
Mémoire en science politique[BR]- Travail écrit : "La planification d'urgence et la gestion de crise à l'épreuve de la covid-19." [BR]- Séminaire d'accompagnement à l'écriture

Auteur : Decru, Nicolas

Promoteur(s) : Brunet, Sébastien

Faculté : Faculté de Droit, de Science Politique et de Criminologie

Diplôme : Master en sciences politiques, orientation générale, à finalité spécialisée en politiques européennes

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/12704>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative" (BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



Université de Liège
Faculté de Droit, Science Politique et Criminologie

La planification d'urgence et la gestion de crise à l'épreuve de la covid-19

Nicolas Decru
Année académique 2020-2021

Promoteur : Professeur Sébastien Brunet
Lecteurs : Aline Thiry et Lucien Bodson

Travail de fin d'études présenté en vue de l'obtention du grade de Master en
Science Politique

« Gouverner c'est prévoir. Ne rien prévoir, ce n'est pas gouverner, c'est courir à sa perte. ».
Emile de Girardin (*La politique universelle. Décrets de l'avenir*, Paris, Librairie Nouvelle,
1853, 453 p.)

Remerciements

Avant toute chose, je tiens à remercier mon promoteur, le Professeur Sébastien Brunet, de m'avoir accompagné dans ce travail et prodigué des conseils pertinents dans les moments les plus importants. Travailler sur un thème dont la temporalité est si récente m'aurait été impossible sans ses recommandations précieuses.

Je tiens également à remercier chaleureusement mes lecteurs, Aline Thiry et Lucien Bodson. Les diverses conversations que j'ai pu entretenir avec eux m'ont été d'une aide précieuse tout au long de mon cheminement.

Je suis également reconnaissant envers mes proches qui n'ont pas hésité à relire mon mémoire à plusieurs reprises en dépit de la charge de travail conséquente que cela a représenté.

Enfin, j'ai également une pensée pour Lisa, qui, non seulement, a dû endurer la crise de la covid-19 comme chacun d'entre nous, mais a également dû supporter pendant plus d'un an nos discussions sur mes recherches alors même qu'elle aurait certainement préféré ranger cette sombre période de notre existence dans un tiroir sans plus jamais le rouvrir.

Soyez tous assurés de ma profonde reconnaissance. Puissiez-vous trouver dans ce travail une source de satisfaction à la hauteur de votre contribution.

Table des matières

Lexique	6
Introduction	7
1. Avant-propos	7
2. Méthodologie.....	8
2.1. La matière première	8
2.2. La matière secondaire	8
2.3. Les sources diverses.....	9
3. La question de recherche	9
4. Les hypothèses.....	9
5. Un concept clé – le risque.....	10
Première Partie. La planification d'urgence	11
Chapitre 1. Cadre normatif	12
Section unique. Arrêté royal du 22 mai 2019	12
Chapitre 2 : Plans pertinents dans le cadre du risque sanitaire.....	19
Section 1. Plan d'urgence fédéral (PGUI)	19
Section 2. Plan d'urgence fédéral pandémie influenza (PPUI).....	21
Section 3. Avis n°48 du 30 mars 2009 relatif au plan opérationnel belge « pandémie influenza ».....	23
Section 4. Plan d'urgence hospitalier (PUH)	25
Seconde Partie. La gestion de crise.....	26
Chapitre 1. La structure de gestion de crise en configuration covid-19	27
Section 1. Le Conseil national de sécurité	28
Section 2. Le comité de concertation	28
Section 3. La conférence interministérielle santé publique	29
Section 4. Le Centre de crise national	29
Section 5. Le Risk Management Group et le Risk Assessment Group	30
Chapitre 2. Les difficultés opérationnelles	31
Section 1. Equipement de protection personnel (ci-après « EPI »)	31
Section 2. La capacité hospitalière.....	33
Section 3. Le personnel hospitalier	34
Section 4. Les maisons de repos	35
Section 5. Accès à l'information.....	37
Section 6. Inertie décisionnelle	38
Section 7. Coordination insuffisante	39

Section 8. Adhésion des citoyens.....	40
Section 9. Complications juridiques	41
Chapitre 3. Les phénomènes à l'origine des difficultés.....	43
Section 1. « Not a pandemic, a syndemic. »	43
Section 2. Financement des soins de santé en décalage avec les besoins	44
Section 3. La planification d'urgence en option	45
Section 4. Une planification d'urgence focalisée sur les crises de courtes durées	45
Section 5. Une structure de gestion de crise obsolète	47
Section 6. Manque d'anticipation	47
Section 7. Culture du risque superficielle	49
Section 8. Problème de définition des rôles.....	51
Section 9. Double chaîne de commandement	52
Section 10. Fédéralisation de l'Etat (6 ^{ème} réforme)	53
Section 11. Des acteurs de terrain sous-utilisés	54
Section 13. Une déresponsabilisation du citoyen	56
Section 14. Le manque de transparence du processus décisionnel.....	57
Section 15. Connaissance lacunaire de la structure de gestion de crise.....	58
Section 16. Gouvernement en affaires courantes.....	59
Section 17. Un combat de responsabilités	60
Conclusion.....	62
1. Une temporalité différente ?	62
2. Un modèle inadapté aux risques modernes ?.....	62
Bibliographie.....	64
Ouvrages	64
Ouvrages collectifs	64
Articles de revue	64
Communication dans un congrès ou colloque	65
Sites internet	65
Textes de loi.....	68
Documents parlementaires	69
Annexe 1. L'évolution historique du concept de risque.....	72
Section 1. La prémodernité déterministe	72
Section 2. La modernité probabiliste	72
Section 3. La postmodernité réflexive	73
Annexe 2. Récit des événements.....	74

Section 1. L'émergence du virus	74
Section 2. Début de propagation en Europe	75
Section 3. Après l'Italie, première vague de confinement dans le reste de l'Europe	76
Section 4. Lancement des déconfinements.....	78
Section 5. Un été presque normal	79
Section 6. Un nouveau gouvernement et une nouvelle vague	80
Section 7. Une nouvelle année, et la vaccination comme salvation ?	82
Annexe 3. Les organes constituant la structure de gestion de crise durant la pandémie de Covid-19	83
Section1. Le Risk Management Group et le Risk Assessment Group.....	83
Section 2. Le Centre de Crise National	84
Section 3. La cellule d'évaluation	85
Section 4. Le comité fédéral de coordination	85
Section 5. Le Conseil National de Sécurité	86
Section 6. La conférence interministérielle santé publique	86
Annexe 4 : Tableau décrivant les phases d'une pandémie définie par l'OMS	88

Lexique

AR : Arrêté Royal

AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité

CELEVAL : Cellule d'évaluation

CELINFO : Cellule d'information

CGCCR : Centre Gouvernemental de Coordination et de Crise

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Conférence Interministérielle

CNS : Conseil National de Sécurité

CODECO : Comité de concertation

COFECO : Comité Fédéral de Coordination

D2 : Discipline médicale

ECOSOC : Cellule socio-économique

EPI : Equipements de protection individuelle

ERMG : Economic Risk Management Group

GEES : Groupe d'Experts chargé de l'Exit Strategy

HTSC : Comité Hospital and Transport Surge Capacity

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

ISP : Institut Scientifique de Santé Publique

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

MB : Moniteur Belge

NCCN : Centre de Crise National

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PGUI : Plan Général d'Urgence et d'Intervention

PPUI : Plan Particulier d'Urgence et d'Intervention

PUI : Plan d'Urgence et d'Intervention

PUH : Plan d'Urgence Hospitalier

RAG : Risk Assessment Group

RMG : Risk Management Group

SPF : Service Public Fédéral

VRT : Vlaamse Radio en Televisieomroeporganisatie

Introduction

1. Avant-propos

L'année 2020 a été marquée par l'émergence d'un nouveau virus, le Sras-CoV-2 (ci-après la « covid-19 »), à l'origine d'une pandémie dont les conséquences sur nos modes de vie sont aujourd'hui encore significatives. Cette pandémie a plongé notre pays dans un état de crise, c'est-à-dire une situation provoquée par « tout événement qui, dans une dimension collective, cause ou menace de causer des dommages pour la vie sociale, les personnes, les biens, l'environnement et qui nécessite de coordonner différents services appelés en intervention. »¹.

A l'heure d'écrire ces lignes (juillet 2021), même si la gouvernance reste encore marquée par la crise, le temps de l'évaluation a succédé à celui de la gestion afin d'entamer la dernière phase du cycle du risque dédiée à l'apprentissage. Dans le cadre de nos travaux, nous nous intéresserons plus spécifiquement à la prise en charge du risque sanitaire à travers le processus de planification d'urgence, mais aussi à la fois aux difficultés opérationnelles rencontrés par les acteurs dans le cadre de la crise et aux phénomènes politiques qui en sont à l'origine. A cette fin, le travail sera divisé en deux parties visant chacune plusieurs objectifs différents.

La première partie du travail poursuit deux finalités. D'une part, il s'agira de s'intéresser à la planification d'urgence à travers l'étude d'un texte légal de référence adopté un an seulement avant la crise. D'autre part, l'analyse des différents plans d'urgence pertinents en ce qui concerne le risque sanitaire nous permettra de mieux comprendre le fonctionnement théorique de la gestion de crise.

La seconde partie sera consacrée à l'analyse du matériau que nous avons récolté sur le terrain afin de mettre en lumière les dysfonctionnements du processus de planification d'urgence et de la gestion de la crise covid-19. Dans un premier chapitre, nous présenterons succinctement les différents organes et acteurs de la gestion de crise afin d'apporter un peu de clarté dans une structure, qui, on le verra, en a certainement manqué. Le chapitre suivant portera sur les difficultés opérationnelles rencontrées par les différents acteurs de la gestion de crise. Enfin, le dernier chapitre sera consacré aux phénomènes politiques à l'origine de ces difficultés opérationnelles.

¹ BRUNET Sébastien, FALLON Catherine, OZER Pierre, SCHIFFINO Nathalie et THIRY Aline (éd.), *Risques, planification d'urgence et gestion de crise*, Bruxelles, La Charte, 2019, 324 p.

2. Méthodologie

La collecte de données constitue une des problématiques centrales dans le cadre de la réalisation d'un travail de cette envergure. Dans notre cas, le sujet d'étude étant lié à la pandémie de covid-19, le risque n'était pas de manquer de données, mais d'en être submergé. Notre objectif étant l'analyse de la planification d'urgence, d'une part, ainsi que de la gestion de crise, d'autre part, à travers les difficultés opérationnelles et les phénomènes politiques qui en sont à l'origine, nous avons sélectionné les sources les plus susceptibles de nous éclairer dans nos recherches, c'est-à-dire les acteurs eux-mêmes.

2.1. La matière première

Deux méthodes ont été mobilisées pour récolter ce qui a constitué la matière première de notre recherche. La source primaire a été fournie par les différentes commissions parlementaires mises en place afin d'entendre les différents acteurs de la gestion de crise. Dans notre cas, nous nous sommes intéressés à la commission spéciale gestion covid-19 du parlement fédéral et à la commission spéciale chargée d'évaluer la gestion de la crise sanitaire de la covid-19 par la Wallonie. La commission fédérale a interrogé 91 personnes à l'occasion de 44 séances, dans la langue de l'orateur. Au niveau wallon, 51 personnes ont été interrogées durant 12 séances. Analyser l'entièreté de ces discussions a donc représenté un travail de plus de 3 mois.

La source secondaire de matière première résulte d'une série d'entretiens, avec des acteurs qui n'ont pas été interrogés dans une des commissions précitées, afin d'apporter une complémentarité entre les deux sources de données. Les personnes interrogées ont occupé, ou occupent toujours, les fonctions de : médecin urgentiste et coordinateur du plan d'urgence hospitalier du CHU ; haut fonctionnaire au Centre de Crise national (ci-après « NCCN ») ; commissaire d'arrondissement ; conseiller au sein du cabinet de la ministre de la santé Maggie De Block ; membre du commissariat covid-19 et inspecteur d'hygiène fédéral.

2.2. La matière secondaire

Lors de l'analyse du cadre normatif dans lequel s'inscrivent la planification d'urgence et la gestion de crise, nous avons également analysé différents textes légaux et plans d'urgence qui nous ont semblés les plus pertinents relativement à la crise que nous avons traversée.

La littérature scientifique a également constitué une source importante pour la réalisation de notre cadre conceptuel, que ce soit au travers d'ouvrages de références ou d'articles scientifiques. A ce titre, l'influence d'Ulrich Beck et Sébastien Brunet sur le cadre conceptuel constituant le fondement de ce travail est prépondérante.

2.3. Les sources diverses

De nombreuses sources de données ont été utilisées à titre d'appoint, qu'il s'agisse de rapports d'organisations diverses, d'articles non scientifiques d'académiciens, de cartes blanches publiées dans la presse, d'articles de presse généraux, de documents officiels émanant de différentes autorités ou encore de conférences dédiées aux thématiques de la planification d'urgence et de la gestion de crise.

3. La question de recherche

La survenance d'une crise constitue en quelque sorte un « stress test » permettant une évaluation *ex-post* du fonctionnement des pouvoirs publics dans un domaine déterminé. La crise permet en effet de mettre en lumière les dysfonctionnements et les failles d'un mode de gestion, notamment en exacerbant les problèmes préexistants.

Par conséquent, l'objectif de ce travail sera de répondre à la question : « Quelles ont été les difficultés opérationnelles rencontrées par les acteurs ayant pris part à la gestion de la crise de la covid-19 en Belgique, ainsi que les phénomènes politiques qui en sont à l'origine ? ».

Répondre à cette question implique toutefois une connaissance et une compréhension préalables du fonctionnement des acteurs en situation de crise. Nous allons donc également nous intéresser, dans une moindre mesure, au fonctionnement de la structure de gestion de crise.

4. Les hypothèses

Dans le cadre de nos recherches, certaines hypothèses ont été formulées préalablement au recueil des données. Elles sont principalement relatives aux phénomènes politiques aux origines des difficultés opérationnelles, ces phénomènes faisant l'objet d'une attention prioritaire.

Double temporalité (risque/politique)	Fédéralisation de l'Etat
Culture d'apprentissage superficielle	Contexte politique
Vulnérabilités structurelles	Frictions dans la structure de gestion de crise

5. Un concept clé – le risque

La planification d'urgence et la gestion de crise reposent sur un socle commun : la prise en charge des risques en tant que « probabilité d'occurrence d'un événement dommageable. »². Si cette prise en charge a connu trois périodes paradigmatisques caractéristiques d'une conception différente de la notion de risque, c'est la dernière période paradigmatische qui a guidé notre pensée à travers notre cheminement³.

Le risque auquel nos sociétés font aujourd'hui face a détruit l'idée d'une domination de l'homme sur la nature développée au fil du XX^{ème} siècle, nous plongeant par là même dans une période que le sociologue allemand Ulrich Beck qualifie de « modernité réflexive »⁴. Les nouveaux risques, fruits de la « modernité réflexive », menacent désormais la société humaine dans son ensemble, et en ce sens, nous forcent à une réflexion sur notre mode de fonctionnement. Selon Beck, la nature n'est plus un « autre » extérieur à la société, elle en fait désormais partie intégrante, ce qui implique que les nouveaux risques, comme le risque pandémique, ont nécessairement une origine humaine, car on ne peut en détacher la causalité de toute activité humaine. Ces nouveaux risques, qualifiés de « réflexifs »⁵, sont d'autant plus dangereux qu'ils sont imperceptibles et présentent une causalité complexe rendant délicat l'établissement des responsabilités et bloquant l'action. Le modèle assurantiel utilisé jusqu'alors⁶ ne peut plus fonctionner, car les dommages causés par ces nouveaux risques sont inestimables et/ou bien trop coûteux. Comment estimer la perte de biodiversité et la « sixième extinction de masse » ? Comment indemniser les dommages provoqués par une explosion atomique ayant condamné des territoires entiers ? Comment réparer les dégâts induits par une crise sanitaire dont la gestion politique a privé des millions d'enfants de l'éducation sensée leur permettre de s'épanouir dans la société.

Le XXI^{ème} siècle se caractérise donc par l'adaptation délicate, parfois inexistante, mais néanmoins indispensable, des pouvoirs publics à ces nouveaux risques « réflexifs ».

² MOATTI Jean-Paul et PERETTI-WATEL Patrick, *Le Principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Le Seuil, 2019, 112 p.

³ L'évolution historique du risque fait l'objet d'une analyse plus développée en annexe (1).

⁴ BECK Ulrich, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Editions Flammarion, 2008, 521 p.

⁵ BRUNET Sébastien, *Reconvertir la pensée industrielle. Pour de nouvelles pratiques politiques*, Mons, Couleur Livres, 2018, 93 p.

⁶ EWALD François, *L'Etat providence*, Paris, Grasset, 1986, 610 p.

Première Partie

La planification d'urgence

Chapitre 1. Cadre normatif

La planification d'urgence est un concept qui vise « l'ensemble des mesures organisationnelles, procédurales et matérielles, et d'outils contribuant à la détermination des actions et mécanismes de coordination à mettre en place lors de la survenance d'une situation d'urgence, afin de pouvoir mobiliser dans les meilleurs délais les moyens humains et matériels nécessaires et ainsi organiser les interventions nécessaires à la protection de la population et des biens. »⁷.

L'analyse du cadre normatif de la planification d'urgence est un passage nécessaire pour obtenir un aperçu des obligations qui pèsent sur les autorités en matière de gestion des risques et de gestion de crise, mais aussi de leur degré de préparation. Aussi, les pages suivantes sont dédiées à la présentation de quelques principes fondamentaux gouvernant la planification d'urgence et la gestion de crise en Belgique.

Section unique. Arrêté royal du 22 mai 2019

Cette disposition constitue la nouvelle pierre angulaire juridique de la planification d'urgence et de la gestion de crise en Belgique. L'Arrêté prévoit six missions dont les autorités compétentes sont responsables⁸. Chacune de ces missions va être explorée plus en détail dans les parties qui suivent, bien que certaines d'entre elles appellent à plus de développements que d'autres.

Première mission

1. « Identifier et analyser les risques présents sur le territoire déterminé ; »

Cette première mission renvoie à la nécessité d'envisager l'impensable, d'être capable de percevoir toutes les menaces qui pèsent sur notre société afin d'être en mesure d'organiser un plan de réponse face à ces menaces. En ce qui concerne le risque sanitaire, il s'agit de « [...] tenter de prévoir quand le phénomène pandémique pourrait apparaître, et à quel endroit dans le monde, [mais] aussi d'imaginer quelles pourraient être les caractéristiques du virus mutant

⁷ Arrêté Royal du 22 mai 2019 relatif à la planification d'urgence et à la gestion de situation d'urgence à l'échelon communal et provincial et au rôle des bourgmestres et des gouverneurs de province en cas d'événements et de situation de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national (M.B. du 27 juin 2019).

⁸ *Ibid.*

(virulence, facilité de transmission), ainsi que celles de l'épidémie en termes d'extension et de durée. »⁹.

Deuxième mission

2. « Sur cette base, mettre en œuvre et actualiser les actions nécessaires au niveau de la planification d'urgence, notamment :
 - a. Elaborer un PGUI ;
 - b. Elaborer un PPUI pour les risques pour lesquels la réglementation le prescrit, ainsi que pour les risques pour lesquels l'autorité compétente l'estime nécessaire ;
 - c. Veiller à ce que les disciplines élaborent et actualisent leurs plans monodisciplinaires d'intervention et vérifier leur légalité, leur conformité aux PUI et, les interactions avec les autres disciplines ;
 - d. En ce qui concerne les risques pour lesquels l'autorité établit un PPUI, veiller à l'élaboration et à l'actualisation des plans internes d'urgence y relatifs, et à leur conformité avec le PPUI concerné. »

Les disciplines

Une discipline est « un ensemble fonctionnel de missions effectuées par divers services intervenants.¹⁰ ». Elles sont au nombre de cinq :

1. Les opérations de secours ;
2. Les secours sanitaires, médicaux et psychosociaux ;
3. La police du lieu de la situation d'urgence ;
4. L'appui logistique ;
5. L'alerte et l'information de la population.

Le législateur prévoit l'obligation d'instaurer plusieurs types de plan d'urgence et d'intervention (ci-après « PUI »), à savoir les plans généraux d'urgence et d'intervention (ci-après « PGUI »), les plans particuliers d'urgence et d'intervention (ci-après « PPUI »), les plans monodisciplinaires propres à une discipline et les plans internes, propres à un site (tels que, par exemple, les plans d'urgence hospitaliers : ci-après « PUH »).

⁹ BRICAIRE François, « Anticiper la « pandémie grippale », *Sécurité Globale*, 2008/1, n° 3, pp. 47-55.

¹⁰ Arrêté Royal du 22 mai 2019, *op. cit.*

Le NCCN regroupe ces plans en trois catégories : les plans multidisciplinaires (PGUI et PPUI) ; les plans monodisciplinaires (propres à une discipline) et les plans internes (propres à un site).

Les plans multidisciplinaires

Au sein de cette catégorie de plans, on retrouve les deux types de plans dont l'application transcende les différentes disciplines. Il s'agit des PGUI et des PPUI. Ceux-ci sont mis en place à différents niveaux de pouvoir :

Au niveau national :

- il existe un PGUI consacré par l'Arrêté Royal du 31 janvier 2003. Ce plan définit le rôle de différents acteurs et assure une coordination optimale en situation de crise. Il fera l'objet d'une analyse plus détaillée *infra* ;
- les PPUI permettent d'adapter le processus de gestion de crise à un risque spécifique nécessitant des mesures particulières venant remplacer ou suppléer des mesures contenues dans le PGUI de l'Arrêté Royal du 31 janvier 2003. Ainsi, l'autorité fédérale a adopté un PPUI dans le domaine du nucléaire¹¹, mais aussi de la prise d'otage terroriste ou d'attentat terroriste¹².

Au niveau provincial et communal :

- il incombe à chaque autorité compétente sur un territoire déterminé de réaliser un PGUI. Ce plan doit présenter une identification des risques propres au territoire, mais également l'organisation de la coordination opérationnelle et stratégique ainsi que diverses informations susceptibles de favoriser la coopération et la coordination de tous les acteurs durant la situation de crise ;
- les PPUI sont destinés à prendre en compte des spécificités territoriales, comme par exemple l'existence d'un site industriel seveso sur le territoire, ou des risques particuliers, comme le risque d'inondation.

¹¹ Arrêté Royal du 1 mars 2018 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge (M.B. du 6 mars 2018).

¹² Arrêté Royal du 18 mai 2020 portant fixation du plan d'urgence national relatif à l'approche d'une prise d'otage terroriste ou d'un attentat terroriste (M.B. du 4 juin 2020).

Les plans monodisciplinaires

La deuxième catégorie de plans concerne les plans propres aux cinq disciplines présentées précédemment. D'une part, ces plans permettent de coordonner les différents acteurs qui, à un moment donné ou à un autre, se trouvent impliqués dans la réalisation des missions de la discipline. D'autre part, ces plans permettent d'assurer une collaboration efficace entre les différentes disciplines qui vont être amenées à fonctionner en parallèle sur le terrain. L'obligation pour chaque discipline de réaliser un plan monodisciplinaire est consacrée par l'article 8 de l'Arrêté Royal du 22 mai 2019.

Les plans internes

Cette troisième et dernière catégorie renvoie aux plans réalisés par des acteurs dont l'activité implique la gestion d'un site à risque (usine, centrale, ...). Ces plans ont pour objectif de prévoir un certain nombre de mesures organisationnelles et matérielles pour faire face à la survenance d'une crise. Ce sont en effet souvent les premiers acteurs concernés (par exemple, les employés d'une entreprise) qui vont être amenés à poser des actes et des décisions essentiels pour éviter la propagation des effets néfastes et faciliter l'intervention des acteurs professionnels par la suite.

Troisième mission

3. « Prévoir une infrastructure ainsi que des moyens matériels et humains adéquats pour la gestion des situations d'urgence ; »

Ce troisième point renvoie indirectement au concept de résilience. A travers des investissements publics, il s'agit de renforcer « la capacité d'un système, une communauté ou une société exposée aux risques de résister, d'absorber, de s'adapter et de se remettre des effets d'un danger dans une durée raisonnable et d'une façon efficiente, en ce compris à travers la préservation et la restauration de ses structures basiques essentielles et de ses fonctions.¹³ ». La résilience apparaît comme un remplacement du principe de résistance. En effet, la résistance consiste à prendre des mesures pour limiter la probabilité d'occurrence d'un évènement dommageable¹⁴. Pour adopter une autre terminologie plus usuelle dans le domaine de la gestion des risques, la

¹³ The United Nations, *UNISDR terminology on disaster risk reduction*, Geneva, International strategy for disaster reduction, 2009, 30 p., disponible à l'adresse suivante : https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf (consultée le 27 mars 2021).

¹⁴ DAUPHINE André et PROVITOLO Damienne, « La résilience : un concept pour la gestion des risques », *Annales de géographie*, 2007/2, n° 654, pp. 115-125.

résistance s'apparente au principe de prévention. Par exemple, il s'agit de limiter la probabilité d'occurrence d'une inondation en cas de tempête en construisant des digues. La résilience part du postulat qu'on ne connaît pas la probabilité d'occurrence de certains risques (les risques réflexifs), comme la pandémie. Il est dès lors particulièrement délicat d'en réduire la probabilité d'occurrence. La résilience renvoie par conséquent à un versant du principe de précaution : on ne sait pas si un risque va se concrétiser, néanmoins, on peut prendre des mesures pour en limiter les impacts¹⁵. L'autre versant du principe de précaution renvoie à l'idée selon laquelle sans même connaître la probabilité d'occurrence d'un risque, on peut limiter cette probabilité d'occurrence en adoptant une posture plus prudente, par exemple à l'égard de nouvelles technologies comme l'intelligence artificielle.

