELLES FACE AUX POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LA COVID-19 ET AUX PRIORISATIONS COLLECTIVES ?

Mélanie Heard

*Docteur en sciences politiques, Responsable du pôle santé à Terra Nova  
et Membre du Conseil d'Orientation de la Stratégie vaccinale*

**Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :**

<https://www.ces-asso.org/melanie-heard-adhesion-et-perceptions-individuelles-face-aux-politiques-de-lutte>

Il me revient d'intervenir en dernier dans cette table ronde, et en complément de ce qui a été dit par les orateurs précédents, je vais vraiment m'intéresser à cette notion d'adhésion à des priorisations collectives. Je vais avoir une parole un peu plus ancrée sur la notion d'arbitrage politique. À quels choix politiques nous demandent-on aujourd'hui d'adhérer collectivement ? Et qu'est-ce que cela signifie pour les citoyens ?

Pour l'entrée en matière, je vais être un peu abrupte. À quels choix politiques est-on confronté aujourd'hui dans notre pays ? Jean-François Delfraissy l'a dit beaucoup mieux que ce que je ne pourrais le faire. Mais il faut avoir en tête qu'on a aujourd'hui l'incidence la plus élevée des grands pays d'Europe. Et ce n'est pas une petite différence. On est largement au-dessus de nos voisins. Alors, quel est ce choix politique ? Et que veut dire y adhérer ?

Il s'agit d'un arbitrage. On peut se le rendre intelligible grâce à une interview du Président de la République de la semaine dernière pendant laquelle il a expliqué que ce choix de rouvrir, sans seuil d'alerte comme l'a dit Jean-François Delfraissy, avec quasiment aucun pilotage en termes d'indicateurs épidémiologiques, était dicté par la recherche d'un « équilibre », la volonté de prendre en compte, non seulement la courbe de l'incidence, mais aussi « l'humain » : « mettre l'humain avant tout » a dit le Président de la République, quel que soit l'éclairage de la science, puisque « la vie de la nation ne se réduit pas à l'évolution des courbes ». Et l'arbitrage politique qu'il nous a présenté est tel qu'il faut se préoccuper des conséquences économiques en tout premier lieu, mais aussi sociétales, au-delà des chiffres d'incidence. Ces choix sont toujours faits dans cette opposition entre l'épidémiologie, le sanitaire d'un côté et, comme l'a critiqué Bruno Ventelou, d'autres considérations qui seraient apparemment nécessairement convoquées comme contrepoids à la volonté de sauver des vies. C'est dans ce paysage-là que je vais essayer de discuter de ce concept d'adhésion.

En fait, de quoi parle-t-on quand on parle d'adhésion dans les décisions de santé publique ? On parle d'acceptabilité, ce concept devenu omniprésent dans le discours scientifique et politique : « Les mesures de confinement ne sont pas acceptables », « il y a un problème d'acceptabilité », on trouve cette phrase dans presque tous les avis du Conseil scientifique depuis un an. On parle aussi de compliance, d'obéissance aux règles qui sont énon-

cées. Jean-François Delfraissy a dit que les Français ont été extrêmement compliants, quoi qu'on en dise. On parle aussi de confiance dans le gouvernement et dans les institutions.

Comme on l'a évoqué plusieurs fois dans la table ronde, l'adhésion implique aussi le fait que les professionnels et les usagers font plus ou moins confiance au gouvernement pour les protéger. L'adhésion « à quelque chose », par exemple à un club, signifie qu'on participe, cela ressort particulièrement du terme anglais « uptake ». On a donc une grande polysémie entre les dimensions d'acquiescement contenues dans l'acceptabilité, et les dimensions « uptake » de participation. Finalement, ce concept d'adhésion se définit souvent quand il est employé par sa négative. La non-adhésion est un problème parce qu'elle se joue sur fond de défiance et de « fatigue pandémique ». Les Français ne veulent plus des mesures de restriction de leur liberté et de leur vie sociale et économique. On parle aussi d'adhésion en mettant souvent le mot « levier » devant. Cela veut dire qu'elle est un peu métonymique, on s'y intéresse dans le but de connaître les leviers qui la favoriseraient.

