

**Apprendre de la gestion de la crise Covid-19 en Belgique pour penser une  
gestion plus collaborative et intégrée des prochains risques collectifs**

Rédigé par Camille Fortunier et Fanny Sbaraglia  
avec Andrea Rea  
Pour Solidaris

15 avril 2022



## TABLE DES MATIERES

<b>Acronymes</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>I. Méthodologie de la recherche</b> .....	<b>6</b>
<b>II. Les Quatre temps de la gestion de crise</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Des goulots d'étranglement qui conduisent à un choc organisationnel et institutionnel (février-avril 2020)</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Combler le manque de ressources organisationnelles ou de données par la mise en réseau (Mai-Septembre 2020)</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Un commissariat Covid-19 pour pluri-discipliniser la gestion de crise (octobre 2020-octobre 2021)</b> .....	<b>12</b>
<b>4. Politisation de la gestion de crise (novembre 2021- février 2022)</b> .....	<b>13</b>
<b>5. Du côté des entités fédérées</b> .....	<b>14</b>
<b>III. Apprentissages de la gestion de crise Covid-19</b> .....	<b>15</b>
<b>1. Repenser les rouages institutionnels et organisationnels</b> .....	<b>15</b>
<b>2. Intégrer une division du travail explicite</b> .....	<b>17</b>
<b>3. Vers une gestion plus collaborative</b> .....	<b>19</b>
<b>4. Développer une culture de la récolte et de la gestion des données</b> .....	<b>20</b>
<b>6. Faible culture du risque et de l'apprentissage collectif</b> .....	<b>25</b>
<b>7. Covid-19 ou la rupture avec le cadre classique de gestion de crise</b> .....	<b>26</b>
<b>IV. Proposition de gestion alternative face aux risques réflexifs et systémiques</b> .....	<b>28</b>
<b>1. Proposition deux dispositifs complémentaires aux structures existantes</b> .....	<b>28</b>
a. Des comités de liaison territoriaux et un support interfédéral .....	<b>28</b>
b. Valoriser les métiers de la prévention et créer des réservistes de crise .....	<b>30</b>
<b>8. Apports de ces dispositifs au regard des apprentissages de la crise du Covid-19</b> .....	<b>31</b>
a. Intégrer une gestion du risque permanente.....	<b>31</b>

b. Collaborer pour des outils à la fois préventifs, de gestion et d'apprentissage .....	32
<b>9. Développer un prototype de Comités de liaison .....</b>	<b>34</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>35</b>

## ACRONYMES

AMU	Aide médicale urgente
Ceveal	Cellule d'évaluation du gouvernement fédéral
CIM Santé	Conférence interministérielle de la Santé publique
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNS	Conseil National de Sécurité
Cocof	Commission communautaire française
Cocom	Commission Communautaire Commune
Codeco	Comité de concertation
CST	Covid Safe Ticket
GEES	Groupe d'experts en charge de la stratégie de sortie
GEMS	Groupe d'Experts de stratégie de crise pour le Covid-19
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
IBSA	Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse
IWEPS	Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique
RAG	Risk Assessment Group
RBC	Région de Bruxelles-Capitale
RMG	Risk Management Group
Statbel	Direction générale Statistique

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes rencontrées et interrogées dans le cadre de cette recherche pour le temps octroyé et les riches échanges. Nous remercions également chaleureusement les membres du comité scientifique composé de Jean-Benoît Pilet, Andrea Rea, Marius Gilbert et Olivier Klein pour leurs conseils avisés.

## INTRODUCTION

Il est fort à parier que chacun-e se souviendra de manière assez précise de ce qu'il ou elle faisait lorsque le confinement de la population belge et la fermeture des secteurs dits non-essentiels ont été décrétés le 13 mars 2020 par le gouvernement fédéral d'affaires courantes. Ces mesures politiques inédites dans l'histoire récente ont été décidées afin de contenir l'épidémie du virus Covid-19 qui se propageait de manière rapide dans la population et d'éviter la saturation des hôpitaux. Les mesures drastiques prises pour endiguer cette épidémie ont provoqué un choc social, sanitaire, économique, mais également politique et institutionnel inédit. Cette crise sanitaire a donc amené nombre d'acteurs et actrices de ces secteurs à mobiliser différents d'instruments légaux, organisationnels, financiers et informatifs, pour gérer cette crise de manière institutionnelle, mais aussi extra-institutionnelle.

Cette étude a pour objectif de porter un regard rétrospectif et actuel sur le processus de décision et de gestion de crise Covid-19, en se focalisant sur les apprentissages qu'il nous enseigne afin de mieux envisager la gestion d'autres crises. Pour ce faire, notre questionnement central s'attache à comprendre comment les instruments et les processus de gestion de crise ont été mis en œuvre ? Et comment peut-on les améliorer dans la perspective de futures autres crises ? Notre postulat central est qu'il est nécessaire d'interroger la gestion de crise car celles-ci se démultiplient, sont imprévisibles et peuvent être particulièrement virulentes. Les inondations de juillet 2021 ou encore le déclenchement de la guerre en Ukraine n'en sont que des exemples européens récents. Dès lors, nous interrogeons la notion de crise et ses différents instruments de gestion.

Pour ce faire, cette recherche qualitative repose d'une part, sur une synthèse de recherche documentaire. D'autre part, l'originalité de cette recherche consiste à compléter les analyses existantes par des entretiens semi-directifs individuels et collectifs avec ceux et celles qui ont été au cœur du processus de décision et de gestion de crise. Associé aux analyses déjà réalisées, le croisement des points de vues délivrés dans les entretiens nous permet premièrement de comprendre les freins et les opportunités de cette gestion de crise et, partant de ces apprentissages, de proposer des pistes de solutions permanentes, plus intégrées et plus collaboratives.

La présentation des résultats de cette recherche empirique commence par une première partie dédiée à l'explication brève de notre approche méthodologique. Ensuite, la seconde partie de ce rapport est consacrée à l'analyse des quatre temporalités de gestion de crise identifiées lors des entretiens. La troisième partie aborde les difficultés et les opportunités engendrés par la crise sous la forme d'enseignements politiques, scientifiques, institutionnels, sociaux et sanitaires. Finalement, la dernière partie expose des pistes de solutions concrètes pour un penser la gestion des nouveaux risques collectifs.

## I. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Pour réaliser cette étude très empirique, nous avons privilégié une approche qualitative approfondie. En effet, cette recherche est ancrée dans le champ de la sociologie des politiques publiques, et plus précisément, dans le champ dédié aux instruments définis comme « un dispositif avec la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations dont il est porteur » (Lascoumes & Le Galès, 2004 : 13). Partant de cette définition, notre recherche s'est concentrée sur la manière dont les parties prenantes se sont saisi-e-s des différents instruments de gestion de crise disponibles, qu'ils reposent sur des ressources de gouvernement (Hood, 1986) d'autorité (comme les Arrêtés Royaux de planification d'urgence), financiers (comme le droit passerelle), d'information (comme la définition d'indicateurs) ou encore organisationnels (comme les Risk assessment group). Notre enquête a donc pour objectif de comprendre comment les acteurs et actrices qui ont participé à la gestion de crise ont mobilisé ces instruments et les représentations qui en émanent.