Quatrième mission

4. « Organiser l'information préalable de la population de manière régulière sur les risques présents sur le territoire, sur la planification d'urgence mise en place par les autorités et services concernés, ainsi que sur les comportements que la population peut adopter en préparation à une situation d'urgence, lors de la survenance de celle-ci et par après ; »

La réaction de la population en situation de crise peut avoir des répercussions importantes sur les impacts causés par la concrétisation d'un risque. Dès lors, il est indispensable d'adopter une vision réaliste de la réaction de la population dans la phase de rédaction des plans¹⁶. Il n'existe en effet pas de « normes » permettant de déceler avec certitude la réaction de la population dans une situation donnée. Néanmoins, certains éléments permettent de renforcer la résilience de la population en tant que système, et doivent donc faire l'objet d'une attention particulière de la part des autorités. Ces éléments sont l'évocation répétée de catastrophes passées afin d'assurer une certaine adaptation de l'imaginaire collectif aux situations de crises, les leçons tirées des retours d'expériences qui permettent de prendre en considération des réactions constatées à des crises passées et, enfin, un enseignement constant sur le caractère imprévisible de certains risques¹⁷.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ BRUNET Sébastien, FALLON Catherine, OZER Pierre, SCHIFFINO Nathalie et THIRY Aline (éd.), *Risques, planification d'urgence et gestion de crise*, op. cit., 324 p.

¹⁷ DAUPHINE André et PROVITOLO Damienne, « La résilience : un concept pour la gestion des risques » op.cit., pp. 115-125.

Cinquième mission

5. « Organiser des exercices multidisciplinaires de manière régulière et au moins une fois par an, pour tester la planification d'urgence existante, déterminer les modalités et la fréquence, établir un calendrier d'exercices et l'intégrer dans la plateforme nationale de sécurité ; »

Cette cinquième mission souligne le caractère indispensable de l'exercice, de la mise en situation. En effet, la réalisation de plans n'a pas pour objectif de créer un guide déterminant toute une série d'actions à réaliser dans le cadre d'une situation d'urgence. Au contraire, le plan doit prévoir une dose importante de flexibilité, et se concentrer sur des principes généraux plutôt que sur des détails. L'objectif est de créer une capacité de réaction et de prise de décision fondée sur l'esprit critique et d'analyse des acteurs. Les exercices permettent aussi de renforcer la coopération et la coordination entre les acteurs afin d'éviter des frictions dommageables lors de la gestion d'une situation d'urgence¹⁸. Ainsi, le processus de réalisation d'un plan, et sa mise à l'épreuve, ne constituent pas une fin en soi, mais plutôt un cheminement destiné à développer la capacité de réaction et de coordination des acteurs en situations de crise.

Sixième mission

6. « Evaluer les exercices et les situations réelles d'urgence et adapter la planification d'urgence existante en fonction. »

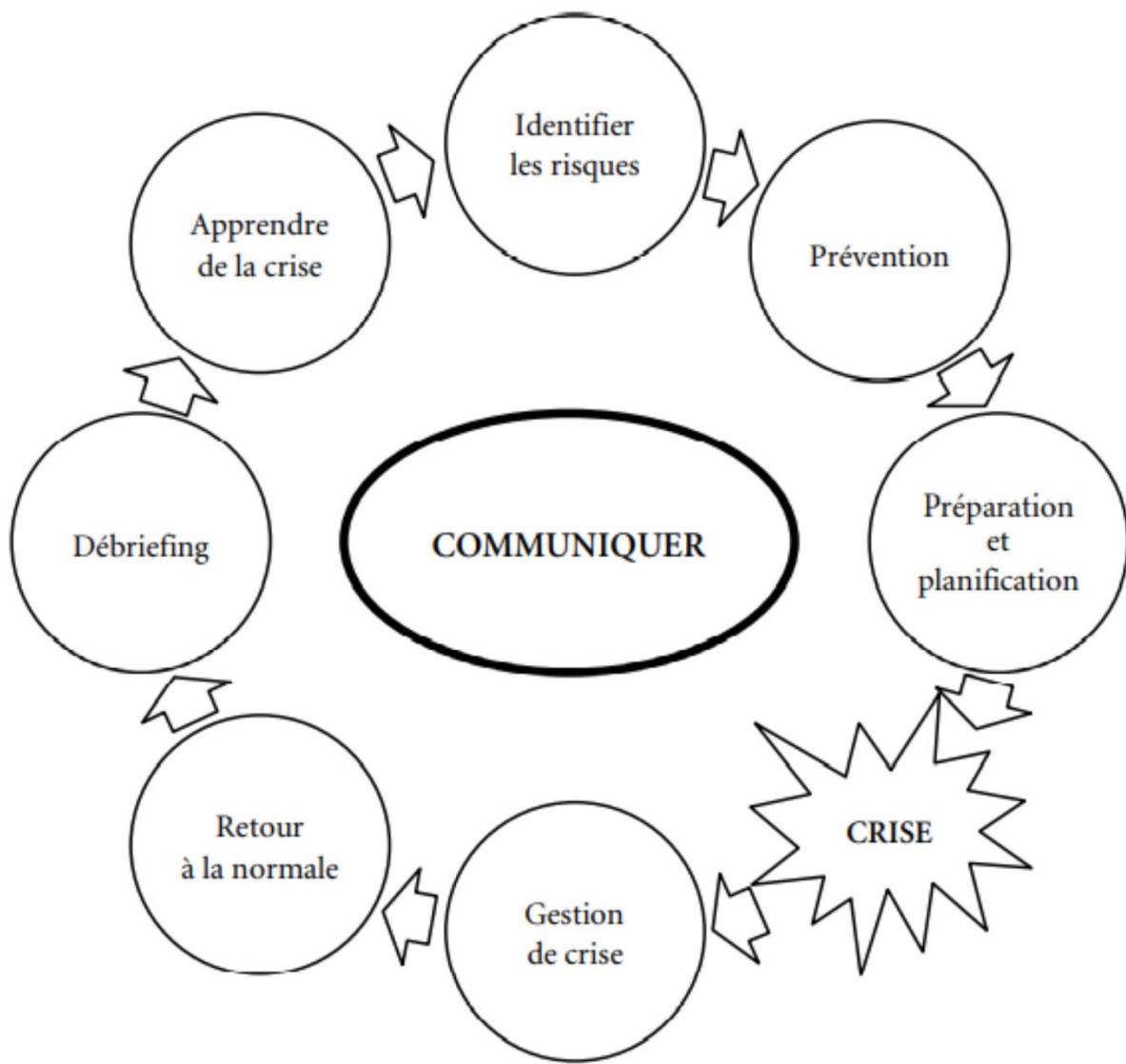
Cette dernière mission revêt un caractère essentiel en ce qu'elle souligne l'importance de l'apprentissage dans le processus circulaire¹⁹ de planification d'urgence et de gestion de crise. Comme mentionné plus haut, il est délicat d'anticiper les effets d'une crise sur un système déterminé. Par conséquent, la survenance d'une crise constitue une opportunité sans équivalent de confronter la planification d'urgence et la gestion de crise à la réalité. Les acteurs peuvent ainsi apporter un nouvel éclairage sur la coordination entre disciplines ou déceler des problématiques inenvisagées qui ont mis en difficulté l'organisation des acteurs ou leur capacité de réaction²⁰.

¹⁸ KECK Frédéric, « L'avant-scène du triage. Simulation de pandémie à Hong Kong », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 2014/1, n° 6, pp. 143-157.

¹⁹ Voir schéma « le cycle du risque *infra* (p. 18).

²⁰ ALTINTAS Gulsun et ROYER Isabelle, « Renforcement de la résilience par un apprentissage post-crise : une étude longitudinale sur deux périodes de turbulence », *M@n@gement*, 2009/4, Vol. 12, pp. 266-293.

Le cycle du risque



Source : FALLON, A. THIRY, C. ZWETKOFF, « Bilan des 10 ans de l'arrêté royal sur la planification d'urgence : le cycle tourne-t-il rond ? », Intervention aux Anciens moulins de Beez, Namur, 24 février 2016 *in* BRUNET Sébastien, FALLON Catherine et THIRY Aline, « Planification d'urgence et gestion de crise sanitaire. La Belgique face à la pandémie de covid-19 », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2020/8, n° 2453-2454, pp. 5-68.

Chapitre 2 : Plans pertinents dans le cadre du risque sanitaire

Section 1. Plan d'urgence fédéral (PGUI)

L'arrêté Royal du 31 janvier 2003 met en place un « Plan d'urgence pour les événements et situations de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon fédéral. »²¹.

L'exécution du texte relève des attributions du ministre de l'Intérieur. La base légale de la compétence de coordination générale du ministre de l'Intérieur est constituée par la loi du 31 décembre 1963 sur la Protection civile.

L'Arrêté Royal indique en premier lieu que le territoire belge est soumis à un certain nombre de risques « traditionnellement répertoriés comme suit :

- Les risques naturels d'inondation et de tempêtes ;
- Les risques technologiques résultant notamment d'une forte concentration d'activités industrielles et d'un réseau de transports et de communication extrêmement développés. ».

Il est à noter que les risques liés au nucléaire font l'objet d'un plan d'urgence propre contenu dans un arrêté royal du 27 septembre 1991²².

La procédure de gestion de crise comprend trois phases, généralement ascendantes :

- Coordination opérationnelle et phase communale : coordination à l'échelon local ;
- Phase provinciale : coordination par le gouverneur à l'échelon provincial ;
- Phase fédérale : coordination par le ministre de l'Intérieur à l'échelon national.

Quelle que soit la phase dans laquelle nous nous trouvons, le ministre de l'Intérieur bénéficie de l'appui du NCCN. Ce dernier, créé par l'Arrêté Royal du 18 avril 1988²³, a pour mission d'assurer un suivi général en collectant toutes les informations se rapportant à ses compétences, et de mettre en place une infrastructure permettant aux autorités de gérer une éventuelle crise. En plus de ces missions générales, le NCCN est chargé de mettre en place trois organes particuliers lorsque la phase d'alerte est déclenchée. Il s'agit de la cellule d'évaluation, de la

²¹ Arrêté Royal du 31 janvier 2003 portant fixation du plan d'urgence pour les événements et situations de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national (M.B. du 21 février 2003).

²² Arrêté Royal du 1 mars 2018 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge (M.B. du 6 mars 2018).

²³ Arrêté Royal du 18 avril 1988 portant création du Centre gouvernemental de Coordination et de Crise (M.B. du 54 mai 1988).

cellule de gestion et de la cellule d'information. Cette phase d'alerte précède le déclenchement de la phase fédérale et permet l'activation du plan d'urgence ainsi que la mobilisation des trois organes susmentionnés. Le cas échéant, le ministre de l'Intérieur, après le déclenchement de la phase d'alerte, pourra déclencher la phase fédérale si nécessaire. Les trois cellules sont chargées d'assurer la mise en œuvre de la coordination nationale tout au long de la crise.

La cellule d'**évaluation** est composée « des spécialistes et scientifiques compétents de l'ensemble des départements ou services concernés par la gestion et l'analyse de l'événement.²⁴ ». Cette première cellule fait rapport à la deuxième, la cellule de gestion, qui assure la charge décisionnelle.

La cellule de **gestion** est quant à elle composée « des ministres fédéraux concernés par la gestion de l'événement. ». Elle peut également inclure les ministres des entités fédérées si elle le souhaite. C'est le ministre de l'Intérieur qui la préside. Cette cellule de gestion peut également, si elle l'estime nécessaire, déclencher la mise sur pied d'une quatrième cellule chargée d'évaluer les conséquences socio-économiques de la crise survenue, la cellule socio-économique.

La troisième cellule, la cellule d'**information**, est chargée de diffuser à la population les différentes décisions prises par la cellule de gestion. Elle conseille également les autorités compétentes sur base de sa perception des besoins en information de la population.

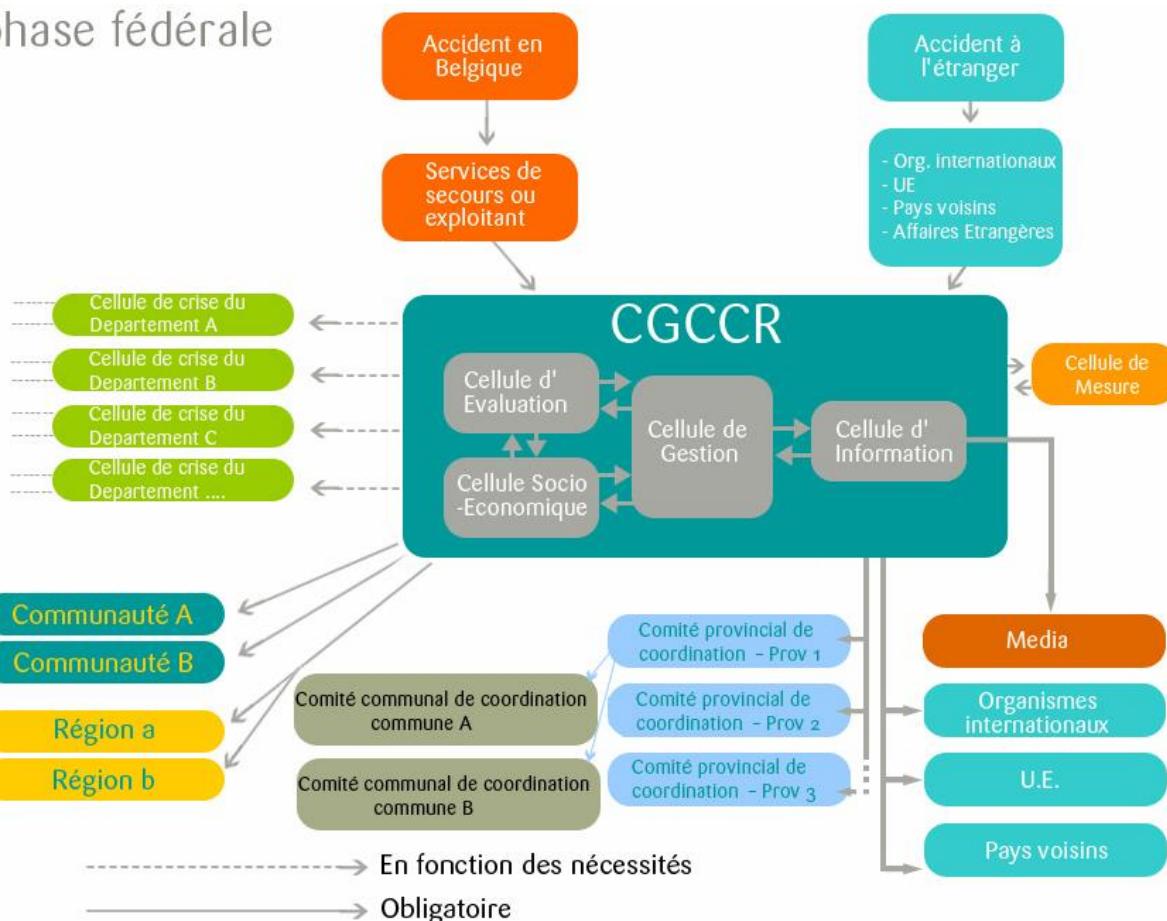
Il est également prévu que les décisions adoptées par la cellule de gestion nécessitant une transmission au niveau local soient transférées par la cellule d'évaluation aux centres de crise provinciaux.

L'ensemble de ces organes font partie de la structure de gestion de crise générique mise en place avec le déclenchement de la phase fédérale. Cette structure fait l'objet d'une schématisation sur la page suivante. L'illustration en question de la structure de gestion de crise en phase fédérale est celle qui a été transmise aux différents acteurs concernés lors de la gestion de la pandémie de grippe A/H1N1 en 2009.

²⁴ Arrêté Royal du 31 janvier 2003, *op. cit.*

Structure de gestion de crise « générique » en phase fédérale²⁵

phase fédérale



Le CGCCR (Centre Gouvernemental de Coordination et de Crise) est l'ancienne appellation du NCCN (Centre de Crise National) ;

Les plans les plus récents incluent le COFECO (Comité Fédéral de Coordination) entre la Cellule d'évaluation et la Cellule de gestion ;

La Cellule de mesure est une cellule ad hoc activée en fonction de la crise en question (par exemple en situation de crise nucléaire).

Section 2. Plan d'urgence fédéral pandémie influenza (PPUI)

La covid-19 étant un nouveau virus auquel les autorités n'avaient jusqu'à présent jamais été confrontées, ce dont elles disposaient de plus proche d'un plan pandémie était le plan influenza réalisé dans la foulée du SRAS-CoV-1. Ce dernier a été rédigé avec à l'esprit comme principale menace la grippe aviaire, et en particulier la souche H5N1 transmissible à l'homme.

²⁵ SPF Intérieur, « Gestion de la pandémie de grippe A/H1N1. Organisation des autorités belges », 13 aout 2009, p. 7., disponible à l'adresse suivante : [Microsoft Word - FichesCOMMExt_GestionAH1N1_FR.doc_\(centredecrise.be\)](https://www.be-gov.be/sites/default/files/2021-03/FichesCOMMExt_GestionAH1N1_FR.doc_(centredecrise.be).pdf) (consultée le 28 mars 2021).

Néanmoins, le virus de la grippe A, quelle que soit la souche en question, se propage de façon très similaire au covid-19, ce qui rend ce plan pandémie grippale d'autant plus pertinent. En effet, « celui-ci se propage principalement dans l'air sous la forme de gouttelettes ou d'aérosols. En outre, la propagation par les mains et les objets remplis de mucus, comme les mouchoirs, est un facteur très important.²⁶ ». Ainsi, ce plan nous permet de relever une série d'éléments destinés à lutter contre la grippe et qui conservent tout leur intérêt dans la lutte contre la covid-19, d'autant plus qu'il s'agit de notre unique plan « pandémie ». Par ailleurs, certains éléments restent pertinents nonobstant le mode de transmission du virus.

Le premier chapitre du plan, dédié à l'organisation générale de la structure de gestion de crise, rappelle l'importance des trois cellules évoquées précédemment durant la phase de gestion de crise. Il est aussi mentionné l'importance de l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après, « OMS ») en qualité de partenaire international principal, mais aussi du Règlement Sanitaire International en tant que cadre réglementaire à respecter. Au niveau européen, c'est le « Early warning and response system » qui permet aux Etats membres d'échanger des informations en matière de gestion des risques (en ce compris épidémiques) pour faciliter la réaction mais aussi la coordination des Etats membres. Le plan ne manque d'ailleurs pas de relever l'existence du mécanisme de protection civile européen en mentionnant le « Monitoring and information center (« MIC ») »²⁷ qui permet l'échange d'informations en matière de demande d'assistance au titre du mécanisme de protection civile européen.

Il est intéressant de noter que la vulnérabilité de certains groupes à risques est explicitement soulignée par les rédacteurs du plan. Ce dernier prévoit aussi de constituer une réserve stratégique de 32 millions de masques chirurgicaux, ainsi que 6 millions de masques FFP2, en plus de ceux déjà présents dans certaines institutions.

Au niveau de la surveillance, il est prévu que l'institut scientifique de santé publique (ci-après, « ISP ») soit responsable de la surveillance épidémiologique. Entre temps, cette compétence a été communautarisée par la sixième réforme de l'Etat, et ensuite régionalisée par les accords dits de la « Sainte-Emilie ». Cette tâche est aujourd'hui attribuée à l'AVIQ en ce qui concerne la Wallonie. Cette mission est néanmoins *de facto* également (principalement comme nous le

²⁶ Commissariat Interministériel Influenza, « Plan belge en cas de pandémie grippale », juillet 2006, 45 p. (plus accessible en ligne, mais disponible sur demande à l'auteur qui en détient une copie.).

²⁷ Aujourd'hui remplacé par le « Emergency response coordination center (ERCC) ».

verrons par après) assurée par Sciensano, née de la fusion entre l'ISP et le centre d'études et de recherches vétérinaires et agrochimiques.

Le plan insiste sur l'importance d'une détection rapide, et d'un « tracing » efficace des contacts des personnes infectées. Ces deux éléments étaient alors présentés comme la pierre angulaire de la gestion des contaminations.

En ce qui concerne la gestion du volet socio-économique, le plan est extrêmement succinct (deux pages) et explique en substance que la « task force influenza » sera chargée de rendre des rapports sur les dispositions critiques de base, la continuité des affaires et les lieux et événements publics.

Section 3. Avis n°48 du 30 mars 2009 relatif au plan opérationnel belge « pandémie influenza »

Le plan pandémie influenza présenté ci-dessus a fait l'objet d'un avis rédigé par le comité consultatif de bioéthique à la demande de la ministre de la Santé publique de l'époque, Laurette Onkelinx. Cet avis apporte un éclairage intéressant au plan réalisé par les autorités fédérales, et permet également d'apercevoir les différentes critiques et recommandations qui ont été adressées aux autorités.

Le comité rappelle aux autorités fédérales leurs propres estimations en termes de probabilité de pandémie. En effet, selon le site www.influenza.be (aujourd'hui disparu), une pandémie grippale mortelle survient environ tous les 40 ans. Il est d'ailleurs précisé que la dernière pandémie grippale mortelle, « la grippe russe » remonte à 1977, et a fait environ 1 million de morts. L'OMS considère de son côté qu'on peut s'attendre à 3 pandémies par siècle, à intervalle de 10 à 50 ans maximum.

Après une présentation du cadre juridique relatif à la quarantaine et à la vaccination, le comité indiquait alors que dans la phase 6 de l'OMS²⁸, la législation en question perdra de son utilité « puisqu'on ne peut naturellement pas isoler ou mettre en quarantaine toute la population.²⁹ ».

²⁸ Tableau explicatif disponible en annexe (annexe 4).

²⁹ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, « Avis n°48 du 30 mars 2009 relatif au plan opérationnel belge « pandémie influenza » », 40 p., disponible à l'adresse suivante : [Avis n° 48 - plan opérationnel belge "pandémie influenza" | SPF Santé publique \(belgium.be\)](http://Avis%20n%2048%20-%20plan%20op%C3%A9rationnel%20belge%20%22pand%C3%A9mie%20influenza%22%20%7C%20SPF%20Sant%C3%A9%20publique%20(belgium.be)) (consultée le 12 avril 2021).

Au sein du chapitre de l'avis dédié aux considérations éthiques, le Comité affirmait également que le rôle principal de l'Etat est de protéger sa population en « créant et entretenant un certain nombre de dispositifs et d'infrastructures indispensables, afin de pouvoir satisfaire les besoins et droits fondamentaux. ». A ce titre, le Comité considérait que l'Etat se devait de veiller à ce que tous les enfants puissent suivre une scolarité, ou encore à assurer un nombre suffisant de travailleurs dans le secteur des soins de santé pour assurer une bonne prise en charge des malades. Le Comité se permettait alors aussi de rappeler que les décisions en matière de gestion épidémique doivent respecter le principe légal de proportionnalité.

Le comité ajoute également que le respect des mesures repose notamment sur leur compréhension par la population et la crédibilité qui leur est attribuée. Par ailleurs, le plan pandémie omet de prendre en considération les personnes plus difficiles à atteindre, comme celles dont la consommation de médias est plus faible.

Le comité relève par ailleurs une absence de prise en compte de certaines institutions. Si les hôpitaux font bien l'objet d'une attention particulière, il n'en est pas de même des prisons ainsi que des maisons de repos et autres institutions de convalescence. Selon le Comité, il faut également protéger les personnes qui assurent le fonctionnement de la société, des enseignants au personnel soignant.

En ce qui concerne les dépenses de prévention, le Comité soulignait alors la nécessité de prendre en considération le principe « coûts/bénéfices » pour déterminer les dépenses « disproportionnées ». A titre d'exemple, le Comité cite « l'inutilité relative de construire de nouvelles infrastructures hospitalières en prévision d'une éventuelle épidémie.³⁰ ». Cet argument est notamment justifié par le manque de personnel hospitalier, qui ne serait qu'accru par la construction de nouvelles infrastructures. Il est donc considéré moins extravagant d'investir dans du matériel dont l'utilité s'étend dans le temps, comme les respirateurs. Cependant, la nécessité de disposer de personnel qualifié pour utiliser ce matériel remet aussi cette dépense en question. Les masques constituent le second matériel dans lequel le Comité recommande d'investir, puisque ceux-ci disposent d'une très grande durée de conservation et peuvent être utilisés dans d'autres circonstances qu'une épidémie.

³⁰ *Ibid.*

La création de points de contact locaux semble revêtir un intérêt tout particulier pour soulager les services d'urgences des hôpitaux. Le comité complète cette idée en ajoutant que les consultations à domicile devraient être privilégiées pour éviter la coagulation dans les salles d'attente des médecins généralistes.

Le comité recommandait alors de rendre obligatoire le port du masque dès la phase 4 du plan de propagation virologique de l'OMS pour les personnes qui transitent depuis des pays où l'épidémie est répandue. Cette obligation devrait être étendue dans la phase 6, comme cela a été fait dans les pays d'Asie pour le SRAS-cov-1. Pour ce faire, le Comité recommandait alors de distribuer préventivement des masques chirurgicaux à l'entièreté des personnes séjournant sur le territoire belge.

A ce propos, le Comité ajoutait par ailleurs que le stock de 32 millions de masques chirurgicaux prévu par les autorités était insuffisant. Les stocks de masques FFP2 étaient eux aussi jugés insuffisants, d'autant plus qu'une diminution des effectifs médicaux pour cause de contamination pourrait s'avérer très problématique. Qui plus est, le Comité ajoutait alors pour appuyer son propos que d'après différentes études, une pandémie de ce type pourrait durer jusqu'à 2 ans.

Enfin, le Comité souligne l'influence des inégalités sociales sur les impacts d'une épidémie, les groupes sociaux et les individus les plus défavorisés étant les plus impactés.

Section 4. Plan d'urgence hospitalier (PUH)

Chaque hôpital a l'obligation légale de rédiger un plan d'urgence hospitalier. Il s'agit d'un plan destiné à instaurer un mode de fonctionnement particulier en période de crise, afin de développer la capacité de faire face à des accidents majeurs en dehors de l'hôpital ou en son sein. Il permet notamment d'augmenter sa capacité d'accueil afin de faire face à un afflux soudain de patients, tout en assurant la continuité des soins dispensés à des personnes déjà hospitalisées. Ces plans activent également au sein de l'hôpital une structure de gestion de crise permettant une prise de décision accélérée et une coordination accrue entre les services et avec les acteurs de la gestion de crise extérieurs à l'hôpital.