Quels dispositifs de connaissances a-t-on pour la qualifier ? Beaucoup de choses ont été présentées aujourd'hui. Ce qui me frappe, c'est que l'on n'a pas de véritable connexion entre la prise de décisions renseignée par l'expertise des épidémiologistes et des médecins, et l'expertise sur les représentations, les connaissances, et les attitudes des citoyens. J'ai fait ma thèse en science politique sur le VIH. Elle était financée par l'ANRS au milieu des années 2000 et c'était très prégnant de voir les interrogations de toutes les disciplines et de tous les décideurs sur le VIH à propos du dispositif qu'on appelle KABP (*Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practice*) qui avait commencé à être installé dans le paysage de la décision publique sur cette question dès la fin des années 80. Voici la référence d'un papier de M. Pollack, W. Dab et J.-P. Moatti : « Systèmes de réaction au sida et action préventives », *Sciences sociales et santé*, VII (1), 1989. Plusieurs membres de la même équipe ont à la fois critiqué l'outil et pointé le rôle essentiel que jouaient les connaissances, les attitudes, les représentations des Français à l'égard du VIH et la connexion entre ces différents profils dans la décision, dans la délibération des scientifiques et des décideurs à propos des mesures de lutte contre le sida.

Toute la question est de savoir si ce sont les gens les plus informés qui adhèrent ou pas etc.

Tout ce travail de conceptualisation de l'adhésion a été extrêmement présent face au VIH, et il est notable de voir qu'on a une approche beaucoup moins structurée de ce sujet-là en ce moment. C'est une épidémie qui n'a qu'un an mais tout de même. Le concept de « fatigue pandémique » a été introduit par l'OMS à la fin l'année 2020 et il a pris un certain poids dans tous les pays. Dans son document, l'OMS recommandait explicitement que le choix des mesures dans chaque pays soit instruit en prenant en compte la fatigue pandémique des populations, c'est à dire le fait qu'elles deviennent rétives à l'égard des mesures de restrictions, et qu'elles allaient devenir potentiellement moins observantes à l'égard de celles-ci. Cette recommandation a un certain poids. Des phrases telles que « les Français n'en peuvent plus », « il est impératif de rouvrir », « on ne peut pas faire autrement » se sont installées comme des faits, même si en réalité – peut-être que je me trompe – j'ai l'impression que finalement ce n'est pas une dimension très instruite.

Je pense notamment à une enquête allemande que je trouve extrêmement édifiante. Il s'agit d'un dispositif appelé Cosmo qui est porté par l'université d'Erfurt en partenariat avec l'institut Robert Koch, qui est très clairement en proximité de la décision. C'est une enquête en ligne auprès d'un échantillon d'environ 1 000 citoyens allemands interrogés toutes les semaines depuis mars 2020. Ils ont construit une batterie d'indicateurs pour consigner le concept de fatigue pandémique de manière assez riche autour de 10 thèmes comme :

- J'en ai assez de parler du Covid partout.
- Je me sens dépassé par les conduites qu'on me demande d'adopter.
- Je suis fatigué de me limiter pour protéger les personnes les plus vulnérables.
- Je perds ma volonté de combattre le Covid.

Ces *items* ont été choisis par Cornelia Betsch, l'auteur clé et directrice de cette équipe. À partir de là, ils ont construit un score qui leur a aussi permis de lier le concept de fatigue pandémique tel qu'ils avaient choisi de le décrire avec des attitudes, et ils ont montré des corrélations significatives entre la fatigue pandémique et le fait d'adopter des comportements de protection. Ils ont défini que ceux qui étaient « fatigués pandémiquement » étaient ceux qui avaient un score supérieur à 4,5 dans leur échelle. Il est intéressant de noter qu'effectivement la proportion s'accroît et tourne autour d'un tiers, mais sans exploser non plus, contrairement aux discours assez présents dans le débat public allemand sur l'impossibilité de serrer la vis du fait de la fatigue pandémique. Voilà un exemple sur la capacité à instruire ces dimensions d'adhésion.

D'autre part, la question que je veux poser est : adhérer, d'accord, mais à quoi ? Florence Justot a dit que les agents sont censés adhérer à des arbitrages. Qu'est-ce qu'une adhésion à des arbitrages politiques, à des choix straté-

giques, et à celui que l'on vit aujourd'hui qui est de rouvrir sans indicateurs de suivi épidémiologique et avec une incidence très élevée ?

Pour pouvoir adhérer à un arbitrage, les citoyens ont besoin d'accéder aux éléments qui ont permis d'instruire cet arbitrage, aux différents scénarios et aux éléments de la délibération. Je crois qu'il faut vraiment travailler sur ce concept de transparence qui est invoqué systématiquement depuis un an comme étant essentiellement rattaché à l'idée d'une publicité des informations. « Nous nous sommes renseignés, nous avons consulté les scientifiques, nous ne vous cachons rien des connaissances qui sont disponibles pour nourrir la décision. » Mais la transparence qui était vraiment au fondement de la réflexion sur la loi de 2002 de « démocratie sanitaire » n'est pas seulement le fait de ne rien cacher – ce qui prête aux agents une attitude de soupçon – c'est d'abord et avant tout l'effort de rendre intelligible les délibérations, les raisons et la façon dont ont été instruites les différentes alternatives stratégiques. On voit bien cette transparence dans le cadre du colloque singulier qui a été pensé dans la loi de 2002, l'échange entre le médecin et son patient. Il y a à la fois la dimension du droit du patient pour que l'ensemble des informations de son dossier médical lui soit accessible, la dimension de publicité « rien n'est caché », mais il y a aussi la dimension d'une délibération intelligible et qui rende accessibles et transparentes les raisons des choix.