Tout d'abord, notre méthode de collecte de données repose sur deux volets principaux : premièrement, une recherche documentaire, et deuxièmement, des entretiens semi-directifs. D'un côté, nous avons récolté des études d'ores et déjà menées par différents organismes scientifiques et non-scientifiques, des articles de presse, des documents législatifs et des documents programmatiques sur les différents niveaux de pouvoirs. Cette recherche qualitative repose d'une part, sur une synthèse d'analyses extraites d'articles de presse, d'une commission parlementaire fédérale et de différentes publications scientifiques (à titre principal : De Visscher & Piron, 2021 ; Fallon & al., 2021). Ces matériaux sont particulièrement précieux pour entreprendre un processus d'apprentissage et pour pouvoir élaborer des pistes d'amélioration de la gestion de crise en Belgique. D'un autre côté, nous avons réalisé 44 entretiens semi-directifs avec différentes parties prenantes de la gestion de crise, à savoir des membres de cabinets politiques, des représentant-e-s d'administration, des expert-e-s, des scientifiques, des consultant-e-s, des acteurs et actrices des secteurs sanitaires et sociaux. Via ces échanges, nous avons questionné les personnes rencontrées sur leurs fonctions, les difficultés rencontrées, les opportunités de gestion alternative nées dans la gestion de crise, ainsi que sur leurs avis et perspectives quant à une future gestion des risques collectifs. Ces entretiens ont été réalisés pour la plupart en visioconférence et en présentiel en janvier et février 2022. Ceux-ci ont été réalisés de manière strictement anonyme afin de garantir la liberté de parole mais également, dans le but de se concentrer sur les enjeux et processus de gestion et non sur la personnalisation de celle-ci. Certains extraits d'entretiens seront cités de manière illustrative.

Une fois ces données collectées, nous avons ensuite réalisé une analyse thématique inductive et croisée de l'ensemble du matériel empirique. Celle-ci nous a permis d'identifier quatre temps de la gestion de crise, qui sont mobilisés comme temporalités de référence dans la suite de l'analyse. Ensuite, nous avons identifié les différentes représentations, pratiques et expériences que les acteurs et actrices rencontré-e-s ont eu des différents instruments de gestion de crise. Nous présentons les résultats de cette enquête sociologique sous la forme de constats et d'apprentissages pour une meilleure gestion des futurs risques collectifs. En guise de conclusion, nous proposons plusieurs pistes de solutions qui permettent d'intégrer les opportunités de collaboration initiées en temps de crise

Covid-19, de les pérenniser et d'ouvrir la voie à une gestion des risques plus préventive, plus intégrée et plus collaborative.

## II. LES QUATRE TEMPS DE LA GESTION DE CRISE

Période	Février-Mai 2020	Mai-Septembre 2020	Octobre 2020-octobre 2021	Novembre 2021-février 2022	Depuis mars 2022
Type gestion	Goulots d'étranglement et stupéfaction	Mise en réseau sectorielle	Coordination interfédérale		Normalisation
Acteurs extra-insti.	GEES	GEES + taskforces	Commissariat + GEMS		
Principales mesures sanitaires	Confinement de la population et fermeture des activités dites non-essentiels	Réouverture de secteurs économiques et progressivement des autres secteurs	Gestion de trois vagues Ouverture et fermeture de différents secteurs Janvier 2021 – début de la campagne de vaccination	Jauges et horaires Horeca et culture	Abandon progressif des mesures Covid-19
Organe décisionnel	Centre National de Crise		Comité de concertation		
Gouv. Fédéral	Gouvernement Wilmès I + Gouvernement Wilmès II M. De Block Ministre fédérale de la santé publique		Gouvernement De Croo I F. Vandenbroucke Ministre fédéral de la santé publique		

### 1. Des goulots d'étranglement qui conduisent à un choc organisationnel et institutionnel (février-avril 2020)

Au niveau fédéral, il existe des structures chargées de suivre en permanence les risques pour la santé publique. Premièrement, il y a le Risk Assessment Group (RAG) qui « analyse le risque pour la population sur la base de données épidémiologiques et scientifiques<sup>1</sup> ». Il est composé d'épidémiologistes de Sciensano, des autorités sanitaires fédérales et fédérées, ainsi que de spécialistes ayant des expertises spécifiques à certains risques. Ce groupe constitue un organe de veille scientifique des risques pour la santé publique. Deuxièmement, il y a le Risk Management Group (RMG) qui doit décider des différentes mesures nécessaires à mettre en place lorsqu'un risque sanitaire est identifié par le RAG. C'est donc un organe décisionnel qui regroupe des administrations et, sporadiquement selon le type et l'envergure des crises, des représentant-e-s politiques. Ces organes ont notamment travaillé sur les risques de virus comme Ebola ou au H1N1. Dès les premiers signes d'épidémie à Wuhan en Chine, ces structures ont fonctionné pour organiser les rapatriements de patient-e-s positifs et positives au Covid19 et ils ont averti les autorités des nécessaires identification et localisation des stocks de matériels de protection disponibles, comme les masques et les visières.

Malgré les avertissements émis dès janvier 2020 tant par le RAG que par le RMG sur les risques épidémiologiques et sur la nécessité de prévoir du matériel de protection, peu de mesures concrètes ont été prises. Ceci s'explique d'une part, par l'idée diffusée notamment par la ministre fédérale de la

<sup>1</sup> SPF Santé Publique, Menaces pour la santé, <https://www.health.belgium.be/fr/menaces-pour-la-sante-publique>, Site internet consulté le 31 mars 2022.

santé publique, Maggie De Block, que le Covid-19 n'était qu'une vilaine grippe, et d'autre part, par l'incapacité de ces organes à faire face à une charge de travail grandissante. En effet, plus la crise sanitaire se rapprochait géographiquement de la Belgique, plus nombreuses étaient les demandes d'informations ou de recommandations adressées au RAG et au RMG. L'afflux de questions émanant d'administrations ou de pouvoirs politiques semble avoir paralysé ces organes de gestion du risque sanitaire. Limités par le nombre de leurs membres et par leurs processus de décisions internes, ces organes ont été des goulots d'étranglement qui n'ont pas pu absorber l'exponentielle vague de questions qui leur étaient adressées.

Si on observe des goulots d'étranglements dans les organes chargés de prévenir les risques sanitaires publics, on les retrouve également dans la mise en œuvre des arrêtés royaux de planification d'urgence<sup>2</sup>. En effet, ceux-ci prévoient notamment la mise en place du déclenchement de différentes phases de crise en fonction du niveau territorial concerné par la situation de crise à gérer. Il existe la phase locale, la phase provinciale et la phase fédérale de crise. Si cette dernière phase est déclenchée, les arrêtés royaux prévoient la mise en place d'une Cellule de crise fédérale hébergée par le Centre de crise, une Cellule d'évaluation du gouvernement fédéral (Celeval) et un organe décisionnel le Conseil National de Crise (CNS). Quand la phase fédérale de crise est annoncée le 13 mars 2020, les organes de gestion de crise se retrouvent complètement dépassés par l'ampleur des effets de l'épidémie. Face à ce choc organisationnel et institutionnel inédit, une solution radicale et immédiate apparaît comme l'unique voie pour protéger la population du Covid-19 : le confinement, qui ferme tous les secteurs non-essentiels, dont les écoles, et qui oblige la population à rester chez elle sauf dans le cas de déplacements impérieux.