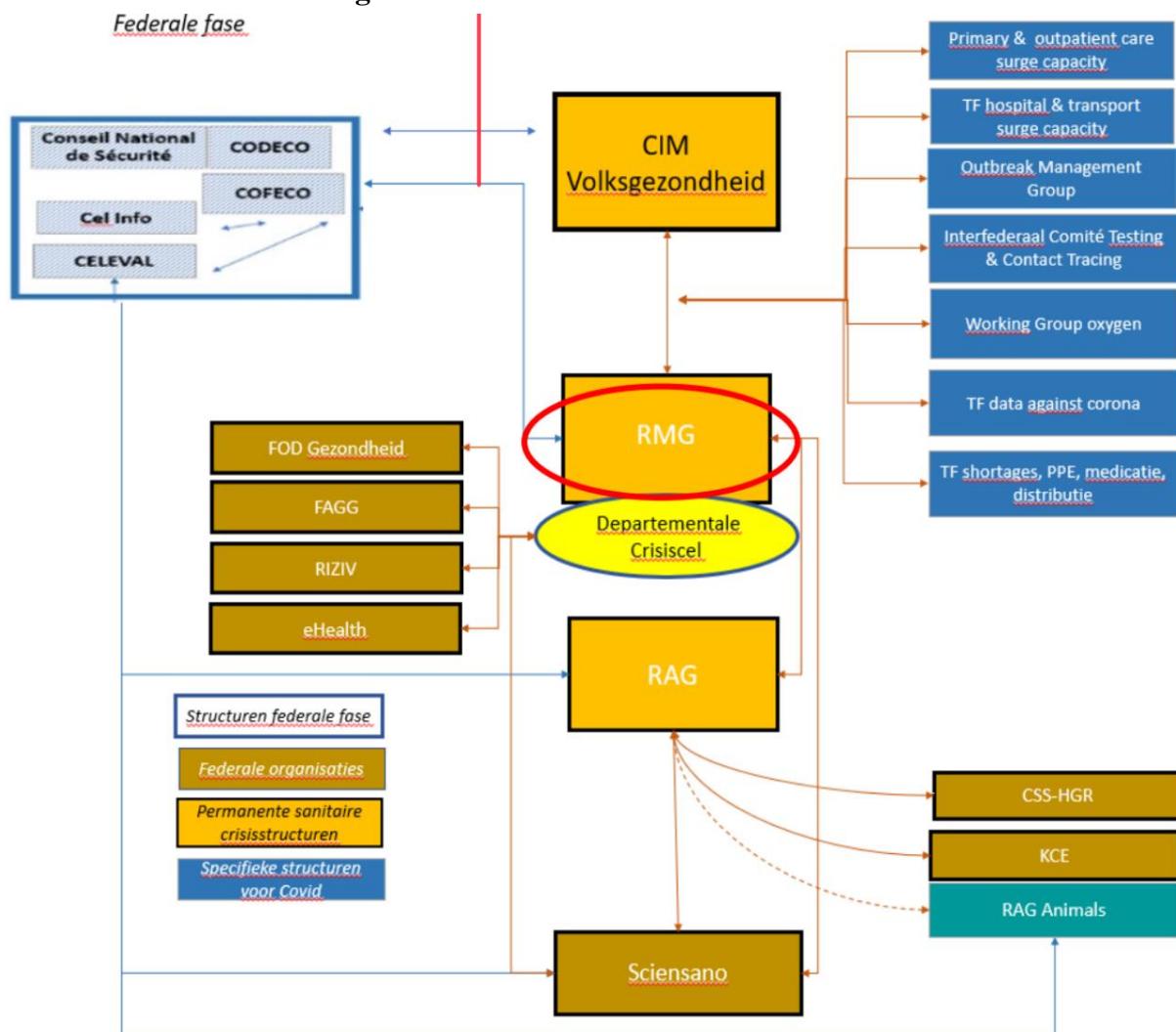
Seconde Partie

La gestion de crise

Chapitre 1. La structure de gestion de crise en configuration covid-19

De nombreux organes ont composé la structure de gestion de crise en charge de la gestion de l'épidémie de covid-19. Exposer le rôle de chacun de ces organes n'est pas sans intérêt mais sort néanmoins du cadre de ce travail. Dès lors, un exposé succinct du rôle des principaux organes est disponible en annexe (annexe 3). Ce chapitre met l'accent sur une présentation réduite à son strict minimum pour permettre une compréhension du rôle des principaux organes tout en renvoyant le lecteur à l'annexe pour plus de détails. Le lecteur désireux de se rafraîchir la mémoire quant au déroulement des événements peut également en trouver un bref récit en annexe (annexe 2).

La structure de gestion de crise utilisée dans le cadre de la covid-19



Source : Chambre des représentants, Présentation du Docteur Paul Pardon lors de son passage en commission spéciale chargée d'examiner la gestion de l'épidémie de Covid-19 par la Belgique, CRIV 55 K004, 09/10/2020, 26 p.

Section 1. Le Conseil national de sécurité

Le Conseil national de sécurité (ci-après « CNS »), mis en place en 2015 dans le contexte des événements terroristes, « établit la politique générale du renseignement et de la sécurité, en assure la coordination, et détermine les priorités des services de renseignement et de la sécurité.³¹ ». C'est le Premier ministre qui en assure la présidence, et les ministres ayant dans leurs attributions la Défense, l'Intérieur, la Justice et les Affaires étrangères, ainsi que les Vices-Premiers ministres y participent aussi.

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de covid-19, le CNS a assuré le rôle qu'aurait dû jouer la cellule de gestion, selon la Première ministre, en raison de « l'ampleur de la crise et ses conséquences majeures sur les libertés individuelles. »³². Jusqu'à son remplacement par le Comité de concertation, le CNS a adopté « l'ensemble des décisions politiques relatives aux mesures d'ordre public destinées à enrayer la propagation du virus »³³.

Le choix de passer par le CNS plutôt que la cellule de gestion a également modifié le processus de préparation à la décision. En effet, en préparation d'un CNS sont organisés un kern, une réunion interministérielle et une préparation par les cabinets, alors qu'en préparation d'une réunion de la cellule de gestion est normalement organisé un Comité fédéral de coordination³⁴. Ce détail a eu son importance, comme nous le verrons par la suite.

Section 2. Le comité de concertation

Le comité de concertation (ci-après « CODECO »), instauré par la loi ordinaire de réformes institutionnelles de 1980, est chargé de « prévenir, ou, le cas échéant, de régler les conflits d'intérêts et certains des conflits de compétences survenant entre différentes composantes de l'Etat fédéral belge. »³⁵. Il est composé de douze membres issus des différents exécutifs du pays. Durant la crise covid, ont systématiquement participé le Premier ministre ainsi que tous les ministres-Présidents et différents ministres en fonction des circonstances. Le CODECO a remplacé dans sa fonction le CNS dès l'entrée en fonction du gouvernement De Croo en tant qu'organe destiné à accomplir les tâches légalement dévolues au comité de gestion.

³¹ Arrêté Royal du 28 janvier 2015 portant création du Conseil national de sécurité (M.B. du 30 janvier 2015).

³² Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K035, 19/03/2021, 59 p.

³³ *Ibid.*

³⁴ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K039, 26/03/2021, 27 p.

³⁵ Centre de recherche et d'information socio-politiques, « Comité de concertation », 2020, disponible à l'adresse suivante : [Comité de concertation | CRISP asbl \(vocabulairepolitique.be\)](http://Comité de concertation | CRISP asbl (vocabulairepolitique.be)) (consultée le 5 avril 2021).

Section 3. La conférence interministérielle santé publique

Depuis 2015, le Belgique compte 18 conférences interministérielles (ci-après « CIM »). Ces conférences ont été instaurées dans le cadre de la loi ordinaire de réformes institutionnelles du 9 août 1980 par le Comité de concertation. Elles ont pour objectif de promouvoir et faciliter la coopération entre les différents niveaux de pouvoirs. On compte en Belgique huit ministres avec des compétences en matière de Santé publique leur permettant de participer aux conférences interministérielles de la santé³⁶.

Section 4. Le Centre de crise national

Sous la responsabilité du ministre de l’Intérieur, le Centre de Crise National (« NCCN ») est une direction générale du SPF Intérieur.

En période de crise, il met à disposition des autorités ses infrastructures et son expertise et constitue l’intersection entre les autorités et les acteurs de terrains locaux et nationaux³⁷. A cette fin, trois organes sont activés au sein du NCCN lors du déclenchement de la phase fédérale prévue dans l’AR de 2003 susmentionné pour gérer les situations de crises nationales (voir *supra* p.14).

Section 4.1 La cellule d’évaluation

La Cellule d’évaluation (ci-après « CELEVAL ») a pour fonction d’être le dernier organe d’évaluation chargé d’éclairer les acteurs politiques avant qu’une problématique ne soit tranchée. A cette fin, il a notamment intégré dès le mois de mars les membres du Comité scientifique coronavirus³⁸ en son sein. Grâce à toutes les informations transmises par les différentes cellules et groupes de travaux en sa possession, CELEVAL remet un avis aux autorités politiques (CNS, Comité de concertation) afin que les organes politiques décisionnels bénéficient d’un maximum d’informations et d’avis pour les éclairer dans leur prise de décision. Après le remaniement de la cellule en septembre 2020, son rôle de conseil s’est progressivement estompé comme en a attesté Tom Auwers au Parlement fédéral³⁹.

³⁶ Le « neuvième ministre de la santé » dont on entend parfois parler (Barbara Trachte) n'est en réalité responsable que de la prévention de la santé francophone à Bruxelles, et n'est donc pas membre de la conférence interministérielle de la santé. [Réunion des ministres de la Santé publique à propos du coronavirus | SPF Santé publique \(belgium.be\)](https://www.belgium.be/reunion-des-ministres-de-la-sante-publique-a-propos-du-coronavirus) (consultée le 9 avril 2021).

³⁷ Arrêté Royal du 18 avril 1988 portant création du Centre gouvernemental de Coordination et de Crise (M.B. du 54 mai 1988).

³⁸ Organe mis sur pied par la ministre de la santé pour la conseiller avant le déclenchement de la phase fédérale.

³⁹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K023, 12/02/2021, 27 p.

Section 4.2 Le Comité fédéral de coordination

Le Comité fédéral de coordination (ci-après « COFECO »), est un organe placé sous la direction du Centre de Crise National dont l'existence n'est pas prévue par le plan d'urgence fédéral de 2003 mais par le plan d'urgence nucléaire de 2018⁴⁰. Son existence n'étant prévue que par le plan d'urgence nucléaire, il n'est pas aisément définir le rôle dans le cadre de la gestion d'une pandémie. Néanmoins, le site internet du NCCN indique que le COFECO « prépare et coordonne au niveau stratégique l'implémentation des décisions politiques du CNS. »⁴¹.

Section 5. Le Risk Management Group et le Risk Assessment Group

Le protocole du 5 novembre 2018⁴², qui spécifie le fonctionnement des autorités en ce qui concerne les risques sanitaires, consacre l'existence de deux organes. Il s'agit du Risk Management Group (ci-après « RMG ») et du Risk Assessment Group (ci-après « RAG »). Ces deux organes ne portent pas atteinte à l'existence des trois cellules mentionnées précédemment⁴³ (*infra* p. 14).

On retrouve donc en premier lieu le RMG qui constitue l'organe de prise de décision principal en matière de risque sanitaire. Ses missions sont énoncées dans le protocole susmentionné. Le RMG est composé de représentants des ministres de tutelle. Chaque Ministre compétent envoie un représentant de son cabinet, et un représentant de son administration. Ces représentants reçoivent un mandat décisionnaire. Le RMG peut également convier à ses réunions des observateurs et des experts, sans voix délibérative.

En second lieu, on retrouve le RAG qui constitue quant à lui l'organe d'analyse dont les travaux éclairent le RMG dans sa prise de décisions. Le RAG comprend en son sein des experts permanents provenant d'autorités fédérales et des experts spécifiques sélectionnés en fonction de la nature de l'événement.

⁴⁰ Arrêté Royal du 1 mars 2018 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge (M.B. du 6 mars 2018).

⁴¹ Centre de Crise, « Covid-19 : une gestion de crise collégiale et complexe », 29 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://centredecrise.be/fr/news/gestion-de-crise/covid-19-une-gestion-de-crise-collegiale-et-complexe> (consultée le 11 avril 2021).

⁴² Protocol d'accord du 5 novembre 2018 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, établissant les structures génériques pour la gestion sectorielle santé des crises de santé publique et leur mode de fonctionnement pour l'application du Règlement Sanitaire International (2005), et la décision n°1082/2013/EC relative aux menaces transfrontières graves sur la santé (M.B. du 14 décembre 2018).

⁴³ *Ibid.*

Chapitre 2. Les difficultés opérationnelles

Section 1. Equipement de protection personnel (ci-après « EPI »)

Par quel autre problème commencer que l'absence d'EPI en quantité suffisante pour lutter contre un virus ? Parmi les EPI, on retrouve évidemment les masques de protection individuelle (chirurgicaux et FFP2), mais aussi les gants, les blouses ou encore les « overshoes ».

Rapidement, une des difficultés qui a émergé lorsque les premières inquiétudes sont apparues quant à la possible propagation du covid-19 est l'absence du stock stratégique de masques. Les membres du RAG, et du RMG, qui se sont réunis pour la première fois respectivement le 21 et le 23 janvier 2020, ont immédiatement constaté l'absence du stock stratégique de masques⁴⁴. En réalité, la Belgique en a bien constitué un à l'issue de la pandémie H1N1, comme prévu par le plan pandémie grippale de 2006, mais il a été détruit pour partie en 2015 et entièrement en 2018. Une enquête des journalistes de l'émission Pano de la VRT a par ailleurs démontré que les masques incinérés étaient encore tout à fait utilisables. La suppression de ces masques ne serait le fruit que d'une volonté de limiter les dépenses puisque le site de stockage devait être vendu et les délocaliser aurait couté plus cher que de les détruire⁴⁵. Notons également que sur demande des autorités, le Conseil supérieur de la santé avait rendu un avis en 2019 concernant les stocks stratégiques pour une pandémie influenza. Cet avis, évaluant à environ 100 millions d'euros les dépenses nécessaires pour reconstituer les stocks, n'a, de fait, pas été suivi⁴⁶.

Quoi qu'il en soit, l'absence d'EPI a posé un problème assez évident de sécurité pour le personnel hospitalier. Durant la première vague, des soignants ont dû se passer de masques, alors que d'autres, comme en a attesté Vincent Fredericq en commission, n'ont eu d'autre solution que de prendre de grands sacs poubelles en guise de blouses de protection⁴⁷.

L'absence d'EPI a également porté préjudice à l'efficacité de la première ligne puisque les médecins généralistes ont été forcés de pratiquer la téléconsultation. En conséquence, de nombreux patients se sont rendus à l'hôpital, ce qui n'a fait qu'engorger davantage des structures déjà en difficulté, mais l'absence de consultation physique a aussi augmenté le taux

⁴⁴ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K003, 25/09/2020, 52 p.

⁴⁵ FRANÇOIS Anne, « Le gouvernement fédérale a détruit en 2015 et 2018 son stock de millions de masques », *VRT Flandreinfo*, 8 octobre 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.vrt.be/vrtnws/fr/2020/10/08/le-gouvernement-federal-a-detruit-en-2015-et-2018-son-stock-de-m/> (consultée le 9 avril 2021).

⁴⁶ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K009, 27/11/2020, 34 p.

⁴⁷ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K018, 29/01/2021, 52 p.

de létalité puisque de nombreux patients sont arrivés surinfectés à l'hôpital, faute d'avoir consulté un médecin généraliste en temps et en heure, et donc dans des situations déjà critiques⁴⁸.

Cette absence de masques en suffisance a également contraint le politique dans sa réponse sanitaire⁴⁹. En effet, une attitude préventive, consistant à encourager le port du masque, malgré l'absence de recommandations de l'OMS en ce sens, n'a pu être adoptée⁵⁰, alors que depuis le début, les experts ont conscience de la propagation au moins en grande partie *via* la voie aérienne du virus.

Par ailleurs, l'insuffisance d'EPI a engendré une perte de temps pour les différents acteurs de la gestion de crise, un temps précieux qui n'a pu être alloué à d'autres tâches. En effet, les gouverneurs et leur service, dont le rôle essentiel sera à plusieurs reprises mentionné, se sont vus contraints de consacrer énormément de temps à la recherche de matériel de protection, dans un contexte évidemment défavorable à une recherche efficace puisque le marché s'est retrouvé assez rapidement en situation de saturation⁵¹. Il en a été de même pour les inspecteurs d'hygiène : « On a perdu énormément de temps finalement à chercher des boîtes de masques, alors que ce n'est pas notre core business. (...). On s'est tous épuisés à chercher des EPI alors que pendant ce temps-là il fallait préparer la gestion globale d'une épidémie que l'on savait longue. »⁵².

Enfin, la distribution d'EPI a également été semée d'embuches dans la mesure où les listes de personnes auquel le matériel était destiné étaient entachées d'erreurs, et ont donc dû être rectifiées. C'était notamment le cas des listes de l'INAMI et de l'AVIQ⁵³. Cette difficulté est également survenue à d'autres niveaux. Bien souvent, les acteurs ont constaté que les différentes listes n'étaient tout simplement pas régulièrement mises à jour⁵⁴.

⁴⁸ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K015, 22/01/2021, 54 p.

⁴⁹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K041, 21/04/2021, 87 p.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Entretien avec un commissaire d'arrondissement, mai 2021.

⁵² Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédérale, juin 2021.

⁵³ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K037, 22/03/2021, 57 p.

⁵⁴ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K016, 22/01/2021, 50 p.

Section 2. La capacité hospitalière

Faire face à une épidémie n’implique pas nécessairement une stratégie transcendante qui s’imposerait aux autorités. Mais quelles que soient les mesures adoptées, elles doivent nécessairement poursuivre un objectif déterminé. En Belgique, cet objectif n’a pu faire le fruit d’une réflexion, ou d’un choix collectif, un choix de société, puisque les autorités ont immédiatement été « contraintes » par la capacité hospitalière. En effet, un rapport du Centre fédéral d’expertise des soins de santé (ci-après « KCE ») intitulé « Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de Covid-19 » a mis en lumière plusieurs constats interpellants. La Belgique figure pourtant parmi les pays de l’OCDE disposant du plus grand nombre de lits de soins intensifs par habitant (17,4 pour 100 000 habitants)⁵⁵. Néanmoins, cette donnée en tant que telle n’est pas en soi positive (on peut être bon parmi les mauvais, ça n’en reste pas moins insuffisant). En effet, ce qu’il importe de regarder, c’est le taux d’occupation du système hospitalier, car « Un système hospitalier avec un taux d’occupation élevé peut difficilement répondre à une augmentation imprévue du nombre de patients. »⁵⁶. Selon le KCE, en Belgique, ce taux d’occupation est de 81,8%, alors que la moyenne de l’OCDE est de 75,2%.

La capacité hospitalière s’est avérée être insuffisante, puisque d’une part, certaines prestations de soins ont dû être reportées durant les deux vagues, et d’autre part, des patients ont dû être transférés, à l’intérieur des réseaux locorégionaux lorsque cela était possible, sinon vers d’autres réseaux, et parfois même à l’étranger dans le cas d’hôpitaux liégeois⁵⁷.

Il importe également de mentionner brièvement dans cette section un autre problème rencontré par les hôpitaux, à savoir la surcharge administrative liée à l’obsolescence de la structure informatique. A l’inverse de ce qui s’est fait notamment à Singapour, la Belgique n’a pas mené une politique ambitieuse en matière de digitalisation, ce qui a représenté une importante débauche d’énergie et de temps pour le personnel médical au niveau de l’encodage et de la transmission de l’information⁵⁸.

⁵⁵ Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé, « Assessing the management of hospital surge capacity in the first wave of the covid-19 pandemic in Belgium », 18 décembre 2020, 303 p., disponible à l’adresse suivante : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_335_Surge_capacity_during_COVID-19_Belgium_Report.pdf (consulté le 15 avril 2021).

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Entretien avec un commissaire d’arrondissement, mai 2021.

⁵⁸ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K021, 05/02/2021, 43 p.

Section 3. Le personnel hospitalier

Si la quantité de lits est déterminante pour connaître la capacité de prise en charge d'un système hospitalier, elle n'est en elle-même pas suffisante. En effet, doubler ou même tripler le nombre de lits de soins intensifs n'a de sens que si le personnel hospitalier chargé de s'en occuper est suffisant. Or, les lits de soins intensifs sont très exigeants en termes de suivi par le personnel hospitalier, et ce personnel a constitué le goulot d'étranglement qui a posé le plus gros problème en termes de prise en charge de patients covid et non-covid. La création de lits de soins intensifs supplémentaires sans l'augmentation de la capacité humaine requise a également contribué à réduire le pronostic vital des patients dans la mesure où les soins intensifs sont des soins de haute qualité nécessitant du personnel hautement qualifié⁵⁹.

Le rapport du KCE mentionné précédemment est sans équivoque en ce qui concerne le facteur humain. Selon les données de 2019, un infirmier exerçant dans un service hospitalier général devait prendre en charge en moyenne 9,4 patients. Cette réalité de terrain place la Belgique parmi les pays d'Europe avec le plus grand nombre de patients par infirmier dans les hôpitaux aigus⁶⁰. Le rapport indique par ailleurs également que le nombre de médecins en activités est de 3,1 pour 1000 habitants, alors que la moyenne dans l'OCDE est de 3,5 pour 1000 habitants⁶¹. Selon une grande majorité des acteurs, le vrai problème ne s'est pas tant situé au niveau de la capacité hospitalière que du personnel hospitalier (bien qu'ils admettent également qu'augmenter à la fois le nombre de lits et de personnel eut été encore mieux).

Une enquête réalisée par l'Université d'Anvers, avec la collaboration d'associations professionnelles, a par ailleurs illustré les conséquences du rapport du KCE. Cette enquête a démontré que, toujours en octobre 2020 (durant la deuxième vague), 30% du personnel hospitalier interrogé a estimé ne pas pouvoir dispenser des soins médicaux de qualité aux patients⁶².

Par ailleurs, selon la même enquête de l'Université d'Anvers, le personnel infirmier est aussi insuffisamment formé à l'utilisation correcte du matériel de protection. Seulement 65% des

⁵⁹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K020, 05/02/2021, 31 p.

⁶⁰ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, « Assessing the management of hospital surge capacity in the first wave of the covid-19 pandemic in Belgium », 18 décembre 2020, 303 p., disponible à l'adresse suivante : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_335_Surge_capacity_during_COVID-19_Belgium_Report.pdf (consultée le 15 avril 2021).

⁶¹ Ibid.

⁶² Chambre des représentants, Présentation AUVB-UGIB-AKVB, CRIV 5 K017, 25/01/2021, 28 p.

infirmiers ont une connaissance suffisante de l'utilisation du matériel de protection⁶³. Ce chiffre descend à 46% quand on s'intéresse non plus seulement aux infirmiers mais également aux aides-soignants (« zorgverleeners »).

Il est également indispensable de souligner le rôle essentiel que les médecins-chefs ont joué au sein des hôpitaux en termes d'organisation et de coordination, mais aussi en constituant le lien principal entre le monde hospitalier et les inspecteurs d'hygiène fédéraux. Quand on sait que ceux-ci sont les représentants de la santé fédérale au niveau provincial, et qu'ils étaient de surcroît membres du comité « hospital and transport surge capacity » (« HTSC »), il est manifeste que toute cette organisation informelle a joué un rôle essentiel dans la résilience des hôpitaux⁶⁴. Toutefois, ce travail s'est fait en dépit de l'existence de toute consécration juridique du rôle important des médecins-chefs, en période de crise comme au quotidien, les mettant parfois dans une situation délicate, notamment vis-à-vis de leur direction⁶⁵.

Section 4. Les maisons de repos

En date du 23 juin 2021, 25.144 personnes sont décédées de la covid-19 en Belgique, dont 9.537 en maisons de repos, soit 38%⁶⁶. Néanmoins, de nombreux résidents de maisons de repos ne sont pas inclus dans ces chiffres, car décédés à l'hôpital. Lorsque les deux nombres sont additionnés, ce qui a été fait en juin de l'année passée, les données indiquent qu'environ 70% des décédés étaient des résidents de maisons de repos⁶⁷. Il apparaît clairement qu'une petite partie de la population a été de loin la plus touchée par le virus, et pas seulement en raison de son âge puisque la population de personnes âgées ne résidant pas en maisons de repos a été considérablement moins impactée par le virus. Cela signifie donc que les maisons de repos constituent bien « l'angle mort de la gestion de crise », comme l'indique le titre du rapport d'Amnesty International sur le sujet. La crise du covid-19 a fait émerger de nombreux problèmes au sein des maisons de repos, il nous importe d'en mentionner quelques-uns.

⁶³*Ibid.*

⁶⁴ Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021.

⁶⁵ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K021, 05/02/2021, 43 p.

⁶⁶ Sciensano, « Covid-19 : Bulletin épidémiologique du 24 juillet 2021 », 29 p., disponible à l'adresse suivante : <https://covid19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Derni%C3%A8re%20mise%20%C3%A0%20jour%20de%20la%20situation%C3%A9pid%C3%A9miologique.pdf> (consultée le 17 avril 2021).

⁶⁷ DURIEUX Sandra, « Covid-19 : près de 7 morts sur 10 sont des résidents de maison de repos », *Le Soir*, 8 juin 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://plus.lesoir.be/305588/article/2020-06-08/covid-19-pres-de-7-morts-sur-dix-sont-des-residents-de-maisons-de-repos> (consultée le 20 avril 2021).

Tout d'abord, le rapport souligne l'existence d'un large consensus pour dire que le secteur a souffert d'un manque structurel de financement depuis de nombreuses années⁶⁸. Ce constat ressort aussi des travaux parlementaires. Des chiffres de 2015 et 2017 indiquent par ailleurs que 80% des prestataires de soins ont affirmé ne pas disposer d'assez de temps pour assurer « les soins et l'attention dont les résidents ont besoin. »⁶⁹.