À quelle intelligibilité des choix politiques peut-on avoir accès aujourd'hui ? Dans les arbitrages évoqués depuis tout à l'heure et que Florence mettait au centre du tapis dans son introduction, quels sont les biens en concurrence ? Et surtout, quelle est la nature de la concurrence que l'on veut examiner ? S'agit-il de dilemme ? Ou bien s'agit-il plutôt de choix difficiles ou de « *trade-off* » ? Le dilemme signifie que les biens (liberté, santé, économie-santé) sont strictement en contradiction, alors qu'avec les choix difficiles, ou les « *trade-off* », on tendra à avoir plutôt une situation de concurrence. Ce n'est pas du tout la même chose.

D'autre part, on applique ce mot « d'arbitrage politique » à des conflits dont on n'a pas forcément rendu intelligibles les modalités d'instruction des dimensions conflictuelles. D'abord, la question des liens entre l'expertise et la décision se pose ici. Autrement dit, on a cette espèce de schéma séquentiel, les faits scientifiques d'un côté et ensuite leur interprétation par le décideur à travers des valeurs. Mais on a l'impression qu'il n'y a personne dans la zone d'entre deux où se passe la délibération. Les scientifiques s'arrêtent à la présentation des faits, les décideurs commencent au moment où entrent les valeurs, mais on ne sait pas bien qui se met dans la zone de délibération. Dans l'instruction de ces conflits, il y a aussi l'enjeu fondamental de l'incertitude. On a vu le rôle prééminent qu'ont pu jouer les modélisateurs et l'expression des scénarios, et dans les processus de décision on a rendu assez peu intelligible quelle pondération on donnait à la question de l'incertitude. Et puis j'ai trouvé vraiment essentielle

l'entrée en matière de Bruno Ventelou sur la question de l'interdisciplinarité. Dans l'instruction des alternatives stratégiques, on a le sentiment qu'on a toujours les épidémiologistes et la logique du sanitaire d'un côté, et le contrepoids des autres disciplines d'un autre. Mais on a vu assez peu de capacités d'instruction interdisciplinaires des choix stratégiques.

La question qui me semble également fondamentale à discuter avec vous – j'aimerais beaucoup le faire longuement – est celle des modes de raisonnement qui sont mis en place dans les procédures d'arbitrage politique auxquelles on nous demande d'adhérer. Je présente trois situations qui doivent vraiment être distinguées :

On invoque la mise en balance et la recherche de l'équilibre, c'est un vocabulaire qui est très présent dans le discours du Président de la République. Il s'agit d'une recherche de proportionnalité entre les biens et les maux.

Mais on invoque aussi d'autres modes de raisonnement radicalement différents et qui devraient être distincts afin que chacun puisse adhérer et avoir accès à l'intelligibilité des délibérations. On entend le mot « curseur ». C'est un

vocabulaire très prégnant dans le discours du Ministre de l'Éducation nationale : « je déplace le curseur entre impératifs pédagogiques et impératifs sanitaires ». Le « curseur » n'est pas du tout la même chose que la mise en balance, puisqu'on essaie, non pas d'équilibrer les biens et les maux, mais d'avoir le maximum de chaque bien poursuivi dans l'hypothèse où ils seraient concurrents.

Le troisième mode de raisonnement est celui de la priorisation, éventuellement lexicographique. Par exemple, quand on regarde le discours du Ministre de l'Éducation nationale, il parle de « curseur » mais en réalité il est dans une logique de « sanctuarisation » de l'impératif pédagogique au détriment de l'impératif sanitaire, en tout cas on peut le penser puisqu'il emploie ce mot. Ici la logique est : face à des biens concurrents, on commence par en satisfaire un, et une fois que c'est fait, on regarde comment on pourrait éventuellement satisfaire l'autre.