Dès le début du confinement en mars 2020, de nombreuses questions se posent sur les plans économique, social, et évidemment, sanitaire. Il s'agit de freiner rapidement la propagation de l'épidémie et d'éviter de voir exploser le nombre de malades du Covid-19 dans les hôpitaux. Cette mise à l'arrêt de la société conduit à une crise sociale majeure tant le nombre de personnes devant être mises au chômage économique ou partiel explose. De plus, de nombreuses personnes travaillant dans des secteurs à hauts taux de travail informel se retrouvent du jour au lendemain sans revenus. A titre d'exemples, les travailleurs et travailleuses du sexe, certains membres du personnel HORECA ou de la construction deviennent particulièrement vulnérables. Nombreux-euses sont les indépendant-e-s qui perdent également leur source de revenus. Les personnes sans-papiers se retrouvent hors des mécanismes institutionnels qui organisent l'aide financière publique (que ce soit via des allocations de chômage ou des revenus d'insertion). De nombreux publics précarisés se retrouvent hors des cadres institutionnels de gestion de crise, deviennent particulièrement vulnérables, encore plus invisibilisés.

---

<sup>2</sup> 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 ; Arrêté royal du 22 mai 2019 relatif à la planification d'urgence et la gestion de situations d'urgence à l'échelon communal et provincial et au rôle des bourgmestres et des gouverneurs de province en cas d'événements et de situations de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national.



Par ailleurs, le contexte de gestion de l'urgence peine à coordonner les niveaux de pouvoirs et connaît de lourds manquements organisationnels. Ce qui conduit notamment à ce que des structures collectives comme les maisons de repos se retrouvent délaissées d'attention politique particulière.

### ***Des dispositifs extra-légaux pour absorber le choc***

En plus du choc organisationnel et institutionnel provoqué par l'épidémie, plusieurs acteur-trice-s rencontré-e-s parlent d'un manque de leadership au niveau du gouvernement fédéral et plus spécifiquement, dans le chef de Maggie De Block, qui occupait alors la fonction de ministre de la Santé publique. Dépassée par l'ampleur des événements, elle semble avoir laissé un véritable vide du pouvoir, qui a alourdi la gestion de crise du gouvernement fédéral.

Il importe également de noter que le premier gouvernement Wilmès I était un gouvernement en affaires courantes, ce qui n'a pas facilité le processus de prise de décision du tout début de crise. Après avoir demandé le soutien de l'opposition ainsi que les pouvoirs spéciaux dans le but de pouvoir réagir au mieux face à l'urgence sanitaire, le gouvernement Wilmès I devient le gouvernement Wilmès II le 17 mars 2020, toujours minoritaire mais de plein exercice.

Face à ces différents facteurs politiques, institutionnels et organisationnels, la Première Ministre Sophie Wilmès a cherché des solutions extra-institutionnelles pour la guider au mieux dans la gestion de la crise. Pour ce faire, elle décide de mettre en place un groupe d'expert-e-s multidisciplinaires à qui elle entend confier la stratégie de sortie de crise : le Groupe d'experts en charge de la stratégie de sortie (GEES). A travers un travail de composition, elle intègre le souci de parité linguistique mais pas de la parité de genre, ce qui sera mentionné lors de plusieurs entretiens comme révélateur de l'empressement avec lequel ce groupe a été constitué. Il est composé d'épidémiologistes et de virologues qui étaient d'ores et déjà présent-e-s dans des organes comme le RMG ou le RAG, comme Erika Vlieghe, Marc van Ranst ou Emmanuel André, ainsi que d'autres académiques comme Marius Gilbert, Mathias Dewatripont ou Niel <sup>3[OBJ]</sup>. D'autres expert-e-s sectoriel-le-s comme Céline Nieuwenhuys de la Fédération des services sociaux, Inge Bernaerts juriste, Johnny Thijs ou Pierre Wunsch, Gouverneur de la Banque Nationale de Belgique complètent le groupe.

Si la mise en place de ce groupe est officiellement annoncée le 2 avril 2020 au Parlement par Sophie Wilmès, il n'a ni existence légale ni existence juridique. Autrement dit, il n'est pas doté de ressources humaines, financières, juridiques ou même d'accès à des données propres. A titre d'exemple, les expert-e-s du GEES se réunissaient en ligne via le système Webex, ou en présentiel à la Banque nationale. Le gouvernement fédéral n'était pas en mesure de leur offrir un lieu de travail propre, le groupe s'est donc organisé selon les ressources propres à ses membres. Ces expert-e-s dû développer des manières de faire et des méthodologies pour pallier les lacunes auxquelles ils faisaient face en termes de ressources : consultation de pairs, d'expert-e-s sectoriel-le-s, de dirigeant-e-s d'entreprises

---

<sup>3</sup>RTBF, Coronavirus en Belgique : le groupe d'experts en charge du déconfinement est constitué, 6 avril 2020, <https://www.rtf.be/article/coronavirus-en-belgique-le-groupe-dexperts-en-charge-du-deconfinement-est-constitue-10476986>, article consulté le 20 mars 2022.

publiques ou privées. Il semble crucial de noter que leur unique ressource organisationnelle propre était le rôle de secrétariat géré par des consultant-e-s de Mc Kinsey. Leur rôle consistait à apporter un soutien en termes de prises de notes et de préparation des réunions.

La mise en place de ce groupe d'expert-e-s sectoriel-le-s et scientifiques s'est donc faite de manière extra-institutionnelle pour combler des lacunes administratives et politiques. Sans plan pandémie remis à jour depuis les transferts de compétences de la Sixième Réforme de l'Etat, ni les procédures de gestion de crise, ni les lignes hiérarchiques, ni la répartition des compétences n'étaient prévues. Le GEES a donc dû composer avec les propres réseaux de ses membres, avec les consultant-e-s de Mc Kinsey, et avec les administrations fonctionnelles telles que Sciensano pour parvenir à remplir sa mission. Sans statut légal, le GEES a donc dû négocier en permanence son rôle, ses missions, l'accès à certaines données ou encore, son rôle dans l'espace médiatique. En effet, le choc organisationnel et institutionnel a conduit à un vide médiatique laissé par des politiques dépassé-e-s et a amené les membres du GEES à intervenir régulièrement dans la presse pour rendre compte de l'évolution et la gestion de l'épidémie en Belgique. Face à un vide politique laissé notamment par Magie De Block, les expert-e-s sont devenu-e-s à la fois les conseillers et conseillères du gouvernement fédéral, mais également leurs portes paroles. Ceci témoigne d'un flou tant en termes de statut, que de rôle dans l'espace médiatique, qui a conduit à différentes tensions avec des acteurs et actrices politiques et administratifs. En analysant les différents entretiens menés, nous avons donc déterminé que cette première étape de la gestion de la crise du Covid-19 en Belgique a été influencée par un véritable choc organisationnel et institutionnel. Les dispositifs existants n'ont pas été capables d'absorber les nombreuses demandes de réponses que suscitait la crise : sur le plan sanitaire, social et économique notamment. Créant des véritables goulots d'étranglements dans la réponse à apporter aux problèmes variés engendrés par la pandémie, les processus organisationnels de gestion des crises et de risques sanitaires ont donc été dépassés et ont conduit à la mise en place de dispositifs extra-institutionnels exceptionnels tel que le confinement de la population, ou la mise en place de comités d'expert-e-s.