Ensuite, et c'est une nouvelle fois un élément qui est mentionné tant par les acteurs interrogés par Amnesty International que par les acteurs passés en commission parlementaire fédérale et régionale, le personnel des maisons de repos ne dispose pas d'une formation suffisante pour faire face aux épidémies⁷⁰. Un problème de connaissances de base en matière d'hygiène a été constaté, ainsi qu'un problème de méconnaissance des procédures d'utilisation du matériel de protection⁷¹. Ce personnel est donc également moins bien préparé pour faire face à un virus que le personnel hospitalier, et ce en dépit du caractère extrêmement à risque de leurs résidents⁷².

Enfin, il semble manifeste que les maisons de repos, et les collectivités plus généralement, soient passées inaperçues des acteurs politiques⁷³. En attestent les conditions dans lesquelles le personnel des maisons de repos a dû travailler. Si dans les hôpitaux déjà, il est évident que les EPI ont gravement manqué, dans les maisons de repos, porter un masque ou d'autres EPI constituait l'exception, et entrer dans la chambre des résidents « tout nus » – pour citer le ministre Marron – constituait la règle⁷⁴. De plus, le manque d'oxyconcentrateurs a contraint le personnel à choisir les résidents qui en bénéficieraient, les autres courant le risque de décéder par asphyxie. Il est pourtant indéniable que les autorités étaient conscientes de l'existence d'un risque accru pour les personnes âgées, comme en attestent les déclarations de la précédente ministre de la Santé en commission parlementaire santé le 28 janvier 2020⁷⁵.

⁶⁸ Amnesty International, « Les maisons de repos dans l'angle mort. Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de covid-19 en Belgique », 16 novembre 2020, 60 p., disponible à l'adresse suivante : https://www.amnesty.be/IMG/pdf/20201116_rapport_belgique_mr_mrs-3.pdf (consultée le 22 avril 2021).

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 26 (2020-2021), 02/10/2020, 76 p.

⁷¹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K018, 29/01/2021, 52 p.

⁷² Amnesty International, « Les maisons de repos dans l'angle mort. », *op. cit.*

⁷³ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K002, 21/09/2020, 16 p.

⁷⁴ MERGEN Sophie, « Crise du coronavirus dans les maisons de repos : « C'était de l'euthanasie passive. ». », *RTBF info*, 15 mai 2020, disponible à l'adresse suivante : https://www.rtbf.be/info/societe/detail_crise-du-coronavirus-dans-les-maisons-de-repos-c-était-de-l-euthanasie-passive?id=10502740 (consultée le 26 avril 2021).

⁷⁵ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV COM 095, 28/01/2021, 37 p.

Pour conclure cette section, il serait intéressant d'avoir une réflexion sur notre rapport à la vieillesse et le placement en maison de repos. En Belgique, les soins à domicile ont été sous-développés, de telle sorte que de plus en plus de personnes âgées n'ont eu d'autres choix que de se tourner vers des institutions leur étant dédiées, avec comme conséquence la création d'un point de vulnérabilité important en situation d'épidémie⁷⁶. En effet, les maisons de repos sont des structures diverses dont l'architecture n'est pas conçue pour permettre un cohortage. Ce sont également des structures souvent privatisées qui, par souci de rentabilité, sont de plus en plus grandes, avec des conséquences évidentes sur le plan du risque sanitaire lorsque des centaines de résidents vivent ensemble dans un environnement confiné⁷⁷.

Section 5. Accès à l'information

Une des difficultés les plus significatives rencontrées par les acteurs de la gestion de crise est relative à la circulation de l'information. Ce problème est apparu horizontalement entre les acteurs au niveau fédéral, mais aussi verticalement dans le processus de remontée d'informations du terrain.

Du fait de ce problème de transfert d'informations, le Centre de crise n'a pu pleinement jouer son rôle. En effet, le Comité fédéral de coordination (COFECO), organe volontairement mis en place pour occuper un niveau intermédiaire entre le politique et le CELEVAL, a été sous-utilisé, principalement du fait d'un manque « d'imputs » à traiter⁷⁸. Alors qu'il avait vocation à présenter une proposition de décision au niveau politique après consolidation des avis d'experts et d'organes d'évaluation, il en a été réduit à jouer un rôle d'implémentation sans réelle influence sur le processus décisionnel⁷⁹.

Le problème de flux d'informations entre les acteurs de la gestion de crise a également empêché le Centre de Crise National de jouer son rôle d'information vis-à-vis de ses nombreux partenaires, aux premiers rangs desquels les gouverneurs, les bourgmestres et les représentants des disciplines⁸⁰. Beaucoup ont pourtant insisté sur l'importance de l'accès à l'information dans leur travail de terrain⁸¹. Le manque d'information a également été accru par le rôle réduit du

⁷⁶ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K019, 29/01/2021, 42 p.

⁷⁷ Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 39 (2020-2021), 16/10/2020, 105 p.

⁷⁸ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K039, 26/03/2021, 27 p.

⁷⁹ Entretien avec un haut-Fonctionnaire du NCCN, avril 2021.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K015, 22/01/2021, 54p.

COFECO, car « en étant pas suffisamment associés à la préparation des décisions, [...] on est toujours un train en retard. »⁸². Ce constat est également partagé par d'autres partenaires et administrations, tels que le SPF Economie⁸³. Cette situation a aussi contribué à la perturbation des flux d'informations descendant et à l'implémentation des décisions politiques par les administrations.

Le problème ne s'est pas seulement posé en termes de flux d'informations horizontaux et « top-down », mais aussi « bottom-up ». En effet, les données du terrain ne sont pas remontées efficacement vers les différents acteurs d'évaluation et de prise de décision : « [...] quelque chose pour lequel on n'était pas prêt, c'est de pouvoir avoir un système de rapportage très efficace de la situation sur le terrain. »⁸⁴. De nombreux acteurs ont souligné l'influence décisive du manque de mobilisation de leurs données (*infra* p. 55).

Section 6. Inertie décisionnelle

A différents niveaux de la chaîne de commandement, des acteurs ont relevé un problème d'inertie décisionnelle, principalement dans certains organes fédéraux et régionaux. Pour nombre d'entre eux, différents organes, dont la tâche était d'adopter des décisions, n'ont pas assumé cette responsabilité. A titre d'exemple, le RMG n'est souvent pas parvenu à trancher les problèmes à sa charge, avec pour conséquence un renvoi à la Conférence interministérielle santé, et puis au Conseil national de sécurité. Certaines réunions du RMG ont par ailleurs rassemblé jusqu'à 50 personnes, ce qui a non seulement compliqué la prise de décision, mais a également provoqué des répétitions, puisque parmi ces 50 personnes, bon nombre étaient aussi membres d'autres organes⁸⁵. Les décisions adoptées par le RMG manquaient parfois aussi de clarté, de telle sorte que les organes décisionnels finaux (CIM, CNS) ont adopté des décisions en fonction de leur compréhension partielle des recommandations⁸⁶.

Pour pallier cette inertie décisionnelle, le gouvernement a créé sa propre structure d'information. Confronté à l'inefficacité du RMG, mais aussi du COFECO pour des raisons différentes, certains organes ont été créés avec pour seul lien à la structure d'organisation le CNS. Ça a par exemple été le cas du groupe d'experts pour la stratégie de déconfinement

⁸² Entretien avec un haut fonctionnaire du NCCN, avril 2021.

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ Entretien avec un ancien membre du cabinet de la ministre Maggie De Block, mai 2021.

⁸⁵ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K012, 04/12/2020, 54 p.

⁸⁶ Entretien avec un ancien membre du cabinet de la Ministre Maggie De Block, mai 2021.

(GEES) dont les « outputs » sont parvenus aux seuls CNS et CIM sans que les autres acteurs de la gestion de crise ne partagent de flux de communication avec cet organe⁸⁷.

C'est d'ailleurs également le mode de fonctionnement du Commissariat covid-19, un des rares changements entre la gestion de la première vague et de la deuxième vague. Le Commissariat covid-19, mis en place par le Gouvernement De Croo, a pris à sa charge trois missions : la vaccination, le testing et la « beheerstrategie ». Le commissariat a dressé une cartographie des responsabilités, et les différents organes rapportent au Commissariat, qui par après « by-pass » volontairement certains organes comme le RMG et le COFECO pour rapporter directement au CODECO, successeur du CNS. Le commissariat corona a accéléré le processus à la demande du politique qui a estimé que la structure existante ne répondait pas à ses exigences en termes de rapidité et d'informations. Le commissariat a donc « facilité la prise de décision et clarifié les rôles dans la mise en œuvre pour que les acteurs puissent être responsabilisés. »⁸⁸.

Section 7. Coordination insuffisante

Dans la partie consacrée à la planification d'urgence, nous avons eu l'occasion de mentionner les disciplines et d'aborder brièvement leur rôle en gestion de crise. A l'occasion de la pandémie de covid-19, les acteurs de terrain composant les disciplines ont constaté l'existence de deux modes de fonctionnement différents en fonction du niveau de pouvoir⁸⁹.

Au niveau fédéral, la coordination entre les disciplines a constitué un important problème. Cette coordination aurait dû être effectuée par le NCCN, et en particulier le COFECO, en tant qu'organe rassemblant en son sein les représentants des différentes disciplines. Ainsi, les représentants des disciplines peuvent faire remonter les besoins du terrain au niveau des décideurs politiques. Néanmoins, à cette occasion, le rôle réduit du COFECO a eu pour conséquence de priver les décideurs politiques du retour des acteurs de terrain représentant leur discipline. Pour certains d'entre eux, les décisions ont été adoptées dans d'autres forums sans prendre en considération leur expérience. Les acteurs de terrain ont donc dû appliquer des décisions adoptées « sans avoir une analyse globale avec les différents intervenants au niveau fédéral. »⁹⁰.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ Entretien avec un haut fonctionnaire du commissariat covid-19, juin 2021.

⁸⁹ Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 67 (2020-2021), 20/11/2020, 55 p.

⁹⁰ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K013, 08/01/2021, 25 p.

En revanche, au sein des cellules de crise provinciales, la collaboration a été bien meilleure et beaucoup plus fluide entre les disciplines, mais aussi entre les acteurs politiques. Cette collaboration a permis une réactivité plus importante au niveau des provinces et une prise de décision avec une vue d'ensemble de la situation provinciale. Par exemple, la mise en place d'un « hub » logistique au niveau provincial avec la collaboration de la protection civile et de la défense a grandement facilité la distribution du matériel. Ce modèle aurait pu être mobilisé aussi au niveau fédéral si les structures classiques de la gestion de crise avaient été utilisées⁹¹.

Section 8. Adhésion des citoyens

En période de crise, si c'est le pouvoir politique qui adopte les mesures, ce sont bel et bien les citoyens qui sont chargés de les appliquer. Du respect des mesures dépend par ailleurs l'entièreté de la stratégie du gouvernement, puisque sans adhésion de la population, les mesures ne peuvent se solder que par un échec.

En effet, des chercheurs de l'Université de Louvain ont établi une corrélation entre le sentiment que les mesures sont non seulement adéquates, mais aussi bien motivées, et l'adhésion des citoyens à ces mêmes mesures. Faire preuve de transparence au niveau du processus décisionnel est essentiel pour maintenir l'adhésion de la population⁹².

Néanmoins, nombreux sont ceux qui ont souligné l'effritement progressif de cette confiance⁹³. « Il faut qu'un organe de commandement, dans ces situations exceptionnelles, soit crédible. Ce qui a été pour moi le drame du gouvernement provisoire, c'est qu'ils n'ont jamais été crédibles. »⁹⁴. Différents sondages confirment également cette diminution de la confiance des citoyens en leurs gouvernements. En décembre 2020, sur une échelle de 1 à 10, 38% des Belges jugeaient la crédibilité du gouvernement inférieure à 5 sur 10⁹⁵. Moins de 20% des Belges accordaient alors au gouvernement 8 points de crédibilité ou plus sur 10. Un sondage plus récent

⁹¹ *Ibid.*

⁹² AJOULAT isabelle, SCHEEN Bénédicte, VANDERPLANKEN Kirsten, VAN DEN BROUCKE Stephan et VAN LOENHOUT Joris, « Tackling the covid-19 outbreak : assessing the public's risk perceptions and adherence to measures (TACOM) », *UCLouvain*, 2021, 103 p.

⁹³ « Je pense que cette communication gouvernementale a été complètement décrédibilisée. ». Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédérale.

⁹⁴ Entretien avec Lucien Bodson, mars 2021.

⁹⁵ GUILLAUME Tom, « Notre sondage : les citoyens ont davantage confiance dans les experts que dans le gouvernement », *La Libre Belgique*, 22 décembre 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.lalibre.be/belgique/politique-belge/2020/12/22/notre-sondage-les-citoyens-ont-davantage-confiance-dans-les-experts-que-dans-le-gouvernement-C2MXOWE5KZEWLBT5XDWCYI2AXQ/> (consultée le 20 avril 2021).

(juin 2021) a quant à lui montré que tout comme en juin 2020, une majorité de Belges considèrent qu'un ou plusieurs ministres auraient dû démissionner du fait de leur mauvaise gestion⁹⁶. Par conséquent, l'adhésion des citoyens a posé, et pose toujours à l'heure où nous écrivons ces lignes, un vrai problème aux autorités dans leur tentative de contrôler la propagation du virus.

Section 9. Complications juridiques

La première décision juridiquement contraignante du Gouvernement fédéral remonte au 13 mars 2020 avec le déclenchement de la phase fédérale. C'est néanmoins le second texte juridique, l'Arrêté Ministériel portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus covid-19 du 23 mars 2020, qui a posé problème tout au long de la crise. L'arrêté en question est fondé sur la loi du 15 mai 2007 relative à la sécurité civile dont l'objectif n'était indéniablement pas de devenir une base légale pour une gestion de pandémie⁹⁷.

L'absence de base juridique a notamment été problématique dans le cadre des fonctions des gouverneurs. Durant la première phase de la gestion de crise, les autorités fédérales ont pris la décision d'adopter des mesures identiques pour l'ensemble du territoire, indépendamment des particularités locales. Cette décision pose question au regard de l'AR de 2019 sur la planification d'urgence, puisque que celui-ci indique que « Lors d'une phase fédérale, le(s) gouverneur(s) concerné(s), avec le(s) bourgmestre(s) concerné(s), appuient la coordination stratégique du Ministre, sur leur territoire, par la mise en œuvre des décisions du Ministre et par la prise de décisions complémentaires qui s'imposent, en concertation avec le Ministre.⁹⁸ ». Toutefois, certains bourgmestres ont adopté des mesures particulières en dépit de l'interdiction fédérale, et les gouverneurs se sont vu confier la tâche d'intervenir, sans disposer légalement d'un quelconque pouvoir pour ce faire : « On n'a pas les outils juridiques pour casser des arrêtés de police des bourgmestres. »⁹⁹.

⁹⁶ DE DECKER Nicolas, « Sondage corona : le Belge en veut moins aux politiques, plus aux scientifiques », Le Vif, 23 juin 2021, disponible à l'adresse suivante : <https://www.levif.be/actualite/belgique/sondage-corona-le-belge-en-veut-moins-aux-politiques-plus-aux-scientifiques/article-normal-1440239.html> (consultée le 24 juin 2021).

⁹⁷ BOUHON Frédéric, JOUSTEN Andy et MINY Xavier, « Droit d'exception, une perspective de droit comparée. Belgique : entre absence d'état d'exception, pouvoirs de police et pouvoirs spéciaux », *EPRS/Service de recherche du Parlement européen*, avril 2021, 161 p.

⁹⁸ Arrêté Royal du 22 mai 2019, *op.cit.*

⁹⁹ Entretien avec un commissaire d'arrondissement, mai 2021.

Le problème s'est également posé au niveau des entités fédérées. Dans le processus de fédéralisation, le pouvoir fédéral n'a pas attribué de pouvoir de police administrative aux entités fédérées. Dès lors, en l'absence de ce pouvoir, les régions se sont retrouvées dans l'impossibilité d'adopter elles-mêmes certaines mesures, tel que le couvre-feu. « A un moment donné, le Gouvernement wallon a compris que les gouverneurs avaient un pouvoir de police, (...) tandis que le Gouvernement wallon pas. Et c'est là qu'ils se sont tournés vers les gouverneurs en disant « On veut le couvre-feu à 22h. ». »¹⁰⁰. Cette situation a mis les gouverneurs dans une situation inconfortable où ils se sont vus contraints d'adopter des mesures non pas sur la base de leur appréciation de la situation mais sur la base de celle des entités fédérées.

Enfin, un dernier exemple peut être trouvé dans l'absence de pouvoirs de décision accordés aux inspecteurs d'hygiène régionaux, en comparaison avec leurs homologues fédéraux. En effet, alors que l'inspecteur d'hygiène fédéral a le pouvoir de déclencher un plan d'urgence, de dispatcher des équipes et de gérer de sa propre initiative des problèmes touchant le secteur médical au niveau provincial, l'inspecteur d'hygiène régional doit demander l'autorisation de son pouvoir de tutelle avant de prendre une décision¹⁰¹. « Les personnes que l'AVIQ nous envoyait au début, ce n'était pas des décideurs. [Ils] n'ont pas l'aptitude à prendre certaines décisions. »¹⁰². Ce manque de pouvoir de décision a posé problème dans la mesure où la situation, notamment dans les maisons de repos, appelait parfois à des décisions immédiates.

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 39 (2020-2021), 16/10/2020, 105 p.

¹⁰² Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021.

Chapitre 3. Les phénomènes à l'origine des difficultés

Section 1. « Not a pandemic, a syndemic. »¹⁰³

Le premier phénomène qu'il importe de mentionner est relatif aux caractéristiques de la société dans laquelle s'enracine la crise. En l'espèce, notre société occidentale du XXI^{ème} siècle est caractérisée par la prévalence des maladies chroniques. Or, les données sur la covid-19 indiquent que sa létalité augmente proportionnellement aux comorbidités du patient. Avoir des hôpitaux remplis de patients souffrant de maladies chroniques (cardio-vasculaires, respiratoires, diabète, ...) est toutefois le fruit d'un mode de vie pouvant faire l'objet d'une réflexion collective. Etant donné que notre stratégie de gestion du virus a reposé sur la capacité des soins intensifs, on peut légitimement se questionner quant à l'influence de la prévalence de toutes ces maladies chroniques sur la capacité hospitalière, et partant, le nombre de décès.

A cet égard, il est par exemple intéressant de constater que l'Afrique en tant que continent a été moins touchée par la covid-19 que les continents européen et nord-américain, alors même que les infrastructures de soins de santé de certains pays africains sont jugées « inférieures » aux standards occidentaux. Selon Jean-Jacques Muyembe, un des principaux facteurs responsables du faible taux de létalité du covid-19 au Congo réside justement dans la plus faible prévalence des maladies chroniques dans son pays¹⁰⁴. Par ailleurs, il est interpellant de noter que le pays au mode de vie le plus occidental du continent, l'Afrique du Sud, totalise à lui seul plus de la moitié des décès du covid-19 sur le continent africain (en date du 25/11/2020)¹⁰⁵.

Si l'étendue de l'impact de la prévalence des maladies chroniques dans nos sociétés nécessite des recherches approfondies, et sort du cadre de ce travail, son existence est, selon Richard Horton, indéniable¹⁰⁶. Et dans la mesure où les classes sociales défavorisées sont également celles dans lesquelles on retrouve le plus de maladies chroniques (le phénomène du « gradiant social de santé »),¹⁰⁷ un lien apparaît très rapidement entre inégalités sociales et augmentation de la probabilité de décéder du covid-19 dans les pays occidentaux.

¹⁰³ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K006, 16/11/2020, 21 p.

¹⁰⁴ BRAECKMAN Colette, « Coronavirus au Congo : « On attendait un tsunami, on a eu une pandémie douce. ». », *Le Soir*, 26 mars 2021, disponible à l'adresse suivante : <https://plus.lesoir.be/363155/article/2021-03-26/coronavirus-au-congo-attendait-un-tsunami-eu-une-pandemie-douce> (consultée le 25 avril 2021).

¹⁰⁵ HERARD Pascal, « Covid-19 : Pourquoi l'Afrique est le continent le moins touché par l'épidémie ? », *TV5Monde*, 25 novembre 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://information.tv5monde.com/afrique/covid-19-pourquoi-l-afrigue-est-le-continent-le-moins-touche-par-l-epidemie-384130> (consultée le 25 avril 2021).

¹⁰⁶ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K006, 16/11/2020, 21 p.

¹⁰⁷ DEBIEVE Hélène, LAJARGE Eric, NICOLLET Zhour, et PIOU Soazig, « L'émergence du risque sanitaire et la gestion des crises sanitaires », *Santé Publique*, 2017, pp. 149-162.

Section 2. Financement des soins de santé en décalage avec les besoins

Le Gouvernement fédéral s'est défendu à plusieurs reprises d'avoir réduit les dépenses fédérales des soins de santé. En effet, les dépenses sont passées de 23,8 milliards d'euros en 2015 à 27,5 en 2020¹⁰⁸. Néanmoins, depuis de nombreuses années, la réalité de terrain dans le domaine des soins de santé est caractérisée par une médecine qui coûte de plus en plus cher et une augmentation du nombre de patients avec une proportion de malades toujours plus importante au sein de la population. Selon Lucien Bodson, médecin urgentiste retraité et ancien coordinateur du plan d'urgence au CHU de Liège, « Le nombre de patients grimpe en permanence. [...]. En parallèle, on aurait dû prévoir que ça allait nécessiter non pas une diminution mais une augmentation du personnel. [...]. On a mis de moins de moins de moyens à la disposition de la santé alors qu'il en fallait de plus en plus. »¹⁰⁹. Ce constat est partagé par de nombreux acteurs de terrain¹¹⁰. Alors que le Bureau du plan estimait à 2,5% la croissance annuelle du budget de la Santé nécessaire pour suivre l'augmentation des coûts, cette norme de croissance a été réduite à 1,5% en 2015¹¹¹, première année du Gouvernement Michel I^{er}. Ce sont donc environ 200 millions d'euros qui auraient dû être ajoutés chaque année au budget Santé fédéral, près d'un milliard d'euros sur toute la législature du Gouvernement Michel I^{er}.

Notons également que si le Gouvernement fédéral a bien adopté une mesure de refinancement avec le fond « blouse blanche », celui-ci arrive au plus mauvais moment pour atteindre l'objectif premier, c'est-à-dire engager du personnel. En effet, une bonne partie du fond blouse blanche (la moitié selon certains acteurs du milieu hospitalier) a été utilisée pour couvrir les pertes des hôpitaux liées au covid et rémunérer les médecins, puisque l'arrêt des activités d'une partie importante du personnel hospitalier a durement impacté les finances des hôpitaux¹¹². Quand on sait de surcroit qu'avant la crise, un hôpital sur trois était déjà dans le rouge financièrement, selon Yves Smeets, « à cause d'un sous financement structurel des hôpitaux. »¹¹³, le fond blouse blanche apparaît insuffisant.

¹⁰⁸ JORIS Quentin, « A-t-on trop sabré dans les soins de santé ? », *L'Echo*, 27 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.lecho.be/dossiers/coronavirus/a-t-on-trop-sabre-dans-les-soins-de-sante/10217313.html>? (consultée le 26 avril 2021).

¹⁰⁹ Entretien avec Lucien Bodson, mars 2021.

¹¹⁰ Notamment Sophie Quoilin : « Le secteur de la santé publique souffre d'un manque d'investissement. Nous travaillons à personnel réduit et les personnes qui partent ne sont pas remplacées. ». Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K003, 25/09/2020, 52 p.

¹¹¹ JORIS Quentin, « A-t-on trop sabré dans les soins de santé ? », *op. cit.*

¹¹² Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 40 (2020-2021), 23/10/2020, 85 p.

¹¹³ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K018, 29/01/2021, 52 p.

Section 3. La planification d'urgence en option

La planification d'urgence n'est que très rarement la tâche d'experts en planification qui doivent y consacrer tout leur temps. Souvent, c'est la tâche de personnes qui sont amenées à être des experts en gestion de crise parce que leur fonction les place au cœur de l'action, mais dont la planification n'est pas érigée en priorité absolue par leur responsable. La planification n'est donc qu'une tâche parmi d'autres, ne faisant l'objet d'une attention particulière qu'après la réalisation de tout ce qui est plus urgent. Pour certains acteurs, il n'est pas précisé quelle proportion de leur emploi du temps doit être consacrée à la planification. Néanmoins, toutes leurs autres tâches doivent être réalisées en temps et en heure. En réalité, l'investissement de certains dans le processus de planification est proportionnel à la charge de travail qui leur est imposée dans leurs autres domaines de compétence : « On nous demande de consacrer du temps, mais ça peut-être 1% ou ça peut-être 40%. »¹¹⁴. En l'absence de définition claire du temps qui doit être consacré à la planification, la priorisation des tâches est telle que la planification arrive en bas des priorités.

D'après Piet Vanthemsche, qui a dirigé l'équipe ayant rédigé le plan pandémie grippale de 2006, ce qu'il était nécessaire de faire, c'est un plan générique définissant les structures et l'organisation des acteurs en période de crise, et qui soit adaptable à tous types de pandémie¹¹⁵. C'est également l'intention du NCCN qui travaillait déjà activement sur une réforme identique du plan d'urgence fédéral avant la crise et devrait continuer dans cette direction après¹¹⁶.

Section 4. Une planification d'urgence focalisée sur les crises de courtes durées

Une des principales caractéristiques de cette crise, et qui la différencie aussi des crises auxquelles l'Etat a déjà été confronté par le passé, c'est l'inscription de la crise dans la durée. De nombreux acteurs ont souligné le manque de préparation à la crise longue¹¹⁷ « On n'était pas préparé à travailler sur une durée pareille. On n'a jamais été confronté à une crise aussi longue. Et en exercice, qu'est-ce qu'on a déjà fait ? Des exercices de 48h. Mais ce n'est rien du tout. Ici ça fait plus d'un an qu'on est dedans. »¹¹⁸. L'expérience la plus récente en matière de gestion de crise fédérale remonte aux événements terroristes du 22 mars 2016. L'emphase a donc assez logiquement été mise sur les risques provoquant des crises de très forte intensité

¹¹⁴ Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021.