Quand on parle d'arbitrage du politique, je trouve qu'il serait intéressant de creuser afin de connaître les modes de raisonnement qui devraient être clarifiés si on veut que les citoyens puissent y adhérer. ■

## TABLE RONDE 2 : PROCÈS-VERBAL DES QUESTIONS/RÉPONSES

Modérateur : Thomas Barnay

Professeur en Sciences économiques, Université de Paris-Est Créteil

**Mélanie Heard :** Bruno, j'ai été vraiment très intéressée par cette entrée en matière sur la question de l'interdisciplinarité, je serais ravie que vous exprimiez un peu mieux comment s'est passée l'interdisciplinarité à l'ANRS sur le VIH par rapport à la place des arguments économiques, et comment ils ont pu changer le paradigme de la décision de manière assez nette sur l'accès aux antirétroviraux, parce qu'on n'avait pas le sentiment qu'il s'agissait nécessairement de discours faisant valoir des biens concurrents mais au contraire des éclairages différents pour poursuivre le même bien.

**Bruno Ventelou :** Oui, il est bien de rappeler l'histoire du VIH Sida parce que ces problématiques que j'ai défendues ici, je les ai reçues à partir de mes collaborations avec l'ANRS il y a une vingtaine d'années. En effet, il y avait déjà une demande de la part des épidémiologistes et de la communauté de santé publique vers les économistes afin de travailler ensemble, et pas seulement pour valoriser en termes d'argent pour faire un contrepoin, mais aussi pour éclairer vraiment la décision, et amener à une vue complémentaire et non substitutive.

**Henri Partouche :** Je sais que la méthode des choix discrets est utilisée dans certains travaux de Judith Mueller sur l'hésitation vaccinale. Le choix répond à une question

à un temps  $t$ . C'est un peu comme quand dans un magasin d'alimentation, on choisit des pâtes de telle marque plutôt que de telle autre à un moment  $t$ , selon divers critères sans avoir toujours conscience de ce qui est bien sur le long terme, pour sa santé. Pour répondre à des défis sur le long terme, est-ce une bonne méthode ?

**Jonathan Sicsic :** C'est sûr que la grande limite est que les résultats sont valables à un instant  $T$ , et ça je ne pourrais pas dire mieux. On fait l'hypothèse implicite que les préférences sont stables, et c'est ce qui va permettre d'utiliser ensuite les résultats de ces enquêtes pour pouvoir guider l'action. Les conclusions sont certainement justes à un moment donné, dans un intervalle de temps. L'objectif est de pouvoir répliquer ces enquêtes dans le temps, mais il faut aussi pouvoir les financer et avoir des personnes qui acceptent de financer ce type d'enquêtes, c'est toujours un peu difficile.

**Bruno Ventelou :** Oui, ce sont des méthodes qui mesurent des préférences instantanées, qui font une photographie des préférences. Mais cela ne dit pas pour autant que les patients ou les gens qui élicitent leur choix, n'ont pas, eux, des perspectives longues dans leur choix. Je peux choisir des pâtes au blé complet, ça va être marqué dans mes choix, mais justement parce que je vois à



## Table ronde 2

Procès-verbal des questions/réponses

long terme – je ne sais pas si c'est vrai du point de vue nutritionnel – parce que je pense que le blé complet va m'assurer une bonne santé dans 20 ans. Donc non, la DCE ne conduit pas pour autant à supprimer la perspective temporelle qui peut être sous-jacente au choix.

**Un intervenant :** Et je rajouterais qu'on ne choisit pas que des pâtes contre des pâtes, ce sont des choix multidimensionnels. Autrement dit, la personne interviewée n'est pas face à un choix particulier, mais face à une multi-dimensionnalité. Du coup c'est un effort cognitif assez conséquent, même si c'est un choix à un instant donné.

**Jonathan Sicsic :** Une question pour Bruno par rapport à son enquête sur les préférences, je me demande si vous aviez collecté des informations sur la confiance.

**Bruno Ventelou :** Non, pas vraiment. On a reposé une question du panel européen des valeurs sur le positionnement politique. On peut s'amuser à avoir une échelle de proximité avec le positionnement politique du gouvernement actuel, cela peut être un proxy de la confiance. Dans tous les cas, on a une échelle de positionnement politique pour chaque sujet. Par exemple, je n'ai pas présenté les résultats mais on sait ce que les gens d'extrême droite ont formulé comme choix, on sait quel ordre de préférence ils ont. Mais on n'a pas d'échelle de confiance.

**Thomas Barnay :** Je me permets de me faire le porte-parole des auditeurs pour amorcer le débat. Il y a une première question de Philippe Laville autour de la défiance. Jusqu'à présent, dans la table, la manière dont on parlait des autorités était très homogène, on parlait à la fois de l'assurance maladie obligatoire, du ministère de la santé, alors que toutes ces institutions ont eu des propos un peu contradictoires de temps en temps. Comment réagissez-vous par rapport à ces expressions contradictoires successives et pas toujours très cohérentes sur le plan temporel ?