## **2. Combler le manque de ressources organisationnelles ou de données par la mise en réseau (Mai-Septembre 2020)**

Une fois le pic de la première vague dépassé, le plan de sortie prévu par les expert-e-s a été progressivement et très prudemment mis en œuvre. Dès le 4 mai 2020, différentes étapes de déconfinement sont prévues afin de suivre les effets lors de chaque nouvelle phase : moyennant des mesures d'hygiène strictes les entreprises, les magasins de textile, merceries et magasins en gros destinés aux professionnels qui ont pu reprendre, puis les commerces, les métiers de contact, les écoles et finalement l'HORECA.

Ce déconfinement progressif a été rendu possible d'une part, car les chiffres liés aux contaminations, aux hospitalisations et aux décès diminuaient ; et d'autre part, que plusieurs mécanismes de coordination et de collecte de données ont été mis en place. En effet, comme nous l'avons brièvement évoqué dans la description de la période précédente, les différents organes administratifs et politiques, tous niveaux de pouvoirs confondus, ont été confrontés à la faible disponibilité de données dans leur prise de décision. Combien de personnes travaillant dans l'économie informelle ont perdu leur emploi et sont sans revenus ? Combien de travailleurs et travailleuses indépendant-e-s ? Combien

d'entreprises sont en difficulté ? Et au-delà de ces indicateurs socio-économiques : comment la population vit-elle le confinement en termes de santé mentale, de qualité de vie ou de violences intrafamiliales ? Ce manque de données a dans un premier temps conduit à une standardisation des besoins des individus et la focale politique a été placée sur les besoins sanitaires et les besoins économiques. Il fallait en effet éviter des taux trop importants d'hospitalisation, et soutenir les revenus des individus et des entreprises.

Cette standardisation des besoins des individus pensée selon le modèle des ménages parents-enfants a invisibilisé les besoins spécifiques de populations plus vulnérables comme les travailleurs et les travailleuses du sexe, de l'économie informelle ou les migrant·e·s encore, des personnes vivant en communauté comme dans les maisons de repos. Ce processus de standardisation des besoins a été également renforcé par un début de gestion de crise particulièrement top-down tant les différents organismes politiques et administratifs attendaient des instructions du Fédéral. Dès lors, pour pallier ces mécanismes décisionnels verticaux et le manque de données disponibles, plusieurs initiatives vont émerger dans le but de favoriser la coordination entre niveaux de pouvoirs et de mise en œuvre. Elles prennent principalement la forme de taskforces et auront chacune des missions spécifiques : l'alignement politique, l'achat et la distribution de masques, de réactifs pour les tests PCR, d'aide aux publics vulnérables, de stratégie de testing, de soutien aux entreprises, etc. Ces taskforces constituaient des dispositifs extra-institutionnels qui ont regroupé acteurs administratifs, politiques, et des représentant·e·s sectoriels. Ces groupes de concertation avaient pour mission de rationaliser les achats et notamment, la gestion des marchés publics. C'est pourquoi, ils permettaient une meilleure coordination entre acteur·trice·s de niveaux de pouvoirs différents et, elles permettaient d'inclure « une vision du terrain ». En effet, comme nous l'avons souvent entendu dans les entretiens, le manque de données a conduit à ne pas voir certains problèmes émerger, comme celui des maisons de repos qui a explosé au début de l'épidémie en Belgique. Avoir des représentant·e·s sectoriel·le·s s autour de la table des taskforces permettait d'avoir des éclairages de terrain et d'essayer de diagnostiquer différents problèmes.

Il est important de noter que si certaines taskforces ont été créées sur base d'initiatives politiques ou administratives, d'autres taskforces ont émergé pour donner de la visibilité à des enjeux jusqu'alors non pris en compte dans la gestion de crise : la taskforce pédiatrique s'est concentrée sur les effets du confinement sur les enfants, ou la taskforce psycho-sociale revendique que des questions de santé mentale et de bien-être soient intégrées dans la gestion de crise. Progressivement, la mise à l'agenda de ces questions a permis d'intégrer certaines de ces dimensions dans la gestion de crise.

Cette deuxième période est donc marquée par une gestion en réseaux d'acteur·trice·s, qui a été rendue possible grâce à des indicateurs épidémiologiques favorables, mais également, du fait d'un GEES en perte de repères. La sortie du déconfinement était en cours et les réunions devenaient plus irrégulières tant l'objectif initial d'élaboration d'un plan de sortie de crise avait été atteint. A l'été 2020, le GEES a commencé à moins se réunir permettant ainsi une gestion de la pandémie plus interfédérale et moins verticale.

### 3. Un commissariat Covid-19 pour pluri-discipliniser la gestion de crise (octobre 2020-octobre 2021)

A la mi-août 2020, les premiers rebonds épidémiques apparaissent sur les tableaux de bord de Sciensano. Face au délitement du GEES, un deuxième Celevel Covid-19 est mis en place conformément aux dispositifs de gestion de crise fédéraux expliqués en amont. Si ce nouveau Celevel et plusieurs épidémiologistes sonnent l'alerte, la formation du nouveau gouvernement fédéral occupe de nombreux esprits politiques et laisse peu de place à une discussion sur d'éventuelles mesures préventives contre la propagation du Covid-19. En fin de mandat, Sophie Wilmès et son gouvernement minoritaire de plein exercice n'avaient plus l'autorité nécessaire pour mettre ce dossier sur la table politique ; le gouvernement De Croo, quant à lui, n'était pas en responsabilité, « ce qui pose la question de la continuité du pouvoir » nous confie une des personnes interrogées. Plusieurs intervenant·e-s rencontré·e-s nous l'ont raconté : toute l'attention politique se concentrait sur les dernières étapes de la formation du gouvernement, et la reprise épidémique a été largement minimisée à la fin de l'été 2020, ouvrant la voie à une forte augmentation des cas de contamination et d'hospitalisation. Il faut attendre la prestation de serment du gouvernement De Croo le 1<sup>er</sup> octobre 2020, majoritaire et de plein exercice, pour que la gestion de la crise retrouve un nouvel élan au niveau fédéral. Trois éléments vont conduire à un changement dans la manière de gérer la crise : la reprise de l'épidémie et une seconde vague d'ores et déjà bien installée, l'arrivée de Frank Vandenbroucke comme ministre de la Santé publique, et la création d'un Commissariat Covid-19 piloté par Pedro Facon. Plutôt qu'un groupe de conseil spécifique au gouvernement fédéral comme le GEES et qu'une gestion de multiples task-forces, le Commissariat a pour mission de coordonner la gestion de crise entre les administrations fédérales, mais également de constituer le point d'appui et d'information pour les entités fédérées. L'objectif est donc d'adopter une approche pluridisciplinaire et multiniveaux de la crise. La reprise épidémique de l'automne 2020 et la préparation de la campagne de vaccination qui s'annonçait ont été gérées avec ce nouveau dispositif extra-institutionnel. Il est à noter que le CNS est remplacé par le Comité de concertation, qui élargit la prise de décision aux Ministres-Présidents des entités fédérées<sup>4</sup>.