¹¹⁵ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K007, 20/11/2020, 24 p.

¹¹⁶ Entretien avec un haut fonctionnaire du NCCN, avril 2021.

¹¹⁷ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K022, 12/02/2021, 22 p.

¹¹⁸ Entretien avec un commissaire d'arrondissement, mai 2021.

mais de très courte durée. Il est d'ailleurs assez significatif que dans l'urgence du début de crise, les autorités politiques aient décidé de mettre place comme organe de commandement le CNS. C'est en effet ce dernier qui avait été mobilisé pour la crise du 22 mars 2016, mais il s'agit d'un organe qui, comme mentionné précédemment, n'a pas pour vocation la gestion de crise en elle-même, et qui, de plus, est clairement focalisé sur le domaine sécuritaire.

Il est aussi à noter que les précédentes pandémies auxquelles la planète a été confrontée (Sras-cov-1, H1N1 et H5N1) n'ont pas eu des conséquences aussi importantes sur la Belgique que la covid-19. Dès lors, il n'y a pas eu de volonté en Belgique d'investir le champ de la préparation à d'autres pandémies¹¹⁹. S'il y a bien eu le plan pandémie influenza de 2006, celui-ci est relativement superficiel et repose en grande partie sur la possibilité d'administrer des antiviraux et de disposer rapidement d'un vaccin. Il semble davantage correspondre à ce que Clarke appelle un « fantasy document », c'est-à-dire un document inabouti dont le principal objectif n'est pas tant la préparation efficace à une crise mais plutôt de rassurer la population en lui donnant l'impression que tout est sous contrôle¹²⁰.

Un des phénomènes illustrant le manque de prise en compte des crises longues est celui de l'attrition au sein des organes de décisions mais aussi des acteurs de terrain¹²¹. Au niveau des organes de décision et d'évaluation, il a en effet été nécessaire de faire appel à de nombreuses personnes, fonctionnaires ou experts, dont la fonction principale n'est pas la gestion de crise. Aucun statut n'a cependant été prévu pour ces experts qui se sont retrouvés entre deux tâches¹²². Certains ont remis leur tablier, ce qui a évidemment posé problème aux autorités qui ont dû se tourner vers d'autres experts. Au niveau des administrations, certains services se sont retrouvés presque vides (il est vrai que certains l'étaient déjà au départ). Par exemple, la cellule de surveillance épidémiologique de l'AVIQ a perdu la moitié de ses effectifs dès le début de la crise (c'est-à-dire une personne)¹²³. Les inspecteurs d'hygiène fédéraux ont également dû composer avec des défections au plus mauvais moment¹²⁴.

¹¹⁹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K029, 08/03/2021, 28 p.

¹²⁰ CLARKE Lee, *Mission improbable: Using fantasy documents to tame disaster*, Chicago, University of Chicago Press, 2001, 225 p.

¹²¹ Entretien avec un ancien membre du cabinet de la Ministre Maggie De Block, juin 2021.

¹²² Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K012, 04/12/2020, 54 p.

¹²³ Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021.

¹²⁴ *Ibid.*

Sur le terrain, l'attrition est principalement le fruit d'un tout autre phénomène. S'il est également vrai que certains effectifs étaient déjà incomplets avant le déclenchement de la crise, notamment au niveau des hôpitaux et des maisons de repos, la maladie a sensiblement accentué le problème. Ainsi, de nombreux professionnels ont dû cesser leurs activités pendant la durée de l'infection, et certains, qui en avaient la possibilité, ont continué à travailler malades¹²⁵. L'attrition est également la conséquence d'une souffrance psychologique engendrant « burnouts », troubles de l'anxiété et autres dépressions¹²⁶. Il s'agit d'un personnel qui n'était pas préparé et a dû travailler sans relâche pendant des mois. Pour nombre d'entre eux, la covid-19 a souvent été l'expérience la plus traumatisante de leur carrière.

Section 5. Une structure de gestion de crise obsolète

Tel qu'évoqué dans les parties précédentes, la structure de gestion de crise fédérale est plutôt ancienne, puisqu'elle remonte à 2003. Un exemple de problème posé par l'obsolescence du plan qui a émergé au fil du temps, et qui existe toujours aujourd'hui, est relatif aux organes eux-mêmes. Sur la base de l'expérience acquise au NCCN, les experts en planification ont constaté que prévoir directement une consolidation des informations dans la cellule où sont réunis les ministres, la cellule de gestion, est « utopique »¹²⁷. C'est ainsi qu'est né le Comité fédéral de coordination (COFECO), et qu'une place a dû lui être accordée dans la structure de gestion de crise, non sans accroche, comme nous l'avons vu *supra* (Partie II, Chapitre 1, Sections 5 et 6). Cet organe aurait dû avoir pour fonction de gérer les différents « inputs » pour monter au niveau politique avec une proposition consolidée tenant compte de l'évaluation du risque, de son éventuel impact, mais aussi des besoins en communication évalués par la cellule d'information.

Section 6. Manque d'anticipation

C'est en date du 30 janvier 2020 que l'OMS a déclenché l'alarme sanitaire internationale¹²⁸. Le déclenchement de cette alarme indique que la menace est désormais imminente pour tous les Etats du monde, et qu'il est temps de commencer à se préparer pour une crise sanitaire, si ce

¹²⁵ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K017, 25/01/2021, 49 p.

¹²⁶ *Ibid.*

¹²⁷ Entretien avec un haut fonctionnaire du NCCN, avril 2021.

¹²⁸ Organisation mondiale de la Santé, « Déclaration sur la deuxième réunion du comité d'urgence du Règlement Sanitaire International (2005) concernant la flambée du nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV) », Genève, 30 janvier 2020, disponible à l'adresse suivante : [https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (consultée le 27 avril 2021).

n'est pas déjà fait¹²⁹. A ce moment-là, il était encore temps d'adopter toute une série de mesures pour anticiper l'arrivée du virus et minimiser l'impact de notre manque de préparation. Cependant, une forme de sous-estimation est apparue chez certains décideurs politiques alors en charge de la gestion de l'épidémie¹³⁰. En conséquence, alors même que les autorités italiennes perdaient le contrôle de la situation, en Belgique ont eu lieu le salon Batibouw mais aussi la Foire du livre, malgré les risques inhérents à ces rassemblements de masses. De nombreuses personnes sont également rentrées de zone rouge sans faire l'objet du moindre contrôle, test ou suivi¹³¹. Et alors même que les autorités avaient connaissance d'un problème de stock stratégique, une première commande fédérale de masques n'a été passée que début mars¹³². Malgré les recommandations du NCCN dès la fin janvier, le SPF Santé a estimé qu'il n'était pas nécessaire de monter la gestion à un niveau supérieur¹³³. Le 26 février encore, le SPF Santé n'était toujours pas en faveur d'une réunion de coordination au sein du NCCN, et ce en dépit de la détérioration de la situation¹³⁴.

Cette anticipation a aussi été rendue impossible par le rôle prépondérant du SPF Santé qui s'est avéré incapable d'envisager toutes les réactions possibles et potentiellement nécessaires. En effet, le NCCN a interrogé dès le mois de février le SPF Santé sur les mesures qui seraient adoptées si on détectait des cas de contaminations dans une école. La réponse du SPF Santé a été aussi spontanée que l'étonnement suscité par la question : « On ne ferme pas une école en cas de grippe, donc on ne le fera pas en cas de covid-19. »¹³⁵. Cet exemple illustre bien le fonctionnement cognitif problématique des principaux gestionnaires du moment.

Certains acteurs ont souligné l'importance des expériences passées dans la mauvaise appréciation du danger. Ainsi, l'expérience du Sras-CoV-1, mais aussi d'H5N1, auraient laissé les autorités imaginer que le danger resterait localisé en Asie et que l'adoption de mesures préventives serait, dès lors, une dépense inutile¹³⁶. Il est par ailleurs significatif que les États les mieux préparés aient été les Etats les plus sévèrement touchés par les épidémies précédentes¹³⁷.

¹²⁹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K001, 18/09/2020, 33 p.

¹³⁰ DEGOMME Olivier, HE Rongxin, MAO Ying, ZHANG Jun et ZHANG Wei-Hong, « Preparadness and Responses faced during the COVID-19 Pandemic in Belgium: An Observational Study and Using the National Open Data », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 30 octobre 2020, pp. 1-14.

¹³¹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K001, 18/09/2020, 33 p.

¹³² Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K012, 04/12/2020, 54 p.

¹³³ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K039, 26/03/2021, 27 p.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ Entretien avec un haut fonctionnaire du NCCN, avril 2021.

¹³⁶ Entretien avec Lucien Bodson, mars 2021.

¹³⁷ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K041, 21/04/2021, 87 p.

Section 7. Culture du risque superficielle

Malgré les nombreuses crises auxquelles la Belgique a déjà été confrontée (Dioxine, H1N1, ...), de nombreux acteurs s'accordent à dire que la culture du risque en Belgique est défaillante ; les sous-sections suivantes lui sont consacrées.

Sous-section 7.1. Pas tous concernés par la gestion du risque

Personne ne doute aujourd’hui de l’existence du risque de pandémie, et de son caractère toujours plus menaçant. Pourtant, une absence patente de culture du risque est apparue au niveau des entités fédérées et de leurs administrations. Les experts de la gestion de crise constituent un réseau de personnes et d’organisations qui ont développé des relations étroites et une connaissance mutuelle de leurs fonctions respectives. Les entités fédérées ne se sont toutefois pas intégrées à ce réseau d’expertise en plusieurs décennies d’existence, et ce en dépit de la 6^{ème} réforme de l’Etat de 2013 qui a sensiblement accru le nombre de compétences des entités fédérées, en ce compris des compétences qui impliquent une analyse du risque permanente. A titre d’exemple, Gilles Mathieu, Gouverneur du Brabant Wallon, a souligné la méconnaissance par l’AVIQ du rôle des gouverneurs¹³⁸, une expérience aussi partagée par un des acteurs interrogés : « La première fois que j’ai eu une réunion avec l’AVIQ, je ne savais même pas qui étaient ces gens-là. Je ne connaissais pas leurs missions, et eux ne connaissaient pas les nôtres. Aucune culture de gestion de crise à leur niveau ! »¹³⁹.

L’AVIQ n’est pas la seule administration qui témoigne du manque de culture du risque au sein des entités fédérées, car le grand absent de la gestion de crise covid-19, aux yeux de plusieurs acteurs, c’est le Centre Régional de Crise Wallon¹⁴⁰. Ce ne sont pas seulement les acteurs qui en témoignent. Le seul fait que le Centre soit vraisemblablement le seul acteur à ne pas avoir été convié aux travaux de la commission covid régionale, ou même fédérale, en dit long sur la perception de son implication durant la crise. Par le passé, un inspecteur d’hygiène fédéral interrogé avait déjà eu l’occasion de constater l’inexistence d’un lien entre le Centre Régional de Crise Wallon et l’AVIQ à l’occasion d’une réunion avec les principaux intéressés¹⁴¹. Par ailleurs, son existence même n’est pas consacrée juridiquement¹⁴². Rien qu’à travers ces

¹³⁸ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K016, 22/01/2021, 50 p.

¹³⁹ Entretien avec un commissaire d’arrondissement, mai 2021.

¹⁴⁰ Entretien avec un inspecteur d’hygiène fédéral, juin 2021. + entretien avec un commissaire d’arrondissement, mai 2021.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 162 (2019-2020), 31/08/2020, 45 p.

considérations, on comprend que le Centre Régional de Crise Wallon aurait difficilement pu jouer un quelconque rôle durant la crise covid-19.

Section 7.2. Manque d'investissements dans certaines structures

Une illustration du manque d'investissement apparaît au niveau de la cellule de surveillance épidémiologique de l'AVIQ. En début de crise, la cellule n'était composée que de 2 personnes (et rapidement la cellule a été réduite à une personne)¹⁴³. C'est notamment pour cette raison qu'un « contact tracing » étendu n'a pas été possible dans les premières semaines de l'épidémie¹⁴⁴. En effet, la décision a été prise de ne pas tester les personnes revenant des deux régions italiennes à risque (la Vénétie et la Lombardie) mais seulement des villages les plus touchés. Lorsque les deux régions ont été ajoutées dans leur entièreté, la capacité de « tracing » régional a périclité, comme en a attesté au Parlement la présidente du RAG, Sophie Quoilin.¹⁴⁵

La sous-capacité de l'AVIQ l'a également empêché de jouer son rôle notamment au niveau des maisons de repos. Un accord a en effet été assez rapidement conclu avec les provinces pour que ces dernières se retrouvent en charge de la gestion des clusters (plus de 10 infections) dans les maisons de repos. En mai 2021, l'AVIQ n'avait toujours pas repris en charge les clusters dans les maisons de repos¹⁴⁶.

Le manque d'investissement s'est aussi fait ressentir au niveau des inspecteurs d'hygiène fédéraux. Alors que le nombre théorique d'inspecteurs d'hygiène fédéraux est fixé à 10 (1 par province), ils n'étaient que 7 au déclenchement de la crise, et se sont assez rapidement retrouvés à 4 pour différentes raisons. Ne pas disposer de l'interlocuteur habituel (l'inspecteur d'hygiène) a notamment constitué une grosse difficulté pour de nombreux acteurs, et en particulier pour les gouverneurs concernés¹⁴⁷.

Section 7.3. Manque de formation à la gestion de crise

Pour assurer une bonne coordination et collaboration des acteurs de la gestion de crise, il est nécessaire qu'ils aient développé autour d'eux un réseau et une connaissance des réactions à adopter en situation de crise. A cette fin, les exercices peuvent constituer un excellent outil afin

¹⁴³ Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 13 (2020-2021), 25/09/2020, 100 p.

¹⁴⁴ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K003, 25/09/2020, 52 p.

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ Entretien avec un commissaire d'arrondissement, mai 2021.

¹⁴⁷ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K016, 22/01/2021, 50 p.

de relier des acteurs qui, dans l'exercice normal de leur profession, ne seraient pas amenés à travailler ensemble¹⁴⁸. Néanmoins, comme l'a expliqué le Directeur Général du NCCN, Bart Raeymackers, la mise en place de formations pour ces acteurs laisse à désirer, principalement à cause d'un financement insuffisant¹⁴⁹. Dans la mesure où les acteurs ont tendance à appliquer en gestion de crise ce qu'ils font au quotidien, nombreux sont ceux qui sont restés séparés les uns des autres, fonctionnant chacun en silos non-communicants, et ont eu besoin d'un temps précieux pour commencer à travailler ensemble¹⁵⁰.

Section 7.4. Manque de culture d'apprentissage

Toute crise arrive un jour à sa fin. Il importe alors d'en tirer les leçons afin d'être mieux préparé dans l'optique d'une nouvelle crise. C'est d'autant plus vrai dans le cas de la pandémie, un risque dont on sait qu'il est probable qu'il se réalise de façon plus récurrente à l'avenir, principalement du fait de l'activité humaine. Certains acteurs ont toutefois souligné un manque d'intérêt des pouvoirs publics pour l'étude des crises et des leçons que l'on peut en tirer : « Je vois très bien à notre niveau, en dehors de la pandémie, tout le processus d'évaluation, de débriefing, [...] ça aboutit toujours à la même chose ; un beau rapport, très intéressant, et puis toute l'énergie a été dépensée. [...]. Est-ce que les organisations et les processus s'en trouvent enrichis ? Peu. »¹⁵¹.

Des travaux scientifiques réalisés à l'issue de la crise H1N1¹⁵² étaient par ailleurs déjà arrivés à des conclusions similaires à celles de notre travail, notamment en ce qui concerne la transparence du processus décisionnel (*c.f. infra* section 15) et la consultation des acteurs locaux (*c.f. infra* section 12). Dans la mesure où l'apprentissage est lacunaire, les mêmes erreurs sont appelées à se reproduire indéfiniment.

Section 8. Problème de définition des rôles

La création de certains organes non prévus par la planification d'urgence classique pose la question des rôles qui leur sont confiés. De plus, il existe aussi différents organes dont

¹⁴⁸ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K013, 08/01/2021, 25 p.

¹⁴⁹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K024, 22/02/2021, 40 p.

¹⁵⁰ Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021. + entretien avec un commissaire d'arrondissement, mai 2021.

¹⁵¹ Entretien avec un commissaire d'arrondissement, mai 2021.

¹⁵² CHEVENIERE Cédric, ROSSIGNOL Nicolas et THOREAU François, « Action publique et responsabilité gouvernementale : la gestion de la grippe A(H1N1) en 2009 », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2012/13, n° 2138-2139, pp. 1-61.

l'existence était prévue (RAG et RMG) mais pas l'interaction avec les organes multidisciplinaires classiques¹⁵³. Ce problème de définition des rôles a engendré des répétitions et est en partie responsable de l'inertie décisionnelle¹⁵⁴. C'est un problème très clairement identifié par certaines personnes interrogées : « [Pendant] la première vague [...] ce n'était pas clair quel organe faisait quoi, qui était compétent pour quoi, et surtout, à qui chaque organe devait répondre. »¹⁵⁵. Certains acteurs ont par ailleurs dû attendre le 22 mars, soit 3 bonnes semaines après le début de la crise, pour recevoir un organigramme avec les différents acteurs actifs dans la structure de gestion de crise¹⁵⁶.

Le passage du temps a eu pour conséquence l'élimination naturelle (informelle) de certains organes dans le processus décisionnel¹⁵⁷. Le sentiment global, c'est que les organes qui ne sont pas parvenus à se faire une place grâce à la qualité de leur contribution ont été progressivement négligés par leurs partenaires. Ça a notamment été le cas du COFECO, pour des raisons diverses en fonction de l'acteur auquel on pose la question, mais aussi du RMG, qui s'est progressivement transformé en organe de discussion plutôt qu'en organe de décision¹⁵⁸.

Certains organes ont eu du mal à jouer leur rôle, étant donné que la mission leur ayant été attribuée n'était pas suffisamment claire. C'est évidemment le cas du RMG et du COFECO, mais aussi du GEES et du comité scientifique coronavirus¹⁵⁹. Ainsi, les experts se sont retrouvés dans une situation où ils ne savaient pas vraiment ce qui était attendu d'eux et de quelles questions ils devaient se saisir¹⁶⁰. Pour Erica Vlieghe, simultanément membre du CELEVAL et du GEES, la répartition des tâches entre ces deux organes n'était pas claire, faute de l'attribution d'un mandat précis de la part des autorités¹⁶¹.

Section 9. Double chaîne de commandement

Une des singularités de la gestion de la pandémie de covid-19 en Belgique a été la coexistence de deux chaînes de commandement. Durant les mois de janvier et février, c'est au SPF Santé, et à ses organes (RAG, RMG) qu'est revenue la responsabilité d'adopter des mesures de gestion

¹⁵³ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K040, 19/04/2021, 22 p.

¹⁵⁴ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K035, 19/03/2021, 59 p.

¹⁵⁵ Entretien avec un haut fonctionnaire du NCCN, avril 2021.

¹⁵⁶ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K014, 15/01/2021, 33 p.

¹⁵⁷ Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021.

¹⁵⁸ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K004, 09/10/2020, 26 p.

¹⁵⁹ *Ibid.*

¹⁶⁰ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K012, 04/12/2020, 54 p.

¹⁶¹ *Ibid.*

de l'épidémie. Il a été nécessaire d'attendre le 13 mars 2020, et le déclenchement de la phase fédérale prévue dans le plan d'urgence fédéral de 2003¹⁶², pour que la gestion de crise devienne davantage multidisciplinaire, avec l'activation de la structure classique de gestion de crise (*infra* p. 21). Cependant, après le 13 mars, les deux chaînes de commandement n'ont pas fusionné, et la crise a donc été gérée par deux chaînes de commandement distinctes avec leurs propres logiques de fonctionnement et expertise de crise¹⁶³. La crise sanitaire a donc constitué une exception à la règle selon laquelle c'est l'Intérieur qui prend en charge la gestion de crise.

Pour certains, cette double chaîne de commandement est le fait de la méconnaissance des structures de crise classiques dans le chef des principaux acteurs politiques¹⁶⁴. Néanmoins, d'autres acteurs voient dans la gestion monodisciplinaire (D2) de la crise une volonté des acteurs de la santé de conserver les responsabilités parce que c'est du sanitaire, et donc en un sens, leur prérogative¹⁶⁵.

Section 10. Fédéralisation de l'Etat (6^{ème} réforme)

La répartition des compétences avec la sixième réforme de l'Etat, notamment en matière de santé, n'a pas été prise en compte dans le processus de planification d'urgence. En période de gestion de crise, un élément qui est ressorti à plusieurs reprises est la difficulté de savoir qui est compétent pour quoi¹⁶⁶. Au niveau des acteurs de terrain, il a été souvent difficile de déterminer quel pouvoir est compétent dans quel domaine pour savoir qui contacter pour faire bouger les choses¹⁶⁷ : « On ne savait pas sur quel bouton pousser. Et quand on trouvait le bouton, il fallait déterminer qui était compétent pour voir qui avait le droit de pousser sur le bouton. »¹⁶⁸. Cette difficulté à déterminer qui est compétent a également lourdement impacté les réunions de la conférence interministérielle de la santé, où, selon la ministre Maggie De Block elle-même, énormément de temps a été perdu à cet effet¹⁶⁹.

La division des compétences entre plusieurs autorités a aussi posé un problème d'unité de la chaîne de commandement et de cohérence dans le processus décisionnel : « En raison de la

¹⁶² Arrêté Ministériel du 13 mars 2020 portant déclenchement de la phase fédérale concernant la coordination et la gestion de crise <coronavirus> covid-19 (M.B. du 13 mars 2020).

¹⁶³ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K016, 22/01/2021, 50 p.

¹⁶⁴ Entretien avec un haut fonctionnaire du NCCN, avril 2021.

¹⁶⁵ Entretien avec un commissaire d'arrondissement, mai 2021.

¹⁶⁶ Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 2 (2020-2021), 11/09/2020, 85 p.

¹⁶⁷ Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 26 (2020-2021), 02/10/2020, 76 p.

¹⁶⁸ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K018, 29/01/2021, 52 p.

¹⁶⁹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV COM 095, 28/01/2021, 37 p.

multiplicité des personnalités politiques en charge de la santé dans notre pays, on n'avait finalement, pendant ces premières longues semaines, [...], pas de leadership d'un point de vue ministre de la santé. »¹⁷⁰. La coordination fédérale, réalisée au sein du Comité fédéral de concertation, n'a pu être qu'une coordination « soft ». Durant toute la crise, les acteurs au niveau fédéral ont constaté que « dans certains secteurs, des décisions sont prises à part, comme dans l'enseignement tout comme dans le secteur des soins de santé. [...]. Le comité de concertation n'a pas toujours la possibilité de lier tous les domaines politiques et toutes les compétences dans ses décisions. »¹⁷¹.

Le morcellement des compétences en matière de santé a aussi eu pour conséquence une représentation de chaque entité au sein des organes de décisions, toutes les entités ayant envoyé quelqu'un dans ces différents organes. Par exemple, le RMG s'est retrouvé composé de dizaines de personnes (une cinquantaine) alors qu'il avait vocation à prendre des décisions rapidement. Ce nombre de participants a joué un rôle important dans l'inertie décisionnelle et la structuration des flux de communications¹⁷².

Une des clés d'explication pourrait aussi être un manque de confiance mutuelle¹⁷³. En effet, chaque autorité a voulu reposer sur ses propres rapports et a donc envoyé un représentant plutôt que de faire confiance au rapport d'un autre acteur. Il aurait par exemple été possible de désigner un « hub » où concentrer toutes les données, informations et rapports afin que tout le monde puisse travailler sur la même base d'information et accéder aux ressources pertinentes.

Section 11. Des acteurs de terrain sous-utilisés

Durant la pandémie, et en particulier les premiers mois, de nombreux acteurs ont souligné ne pas avoir été suffisamment consultés. Ça a principalement été le cas des acteurs de la santé dont la représentation dans les organes de gestion a été quasi inexistante¹⁷⁴. Il est par ailleurs interpellant de noter que le secteur médical considère que le manque de concertation n'est pas un phénomène inhérent à la crise du covid-19, mais au contraire récurrent depuis de nombreuses années¹⁷⁵. Ces acteurs de terrain, en ce compris les inspecteurs d'hygiènes, ont pu, pour certains

¹⁷⁰ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K008, 20/11/2020, 37 p.

¹⁷¹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K030, 10/03/2021, 50 p.

¹⁷² Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K012, 04/12/2020, 54 p.

¹⁷³ Entretien avec un ancien membre du cabinet de la Ministre Maggie De Block, juin 2021.

¹⁷⁴ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K015, 22/01/2021, 54 p.

¹⁷⁵ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K017, 25/01/2021, 49 p.

d'entre eux, compenser le manque de mobilisation de leurs « inputs » par leur présence au sein du comité HTSC¹⁷⁶. Le rapport du KCE sur le fonctionnement du comité HTSC a en effet mis en lumière le rôle déterminant (mais perfectible) qu'a joué le comité HTSC pour répondre aux besoins du terrain, notamment en ce qui concerne les transferts de patients¹⁷⁷.

La sous-utilisation des acteurs de terrain est aussi manifeste au niveau de la communication. Ils ont été nombreux à souligner la perte de crédibilité des messages diffusés par les différents gouvernements et autorités politiques centrales¹⁷⁸. Toutefois, ceux qui conservent généralement un niveau de confiance important sont les acteurs locaux, de proximité, c'est-à-dire les bourgmestres, échevins ou encore médecins généralistes. Ces derniers ont insuffisamment été mobilisés pour apporter du crédit au message des autorités fédérales et régionales, notamment parce qu'eux-mêmes n'ont pas reçu de fondement aux décisions prises leur permettant de jouer un rôle d'information¹⁷⁹.