Une autre question renvoie à des comparaisons internationales qu'on n'a pas trop évoquées parce que le temps est limité. Elle est posée par Serge Blondel : n'aurait-on pas besoin aujourd'hui d'une coordination dans le concert des pays européens ?

**Jonathan Sicsic :** Pour dire un mot sur « défiance » et « comparaison internationale », je pense qu'il y a un lien d'ailleurs, cela a été suggéré par Marlène Guillon dans le tchat, finalement les citoyens analysent les politiques en comparant avec ce qui est fait à l'étranger. On a souvent mentionné l'Allemagne – et sur la vaccination cela a été aussi très important – pour dire à quel point on est lent par rapport aux autres pays, alors même qu'on avait toute une politique autour de la prise en compte des préférences dans les premières vaccinations en EPHAD. On a pris le temps de demander l'autorisation et le consentement de tout le monde. Cette façon d'opérer a beaucoup été critiquée, et ce justement à cause de la comparaison avec les autres pays.

**Un intervenant :** Je rajouterais qu'on a évoqué les KABP et je dirais qu'il faudrait distinguer ce qui est de l'ordre de l'opinion et de la pratique. On observe des discordances, des défiances à l'égard des autorités de santé quand on pose les questions sur l'opinion. Mais dans la pratique, il y a une mise en action, par exemple le port du masque. Il y a une adhésion et cela a été montré aujourd'hui.

**Pierre Verger :** Vu sous l'angle des professionnels de santé et sous l'angle international, on a passé un questionnaire chez les médecins en France et en Belgique en octobre-novembre. Du point de vue de la confiance dans les autorités (ou de la défiance dans celles-ci), les réactions sont assez similaires dans ces deux pays. En revanche, la défiance de ces professionnels est beaucoup plus prononcée en France qu'au Québec où le même type d'enquête a été réalisée au même moment. Il y a une dizaine d'années, lors de la pandémie H1N, Laëtitia Atlani-Duault avait déjà montré que le contexte du Québec et celui français n'ont rien à voir en termes de confiance dans les autorités. Cela va même au-delà de la « confiance » et touche plus largement la « cohésion sociale ». Les enquêtes au Québec montrent des indicateurs de cohésion sociale et de confiance dans les autorités et dans la science plus élevés qu'on ne peut le constater en France.

Les travaux chez les médecins généralistes avant la crise montrent que leur appréciation de la balance bénéfice-risque vis-à-vis de différents types de vaccins dépend de la confiance qu'ils ont dans les autorités. Et les interviews qualitatives faites en complément montrent que celle-ci se construit depuis longtemps dans des rapports plus ou moins conflictuels entre les autorités et les représentants des médecins généralistes. On pourrait faire le parallèle avec le cas des infirmières à l'hôpital où il existe une conflictualité sociale prononcée, liée notamment aux conditions de travail : il a été montré que ceci a une influence sur la confiance dans les autorités mais aussi sur la confiance dans les vaccins. Cette question de la conflictualité sociale se pose aussi chez les médecins généralistes – je parle sous le contrôle d'Henri Partouche – certes différemment, dans les négociations non seulement avec le gouvernement mais aussi avec la Cnam.

**Une auditrice :** Merci à tous les membres de la table, je trouve que c'était vraiment passionnant. J'avais une question en réaction à la notion de KABP. Quand on parle de construction des connaissances, je trouve que c'est quand même assez compliqué au niveau individuel parce que c'est vrai que l'épidémie est très récente. Parler de ces connaissances alors même que les sachants, les scientifiques sont en train de construire le *corpus* des connaissances, c'est très compliqué. Et puis, je pense qu'il y a aussi une question autour de la culture scientifique, alors même que tous ces débats sont mis au grand public. On a des débats de chercheurs sur les plateaux télé ! Je ne dis pas que les gens n'ont pas le droit d'y assister ni rien, mais quand quelqu'un qui n'est pas habitué à aller dans des colloques scientifiques voit ces chercheurs qui se disputent, qui ne sont pas d'accord, se contredisent,

ils se disent : « Ah là là ! Même eux ne savent pas, c'est catastrophique ! ». Ça réduit la conscience alors que la science se construit sur la contradiction et que c'est quelque chose de normal. Alors je ne dis pas que tout le monde veut avoir raison et qu'à la fin... Mais ça crée peut-être un sentiment d'angoisse, d'incertitude et de perte de confiance alors même que la science est en train de se faire. Comment peut-on donc évaluer cette construction des connaissances individuelles, alors qu'il n'y a pas encore un *corpus* un peu stable ?