Selon les différents acteurs et actrices rencontré·e-s, le Commissariat a permis de rationaliser les échanges d'informations et de limiter les points de contact au niveau fédéral, mais il n'a pas ouvert la voie à une nouvelle manière de percevoir les objectifs de la gestion de crise. En effet, à l'instar du début de la crise, seuls les indicateurs hospitaliers comme les nombres de contaminations et d'hospitalisations sont considérés comme pertinents. On observe donc un mécanisme de dépendance à l'ornière particulièrement marqué durant les premiers mois de gestion de crise. Plusieurs intervenant·e-s nous ont confié avoir soumis au Commissariat des rapports d'expert·e-s scientifiques sur les impacts sociaux et psychologiques de la crise, sur le décrochage scolaire et sur les violences intrafamiliales, dont il n'a pas pris connaissance ou pour lesquels il n'a jamais donné suite : « Ils n'ont

---

<sup>4</sup> CRISP, Comité de concertation, <https://www.vocabulairepolitique.be/comite-de-concertation/> page internet consulté le 20 mars 2022.

même jamais ouvert le lien WeTransfer avec tous les documents que je leur avais envoyés », nous confie-t-on.

Comme nous le développerons dans la suite de l'analyse, l'ancrage top-down de la gestion de crise influence les différentes périodes par son accent mis sur les indicateurs hospitaliers. Une autre continuité a été celle de la présence de consultant·e·s ici de chez Deloitte, dans l'organisation du commissariat. La mise en place d'un nouveau groupe d'expert·e·s, le Groupe d'Expert·e·s de stratégie de crise pour le Covid-19 (GEMS), dont la composition a été élargie en décembre 2020 ne changera pas ce paradigme de gestion sanitaire. Au-delà des dispositifs extra-légaux mentionnés en amont, c'est l'ensemble du paradigme de gestion de crise qui a fait fi de l'organisation fédérale belge : il semble que le gouvernement fédéral se soit placé de manière hiérarchique au-dessus des entités fédérées, privilégiant le contrôle des indicateurs sanitaires et renvoyant les compétences infranationales comme l'enseignement, la culture, le sport ou encore la petite enfance en seconde ligne de la gestion de crise.

Trois éléments révèlent le maintien de ce paradigme de gestion de crise entre octobre 2020 et octobre 2021, à savoir : un certain consensus sur le contrôle des indicateurs sanitaires, la campagne de vaccination commencée le 5 janvier 2021 et la prise de fonction de Frank Vandenbroucke. Contrairement à sa prédécesseuse qui a largement été dépassée par la crise, le nouveau ministre va incarner une gestion de crise forte avec une vision des objectifs et la prise de responsabilité des mesures à prendre pour freiner l'épidémie.

#### **4. Politisation de la gestion de crise (novembre 2021- février 2022)**

Comme expliqué en amont, le paradigme de la gestion de crise tient sur un consensus lié à la gestion des flux hospitaliers et à la mise en place d'une campagne de vaccination massive qui est organisée de janvier à octobre 2021. A cette époque, le rebond épidémique de l'automne 2021 est nettement moins important que celui de l'automne 2020, et cela s'explique notamment grâce aux taux de vaccination dans la population belge. L'affaiblissement de la menace du Covid-19 sur la capacité hospitalière et pour l'ensemble de la population conduit à un affaiblissement du consensus politique de la gestion de la crise. Les enjeux partisans et communautaires reprennent leurs places et conduisent à une politisation de la gestion de crise. Parmi nos entretiens, deux exemples marquants et largement médiatisés témoignent de cette politisation : le port du masque obligatoire dès 6 ans, notamment à l'école, décidé par le Codeco du 3 décembre 2021, et la fermeture du secteur culturel décidée lors du Codeco du 22 décembre 2021. Le consensus de gestion sanitaire s'affaiblit et ouvre la voie à des tractations politiques : si certain·e·s membres du gouvernement, à l'instar de Frank Vandenbroucke et de son commissaire Pedro Facon, préconisent des mesures préventives face à l'arrivée du variant Omicron, nettement plus contagieux que ses prédécesseurs, d'autres préfèrent attendre et surtout, veulent préserver des secteurs qui ont été lourdement impactés par la crise, comme l'enseignement ou la culture.

Les intervenant·e·s rencontré·e·s expliquent tous et toutes le même schéma : les membres du gouvernement qui souhaitent davantage de mesures préventives face au variant Omicron ont demandé au RAG et au GEMS de concevoir un arsenal de nouvelles mesures. Les discussions n'ayant pas abouti dans ces organes, le ministre de la Santé fédéral et son commissaire ont proposé de

nouvelles mesures en Conférence interministérielle de la Santé publique (CIM Santé). Une nouvelle fois rejetées, ces mesures ont fait l'objet de discussion lors du Codeco, où ne siègent que les ministres fédéraux et les ministres-présidents des entités fédérées. Lors de la réunion de cet organe nettement plus politique, la question de la fermeture des écoles est relancée et le compromis politique trouvé est le suivant : les écoles peuvent rester ouvertes si et seulement si, les enfants portent un masque dès 6 ans. Le même type de schéma décisionnel a eu lieu pour la fermeture de la culture quelques semaines plus tard.

Le retour des enjeux politiques dans la gestion de crise s'explique par des indicateurs hospitaliers et épidémiologiques plus favorables, par le taux de vaccination ainsi que par l'affaiblissement des structures extra-institutionnelles. En effet, les administrations tout comme les pouvoirs politiques ne sont plus contraints par l'urgence de la crise, ils retrouvent alors leurs capacités de gestion propres à leurs compétences. Ainsi les structures comme le Commissariat Corona ou le GEMS perdent peu à peu de leur utilité. Les décisions du Codeco ne font plus consensus et progressivement, le retour à la vie politique et administrative reprend place. Le Commissariat Covid et le GEMS sont donc dissouts en avril 2022.

## **5. Du côté des entités fédérées**

Il est à noter qu'on observe la mise en place de dispositifs extra-institutionnels similaires au sein des entités fédérées, mais avec un léger décalage temporel qui s'explique par la répartition des compétences. En effet, la Région Wallonne, comme la Région de Bruxelles-Capitale, ont fait appel à différents types de consultant-e-s : entreprises privées, consultant-e-s indépendant-e-s ou des académiques, mais plus tardivement. Comme nous l'avons défini en amont, la crise sanitaire Covid a introduit une forme de hiérarchie extra-institutionnelle entre le fédéral et les entités fédérées. En effet, les indicateurs épidémiologiques liés au Covid opèrent comme boussole de gestion de crise dès les premiers jours du confinement, ils délimitent les ornières décisionnelles qui ont relégué les entités fédérées à un rôle de mise en œuvre des décisions fédérales. À tout le moins jusqu'à la campagne de vaccination.

Dans les entités fédérées investiguées comme la Région Bruxelles-Capitale, la Région Wallonne ou la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) nous observons des mécanismes similaires d'externalisation mais moins au niveau stratégique. En effet, la Région Wallonne a notamment engagé un Commissaire Vaccination Covid, Yvon Englert, dont la mission était de préparer et mettre en œuvre la campagne de vaccination pour la Région wallonne. À la Région Bruxelles-Capitale, ce sont des consultant-e-s indépendant-e-s qui ont intégré les équipes administratives de la Cocom, largement dépassée par le début de crise. Leur arrivée est plus tardive qu'au niveau fédéral tant les missions qui leur sont confiées sont liées à la deuxième période de la gestion de crise : système d'information pour les organisations publiques telles que les écoles, préparation de la campagne de vaccination et de la communication qui lui était associée. Nous retrouvons donc des mécanismes d'externalisation de la gestion du risque au niveau opérationnel, et moins au niveau stratégique comme ce fut le cas au niveau fédéral.