Section 12. Une communication défaillante

Gérer une crise, ce n'est pas seulement adopter des mesures, c'est aussi communiquer à l'attention du public et des acteurs en respectant un principe fondamental, « c'est celui qui gère qui communique ». En situation classique de gestion de crise, c'est donc la cellule d'information mise en place au sein du NCCN qui est sensée gérer la communication dans la mesure où le SPF Intérieur doit prendre la direction des opérations. La covid-19 a néanmoins fait apparaître toute une série d'autres communicateurs : le SPF Santé, les différents experts (mandatés ou non par le gouvernement), les ministres ou encore les gouvernements des entités fédérées. Pour le public et les acteurs de terrain, l'existence de nombreux communicants et de canaux de communication a sensiblement compliqué l'accès à l'information et la compréhension de celle-ci.

La présence de nombreux experts dans la sphère médiatique a également posé problème au niveau de la coordination des messages transmis à la population. A travers leur multiplicité et l'absence de devoir de réserve, lié à leur rôle de conseil auprès des autorités, les différents

¹⁷⁶ Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021.

¹⁷⁷ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, « Assessing the management of hospital surge capacity in the first wave of the covid-19 pandemic in Belgium », 18 décembre 2020, 303 p., disponible à l'adresse suivante : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_335_Surge_capacity_during_COVID-19_Belgium_Report.pdf (consultée le 15 avril 2021).

¹⁷⁸ Voir *supra* section 12.

¹⁷⁹ Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021.

experts ont compliqué l'uniformisation du message à l'attention de la population¹⁸⁰. Les citoyens ont donc non seulement été confrontés à une multiplicité de messages différents émanant d'acteurs politique différents, mais aussi d'experts différents.

Le rôle des médias n'est pas non plus à sous-estimer dans le façonnage de l'opinion publique et la propagation d'un climat d'anxiété tantôt plus contagieux que le virus lui-même. Un rôle parfois délétère qui n'est pas sans rappeler celui qu'ils ont joué durant l'épidémie de la grippe A¹⁸¹.

Section 13. Une déresponsabilisation du citoyen

Durant la pandémie de covid-19, les autorités belges, s'inspirant notamment de ce qui a été fait en Chine, ont opté pour une gestion infantilisante, ne laissant aux citoyens aucun pouvoir décisionnel, et sanctionnant toute infraction aux règles les plus strictes adoptées depuis la seconde guerre mondiale par des amendes, voire potentiellement des peines d'emprisonnement¹⁸².

Cette infantilisation transparaît clairement à travers une pratique bien spécifique, et récurrente, dénoncée par certains acteurs : « Ce qui est gênant, je trouve, en démocratie, c'est qu'on a pris énormément de mesures pour faire respecter les mesures. »¹⁸³. Le couvre-feu est un parfait exemple de disposition sans fondement scientifique, et dont l'unique but est de faire respecter d'autres mesures, ce qui a par ailleurs été confirmé par le Gouverneur du Brabant Wallon à l'origine de l'idée du couvre-feu¹⁸⁴. En effet, le virus n'apparaît pas après 22h. La disposition a pour unique but d'empêcher le rassemblement de personnes la nuit, alors même que ces rassemblements sont déjà interdits. Cette mesure témoigne de la volonté des autorités de ne pas accorder de confiance aux citoyens, et de les déresponsabiliser au maximum, en les menaçant par ailleurs de sanction.

D'après le Professeur Stéphane Adam, la perte d'autodétermination a également été responsable d'un accroissement de la détresse psychologique au sein de la population¹⁸⁵. Cette conséquence

¹⁸⁰ Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021.

¹⁸¹ CHEVENIERE Cédric, ROSSIGNOL Nicolas et THOREAU François, « Action publique et responsabilité gouvernementale : la gestion de la grippe A(H1N1) en 2009 », *op. cit.*, pp. 1-61.

¹⁸² Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K031, 12/03/2021, 33 p.

¹⁸³ Entretien avec un commissaire d'arrondissement, mai 2021.

¹⁸⁴ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K016, 22/01/2021, 50 p.

¹⁸⁵ Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 39 (2020-2021), 16/10/2020, 105 p.

d'une politique infantilisante n'aurait par ailleurs pas pu être anticipée par les autorités puisqu'il a fallu attendre la recomposition de la cellule d'évaluation (CELEVAL) en septembre 2020 pour que des psychologues soient intégrés au processus de gestion de crise¹⁸⁶.

Section 14. Le manque de transparence du processus décisionnel

Une bonne communication en période de crise passe par une certaine transparence du processus décisionnel. Afin que les dispositions recueillent l'adhésion de la population, celle-ci doit avoir le sentiment qu'elles sont justifiées (*c.f.* section 9, chapitre 1, Partie II). Certains acteurs ont toutefois souligné un problème de fondement compliquant en l'espèce sensiblement leur tâche d'information : « Peut-être que les scientifiques ont bien fondé tous leurs avis, certainement. Mais nous on n'a pas tellement accès à ça. »¹⁸⁷. Ce manque de transparence apparaît aussi dans les retours apportés aux acteurs de terrain auxquels les autorités ont demandé de multiples informations et avis, avec rarement un retour sur ce qu'il est advenu de ces « inputs »¹⁸⁸.

Certaines décisions que les gouverneurs ont dû prendre n'ont par ailleurs pas fait l'objet d'une quelconque motivation ou transparence de la part de leurs autorités supérieures. Le processus décisionnel régional dans son ensemble est apparu très opaque, et « les arrêtés [de police] qu'on nous a demandé de prendre, parfois, c'était sur la base d'un sms. »¹⁸⁹. Cette réalité va à l'encontre du principe de transparence fondamentale dans le cas d'une épidémie, non seulement pour maintenir l'adhésion de la population, mais aussi par simple respect des principes démocratiques censés guider l'action des gouvernants.

C'est également un problème soulevé par les inspecteurs d'hygiène fédéraux. En effet, au contact du terrain, ils se sont retrouvés dans une situation où ils devaient expliquer à leurs partenaires le bienfondé de certaines mesures, sans en avoir eux-mêmes connaissance. Tout cela alors même que pouvoir expliquer une décision permet également de mieux la faire appliquer, et d'en recevoir en retour un meilleur respect¹⁹⁰. En effet, « Subir une mesure dont on n'est pas certain de la légitimité, ni de la proportionnalité, c'est injuste, cela crée un sentiment, un mal être qui est totalement justifié. »¹⁹¹.

¹⁸⁶ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K012, 04/12/2020, 54 p.

¹⁸⁷ Entretien avec un commissaire d'arrondissement, mai 2021.

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ *Ibid.*

¹⁹⁰ Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021.

¹⁹¹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K008, 20/11/2020, 37 p.

La transparence en situation de crise n'implique pas de noyer les citoyens dans une marée de données incompréhensibles. Toutefois, durant les premiers mois de la crise, la population a été assaillie de données diverses et variées, dont la présentation s'est révélée plus adaptée à un public scientifique que profane¹⁹². Ainsi, la conférence de presse quotidienne, accompagnée de toutes ces statistiques, a plongé la population dans un climat d'anxiété, qui n'a pu laisser place qu'à l'incrédulité quand les mesures ont été assouplies alors que les statistiques ne manifestaient pas une sensible amélioration.

Section 15. Connaissance lacunaire de la structure de gestion de crise

Pour beaucoup d'acteurs de la structure de gestion de crise, la crise que nous venons de traverser a illustré un manque de connaissance de la structure de gestion de crise classique, d'une part, au niveau des acteurs politiques (gouvernement fédéral et entités fédérées), et d'autre part, au niveau des acteurs de la santé¹⁹³.

Cette méconnaissance de la structure de gestion de crise classique dans le chef des acteurs politiques constitue, selon de nombreux acteurs, un élément essentiel pour comprendre le manque d'utilisation des outils classiques mis à la leur disposition¹⁹⁴. C'est principalement le tissu d'acteurs locaux qui a été négligé, au premier rang desquels les gouverneurs, mais aussi les inspecteurs d'hygiène, qui ont pourtant joué des rôles essentiels mais n'ont pas été directement mobilisés et intégrés par les différents gouvernements pour exploiter leur plein potentiel : « C'est quelque chose que beaucoup d'opérationnels n'ont pas compris, que les structures traditionnelles de la gestion de crise ont été finalement peu utilisées. »¹⁹⁵.

Les administrations et cabinets sous la responsabilité de ministres ayant dans leurs compétences un aspect de la compétence de santé démembrée en 2013 ont laissé apparaître une méconnaissance aiguë des acteurs classiques de la gestion de crise, encore plus importante au niveau fédéré. En effet, les administrations des entités fédérées « étaient très peu au fait de ce qu'était la gestion de crise et comment elle était organisée en Belgique. [...]. Jamais je n'ai eu mon homologue inspecteur d'hygiène régional qui est venu faire un bilan. »¹⁹⁶. Selon un

¹⁹² Entretien avec Lucien Bodson, mars 2021.

¹⁹³ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K024, 22/02/2021, 40 p.

¹⁹⁴ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K016, 22/01/2021, 50 p.

¹⁹⁵ Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021.

¹⁹⁶ *Ibid.*

commissaire d'arrondissement, il existe « une incompréhension de la part de la santé publique du rôle que tiennent les autorités au niveau du NCCN et des gouverneurs. »¹⁹⁷.

Enfin, au niveau du fédéral, la méconnaissance de la structure de gestion de crise a notamment provoqué la démultiplication d'organes. Par exemple, la Ministre de la santé a mis sur pied le comité scientifique coronavirus pour lui apporter une expertise scientifique sur la question. Ce comité a été mis sur pied alors qu'un autre organe existait déjà pour remplir cette fonction, le RAG, et que d'autres organes comme le Conseil supérieur de la santé auraient également pu jouer ce rôle¹⁹⁸. Cette remarque vaut aussi pour une autre cellule ad hoc, l'Economic Risk Management Group (« ERMG »), qui a été mis en place alors que conformément au plan d'urgence fédéral, la cellule ECOSOC avait déjà été activée. Par conséquent, cette cellule a progressivement été désactivée avec la mise en place de l'ERMG¹⁹⁹. Créer de nouveaux organes a surtout eu pour conséquence de dupliquer les mêmes réunions, aux mêmes contenus, et de rouvrir chaque débat dans de multiples organes²⁰⁰. Pour Emmanuel André, « leur multiplicité a, à certains moments, réellement créé de la compétition, des jeux de pouvoirs, des jeux d'influence. »²⁰¹. Cette démultiplication d'organes est aussi la principale cause de la rupture des flux de communication entre les différents acteurs de la gestion de crise²⁰².

Section 16. Gouvernement en affaires courantes

Au déclenchement de la crise, le Gouvernement fédéral était alors en affaires courantes depuis la chute du gouvernement Michel I^{er} (suite à la défection de la NVA). Il est par conséquent nécessaire de s'interroger sur l'éventuel impact des affaires courantes sur la gestion de crise.

Le premier élément est lié à la composition des différents gouvernements. En effet, le Gouvernement fédéral en affaires courantes était composé du MR, du CD&V et de l'Open Vld. Or, le nouveau Gouvernement comprend ces mêmes partis, mais aussi Ecolo, Groen, le PS et Vooruit (ancien Spa). La présence des socialistes et des écologistes aux différents niveaux de pouvoir a facilité la coordination informelle entre ceux-ci²⁰³, alors que le début de la crise a été marqué par une conflictualité plus importante entre le Gouvernement flamand (dirigé par la

¹⁹⁷ Entretien avec un commissaire d'arrondissement, mai 2021.

¹⁹⁸ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K009, 27/11/2020, 34 p.

¹⁹⁹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K024, 22/02/2021, 40 p.

²⁰⁰ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K030, 10/03/2021, 50 p.

²⁰¹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K008, 20/11/2020, 37 p.

²⁰² Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K024, 22/02/2021, 40 p.

²⁰³ Entretien avec un ancien membre du cabinet de la Ministre Maggie De Block, juin 2021.

NVA), le Gouvernement wallon (dirigé par le PS), le Gouvernement bruxellois (aussi dirigé par le PS) et le Gouvernement fédéral (dirigé par le MR).

En situation d'affaires courantes, un élément qui a aussi retardé le processus de mise en place de la structure de gestion de crise, et porté préjudice à la réactivité des gouvernants, est le phénomène des fins de cabinets²⁰⁴. En fin de législature, les cabinets des ministres se disloquent progressivement et tournent au ralenti. Les ministres ont donc dû prendre le temps nécessaire à la reconstitution de leur cabinet dont les membres subsistants se sont retrouvés assez rapidement submergés par la charge de travail.

Enfin, il est vraisemblable aussi que les affaires courantes aient réduit la légitimité du gouvernement fédéral par rapport aux partenaires politiques de telle sorte qu'il a été compliqué pour le fédéral de prendre les choses en main, notamment dans les dossiers dont la responsabilité était quelque peu floue²⁰⁵.

Section 17. Un combat de responsabilités

Le dernier phénomène politique mentionné dans ce travail est relatif aux responsabilités des différents acteurs impliqués dans la gestion de crise. Selon certains acteurs, il y a eu un véritable combat de responsabilités entre le fédéral et les entités fédérées, l'un prétendant ne pas pouvoir récupérer tout l'historique du manque de préparation, et l'autre affirmant qu'avec la prise en charge par le fédéral du rôle de coordinateur, c'était désormais au fédéral de dire ce que les régions devaient faire, sans toutefois manquer l'occasion de protester si le fédéral devenait trop directif²⁰⁶. A titre d'exemple, les régions ont demandé au fédéral de mettre en place une plateforme vaccinale (Qvax), ce qui n'a pourtant pas empêché la Région bruxelloise de s'en retirer pour créer sa propre plateforme (Bruvax).

Cette question des responsabilités, c'est aussi des acteurs qui n'ont pas voulu récupérer un dossier potentiellement source de problèmes. Certains acteurs ont donc évité « [d'] aller gratter des choses qui allaient leur sauter à la figure. »²⁰⁷. Cette situation étant évidemment la résultante

²⁰⁴ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K017, 25/01/2021, 49 p.

²⁰⁵ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K016, 22/01/2021, 50 p.

²⁰⁶ Entretien avec un ancien membre du cabinet de la Ministre Maggie De Block, juin 2021.

²⁰⁷ *Ibid.*

de l'incertitude quant à la répartition des compétences et la responsabilité des uns et des autres sur certains dossiers.

Une tendance problématique consistant à rejeter la responsabilité des décisions prises sur les épaules des experts portant conseil aux autorités est aussi apparue chez certains acteurs. A de nombreuses reprises, le politique a insisté sur la présence d'experts aux réunions en partageant par conséquent une partie de la responsabilité de la décision adoptée, certains experts ayant le sentiment d'être utilisés comme « excuse », moyen de légitimation des décisions²⁰⁸.

Enfin, cette question des responsabilités est également un élément clé dans le cadre du processus d'apprentissage. Analyser la crise va forcément impliquer de relever des errements et des dysfonctionnements, avec potentiellement pour conséquence d'engager la responsabilité de certains acteurs. Le défi sera donc probablement d'éviter que ce processus d'apprentissage ne soit sabordé par ceux désireux de ne pas être mis en cause²⁰⁹.

²⁰⁸ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K012, 04/12/2020, 54 p.

²⁰⁹ Entretien avec un ancien membre du cabinet de la Ministre Maggie De Block, juin 2021.

Conclusion

1. Une temporalité différente ?

Les différents problèmes rencontrés, et plus globalement l'analyse de la gestion de la crise de la covid-19, mais aussi de la planification d'urgence, ont mis en lumière deux logiques différentes entre le monde politique et le monde du risque. Planifier, se préparer dans l'hypothèse d'une crise dont on ne sait ni quand elle se produira, ni avec quelle intensité, sort du mode de fonctionnement de nos politiciens, dont les perspectives ne dépassent jamais un horizon temporel très court, comme nous l'a confirmé un inspecteur d'hygiène : « Au niveau de la santé, je travaille avec 3 cabinets différents au niveau fédéral. Ils sont quand même très orientés politique à court terme. C'est plus l'administration qui est calibrée pour le moyen terme, et il manque quelqu'un pour le long terme. »²¹⁰. Le politique est, avant toute chose, un mandataire au service des citoyens dont le mandat est précaire. Tous les 5 ans, il risque de perdre son mandat et un niveau de revenu dépassant bien souvent ce à quoi la plupart d'entre eux pourraient aspirer sans la politique. Il n'est donc pas étonnant de constater, comme certains acteurs l'ont fait, que le politique tend à prendre des décisions qui le confortent dans sa position. La gestion du risque passe à cet égard à l'arrière-plan, car gérer un risque dans l'hypothèse d'une crise qui probablement n'arrivera pas durant son mandat, ce n'est politiquement pas intéressant. Entre le monde politique et le monde du risque : « Le tempo est différent, c'est évident. Et les enjeux aussi. Je ne veux pas dire que les politiques n'ont que des enjeux personnels, ce serait tout à fait faux, mais il y a un enjeu personnel. Et donc ils font des choses qui confortent aussi leur position. »²¹¹. Gérer le risque n'est peut-être pas une tâche pour laquelle les politiciens sont les personnes les plus indiquées. Toutefois : « Je ne vois pas très bien comment on pourrait faire sans, et je trouve qu'on ne fait pas hyper bien avec. »²¹².

2. Un modèle inadapté aux risques modernes ?

Depuis l'ère Thatcher/Reagan, les systèmes politiques occidentaux ont emprunté la voie du néolibéralisme, doctrine d'économie politique caractérisée par une disparition progressive de l'Etat providence et du secteur public dans l'économie, ainsi qu'une dérégulation des marchés fondée sur la confiance en « l'autorégulation ». L'analyse de la planification d'urgence et de la gestion de la crise indique que notre société n'est pas parvenue à construire un système résilient

²¹⁰ Entretien avec un inspecteur d'hygiène fédéral, juin 2021.

²¹¹ Entretien avec un commissaire d'arrondissement, mai 2021.

²¹² *Ibid.*

capable de subvenir aux besoins des citoyens, en situation de crise comme en situation de non-crise, faute d'avoir eu la volonté de le faire. Le manque d'investissement dans les soins de santé, mais aussi dans les différentes administrations qui ont eu un rôle à jouer, est en partie responsable de l'incapacité d'apporter une réponse efficace à la crise.

Pourtant, les risques modernes se nourrissent de ce système néolibéral qui, par essence, est inadapté pour construire un système résilient²¹³. En effet, ces risques exacerbent les failles préexistantes au sein de la société, et le néolibéralisme en a créé plusieurs, que ce soit les inégalités sans précédent, un service public décadent, une vision purement économique de la vieillesse ou encore une société où les maladies chroniques prolifèrent. Si la covid-19 est un virus dont la dangerosité est avérée, c'est notre façon de faire société qui en a décuplé la dangerosité.

Ces risques nous rappellent aussi que nos actions ne sont pas sans conséquences. Or, la course à l'enrichissement infini (sur une planète aux ressources finies) a déréglé le climat et causé des dommages sans précédent sur notre environnement. Nous sommes donc en partie responsables de l'émergence de la covid-19, puisque la prolifération des zoonoses est proportionnelle à la destruction de l'habitat de certaines espèces dont nous sommes les premiers responsables²¹⁴.

Pour construire la société qui, demain, pourra nous préserver des conséquences de notre comportement des quarante dernières années, et en même temps réduire le risque de subir ces conséquences, il est indispensable de repenser notre façon de faire société. Cela implique de modifier notre rapport à l'économie afin de créer une société plus juste où l'environnement n'est plus perçu comme un bien à exploiter mais un don à préserver. Cependant, le prérequis à la construction d'une nouvelle société, c'est un nouveau système politique. La démocratie, ce n'est pas se contenter de donner un droit de vote aux citoyens dont ils peuvent se prémunir tous les 5 ans, mais assurer une représentativité efficace des citoyens à travers des mécanismes réduisant le carriérisme politique tout en donnant des instruments permettant aux citoyens de disposer d'un vrai pouvoir contraignant sur leurs mandataires politiques.

²¹³ STENGERS Isabelle, *Au temps des catastrophes. Résister à la barbarie qui vient*, Bruxelles, La Découverte, 2009, 204 p.

²¹⁴ THOREAU François, « Savoir en temps de pandémie : un enjeu politique ? », La Foire du livre politique, Liège, 21 mai 2021.

Bibliographie

Ouvrages

BRUNET Sébastien, *Reconvertir la pensée industrielle. Pour de nouvelles pratiques politiques*, Mons, Couleur Livres, 2018, 93 p.

CLARKE Lee, *Mission improbable: Using fantasy documents to tame disaster*, Chicago, University of Chicago Press, 2001, 225 p.

EWALD François, *L'Etat providence*, Paris, Grasset, 1986, 610 p.

STENGERS Isabelle, *Au temps des catastrophes. Résister à la barbarie qui vient*, Bruxelles, La Découverte, 2009, 204 p.

Ouvrages collectifs

BRUNET Sébastien, FALLON Catherine, OZER Pierre, SCHIFFINO Nathalie et THIRY Aline (éd.), *Risques, planification d'urgence et gestion de crise*, Bruxelles, La Chartre, 2019, 324 p.

MOATTI Jean-Paul et PERETTI-WATEL Patrick, *Le Principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Le Seuil, 2019, 112 p.

Articles de revue

ALTINTAS Gulsun et ROYER Isabelle, « Renforcement de la résilience par un apprentissage post-crise : une étude longitudinale sur deux périodes de turbulence », *M@n@gement*, 2009/4, Vol. 12, pp. 266-293.

BRUNET Sébastien, FALLON Catherine et THIRY Aline, « Planification d'urgence et gestion de crise sanitaire. La Belgique face à la pandémie de covid-19 », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2020/8, n° 2453-2454, pp. 5-68.

BOUHON Frédéric, JOUSTEN Andy et MINY Xavier, « Droit d'exception, une perspective de droit comparée. Belgique : entre absence d'état d'exception, pouvoirs de police et pouvoirs spéciaux », *EPRS/Service de recherche du Parlement européen*, avril 2021, 161 p.

BRICAIRE François, « Anticiper la « pandémie grippale » », *Sécurité Globale*, 2008/1, n° 3, pp. 47-55.

CHEVENIERE Cédric, ROSSIGNOL Nicolas et THOREAU François, « Action publique et responsabilité gouvernementale : la gestion de la grippe A(H1N1) en 2009 », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2012/13, n° 2138-2139, pp. 1-61.

DAUPHINE André et PROVITOLO Damienne, « La résilience : un concept pour la gestion des risques », *Annales de géographie*, 2007/2, n° 654, pp. 115-125.

DEBIEVE Hélène, LAJARGE Eric, NICOLLET Zhour, et PIOU Soazig, « L'émergence du risque sanitaire et la gestion des crises sanitaires », *Santé Publique*, 2017, pp. 149-162.

DEGOMME Olivier, HE Rongxin, MAO Ying, ZHANG Jun et ZHANG Wei-Hong, « Preparadness and Responses faced during the COVID-19 Pandemic in Belgium: An Observational Study and Using the National Open Data », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 30 octobre 2020, pp. 1-14.

KECK Frédéric, « L'avant-scène du triage. Simulation de pandémie à Hong Kong », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 2014/1, n° 6, pp. 143-157.

Communication dans un congrès ou colloque

FALLON, A. THIRY, C. ZWETKOFF, « Bilan des 10 ans de l'arrêté royal sur la planification d'urgence : le cycle tourne-t-il rond ? », Intervention aux Anciens moulins de Beez, Namur, 24 février 2016.

THOREAU François, « Savoir en temps de pandémie : un enjeu politique ? », La Foire du livre politique, Liège, 21 mai 2021.

Sites internet

AJOULAT isabelle, SCHEEN Bénédicte, VANDERPLANKEN Kirsten, VAN DEN BROUCKE Stephan et VAN LOENHOUT Joris, « Tackling the covid-19 outbreak : assessing the public's risk perceptions and adherence to measures (TACOM) », *UCLouvain*, 2021, 103 p., disponible à l'adresse suivante : [Tackling the COVID-19 outbreak: assessing the public's risk perceptions and adherence to Measures \(TACOM\) | DIAL.pr - BOREAL \(uclouvain.be\)](https://tacom.uclouvain.be/) (consultée le 23 avril 2021).

Amnesty International, « Les maisons de repos dans l'angle mort. Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de covid-19 en Belgique », 16 novembre 2020, 60 p.,

disponible à l'adresse suivante :
https://www.amnesty.be/IMG/pdf/20201116_rapport_belgique_mr_mrs-3.pdf (consultée le 22 avril 2021).

BRAECKMAN Colette, « Coronavirus au Congo : « On attendait un tsunami, on a eu une pandémie douce. », », *Le Soir*, 26 mars 2021, disponible à l'adresse suivante : <https://plus.lesoir.be/363155/article/2021-03-26/coronavirus-au-congo-attendait-un-tsunami-eu-une-pandemie-douce> (consultée le 25 avril 2021).

Centre de Crise, « Covid-19 : une gestion de crise collégiale et complexe », 29 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://centredecrise.be/fr/news/gestion-de-crise/covid-19-une-gestion-de-crise-collegiale-et-complexe> (consultée le 11 avril 2021).

Centre de recherche et d'information socio-politiques, « Comité de concertation », 2020, disponible à l'adresse suivante : [Comité de concertation | CRISP asbl \(vocabulairepolitique.be\)](https://comite.concertation.crisp.be) (consultée le 5 avril 2021).

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, « Assessing the management of hospital surge capacity in the first wave of the covid-19 pandemic in Belgium », 18 décembre 2020, 303 p., disponible à l'adresse suivante :
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_335_Surge_capacity_during_COVID-19_Belgium_Report.pdf (consulté le 15 avril 2021).

Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, « Avis n°48 du 30 mars 2009 relatif au plan opérationnel belge « pandémie influenza » », 40 p., disponible à l'adresse suivante : [Avis n° 48 - plan opérationnel belge "pandémie influenza" | SPF Santé publique \(belgium.be\)](https://www.belgium.be/avis-n-48-plan-operationnel-belge-pandemie-influenza) (consultée le 12 avril 2021).

Commissariat Interministériel Influenza, « Plan belge en cas de pandémie grippale », juillet 2006, 45 p. (plus accessible en ligne, mais disponible sur demande à l'auteur qui en détient une copie.)