Lors de la première table, on entendait qu'on apprend des choses tous les jours sur les vaccins. On apprend des effets secondaires, on change de population cible, on voit bien que c'est quand même un peu compliqué. C'est peut-être toute cette confiance autour de cette construction de la science qui fait qu'il y a aussi des choses... Comment évaluer un corpus de connaissances au niveau individuel face à cette situation où on met « grand public » ces colloques que l'on a d'habitude « entre initiés ». Je ne pourrais pas aller à un colloque de ce type-là, mais effectivement, même nous, chercheurs, quand on voit tous ces gens qui ne sont pas d'accord on se dit aussi : « mais où va-t-on en fait ? ». Je me demande si cela ne contribuerait pas à cette fatigue évoquée tout à l'heure, parce que finalement on n'en voit pas le bout. Si eux-mêmes n'arrivent pas à se mettre d'accord, comment pourrions-nous faire les bons choix ? Tout à l'heure, on parlait des outils de l'économiste. En fait tout ça c'est aussi pour avoir des choix éclairés. Et là, on se dit qu'on n'a pas toujours l'information qui nous permet d'avoir ce choix éclairé quant au vaccin ou à la stratégie.

**Pierre Verger :** Il y a deux choses que je voudrais dire là-dessus sous l'angle de la vaccination, ce qui rétrécit un peu le périmètre de votre question mais facilitera la réponse. La première chose c'est que dans les enquêtes faites avec mes collègues sociologues Patrick Peretti-Watel et Jeremy Ward pendant tout le premier semestre de l'année dernière, nous avons été assez surpris, malgré toutes les polémiques et débats qui se sont produits dans le milieu scientifiques sur l'évolution, de constater que la confiance des Français dans la science était restée à un niveau relativement élevé et stable.

La deuxième chose, c'est qu'il y a eu, surtout dans les derniers six mois de l'année 2020 et ensuite, une succession de faits scientifiques nouveaux, par rapport aux vaccins contre la Covid-19, largement repris dans les médias. Nous avons assisté aussi à des prises de décision souvent non coordonnées, à l'échelle de l'Europe, voire parfois contradictoires entre pays eux-mêmes, ou au sein d'un même pays. Par exemple, par rapport à AstraZeneca, les recommandations ont évolué dans le temps, évidemment, en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques. Mais au total, pour le public tout cela a pu apparaître compliqué à appréhender, sans avoir toutes les clés pour décoder cette complexité.

Je ne sais pas si cela répond à votre question Madame, mais je suis absolument convaincu que ces éléments-là

ont contribué à construire de l'hésitation vaccinale. Cette hésitation vaccinale a plus ou moins fluctué : elle s'est aggravée à la fin de l'année dernière, s'est un peu améliorée ensuite avec le démarrage de la campagne de vaccination, puis est repartie à la hausse avec la question des effets secondaires du vaccin AstraZeneca. À mon avis, l'évolution des connaissances scientifiques, les décisions contradictoires, l'absence de coordination aux niveaux européen et mondial ont pu contribuer à l'hésitation vaccinale au moins autant si ce n'est plus que la désinformation elle-même.

**Mélanie Heard :** J'entends ce que vous dites sur la cacophonie scientifique. En même temps, il y a aussi des éléments de consensus. Il faut se dire que rouvrir, discuter de quand est-ce qu'on arrête de mettre le masque alors qu'on n'a – si je me trompe évidemment tout de suite reprenez-moi – aucune idée du pourcentage de citoyens français qui savent que le virus se transmet par les aérosols, c'est quand même déraisonnable. On pourrait poser la question parce qu'il n'y a plus de cacophonie scientifique sur ce point depuis longtemps. C'était à ce genre de choses que je pensais, pas à la pointe de la pointe de la connaissance, mais ne serait-ce que cela : « Pensez-vous que le virus se transmet par les aérosols ? » Avec l'enquête Cosmo, on sait que 65 % des répondants allemands pensent que oui. Je crois que c'est une information importante.

**Florence Jusot :** Je connais les travaux qu'on a fait sur EpiCov et sur l'hésitation vaccinale aussi, ils montrent des résultats concordants sur la confiance dans les scientifiques et dans le gouvernement. Et dans l'enquête SHARE, on a fait pas mal de choses sur les gestes barrières, on est en train d'étudier les tests, et là on a des effets dans le domaine de la confiance, mais aussi de la confiance dans les autres. Le résultat est un peu paradoxal, il montre que les gens qui ont confiance dans les autres s'appliquent beaucoup moins certains gestes barrières. Ils vont davantage voir leurs copains, ils prennent moins de distance avec eux. Donc la confiance, c'est envers qui ?