### III. APPRENTISSAGES DE LA GESTION DE CRISE COVID-19

#### 1. Repenser les rouages institutionnels et organisationnels

Le premier apprentissage que nous fournit l'analyse de la gestion de crise renvoie à l'insuffisance des dispositifs institutionnels et administratifs prévus par les différents cadres légaux. En effet, composés d'une vingtaine de membres chacun, le RAG, le RMG en tant que dispositifs sanitaires, et le Ceval, en tant que dispositif de gestion de crise, ont rapidement connu une situation de saturation. « Tous les cabinets et toutes les administrations du pays se sont tournés vers le RAG et le RMG avec leur liste de questions », explique un-e membre de ces dispositifs. Au vu de l'augmentation du nombre de cas et des questions suscitées par la méconnaissance du virus, ces organes se sont très vite retrouvés dans l'incapacité de produire des réponses rapides et scientifiquement étayées. S'ils n'étaient plus en mesure de produire des réponses aux questions sanitaires posées par les pouvoirs politiques ou les administrations, ils connaissaient également d'importantes difficultés à trouver des ressources pour élaborer des recommandations : « Quand on a demandé quels étaient les stocks de masques disponibles et où ils étaient entreposés, on a dû attendre trois semaines pour avoir une réponse des administrations », raconte un-e membre de ces organes de gestion de crise sanitaire. Progressivement, au mois de janvier et de février 2020, ces dispositifs sont donc devenus des goulots d'étranglement administratifs et institutionnels qui n'ont pas permis d'absorber le choc de la crise sanitaire. Sans pouvoir compter sur des réserves de matériel de protection renouvelées, comme celle de masques chirurgicaux, ces organes se sont retrouvés dans l'incapacité de pouvoir produire rapidement des recommandations de politiques sanitaires étayées scientifiquement : « face à ces difficultés, et ça n'a pas été simple, la meilleure recommandation qu'on a pu faire le 13 mars a été le confinement », explique un-e membre de ces organes de gestion de crise sanitaire. Selon les entretiens réalisés, le confinement de mars 2020 apparaît donc comme un aveu de faiblesse, mêlant faiblesse institutionnelle et défaut de prévention.

Du côté des administrations et du politique, tous niveaux de pouvoir rencontrés, les personnes interrogées parlent d'état de sidération. Personne ne s'attendait à une crise d'une telle ampleur, tant sur le plan sanitaire, que sur les plans économique et social, impactés par la mise à l'arrêt de tous les secteurs dit « non essentiels ». Si le spectre de la crise était imprévisible et a pu surprendre l'ensemble des personnes rencontrées lors de notre enquête, il est assez interpellant qu'elles confient ne pas avoir su par où commencer : « il n'y avait pas de procédure spécifique connue, pas de chaîne de décision spécifique, on était littéralement bloqués et en plus, on était tous chez nous » confie un-e fonctionnaire régional-e.

À cet état de stupéfaction s'ajoute un système fédéral qui n'a pas encore intégré toutes les décentralisations de compétences prévues dans la Sixième réforme de l'État. Ce n'est pas tellement le nombre de ministres ayant des compétences en termes de santé publique qui a freiné la gestion de crise, mais selon les entretiens réalisés, c'est plutôt la répartition et l'appropriation des compétences du fédéral aux entités fédérées. Plusieurs de nos interlocuteurs et interlocutrices nous ont expliqué qu'ils et elles ont d'abord dû se mettre d'accord sur la répartition des compétences, notamment pour éviter les doublons dans les marchés publics, et puis ils et elles ont pu se concentrer sur une gestion de crise plus opérationnelle et stratégique que strictement organisationnelle et institutionnelle.

Au fil des entretiens, nous avons donc observé que ce n'est pas la « lasagne institutionnelle » belge qui a freiné la gestion de crise, mais plutôt le processus de décentralisation des compétences de la Sixième réforme de l'État et son appropriation par les administrations des entités fédérées. De plus, les personnes rencontrées expliquent qu'il n'y a jamais autant eu de collaboration entre les niveaux de pouvoirs belges une fois la période de sidération passée. Que ce soit au travers d'accords de coopération, lors de CIM Santé ou encore, de taskforces interfédérales, les différentes entités du pays ont largement coopéré afin de se répartir les tâches et éviter les doublons en termes de communication ou de gestion des marchés publics.

Dans les périodes de gestion de crise les plus coordonnées, via des taskforces ou via le commissariat Covid-19, il est à noter que les enjeux des discussions ont évolué et les thématiques se sont pluralisées. En effet, dans la première partie de la gestion de crise, les indicateurs liés au nombre de cas, aux hospitalisations ou aux décès étaient centraux et ont encadré l'ensemble du processus de sortie de crise. Il fallait éviter que ceux-ci remontent malgré une réouverture progressive de différents secteurs. Ensuite, via les taskforces, puis de manière plus explicite après la mise en place du Commissariat Corona, les matières de discussion se sont ouvertes à d'autres enjeux : santé mentale, grande pauvreté, mesures spécifiques au secteur culturel ou à l'enseignement. L'intégration de ces secteurs a été graduelle et a finalement conduit à l'inclusion des ministres de l'enseignement dans la CIM Santé.

On observe un mouvement de priorisation d'abord extrêmement restrictif et concentré sur des objectifs sanitaires dans le premier temps de la crise, puis progressivement une ouverture à d'autres types de secteurs. Cela s'explique d'une part, par un fédéralisme de crise qui induit une gestion verticale des entités fédérées, et d'autre part, par le choc organisationnel et institutionnel expliqué en amont. Par fédéralisme de crise, nous entendons le réflexe de hiérarchisation des pouvoirs qui n'existe pas dans le système institutionnel belge, où les entités fédérées ne sont pas subordonnées au Fédéral. Néanmoins, différents travaux académiques (Cole & De Visscher, 2016 ; De Visscher & Piron, 2021) ont montré qu'en cas de crise économique, comme en 2008, ou en cas de crise sanitaire pour cette période-ci, le Fédéral prend un rôle de chef d'orchestre qui organise et distribue les tâches.

s. Les personnes rencontrées expliquent que lors des premiers mois de la crise Covid-19, elles attendaient du Fédéral des procédures et des lignes directrices pour organiser la coordination des entités fédérées, notamment à la suite du déclenchement de la phase fédérale de crise le 13 mars 2020. Cette concentration des attentes organisationnelles s'est dès lors cristallisée autour des autorités fédérales. Les indicateurs sanitaires sont apparus comme les plus pertinents pour justifier le confinement et organiser la stratégie de sortie. De plus, en matière de santé publique, c'est le niveau fédéral qui gère les réseaux hospitaliers, ce qui explique également le choix de ces indicateurs. En effet, ceux-ci étaient les plus à même de fournir des données pertinentes pour alimenter l'évolution de ces indicateurs : nombre de cas, hospitalisations et décès. La concentration de la gestion de crise autour des autorités fédérales se remarque également dans ses organes de coordination : il y a une présidence tournante de la CIM santé tous les six mois, et pourtant, c'est le ministre fédéral qui rapporte les discussions de cette conférence interministérielle au Codeco.