DE DECKER Nicolas, « Sondage corona : le Belge en veut moins aux politiques, plus aux scientifiques », *Le Vif*, 23 juin 2021, disponible à l'adresse suivante : <https://www.levif.be/actualite/belgique/sondage-corona-le-belge-en-veut-moins-aux-politiques-plus-aux-scientifiques/article-normal-1440239.html> (consultée le 24 juin 2021).

DURIEUX Sandra, « Covid-19 : près de 7 morts sur 10 sont des résidents de maison de repos », *Le Soir*, 8 juin 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://plus.lesoir.be/305588/article/2020-06-08/covid-19-pres-de-7-morts-sur-dix-sont-des-residents-de-maisons-de-repos> (consultée le 20 avril 2021).

FRANÇOIS Anne, « Le gouvernement fédérale a détruit en 2015 et 2018 son stock de millions de masques », *VRT Flandreinfo*, 8 octobre 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.vrt.be/vrtnws/fr/2020/10/08/le-gouvernement-federal-a-detruit-en-2015-et-2018-son-stock-de-m/> (consultée le 9 avril 2021).

GUILLAUME Tom, « Notre sondage : les citoyens ont davantage confiance dans les experts que dans le gouvernement », *La Libre Belgique*, 22 décembre 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.lalibre.be/belgique/politique-belge/2020/12/22/notre-sondage-les-citoyens-ont-davantage-confiance-dans-les-experts-que-dans-le-gouvernement-C2MXOWE5KZEWLBT5XDWCYI2AXQ/> (consultée le 20 avril 2021).

HERARD Pascal, « Covid-19 : Pourquoi l'Afrique est le continent le moins touché par l'épidémie ? », *TV5Monde*, 25 novembre 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://information.tv5monde.com/afrique/covid-19-pourquoi-l-afrique-est-le-continent-le-moins-touche-par-l-epidemie-384130> (consultée le 25 avril 2021).

JORIS Quentin, « A-t-on trop sabré dans les soins de santé ? », *L'Echo*, 27 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.lecho.be/dossiers/coronavirus/a-t-on-trop-sabre-dans-les-soins-de-sante/10217313.html>? (consultée le 26 avril 2021).

MERGEN Sophie, « Crise du coronavirus dans les maisons de repos : « C'était de l'euthanasie passive. » », *RTBF info*, 15 mai 2020, disponible à l'adresse suivante : https://www.rtbf.be/info/societe/detail_crise-du-coronavirus-dans-les-maisons-de-repos-c-était-de-l-euthanasie-passive?id=10502740 (consultée le 26 avril 2021).

Organisation mondiale de la Santé, « Déclaration sur la deuxième réunion du comité d'urgence du Règlement Sanitaire International (2005) concernant la flambée du nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV) », Genève, 30 janvier 2020, disponible à l'adresse suivante : [https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (consultée le 27 avril 2021).

Sciensano, « Covid-19 : Bulletin épidémiologique du 24 juillet 2021 », 29 p., disponible à l'adresse suivante :

<https://covid19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Derni%C3%A8re%20mise%20%C3%A0%20jour%20de%20la%20situation%C3%A9pid%C3%A9miologique.pdf> (consultée le 17 avril 2021).

The United Nations, *UNISDR terminology on disaster risk reduction*, Geneva, International strategy for disaster reduction, 2009, 30 p., disponible à l'adresse suivante https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf (consultée le 27 mars 2021).

Textes de loi

Arrêté Royal du 18 avril 1988 portant création du Centre gouvernemental de Coordination et de Crise (M.B. du 54 mai 1988).

Arrêté Royal du 31 janvier 2003 portant fixation du plan d'urgence pour les événements et situations de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national (M.B. du 21 février 2003).

Arrêté Royal du 28 janvier 2015 portant création du Conseil national de sécurité (M.B. du 30 janvier 2015).

Arrêté Royal du 1 mars 2018 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge (M.B. du 6 mars 2018).

Arrêté Royal du 1 mars 2018 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge (M.B. du 6 mars 2018).

Arrêté Royal du 1 mars 2018 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge (M.B. du 6 mars 2018).

Arrêté Royal du 22 mai 2019 relatif à la planification d'urgence et à la gestion de situation d'urgence à l'échelon communal et provincial et au rôle des bourgmestres et des gouverneurs de province en cas d'événements et de situation de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national (M.B. du 27 juin 2019).

Arrêté Ministériel du 13 mars 2020 portant déclenchement de la phase fédérale concernant la coordination et la gestion de crise <coronavirus> covid-19 (M.B. du 13 mars 2020).

Arrêté Royal du 18 mai 2020 portant fixation du plan d'urgence national relatif à l'approche d'une prise d'otage terroriste ou d'un attentat terroriste (M.B. du 4 juin 2020).

Protocol d'accord du 5 novembre 2018 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, établissant les structures génériques pour la gestion sectorielle santé des crises de santé publique et leur mode de fonctionnement pour l'application du Règlement Sanitaire International (2005), et la décision n°1082/2013/EC relative aux menaces transfrontières graves sur la santé (M.B. du 14 décembre 2018).

Documents parlementaires

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K001, 18/09/2020, 33 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K002, 21/09/2020, 16 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K003, 25/09/2020, 52 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K004, 09/10/2020, 26 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K006, 16/11/2020, 21 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K007, 20/11/2020, 24 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K008, 20/11/2020, 37 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K009, 27/11/2020, 34 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K012, 04/12/2020, 54 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K013, 08/01/2021, 25 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K014, 15/01/2021, 33 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K015, 22/01/2021, 54 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K016, 22/01/2021, 50 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K017, 25/01/2021, 49 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K018, 29/01/2021, 52 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K019, 29/01/2021, 42 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K020, 05/02/2021, 31 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K021, 05/02/2021, 43 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K022, 12/02/2021, 22 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K023, 12/02/2021, 27 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K024, 22/02/2021, 40 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K029, 08/03/2021, 28 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K030, 10/03/2021, 50 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K031, 12/03/2021, 33 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K035, 19/03/2021, 59 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K037, 22/03/2021, 57 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K039, 26/03/2021, 27 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K040, 19/04/2021, 22 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K041, 21/04/2021, 87 p.

Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV COM 095, 28/01/2021, 37 p.

Chambre des représentants, Présentation AUVB-UGIB-AKVB, CRIV 5 K017, 25/01/2021, 28 p.

Chambre des représentants, Présentation du Docteur Paul Pardon lors de son passage en commission spéciale chargée d'examiner la gestion de l'épidémie de Covid-19 par la Belgique, CRIV 55 K004, 09/10/2020, 26 p.

Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 2 (2020-2021), 11/09/2020, 85 p.

Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 13 (2020-2021), 25/09/2020, 100 p.

Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 26 (2020-2021), 02/10/2020, 76 p.

Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 39 (2020-2021), 16/10/2020, 105 p.

Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 40 (2020-2021), 23/10/2020, 85 p.

Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 67 (2020-2021), 20/11/2020, 55 p.

Parlement Wallon, Compte rendu intégral, CRIC 162 (2019-2020), 31/08/2020, 45 p.

Annexe 1. L'évolution historique du concept de risque²¹⁵

La planification d'urgence et la gestion de crise reposent sur un socle commun – la prise en charge des risques. Cette prise en charge des risques a connu en réalité trois périodes paradigmatisques caractéristiques d'une conception différente de la notion de risque. Ces trois périodes s'inscrivent l'une à la suite de l'autre, mais ne se succèdent pas de façon rigide telles les périodes de l'histoire. Au contraire, s'agissant en l'espèce de périodes paradigmatisques, la temporalité de ces périodes peut varier d'une société à l'autre, et certains risques peuvent faire l'objet d'une approche s'inscrivant dans une période paradigmatique différente que celle qui prédomine alors. Cette distinction paradigmatique repose en grande partie sur les travaux de François Ewald²¹⁶, mais Anthony Giddens²¹⁷ et Ulrich Beck²¹⁸ illustrent aussi dans leurs ouvrages une évolution similaire de la notion de risque.

Section 1. La prémodernité déterministe

La première période, de loin la plus longue, est caractérisée par une absence totale de prise en charge sociétale des risques. La science ignore le risque en tant que phénomène, et il n'existe par conséquent que des dangers. Ces dangers, inhérents à certaines activités, relèvent de la responsabilité individuelle des membres de la société. Il est alors attendu de tout un chacun qu'il agisse en bon père de famille, et dès lors, nul autre que l'individu ne peut être tenu pour responsable du dommage qui lui est causé. Cette (non)conception du risque va s'inscrire tout particulièrement dans le cadre de l'avènement de la révolution industrielle, et de la quantité conséquente de nouveaux risques engendrés par ces nouvelles activités. L'homme n'est alors considéré que comme une ressource parmi d'autres, et la domination de la machine, mais aussi de la croissance, implique une négligence totale de l'être humain.

Section 2. La modernité probabiliste

La seconde période s'inscrit dans le cadre d'un progrès scientifique sans précédent. La science permet désormais la prise en compte du risque en tant que phénomène social, en tant que « probabilité d'occurrence d'un événement dommageable »²¹⁹. Cette prise en compte du risque

²¹⁵ Cette annexe comporte des répétitions avec l'introduction.

²¹⁶ EWALD François, *L'Etat providence*, Paris, Grasset, 1986, 610 p.

²¹⁷ GIDDENS Anthony, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmatan, 1994, 186 p.

²¹⁸ BECK Ulrich, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Editions Flammarion, 2008, 521 p.

²¹⁹ MOATTI Jean-Paul et PERETTI-WATEL Patrick, *Le Principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Le Seuil, 2019, 112 p.

repose sur l'idée que le progrès doit permettre de minimiser, voire d'éradiquer les risques. On se situe alors dans l'émergence d'une philosophie de domination de l'homme sur la nature, sur son environnement, qui n'est plus perçu comme une menace. Selon François Ewald, cette nouvelle « philosophie du risque » est à l'origine de l'Etat providence en tant que « société assurantielle »²²⁰. La responsabilité passe de l'individu au collectif, et permet la mise en place d'un système d'assurance et d'indemnisation. C'est également l'apparition du principe de prévention. Puisqu'on peut calculer la probabilité d'occurrence d'un événement dommageable, on peut également influer sur celle-ci, et partant, diminuer les risques.

Section 3. La postmodernité réflexive

Plusieurs événements catastrophiques de la fin du XX^{ème} siècle vont remettre en cause l'idée d'une domination de l'homme sur la nature et plonger l'humanité dans une période qu'Ulrich Beck qualifie de modernité réflexive²²¹. Parmi ces événements, le sociologue allemand évoque Bhopal et Tchernobyl, deux accidents d'une ampleur telle qu'ils vont engendrer l'émergence d'une nouvelle conception des risques. Ces nouveaux risques menacent désormais la société dans son ensemble, et en ce sens, nous forcent à une réflexion sur notre mode de production. Selon Beck, la nature n'est plus un « autre » extérieur à la société, elle en fait désormais partie intégrante, ce qui implique que les nouveaux risques ont nécessairement une origine humaine, car on ne peut en détacher la causalité de toute activité humaine. Ces nouveaux risques sont d'autant plus dangereux qu'ils sont imperceptibles, et ne présentent pas une causalité simple mais complexe, qui rend délicate l'établissement des responsabilités et bloque l'action. Le modèle assurantiel de la période précédente ne peut plus fonctionner, car les dommages causés par ces nouveaux risques sont inestimables et/ou bien trop coûteux. Comment estimer la perte de biodiversité et la « sixième extinction de masse » ? Comment indemniser les dommages causés par une explosion atomique ayant ravagé et condamné des territoires entiers ? Le XXI^{ème} siècle se caractérise donc par l'adaptation délicate, parfois inexistante, mais néanmoins indispensable des pouvoirs publics à ces nouveaux risques « réflexifs ».

²²⁰ EWALD François, *L'Etat providence*, op.cit., 610 p.

²²¹ BECK Ulrich, *La société du risque*, op. cit., 528 p.

Annexe 2. Récit des événements

Section 1. L'émergence du virus

L'apparition du coronavirus remonte, dans les archives de l'Organisation mondiale de la santé, au 31 décembre 2019²²². C'est en effet à cette date que les autorités de l'OMS présentes en Chine notifient aux différentes instances internationales de l'organisation plusieurs cas de « pneumonie virale [...] d'origine inconnue. ». Il faudra attendre le 9 janvier pour que les autorités chinoises identifient un nouveau coronavirus et le désignent responsable des nombreux cas de pneumonie constatés dans la province de Hubei. Dans les jours qui vont suivre, l'OMS va déjà mettre en place une série de ressources²²³ permettant aux différents Etats encore épargnés par le virus d'adopter des premières mesures de préparation.

A partir du 13 janvier, différents cas de nouveau coronavirus vont progressivement être détectés en Thaïlande (13 janvier), au Japon (15 janvier) avant d'atteindre les Etats-Unis le 21 janvier et la France le 24. Le 19 janvier déjà, le bureau régional du pacifique oriental pour l'OMS déclarait sur Twitter avoir relevé dans les dernières analyses reçues des « preuves de transmission d'humain à humain.²²⁴ ». Cette affirmation sera confirmée par les services de l'OMS détachés sur le terrain quelques jours plus tard. Le 29 janvier, l'OMS recommande officiellement le port du masque pour toutes les personnes présentant des symptômes, dans la mesure où la transmission d'humain à humain se ferait vraisemblablement à travers « des gouttelettes respiratoires ou le contact.²²⁵ ».

Le 4 février, alors que l'on recensait 176 cas de covid-19 en dehors de la Chine à travers 24 pays, le Directeur-Général de l'OMS indiquait que « Nous avons une fenêtre d'opportunité [...]

²²² International Society for Infectious Diseases, « Undiagnosed pneumonia China (HU) », *ProMED*, 30 décembre 2019, disponible à l'adresse suivante : <https://promedmail.org/promed-post/?id=6864153%20#COVID19> (consultée le 23 février 2021).

²²³ Prévention et contrôle des infections, testing en laboratoire, outil d'évaluation des capacités nationales, communication sur les risques et engagement communautaires, « Disease commodity package » (1 & 2), conseil en matière de voyage, gestion clinique et définition des cas de surveillance, disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance> (consultée le 24 février 2021).

²²⁴ World Health Organization West Pacific, Twitter, 19 janvier 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://twitter.com/WHOWPRO/status/1218741294291308545?s=20> (consultée le 25 février 2021).

²²⁵ World Health Organization, « Advice on the use of masks in the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak », 29 janvier 2020, disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330987/WHO-nCov-IPC_Masks-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consultée le 25 février 2021).

Le moment est venu pour chaque pays de se préparer.²²⁶ ». Le 24 février, alors que le nombre de contaminations continuait d'augmenter, les directeurs de la mission conjointe Chine-OMS sur le covid-19 mettaient en garde la communauté internationale en déclarant « Une grande partie de la communauté internationale n'est pas encore prête, ni mentalement, ni matériellement, à mettre en place les mesures qui ont été utilisées pour contenir le covid-19 en Chine.²²⁷ ».

Section 2. Début de propagation en Europe

Au niveau belge, le cinquantième cas est diagnostiqué le 5 mars. Selon le SPF santé, la plupart des nouveaux cas rentraient d'un séjour en Italie avec des symptômes bénins²²⁸. Le 7 mars, alors que l'OMS publie une nouvelle série de recommandations pour préparer les Etats, le nombre de personnes contaminées par le covid-19 à l'échelle mondiale franchit la barre des 100 000. L'Europe devient le centre de l'épidémie le 13 mars, avec autant de contaminations que dans tous les autres pays du monde, la République populaire de Chine mise à part. Si l'Europe est devenue l'épicentre de l'épidémie, c'est principalement la péninsule italienne qui en fait les frais, avec plus de 450 décès en date du 9 mars. C'est d'ailleurs le 9 mars que le Premier Ministre, Giuseppe Conte, a déclenché une quarantaine nationale, avec fermeture des écoles et interdiction des déplacements non-essentiels. Le Premier Ministre déclarait alors « Nous avons pris une nouvelle décision fondée sur un présupposé : « Il n'y a plus de temps [à perdre]. ».²²⁹ » (notre traduction).

Certaines études commencent à être publiées, et l'école de médecine John Hopkins met au jour la durée moyenne d'incubation du virus (5 jours). D'après les chercheurs américains, 97,5%

²²⁶ GHEBREYESUS Tedros Adhanom, WHO-AUDIO Executive Board EB146 Coronavirus Briefing, 4 février 2020, 19 p., disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-executive-board-eb146-coronavirus-briefing-script-04feb2020-final.pdf?sfvrsn=70a66dfc_2 (consultée le 27 février 2021).

²²⁷ AYLWARD Bruce, Press Conference of WHO-China Joint Mission on COVID-19, 24 février 2020, 26 p., disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/joint-mission-press-conference-script-english-final.pdf?sfvrsn=51c90b9e_2 (consultée le 27 février 2021).

²²⁸ Belga, « 27 nouveaux cas confirmés en Belgique », *Le Vif*, 5 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : <Coronavirus: 27 nouveaux cas confirmés en Belgique - Belgique - LeVif> (consultée le 27 février 2021).

²²⁹ « Abbiamo adottato una nuova decisione che si basa su un presupposto: tempo non ce n'è ». CONTE Antonio, « Coronavirus, Conte: "Non c'è più tempo: tutta l'Italia diventa zona protetta" », *La Repubblica*, 9 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : [Coronavirus, Conte: "Non c'è più tempo: tutta l'Italia diventa zona protetta" - la Repubblica](Coronavirus, Conte:) (consultée le 28 février 2021).

des personnes contaminées subissant des symptômes voient ces symptômes se déclarer avant 12 jours²³⁰.

Au niveau européen, plusieurs Etats vont prendre la décision de réintroduire des contrôles aux frontières, au premier rang desquels la république Tchèque et la Slovaquie, le 12 mars²³¹. D'autres Etats ont suivi la démarche quelques jours/semaines plus tard. La possibilité d'entraver la libre circulation des personnes en réintroduisant temporairement des contrôles aux frontières au sein de l'espace Schengen est en effet possible en cas de « menaces graves pour l'ordre public ou la sécurité intérieure »²³², la durée totale ne pouvant excéder 6 mois. D'autres Etats, notamment l'Allemagne et la France, vont également adopter des mesures de restrictions d'exportations pour faire face à la pénurie de matériel médical. Cette entrave à la circulation de biens est permise en vertu de l'article 36 du TFUE autorisant l'adoption de restrictions d'exportations « justifiées par des raisons de [...] protection de la santé et de la vie des personnes [...] »²³³.

Section 3. Après l'Italie, première vague de confinement dans le reste de l'Europe

En Belgique, un accord est trouvé entre 10 partis (PS, SPA, MR, OPEN-VLD, CDH, CD&V, ECOLO, GROEN, NVA, DEFI) pour accorder au gouvernement, alors en affaires courantes, une rallonge de six mois au pouvoir, avec en plus les pouvoirs spéciaux pour légiférer sans passer par la Chambre des Représentants²³⁴. Néanmoins, lors du vote de confiance à la Chambre le jeudi 19 mars, la NVA a finalement décidé de ne pas soutenir le gouvernement Wilmès II, rejoignant ainsi le PTB-PVDA et la Vlaamse Belang²³⁵. Le confinement généralisé n'a pas tardé à suivre, puisque la Première Ministre a annoncé le 17 mars l'obligation de rester dans son domicile sauf en cas de déplacement essentiel, ou pour se rendre au travail lorsque le télétravail

²³⁰ « Gemiddelde incubatietijd coronavirus bedraagt vijf dagen », *De Standaard*, 9 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : [Gemiddelde incubatietijd coronavirus bedraagt vijf dagen - De Standaard](#) (consultée le 1 mars 2021).

²³¹ « coronavirus : Von Der Leyen met en garde contre les fermetures de frontières », *La Libre Belgique*, 13 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.lalibre.be/international/europe/2020/03/13/coronavirus-von-der-leyen-met-en-garde-contre-les-fermetures-de-frontieres-7DEKGG6OVJEI7CKV4R72NX3DNQ/> (consultée le 1 mars 2021).

²³² Code frontière Schengen, article 25.

²³³ Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne, article 36.

²³⁴ « Le gouvernement Wilmès doté de pouvoirs spéciaux pour lutter contre le coronavirus », *Le Vif*, 16 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : [Le gouvernement Wilmès doté de pouvoirs spéciaux pour lutter contre le coronavirus - Belgique - LeVif](#) (consultée le 1 mars 2021).

²³⁵ « Le gouvernement Wilmès II obtient la confiance de la Chambre : 9 partis pour, 3 contre », *Le Soir*, 19 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : [Le gouvernement Wilmès II obtient la confiance de la Chambre: 9 partis pour, 3 contre - Le Soir Plus](#) (consultée le 1 mars 2021).

n'est pas possible²³⁶. La Belgique a donc suivi la France en la matière puisque le Président Français, Emmanuel Macron, a déclenché une quarantaine généralisée le 15 mars lors d'une allocution télévisée durant laquelle il a notamment affirmé « nous sommes en guerre » tout en souhaitant que les Français gardent leur calme²³⁷. Le 20 mars, c'est le Royaume-Uni qui va à son tour restreindre l'activité économique²³⁸, de même que l'Italie le 21²³⁹, et l'Espagne le 28²⁴⁰. Après avoir conseillé à 1,5 million de personnes identifiées comme « personnes à risque » par le NHS (National health Service) de se confiner²⁴¹, le gouvernement britannique a finalement imposé le confinement généralisé à toute sa population le 22 mars²⁴². C'est également le 22 mars que l'Allemagne décide d'interdire les rassemblements de plus de 2 personnes, l'Etat fédéral laissant toutefois le soin aux Länder de décider ou non d'imposer un confinement plus strict²⁴³.

Bien que la voie du confinement semble être celle empruntée par la majorité des Etats confrontés au Covid-19, il est à noter que certains Etats, comme la Suède, ont préféré miser sur la responsabilisation des citoyens plutôt que sur la coercition²⁴⁴. Ainsi, si des mesures ont bien été adoptées pour éviter les grands rassemblements, les restrictions draconiennes observées dans la plupart des Etats européens n'ont pas trouvé écho en Suède.

²³⁶ DE LANNOY Vincent, « "Nous devons faire preuve d'unité" : face au coronavirus, voici les nouvelles mesures annoncées par Sophie Wilmès », *La Libre Belgique*, 17 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : ["Nous devons faire preuve d'unité": face au coronavirus, voici les nouvelles mesures annoncées par Sophie Wilmès - La Libre](#) (consultée le 2 mars 2021).

²³⁷ MOMTAZ Rym, « Emmanuel Macron on coronavirus : "We're at war" », *Politico*, 16 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : [Emmanuel Macron on coronavirus: 'We're at war' – POLITICO](#) (consultée le 2 mars 2021).

²³⁸ CAMPBELL Lucy, « UK coronavirus: restaurants, pubs and gyms to close; government to pay 80% of wages of those not working – as it happened », *The Guardian*, 20 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : [UK coronavirus: restaurants, pubs and gyms to close; government to pay 80% of wages of those not working – as it happened | Politics | The Guardian](#) (consultée le 2 mars 2021).

²³⁹ « Coronavirus : l'Italie ferme toutes les entreprises non essentielles », *Le Soir*, 21 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : [Coronavirus: l'Italie ferme toutes les entreprises non essentielles - Le Soir Plus](#) (consultée le 2 mars 2021).

²⁴⁰ « L'Espagne, deuxième pays comptant le plus de morts du coronavirus, va mettre à l'arrêt toutes ses activités économiques « "non essentielles" », *La Libre Belgique*, 28 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : [L'Espagne, deuxième pays comptant le plus de morts du coronavirus, va mettre à l'arrêt toutes ses activités économiques "non essentielles" \(lalibre.be\)](#) (consultée le 2 mars 2021).

²⁴¹ EARDLEY Nick, « Coronavirus : stay at home to stay safe, 1.5 million advised », *BBC*, 22 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : [Coronavirus: Stay at home to stay safe, 1.5 million advised - BBC News](#) (consultée le 2 mars 2021).

²⁴² DICKSON Annabelle, « Boris Johnson announces coronavirus lockdown in UK », *Politico*, 23 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : [https://www.politico.eu/article/boris-johnson-announces-coronavirus-lockdown-in-uk/](#) (consultée le 3 mars 2021).

²⁴³ « 15 jours sans rassemblements de plus de 2 personnes en Allemagne, Angela Merckel en quarantaine », *La Libre Belgique*, 22 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : [Quinze jours sans rassemblement de plus de deux personnes en Allemagne, Angela Merkel en quarantaine - Europe - LeVif](#) (consultée le 3 mars 2021).

²⁴⁴ « Leven in Zweden gaat gewoon door, ondanks coronavirus », *De Standaard*, 2 avril 2020, disponible à l'adresse suivante : [Leven in Zweden gaat gewoon door, ondanks coronavirus - De Standaard](#) (consultée le 3 mars 2021).

Le 4 avril, l'OMS annonce la confirmation du millionième cas de covid-19 à travers le monde, une augmentation d'environ 1000% par rapport au mois dernier²⁴⁵.

Section 4. Lancement des déconfinements

En Belgique, c'est le 2 avril que l'exécutif, par l'intermédiaire de la Première Ministre, annonce la préparation d'un « déconfinement progressif »²⁴⁶. Sophie Wilmès indiquait alors qu'un groupe d'experts chargé du déconfinement allait être constitué, groupe d'experts dont nous avons découvert la composition le 6 avril²⁴⁷. Le groupe d'experts en charge de l'exit strategy (GEES) a été présidé par Erica Vlieghe, et comprenait notamment des membres des différents organes de gestion de crise, tels que Marc Van Ranst, Emmanuel André ou encore Marius Gilbert.