Et j'ai envie de vous poser une question. Là, on est un peu sur des croyances qui peuvent être modifiées par les informations que l'on a. Dans SHARE, on a les mêmes résultats sur les opinions politiques avec des effets assez marqués de l'extrême gauche et de l'extrême droite qui ne jouent pas sur les mêmes effets, sur les mêmes « *out come* ». Mais on a aussi des résultats sur quelque chose dont je n'ai pas entendu parler aujourd'hui en tant qu'économiste, ce sont des vraies préférences solides, comme la version risque ou la préférence temporelle. De manière majeure, on voit que les personnes plus tolérantes au risque de manière attendue respectent moins les gestes barrières, et que les personnes qui sont « plus court-termistes » sont par exemple moins capables de se restreindre de voir leurs amis sans prendre leurs distances que les autres. Pour l'économiste que je suis, pour ces travaux auxquels je participe, cela m'amène à vous poser une question qui fait peut-être le lien entre nos deux tables rondes : « pourquoi tu t'intéresses au rôle

des préférences et des croyances sur le comportement des gens ? ». Est-ce pour adopter une approche un peu walfariste en disant qu'il y a des gens qui, fondamentalement, aiment le risque, d'autres qui sont pétrifiés face au risque ? Ceux-là s'autoconfinent, du coup c'est super, il n'y a pas besoin de mettre d'obligations. Ceux qui sont très tolérants au risque ont une perte de bien-être incroyable quand on leur demande de rester chez eux, de respecter le couvre-feu. Peut-on dire qu'il y a des gens qu'il faut « compenser » ? Depuis quelques jours, il y a des débats sur les incitations financières mises en place aux États-Unis pour la vaccination. C'est un sujet qui m'intéresse. Je me demande si c'est dans cette optique-là. Ou se dit-on que les préférences et les croyances sont stables mais peut-être pas tant que ça, et peut-être que l'on peut essayer de les tordre ? Les biais cognitifs présentés par Jonathan sont un peu d'une autre nature, parce que ce sont des biais comportementaux où l'on tolère l'idée d'être un peu paternaliste et d'aller à l'encontre de ces biais. Mais quand on est sûr de vraies préférences profondes et les croyances des gens (ceux qui sont complotistes etc.) a-t-on envie de transformer leurs croyances ? Dans le rapport aux risques, on a aussi des rapports à la religion qui interpellent. A-t-on envie ou pas de contredire ces comportements-là dans une optique paternaliste ? Je vous soumetts cette question.

**Henri Partouche :** Il y a un mot qui n'a pas été prononcé, c'est celui de l'« incertitude », et la décision en situation d'incertitude. Or les Français et les patients que nous voyons en cabinet de médecine générale ont l'habitude qu'on décide avec eux, pour leur santé, en situation d'incertitude. Cela pourrait être extrapolé de l'échelon « micro » de la consultation de médecine générale à un échelon « macro » de la santé publique. C'est une typologie de raisonnement qui pourrait être acceptée par la population, puisqu'elle l'est déjà dans les faits, avec une certaine transparence sur les éléments fondant l'incertitude. Il n'y a aucune raison que la gestion de l'incertitude ne soit que l'apanage du colloque singulier.

**Bruno Ventelou :** Je prends la perche que me tend Florence parce qu'il y a quelque chose que je n'ai pas pu dire et qui était important aussi. Je pense qu'il ne faut pas chercher à « tordre les préférences » parce que l'on ne serait pas dans une éthique professionnelle. Cela rappellerait « l'homme nouveau » soviétique, on n'a pas envie de faire cela. En revanche, ce que l'on pourrait tordre, ce sont les préférences indirectes, que les gens ont quand ils sont en situation de choisir pour les autres. Il y a toute une littérature qui se développe sur les préférences face aux risques « pris pour autrui » (je ne retrouve plus le terme anglais...) et les risques que l'on est prêt à prendre quand on choisit pour les autres.

Par exemple, là on a détecté – et je ne suis pas le seul – que quand on est en situation de prendre des risques pour les autres, généralement on abaisse son niveau d'exposition au risque. Sur l'échelle désormais bien connue de Dohmen *et al.* (2016), il y a systématiquement un écart de 2 (sur une échelle qui en compte 10). C'est un « biais

paternaliste » parce que justement, quand les médecins sont en situation de choisir le degré d'exposition au risque, généralement ils sous-estiment la « *willingness to take risk* » des patients, quelque part c'est aussi un biais comportemental. Le terme anglais exact est « *other-regarding preferences* » !

**Un auditeur :** Je voulais rebondir sur l'adhésion à la mutuelle familiale que l'on connaît bien avec les membres participants que nous avons. Au niveau de la France, la participation des Français à la lutte contre la Covid a été massive dès qu'elle a été possible. Je prends deux exemples : toutes les mamies et les couturières ainsi qu'une large part de la population indépendamment du genre se sont lancées massivement dans une fabrication de masques-maison protégeant contre les aérosols, puisqu'on parlait tout à l'heure de la conscience de la contamination par aérosol qu'avaient déjà les Français à ce moment-là, alors que la porte-parole du gouvernement disait toujours que le masque était plus nuisible qu'utile en matière de prévention.