Si cette concentration de la gestion de crise autour des indicateurs hospitaliers a marqué les premiers mois, elle va progressivement faire face à des demandes d'intégration d'autres indicateurs comme les



personnes qui ont demandé le droit passerelle, les personnes ayant demandé le Revenu d'Intégration Sociale ou encore, les plaintes pour violences intrafamiliales. Progressivement, les entités fédérées vont demander que soient intégrés d'autres indicateurs. Après l'effet de sidération, les entités fédérées ont organisé des concertations avec leurs secteurs de compétences et elles sont au fait de différentes problématiques liées à des publics spécifiques, comme les travailleurs et travailleuses du sexe, les personnes migrantes, les personnes qui ne savent ni lire ni écrire. Elles relèvent des enjeux de santé mentale et de bien-être, ou encore, des questions sectorielles comme les métiers de l'Horeca et la culture. Si ces demandes émanent des entités fédérées, elles reçoivent peu d'attention des autorités fédérales qui restent concentrées sur les indicateurs hospitaliers comme baromètre de la crise et de sa gestion.

Depuis la création du commissariat covid, plusieurs personnes interrogées expliquent que le Fédéral gardait la main et qu'il fallait leur prouver, au sens scientifique du terme, qu'une mesure avait un effet positif ou négatif sur la gestion de crise. À titre d'illustration, le Fédéral avait demandé aux entités fédérées de prévoir des lits dans des centres de revalidation ou des maisons de repos pour des patient-e-s qui sortaient de l'hôpital après avoir eu le Covid-19. « Personne n'y croyait, on savait que c'était une mauvaise idée, mais il a fallu leur prouver », explique un-e membre d'administration régionale. Il a donc fallu essayer de mettre en place ce système de revalidation Covid-19 pour montrer toutes les failles et les difficultés d'un tel système. Quelques mois après, ce système a été abandonné. Il en a été de même avec la stratégie de testing dans les écoles. Et à l'inverse, si des entités fédérées voulaient obtenir un assouplissement pour une de leurs compétences, elles devaient prouver que l'assouplissement n'aurait pas de conséquences. À titre d'exemple, les entités fédérées ont réalisé des événements-test pour la culture au printemps 2021. Après l'été, les résultats de ces tests ne sont finalement pas pris en considération par le commissariat qui les a considérés comme obsolètes face à la remontée des indicateurs hospitaliers. Dans tous les cas, ces différents tests devaient être financés par les entités fédérées et non par le gouvernement fédéral.

Progressivement, on observe que les entités fédérées vont créer des stratégies de coalition pour amener certaines discussions ou revendications à la table des discussions du Codeco. Les cabinets politiques se rencontraient afin d'avoir une position commune, sur les secteurs de l'enseignement ou de la culture par exemple, avant les Codeco. Comme seuls les Ministres-présidents des entités fédérées y siégeaient, il fallait donc leur transmettre le positionnement des entités fédérées avant les Codeco. Dès lors, au plus la campagne de vaccination avançait, au plus les indicateurs hospitalisations perdaient de leur pertinence en termes de gestion, ce qui a conduit à une gestion nettement plus politique de la crise. La fermeture de la culture ou le port du masque dès 6 ans semblent donc être le produit de négociations politiques entre les demandes des entités fédérées portées par leurs Ministres-Présidents et la rigueur des indicateurs hospitaliers imposée par le Fédéral.

## **2. Intégrer une division du travail explicite**

Comme nous l'avons décrit en amont, la gestion de crise Covid-19 a été caractérisée par un goulot d'étranglement institutionnel et organisationnel. Dans les entretiens menés, les différentes personnes interrogées, tous niveaux de pouvoirs et tous secteurs confondus, parlent d'une totale improvisation.

Il n'y avait pas de plan pandémie mis à jour depuis la grippe H1N1 et la grippe espagnole, pas de procédures administratives suffisantes et pas de responsabilités clairement définies dans une chaîne décisionnelle ou organisationnelle. Autrement dit, les premiers mois de la gestion de crise ont reposé sur la bonne volonté des personnes impliquées ainsi que sur leurs capacités à gérer l'incertitude dans un contexte organisationnel improvisé.

Cette improvisation a amené à des dispositifs extra-légaux et extra-institutionnels, comme le GEES, les taskforces ou le commissariat Covid-19. La multiplication de ces dispositifs a créé une confusion des lieux de prises de décision, de conseils ou de mise en œuvre, conduisant à un effet cacophonique dans les médias comme dans les arènes politiques. En effet, les mandats de ces différents groupes d'experts, de représentant-e-s d'administration ou de pouvoirs politiques étaient peu déterminés et très évolutifs dans le temps. Dès lors, chaque membre de ces groupes pouvait revendiquer une part de décision publique ou d'influence sur celle-ci alors qu'il ou elle n'en avait pas nécessairement le mandat.

Pour prendre un exemple particulièrement prégnant de cette confusion des rôles et des mandats, il y a le rapport entre les experts du GEES et les politiques. Les premiers ont été officiellement chargés de réaliser une stratégie de sortie de crise mais il existait un véritable vide politique, notamment de la part de Maggie De Block, tant du côté de la prise de décision que du côté de la communication. Les expert-e-s du GEES étaient donc appelés par la presse pour avoir des informations sur l'évolution de l'épidémie mais aussi sur la gestion de la crise. Les académiques de ce groupe travaillent avec une rationalité scientifique, c'est-à-dire que leurs avis reposent sur des protocoles de recherche comportant des tests empiriques. Dès lors, cette rationalité scientifique est progressivement entrée en conflit avec celle des politiques qui ont une autre forme de rationalité qui repose, quant à elle, sur la régulation de différents besoins sociétaux. Les responsables ont donc un rôle de choix et d'orientation qu'ils ont abandonné dans la première partie de la gestion de crise pour les confier aux expert-e-s. Ceci s'explique par l'attitude de certain-e-s membres du gouvernement fédéral, mais également par une déresponsabilisation du politique : si des critiques sur la gestion de crise émanaient, le gouvernement fédéral pouvait responsabiliser le groupe d'expert-e-s, changer sa composition ou le remplacer.

Le flou sur les mandats a créé des tensions, notamment rapportées par les médias, entre certain-e-s expert-e-s et des représentant-e-s politiques. Ces dernier-ère-s préféraient faire reposer leurs décisions sur les avis du GEES, alors que ces choix n'étaient pas une transposition des mesures préconisées mais leur traduction politique. Progressivement, plus les politiques ont repris leur responsabilité (à l'instar de Frank Vandembroucke qui a endossé son rôle politique dès sa prise de fonction) en assumant des décisions qui relèvent de choix politiques basés sur des avis scientifiques, plus le mandat des groupes d'expert-e-s, comme le GEMS, a été spécifié.

La littérature sur le rapport entre la recherche académique et les politiques publiques explique qu'il faut une période longue d'apprentissage entre ces acteurs et actrices pour une collaboration fructueuse (Wellstead & al., 2018). En effet, les rationalités, les temporalités et les contraintes de chacune des parties doivent pouvoir être intégrées par l'autre. C'est un processus d'appropriation qui prend du temps. Il est ainsi particulièrement complexifié dans les périodes de crise et d'urgence, où le rapport au temps se restreint.