Au niveau Européen, malgré la volonté affichée par la Commission européenne le 26 mars déjà de coordonner les déconfinements²⁴⁸, volonté qui sera exprimée concrètement par une roadmap le 15 avril²⁴⁹, c'est bien sous le signe de la souveraineté nationale que le déconfinement a eu lieu²⁵⁰. En effet, l'Autriche a été le premier pays à dévoiler son plan de déconfinement le 6 avril²⁵¹, date à laquelle le Danemark a aussi annoncé une levée progressive des restrictions pour

²⁴⁵ Organisation Mondiale de la Santé, « Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19 », 29 janvier 2021, disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline> (consultée le 3 mars 2021).

²⁴⁶ Chambre des Représentants, compte rendu intégral, CIRIV 55 PLEN 034, 02/04/2020, 54 p.

²⁴⁷ WILMES Sophie, « Le groupe de travail sur l'élaboration d'une vision stratégique de déconfinement est constitué », 6 avril 2020, disponible à l'adresse suivante : [Le groupe de travail sur l'élaboration d'une vision stratégique de déconfinement est constitué \(sophiewilmes.be\)](http://Le_groupe_de_travail_sur_l'élaboration_d'une_vision_stratégique_de_déconfinement_est_constitué_(sophiewilmes.be)) (consultée le 3 mars 2021).

²⁴⁸ WHEATON Sarah, « Commission to develop coordinated "exit strategy" from lockdowns », *Politico*, 26 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.politico.eu/article/commission-to-develop-coordinated-exit-strategy-from-lockdowns/> (consultée le 4 mars 2021).

²⁴⁹ European Commission « Coronavirus: European roadmap shows path towards common lifting of containment measures », 15 avril 2020, disponible à l'adresse suivante : https://ec.europa.eu/commission/presscorner/api/files/document/print/en/ip_20_652/IP_20_652_EN.pdf (consultée le 4 mars 2021).

²⁵⁰ GEHRKE Laurenz et HERZENHORN David, « EU left behind as capitals plan coronavirus exit strategies », *Politico*, 14 avril 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.politico.eu/article/eu-left-behind-as-capitals-plan-coronavirus-exit-strategies/> (consultée le 4 mars 2021).

²⁵¹ « L'Autriche, premier pays européen à dévoiler son plan de sortie du confinement », *Le Soir*, 6 avril 2020, disponible à l'adresse suivante : [L'Autriche, premier pays européen à dévoiler son plan de sortie du confinement - Le Soir Plus](https://www.lesoir.be/autriche-premier-pays-europeen-a-devoiler-son-plan-de-sortie-du-confinement-1000000) (consultée le 4 mars 2021).

le 14 avril²⁵². D'autres Etats, comme la France et la Belgique ont à l'inverse décidé de prolonger le confinement, respectivement jusqu'au 11 mai²⁵³ et au 3 mai²⁵⁴.

Notons que dans sa roadmap, l'Union Européenne insistait sur deux éléments essentiels : la surveillance épidémiologique et la capacité hospitalière.

C'est finalement le 29 avril que la Belgique a présenté son plan de déconfinement, un déconfinement prévu en quatre phases²⁵⁵. Sans entrer dans le détail de chaque phase, il est intéressant de noter que le déconfinement progressif a atteint son paroxysme le 23 septembre, date à laquelle le Conseil Nationale de Sécurité a assoupli une dernière fois les mesures avant la deuxième vague.

Section 5. Un été presque normal

Le printemps a donc été marqué par un déconfinement progressif à l'échelle de toute l'Union Européenne. Le déconfinement a conduit à la réouverture des frontières de certains Etats membres, au premier rang desquels l'Italie, premier Etat rouvrant ses frontières le 3 juin²⁵⁶.

Au niveau Belge, en date du 1 juillet, la bulle sociale, concept belge destiné à limiter les contacts sociaux, était fixée à 15 personnes. De nombreuses activités (piscines, parcs d'attraction, théâtres et cinéma, ...) ont repris, moyennant le respect d'un protocole sanitaire prédéfini. La fréquentation des événements en intérieur a été fixée à 200 personnes, et en extérieur à 400 personnes. Depuis la phase 3 commencée le 8 juin, les cafés et les restaurants ont également pu rouvrir dans le respect des mesures sanitaires.

²⁵² « Une levée progressive des restrictions au Danemark annoncée pour le 14 avril », *Le Soir*, 6 avril 2020, disponible à l'adresse suivante : [Une levée progressive des restrictions au Danemark annoncée pour le 14 avril - Le Soir Plus](#) (consultée le 4 mars 2021).

²⁵³ « En France, Emmanuel Macron prolonge le confinement "le plus strict" jusqu'au 11 mai », *Le Soir*, 13 avril 2020, disponible à l'adresse suivante : [En France, Emmanuel Macron prolonge le confinement «le plus strict» jusqu'au 11 mai - Le Soir Plus](#) (consultée le 4 mars 2021).

²⁵⁴ « Coronavirus : le confinement prolongé jusqu'au 4 mai en Belgique », *Le Soir*, 15 avril 2020, disponible à l'adresse suivante : [Coronavirus: le confinement prolongé jusqu'au 3 mai en Belgique - Le Soir Plus](#) (consultée le 4 mars 2021).

²⁵⁵ « Le déconfinement progressif commencera bien le 4 mai : le calendrier des différentes phases », *Le Soir*, 29 avril 2020, disponible à l'adresse suivante : [Le déconfinement progressif commencera bien le 4 mai: le calendrier des différentes phases - Le Soir Plus](#) (consultée le 5 mars 2021).

²⁵⁶ « L'Italie rouvrira ses frontières le 15 juin », *Le Soir*, 15 mai 2020, disponible à l'adresse suivante : [L'Italie rouvrira ses frontières le 3 juin - Le Soir Plus](#) (consultée le 5 mars 2021).

Le 27 juillet, la dynamique s'est légèrement inversée. Face à la montée des contaminations, le CNS a pris la décision de revenir sur les modifications du premier juillet (phase 4 du déconfinement). Ainsi, la capacité d'accueil des événements a été divisée par deux et la bulle sociale est passée de 15 à 5 personnes²⁵⁷. Notons par ailleurs que le port du masque, partie intégrante de la stratégie de déconfinement, est devenu obligatoire dans les commerces et certains lieux publics le 11 juillet²⁵⁸.

Le 20 août, le CNS a décidé de reprendre le déconfinement en revenant aux mesures de fin juillet, mis à part pour la bulle sociale, restée à 5 personnes.

Le CNS du 23, dernier CNS sous le régime du gouvernement Wilmès II, a poursuivi le déconfinement avec une dernière série d'assouplissements avant le rebond de l'épidémie du mois d'octobre. La bulle sociale a été supprimée, les événements organisés par des professionnels n'étaient plus limités en termes de capacité et le shopping a été permis sans restriction en temps ou en nombre de personnes²⁵⁹.

Section 6. Un nouveau gouvernement et une nouvelle vague

Alors que les pouvoirs spéciaux, accordés au gouvernement Wilmès II, sont progressivement arrivés à échéance, un pacte de gouvernement a été négocié entre tous les partis ayant accordé la confiance au Gouvernement Wilmès II, à l'exception du CDH et de Défi, tous deux laissés dans l'opposition aux côtés des partis n'ayant pas accordé la confiance au mois de mars 2020, la NVA, le Vlaams Belang et le PTB/PVDA.

Le gouvernement nouvellement formé, et toujours en service à l'heure où ces lignes sont écrites, comprend 3 ministres du PS, 2 ministres de Vooruit (avec le retour de Frank Vandenbroucke à la santé), 2 ministres du MR, 1 ministre de l'Open-Vld (en plus du Premier Ministre Alexander

²⁵⁷ RIGOT Marie, « Bulle événements, commerces,... : voici les nouvelles mesures restrictives "très fortes" présentées par Sophie Wilmès », *La Libre Belgique*, 27 juillet 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.lalibre.be/belgique/societe/la-belgique-reducit-le-ton-suivez-la-conference-de-presse-du-cns-en-direct-5f1e66157b50a677fb498a69> (consultée le 5 mars 2021).

²⁵⁸ DEFFET Eric et LAMQUIN Véronique, « Face à la crainte du relâchement, le masque obligatoire dans les commerces », *Le Soir*, 9 juillet 2020, disponible à l'adresse suivante : [Face à la crainte du relâchement, le masque obligatoire dans les commerces - Le Soir Plus](https://www.lesoir.be/actualite/face-a-la-crainte-du-relachement-le-masque-obligatoire-dans-les-commerces-1100000) (consultée le 5 mars 2021).

²⁵⁹ WILMES Sophie, « Lancement de la stratégie de gestion des risques : responsabilisation des citoyens », 23 septembre 2020, disponible à l'adresse suivante : [Lancement de la stratégie de gestion des risques : responsabilisation des citoyens | ARCHIVE > Sophie Wilmès \(belgium.be\)](https://www.belgium.be/actualite/lancement-de-la-strategie-de-gestion-des-risques-responsabilisation-des-citoyens-1100000) (consultée le 5 mars 2021).

de Croo), 2 ministres du CD&V, 2 ministres ECOLO et 2 ministres Groen. Tous les partis cités à l'exception de Groen et de Vooruit ont également un secrétaire d'Etat.

Le Gouvernement De Croo est entré en fonction le 1 octobre 2021 après la plus longue crise politique de l'histoire du pays. En effet, si la durée qui sépare les élections législatives de 2018 de l'entrée en fonction du gouvernement (494 jours) n'atteint pas les 540 jours de la crise politique de 2020-2011, entre la chute du gouvernement Michel I et la formation du gouvernement De Croo se sont écoulés 662 jours. 662 jours sans que la Belgique n'ait été gouvernée par un gouvernement majoritaire de plein exercice.

Ce nouveau gouvernement a pris ses premières décisions politiques en matière de lutte contre le Covid-19 lors du Comité de Concertation (remplaçant le Conseil National de Sécurité au niveau de la prise de décision politique) du 6 octobre. Sans énoncer toutes les mesures, il est suffisant de noter que la dynamique des mois précédents est ici renversée puisque les mesures de lutte contre la propagation ont été renforcées. Le 6 octobre est également la date à laquelle un commissariat Covid-19 a été mis en place au sein du gouvernement, avec à sa tête le commissaire Pedro Facon²⁶⁰. Par ailleurs, ce commissariat a été chargé de poursuivre et finaliser la réalisation du « baromètre » Covid-19 destiné à offrir aux autorités politiques un instrument de suivi épidémiologique sur lequel les mesures pourront être fondées²⁶¹.

La deuxième vague atteint son paroxysme fin octobre avec une moyenne quotidienne de plus de 10 000 infections par jour²⁶². Dans la foulée du 6 octobre, les mesures ont été durcies les 16, 23 et 30 octobre avec notamment une nouveauté, l'instauration d'un couvre-feu au niveau fédéral, par après renforcé par les Régions²⁶³.

²⁶⁰ Communiqué de presse du Premier Ministre Alexandre De Croo, « Le Comité de Concertation décide de mesures plus strictes et désigne un commissaire covid-19 », 6 avril 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/occ-06-10/> (consultée le 6 mars 2021).

²⁶¹ MESSOUDI Himad, « Coronavirus en Belgique : de faible à très grave, voici les 4 phases d'alerte du comité de concertation, 16 octobre 2020, disponible à l'adresse suivante : https://www.rtbf.be/info/belgique/detail_coronavirus-en-belgique-de-faible-a-tres-grave-voici-les-4-phases-d-alerte-du-barometre-du-comite-de-concertation?id=10610393 (consultée le 6 mars 2021).

²⁶² Info-coronavirus, « Plus de 10 000 nouvelles infections par jour », 23 octobre 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/plus-de-10-000-nouvelles-infections-par-jour/> (consultée le 6 mars 2021).

²⁶³ LEFEVRE Muriel, « Couvre-feu, mode d'emploi : qu'est-ce qui nous est permis ? », *Le Vif*, 26 octobre 2020, disponible à l'adresse suivante : [Couvre-feu, mode d'emploi: qu'est-ce qui est permis ? - Belgique - LeVif](https://www.info-coronavirus.be/fr/news/couvre-feu-mode-demploi-quest-ce-qui-est-permis--Belgique--LeVif) (consultée le 6 mars 2021).

La fin de l'année 2020 s'est donc caractérisée par des mesures strictes destinées à atténuer la deuxième vague, dont les premiers signes d'essoufflement se sont fait sentir vers la mi-novembre. Les Comités de concertations des 27 novembre et 18 décembre n'appellent pas à des développements particuliers puisque les mesures en vigueur sont restées relativement inchangées.

Section 7. Une nouvelle année, et la vaccination comme salvation ?

A l'heure où nous écrivons ces lignes, nous sommes en avril 2021, et l'entièreté des 4 derniers mois, malgré la tenue de 8 Comités de Concertation, n'a pas été marquée par une évolution significative ni dans un sens in dans l'autre. Le secteur HoReCa est resté fermé durant l'entièreté de la période. Les contacts sociaux restent strictement limités. L'enseignement passe de présentiel en distanciel au gré des Comités de Concertation. Et le télétravail est par moment obligatoire, par moment « fortement recommandé ».

Le gouvernement s'efforce depuis plusieurs mois de maintenir la propagation du virus sous contrôle, avec pour espoir de pouvoir lever progressivement les mesures au fur et à mesure de l'avancement de la vaccination.

La campagne de vaccination a débuté début janvier²⁶⁴, et à l'heure actuelle (10 aout 2021), environ 71,4% de la population a reçu une dose de vaccin, et 64,7% est considérée comme « totalement vaccinée ».²⁶⁵

²⁶⁴ « Début de la campagne de vaccination en Belgique : un taux de participation inespéré », *Le Soir*, 4 janvier 2021, disponible à l'adresse suivante : [Début de la campagne de vaccination en Belgique: un taux de participation inespéré - Le Soir Plus](#) (consultée le 6 mars 2021).

²⁶⁵ Sciensano, « Belgium covid-19 epidemiological situation », 10 aout 2021, disponible à l'adresse suivante : [Belgium COVID-19 Dashboard - Sciensano > Vaccination \(google.com\)](#) (consultée le 11 aout 2021).

Annexe 3. Les organes constituant la structure de gestion de crise durant la pandémie de Covid-19

La crise sanitaire que nous venons de traverser a été gérée par une structure fondamentalement différente de toutes les structures qui ont existé pour gérer des crises sanitaires par le passé. Cette annexe a pour vocation d'apporter de plus amples développements sur la structure de gestion de crise, et peut comporter des répétitions avec le Chapitre 1^{er} de la seconde partie du travail.

Section1. Le Risk Management Group et le Risk Assessment Group

Le protocole du 5 novembre 2018 « conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, établissant les structures génériques pour la gestion sectorielle santé des crises de santé publique et leur mode de fonctionnement pour l'application du Règlement Sanitaire International (2005), et la décision n°1082/2013/EC relative aux menaces transfrontières graves sur la santé.²⁶⁶ », qui spécifie le fonctionnement des autorités en ce qui concerne les risques sanitaires, consacre l'existence de deux organes. Il s'agit du Risk Management Group (ci-après « RMG ») et du Risk Assessment Group (ci-après « RAG »). Ces deux organes ne portent pas atteinte à l'existence des trois cellules mentionnées précédemment (Cellule d'évaluation, cellule de gestion et cellule d'information) puisque « les structures génériques pour la gestion sectorielle santé des crises (...) [sont organisées] sans préjudice des dispositions prises pour la gestion de crises nationales multisectorielle coordonnée par le SPF Intérieur (DGCC). ».

On retrouve donc en premier lieu le RMG qui constitue l'organe de prise de décision principal en matière de risque sanitaire. Ses missions sont énoncées dans le protocole susmentionné.

Parmi celles-ci, citons :

- (...)
- La supervision de l'élaboration de plans de préparation aux urgences de santé publique (...);

²⁶⁶ Protocol d'accord du 5 novembre 2018 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, établissant les structures génériques pour la gestion sectorielle santé des crises de santé publique et leur mode de fonctionnement pour l'application du Règlement Sanitaire International (2005), et la décision n°1082/2013/EC relative aux menaces transfrontières graves sur la santé (M.B. du 14 décembre 2018).

- La décision d'information et/ou de notification d'évènements au niveau de l'EWRS (Early Warning system) et/ou de l'OMS ;
- La prise de mesures de contrôle sanitaire ;
- La gestion d'événements affectant la santé publique, la décision, et la mise en œuvre, des mesures de santé publique destinées à modérer l'impact de cette crise sur la population sur initiative propre ou en application des mesures sanitaires décidées par le Comité Général de Coordination de la DGCC (Direction Générale Centre de Crise) ;
- (...)

Le RMG est composé de représentants des ministres de tutelle. Chaque Ministre compétent (9) envoie un représentant de son cabinet, et un représentant de son administration. Ces représentants reçoivent un mandat décisionnaire. Le RMG peut également convier à ses réunions des observateurs et des experts, sans voix délibérative.

En second lieu, on retrouve le RAG qui constitue quant à lui l'organe d'analyse dont les travaux éclairent le RMG dans sa prise de décisions. Le RAG est notamment chargé de :

- Réaliser une évaluation du signal que le « national focal point » reçoit de ses interlocuteurs et investiguer le risque pour la santé publique ;
- Transmettre la notification confirmant l'événement et sa nature ainsi que son impact sur la santé publique et son risque de propagation ;
- Emettre des propositions visant à limiter la propagation à l'attention du RMG ;
- Assurer un suivi prenant en compte l'impact de la crise et l'efficacité des mesures.

Le RAG comprend en son sein des experts permanents provenant d'autorités fédérales, et des experts spécifiques sélectionnés en fonction de la nature de l'événement.

Section 2. Le Centre de Crise National

Sous la responsabilité du Ministre de l'Intérieur, le Centre de crise national (« NCCN ») est une direction générale du SPF Intérieur.

En période de non-crise, il assure une veille permanente afin de collecter, analyser et transmettre aux autorités pertinentes toute information importante. Il joue aussi un rôle clé au niveau de la

planification d'urgence, en élaborant les plans fédéraux, et en coordonnant les plans locaux ou monodisciplinaires.

En période de crise, il met à disposition des autorités ses infrastructures et son expertise et constitue l'intersection entre les autorités et les acteurs de terrains locaux et nationaux²⁶⁷. A cette fin, trois organes sont activés au sein du NCCN lors du déclenchement de la phase fédérale prévue dans l'AR de 2003 susmentionné pour gérer les situations de crises nationales. Il s'agit de la cellule d'évaluation, de la cellule de gestion, et de la cellule d'information. Il est également possible d'activer une cellule socio-économique venant s'ajouter aux trois précédentes pour gérer des questions spécifiques. La cellule de gestion n'a pas été activée conformément au plan d'urgence fédéral de l'AR de 2003. A sa place, la Première Ministre a décidé d'activer le CNS, organe créé en 2015 et qui a été utilisé dans la cadre de la gestion des attentats de Zaventem et Malbeek. Le CNS fera l'objet d'une sous-section.

Section 3. La cellule d'évaluation

CELEVAL a pour fonction d'être le dernier organe d'évaluation chargé d'éclairer les acteurs politiques avant qu'une problématique ne soit tranchée. A cette fin, il a notamment intégré dès le mois de mars les membres du comité scientifique coronavirus²⁶⁸ en son sein. Grâce à toutes les informations transmises par les différentes cellules et groupes de travaux en sa possession, CELEVAL va remettre un avis aux autorités politiques (CNS, Comité de concertation) afin que les organes politiques décisionnels bénéficient d'un maximum d'informations et d'avis dans leur prise de décision. Après le remaniement de la cellule en septembre 2020, son rôle de conseil s'est progressivement estompé²⁶⁹.

Section 4. Le comité fédéral de coordination

Le COFECO est un organe placé sous la direction du Centre de crise dont l'existence n'est pas prévue par le Plan d'urgence fédéral de 2003 mais par le plan d'urgence nucléaire de 2018²⁷⁰. Son existence n'étant prévue que par le plan d'urgence nucléaire, il n'est pas aisément définitif le rôle dans le cadre de la gestion d'une pandémie. Néanmoins, le site du NCCN indique que le

²⁶⁷ Arrêté Royal du 18 avril 1988 portant création du Centre gouvernemental de Coordination et de Crise (M.B. du 54 mai 1988).

²⁶⁸ Organe mis sur pied par la ministre de la santé pour la conseiller avant le déclenchement de la phase fédérale.

²⁶⁹ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K023, 12/02/2021, 27 p.

²⁷⁰ Arrêté Royal du 1 mars 2018 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge (M.B. du 6 mars 2018).

COFECO « prépare et coordonne au niveau stratégique l'implémentation des décisions politiques du CNS [et par après du COFECO]. »²⁷¹.

Section 5. Le Conseil National de Sécurité

Le CNS est une institution relativement récente puisqu'elle a été mise en place en 2015 avec l'adoption d'une loi adoptée dans le contexte des attentats terroristes. Le CNS « établit la politique générale du renseignement et de la sécurité, en assure la coordination, et détermine les priorités des services de renseignement et de la sécurité.²⁷² ». C'est le Premier Ministre qui en assure la présidence, et les ministres ayant dans leurs attributions la Défense, l'Intérieur, la Justice et les Affaires étrangères, ainsi que les Vices-Premiers Ministres participent aussi au CNS.

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de covid-19, le CNS a assuré le rôle qu'aurait dû jouer la cellule de gestion, selon la Première Ministre, en raison de « l'ampleur de la crise et ses conséquences majeures sur les libertés individuelles. »²⁷³. Jusqu'à son remplacement par le CODECO, le CNS a adopté « l'ensemble des décisions politiques relatives aux mesures d'ordre public destinées à enrayer la propagation du virus »²⁷⁴.

Le choix de passer par le CNS plutôt que par la cellule de gestion a également modifié le processus de préparation à la décision. En effet, en préparation d'un CNS sont organisés un kern, une réunion interministérielle et une préparation par les cabinets, alors qu'en préparation d'une réunion de la cellule de gestion est normalement organisé un COFECO²⁷⁵. Ce détail a eu son importance, comme nous le verrons par la suite.

Section 6. La conférence interministérielle santé publique

Depuis 2015, le Belgique compte 18 conférences interministérielles. Ces conférences ont été créées dans le cadre de la loi ordinaire de réformes institutionnelles du 9 août 1980 par le Comité de concertation. Elles ont pour objectif de promouvoir et faciliter la coopération entre les différents niveaux de pouvoirs. En effet, la sixième réforme de l'Etat a régionalisé la

²⁷¹ Centre de Crise National, « Covid-19 : une gestion de crise collégiale et complexe », 29 mars 2020, disponible à l'adresse suivante : <https://centredecrise.be/fr/news/gestion-de-crise/covid-19-une-gestion-de-crise-collegiale-et-complexe> (consultée le 17 mars 2021).

²⁷² Arrêté Royal du 28 janvier 2015 portant création du Conseil national de sécurité (M.B. du 30 janvier 2015).

²⁷³ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K035, 19/03/2021, 59 p.

²⁷⁴ *Ibid.*

²⁷⁵ Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CRIV 55 K039, 26/03/2021, 27 p.

compétence de la santé dans de nombreux domaines, laissant au fédéral une compétence plus que restreinte. Sans entrer dans les détails, nous pouvons identifier 9 domaines régionalisés ou communautarisés en tout ou en partie²⁷⁶ (citons notamment les soins pour personnes âgées, en situation de handicap, la prévention sanitaire ou encore l'organisation de la médecine de première ligne). Ainsi, on compte en Belgique huit ministres avec des compétences en matière de santé publique leur permettant de participer aux conférences interministérielles de la santé²⁷⁷.

²⁷⁶ HANNES Peter, « 6de Staatshervorming : sector gezondheidszorg en hulp aan personen », *Actieplatform gezondheid en solidariteit*, 18 juin 2013, Bruxelles, disponible à l'adresse suivante : https://www.sante-solidarite.be/sites/default/files/peter_hannes_bevoegdheidsoverdrachten_inzake_gezondheidszorg_0.pdf (consultée le 11 avril 2021).

²⁷⁷ Le « neuvième ministre de la santé » dont on entend parfois parler (Barbara Trachte) n'est en réalité responsable que de la prévention de la santé francophone à Bruxelles, et n'est donc pas membre de la conférence interministérielle de la santé. [Réunion des ministres de la Santé publique à propos du coronavirus | SPF Santé publique \(belgium.be\)](https://www.santepublie.be/reunion-des-ministres-de-la-sante-publique-a-propos-du-coronavirus/)

Annexe 4 : Tableau décrivant les phases d'une pandémie définie par l'OMS

Phase 1	Aucun cas d'infection chez l'homme due à un virus circulant chez les animaux n'a été signalé.
Phase 2	On sait qu'un virus grippal animal circulant chez des animaux domestiques ou sauvages a provoqué des infections chez l'homme et il est de ce fait considéré comme constituant une menace potentielle de pandémie.
Phase 3	Un virus grippal réassorti animal ou animal-humain a été à l'origine de cas sporadiques ou de petits groupes de cas de maladie dans la population, mais n'a pas entraîné de transmission interhumaine suffisamment efficace pour maintenir les flambées à l'échelon communautaire.
Phase 4	La transmission interhumaine d'un virus grippal réassorti animal ou animal-humain capable de provoquer des flambées à l'échelon communautaire a été vérifiée.
Phase 5	Le virus identifié a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins deux pays d'une même région de l'OMS.
Phase 6	Outre les critères définis pour la phase 5, le même virus a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins un pays d'une autre région de l'OMS.
Période suivant le pic de la pandémie	Le nombre de cas de grippe pandémique a chuté au-dessous de celui observé lors du pic dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.
Nouvelle vague possible	L'activité de la grippe pandémique augmente à nouveau dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.
Période post-pandémique	L'activité grippale a retrouvé les niveaux normalement observés pour la grippe saisonnière dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.

Source : Organisation mondiale de la Santé, Programme mondial de lutte contre la grippe, « Préparation et action en cas de grippe pandémique », Document d'orientation, 2009, disponible à l'adresse suivante :

<https://apps.who.int>. (consultée le 27 mars 2021).

« This [Pandemic] is an example of state failure on an epic scale ! »

Richard Horton (Chambre des représentants, Compte rendu intégral, CIRIV 55 K006, 16/11/2020, 21
p.)