Le deuxième exemple c'est au niveau des relations sociales, au niveau de l'OPPBTP, l'office de prévention des risques du travail dans le bâtiment qui, contre l'avis de la ministre du Travail qui là aussi voulait que les chantiers repartent très vite – parce que sur les chantiers on n'a pas de risques, c'est bien connu – a préféré temporiser pour élaborer les fiches de reprise, et a surtout livré massivement tous les masques dont ils disposaient, les FFP2 qui sont utilisés dans le bâtiment quand il y a beaucoup de poussière. Ils les ont livrés aux médecins, là où la France en avait le plus besoin à ce moment-là. Je dirais donc que la participation des Français, l'adhésion à la lutte, a été massive dès que la population est sortie de la sidération de la semaine du 15 mars 2020. Je voudrais avoir un peu votre avis en tant que chercheur des sciences sociales là-dessus, et voir si ces mobilisations massives en mars 2020 ne seraient pas un bon sujet d'étude de thésards.

**Florence Jusot :** On peut réagir en disant qu'il est certainement intéressant d'impliquer des thésards, et nous sommes plusieurs dans cette assemblée, que ce soit autour de cette table ronde ou globalement parmi les participants, à avoir déjà tenté de comprendre beaucoup de choses, et nous avons encore énormément de choses à comprendre. Nous avons tous des données qui continuent à être collectées. Par exemple, j'ai SHARE2 sur le terrain dans deux mois, ensuite EpiCov3 et EpiCov4 et il y a d'autres enquêtes encore. Il ne faut pas croire que tout le matériel que l'économie ou les sciences humaines et sociales ont collecté est passé, nous continuons à le faire et à nous interroger.

Je peux dire aussi que cette épidémie est très particulière par rapport à d'autres que l'on avait pu voir auparavant (par exemple le VIH) qui avaient déjà donné lieu à beaucoup de travaux de la part des économistes. On avait des populations qui étaient à la fois à risque et qui cherchaient à se protéger. Là, on a aussi des questions de populations qui ont des risques extrêmement différents.

On a besoin d'une immunité collective, avec des gens qui sont à la fois très transmetteurs et très peu à risque. Si on prend le VIH, la population qui transmettait était celle qui était à risque.

Et si on reprend tous les débats sur la balance bénéfice-risque, on rejoint une des dimensions qu'on a évoquées sans vraiment la nommer, il s'agit de l'altruisme. Jonathan l'a un peu montré dans ses travaux, cela pose aussi la question de savoir si les gens font des choses pour eux-mêmes, face à leurs bénéfices individuels, ou face aux risques qu'ils voient pour la société et leurs enfants, les « préférences pour autrui », le bénéfice collectif. Je trouve que cette crise nous a vraiment permis de nous interroger collectivement sur nos préférences, mais j'ai presque envie de dire aussi « individuellement ». On a sans doute eu l'occasion de débattre avec nos entourages et de réaliser qu'on n'était pas toujours raccord les uns avec les autres sur le rapport qu'on pouvait avoir au sanitaire, à l'économie, au respect de la loi, à l'individualisme ou à l'altruisme. Je trouve que c'est quelque chose qui va peut-être changer des rapports, en tout cas, cela a conclu à une révélation de préférences. Moi, il me semble qu'on a révélé beaucoup de nos préférences à autrui et on est

beaucoup plus informés en préférences sur de nombreux sujets. Peut-être que cela peut changer quelque chose dans le rapport à la décision, sur la construction de ces normes sociales, et sur l'impact des normes sociales par rapport au respect des préférences d'autrui. Je crois qu'on a tous beaucoup travaillé là-dessus. À l'avenir, je pense qu'il faudra que nous étudions ces rapports.

Je vous remercie énormément pour cette « matinée » d'après-midi. Les débats ont été d'une richesse incroyable. Je pense que nous avons abordé beaucoup de questions très pertinentes pour comprendre la crise qui dure depuis un an, mais surtout pour voir ce que l'on peut faire dans le futur, comment continuer à aborder cette crise, et construire la santé publique et les politiques de santé de manière plus collective entre disciplines, et en se posant toutes ces questions d'efficacité, d'équité, d'adhésion et de nos critères pour fonder ces questions.

Nous allons organiser d'autres matinées dans l'année. À l'automne, nous ferons une matinée thématique autour de la santé mentale, de sa prise en charge, et de diverses questions qui abordent le sujet. ■