### 3. Vers une gestion plus collaborative

Si les entretiens menés pointent les blocages administratifs et institutionnels dans la gestion de la crise Covid-19, ils soulignent également que ces blocages ont conduit à une première partie de gestion de crise bricolée et improvisée sur le plan des ressources humaines. « Vu l'ampleur de la crise, tout le monde a été réaffecté à différentes tâches : c'était un fameux bazar parce que plus personne ne savait qui faisait quoi ». Tant dans les administrations que les pouvoirs politiques rencontrés, les personnes interrogées expliquent en grande majorité qu'elles ont été impliquées dans la gestion de crise parce que leurs fonctions étaient proches des missions de crise dans l'organigramme. Pour autant, elles n'ont pas disposé de ressources supplémentaires pour le faire. D'autres personnes expliquent qu'elles se sont retrouvées dans la gestion de crise parce qu'il ou elle était arrivé-e en dernier dans l'équipe ou qu'ils ou elles ont été appelé-e-s par les politiques via des réseaux professionnels communs. Autrement dit, en début de crise, il n'existait que peu de fonctions de gestionnaire de crise, dont les missions sont principalement dédiées à cette gestion. Quel que soit leur profil, les personnes interrogées ont intégré la gestion de crise en plus de leurs missions initiales dans l'administration, les universités ou dans les cabinets.

« On travaillait 7 jours sur 7, 24 h sur 24 h, en visio et accroché-e-s à nos téléphones » - cet extrait d'entretien tous les intervenant-e-s l'ont exprimé d'une façon ou d'une autre. Faute de procédures claires, les personnes interrogées expliquent que lors des premiers mois de la crise, il a fallu tout créer : les procédures internes aux administrations et aux cabinets qui travaillaient à distance, des outils de coopération entre administrations ou encore un travail de clarification de la répartition des compétences suite à la Sixième réforme de l'État. La pression exercée sur les individus fut dès lors forte, tant le nombre de dossiers à gérer et la rapidité à laquelle il fallait les traiter étaient intenses. De manière corollaire, on observe une forte implication personnelle des personnes interrogées : celles-ci n'ont pas pris de congé, se sont épuisées à la tâche, et ce, sans perspective de fin de crise et pour la plupart, sans mandat clair. Cela a conduit plusieurs personnes rencontrées à expliquer avoir été « lessivé-e-s » par la crise et prêt-e-s « à démissionner immédiatement si une nouvelle crise éclate ».

Comme nous l'avons retracé lors des entretiens, la crise du Covid-19 a donc été gérée, tout du moins lors des premiers mois, par des membres d'administration et de cabinets politiques qui ont donné tout leur temps, professionnel et privé confondus, pour parvenir à absorber le choc. Aucune procédure globale ou de plan pandémie à jour n'a pu les aider à organiser leurs missions, se coordonner ou prioriser leurs objectifs. Ceci peut être interprété comme un des effets du New Public Management et la vision court-termiste des outils de gestion des organismes publics. En effet, ces approches conduisent à se focaliser sur des résultats évalués par cycle de quatre ou cinq ans qui conduisent les organisations à se concentrer sur un certain nombre d'objectifs. Dès lors, lorsqu'une crise arrive, l'organisation interne subit un choc tant la planification d'urgence est trop faible, voire inexistante. Les crises représentent des chocs exogènes dont on ne peut prévoir la nature : inondations, crise sanitaire ou encore plus récemment, la guerre en Ukraine et l'accueil de milliers de réfugié-e-s ne sont que quelques exemples. Hors cadre du contrat de gestion des administrations, les crises perturbent donc la temporalité des missions, leurs objectifs et l'organisation interne.

Comme nous l'avons décrit dans les quatre temps de la gestion de crise, la première période est caractérisée par un effet de sidération et de goulot d'étranglement administratif et institutionnel. Autrement dit, nous avons observé une faible capacité de montée en puissance, pour reprendre un terme usuel, notamment dans les services de secours. Cela signifie qu'en cas de crise ou de catastrophe majeure, les organisations peuvent faire appel à des capacités supplémentaires : tant en matériel qu'en ressources humaines. Dans le cas de la gestion de crise Covid, nous avons observé une individualisation de cette montée en puissance car de nombreuses personnes ont dû démultiplier leurs missions et temps de travail, plutôt qu'une montée en puissance collective. Les pompiers, par exemple, peuvent faire appel à des pompiers volontaires pour venir gonfler leurs rangs en cas de crise importante. Ce n'est pas le cas pour les administrations et pouvoirs politiques rencontrés. Certain·e·s ont demandé des renforts via le système Talent Exchange au fédéral mais cela a pris des mois. D'autres administrations, tant fédérales que fédérées, ont fait appel à des consultant·e·s du secteur privé pour venir renforcer leurs équipes. Ces consultant·e·s ont d'abord été engagé·e·s pour quelques mois, et la plupart sont toujours en place au sein des administrations. À court terme, leur engagement a permis d'une part d'absorber une partie de la charge de travail, et d'autre part de décloisonner des administrations organisées de manière verticale, en silo.

#### **4. Développer une culture de la récolte et de la gestion des données**

Dès les premiers indices de pandémie avérés, les arènes scientifiques et les dispositifs de veille ont cherché à obtenir des données sur ce nouveau virus. Plus celui-ci se rapprochait géographiquement de la Belgique, plus d'autres types de données d'ordre logistique étaient nécessaires, comme le nombre de masques disponibles ou de réactifs pour les tests PCR. Si ces données ont mis des semaines à pouvoir être établies, le confinement a fait exploser le besoin de données pour prendre la mesure de l'impact de cette mesure drastique : nombre de personnes qui demandent le droit passerelle, nombre d'entreprises fermées, indicateurs socio-économiques des patient·e·s hospitalisé·e·s, mais également la disponibilité de données purement épidémiologiques.

Cette crise questionne fondamentalement la disponibilité de données pour gouverner (*data-driven policy-making*). Elle met par ailleurs en tension le poids de la nature des données sur les décisions politiques.

Les dispositifs de recueil de données sont pléthores en Belgique. Il existe un nombre conséquent d'instituts et d'observatoires publics aux différents échelons régionaux et communautaires (Statbel, IWEPS, IBSA, etc.). En parallèle, de multiples structures, organisations et associations comptent en leur sein une équipe ou des missions dédiées au recueil de données et à l'évaluation de leurs actions. Celles-ci sont récoltées de manière disparate, par des organisations publiques, associatives ou privées. Pour autant, les méthodes de recueil et les bases de données ne sont, en grande majorité, pas harmonisées. Le croisement des bases de données, leur agrégation et leur analyse sont alors rendus complexes, parfois impossibles. Ceci explique qu'outre la statistique publique existante et accessible, les données recueillies ici et là sur le territoire belge, dans toutes les strates et tous les domaines, ne font pas l'objet d'une gestion coordonnée et harmonisée. Il est alors impossible de disposer en temps réel de données agrégées et représentatives de la population, de ses conditions de vie et de ses besoins, qui permettraient une analyse globale et une finesse locale. Les procédures de monitoring ne sont pas

systématisées, l'apprentissage demeure limité. Les données et connaissances existantes pour éclairer la décision politique sont orientées par et prônent du même coup leur épistémologie.

### ***Données de santé et épidémiologie***

Depuis mars 2020, l'État fédéral belge a pris de nombreuses mesures populationnelles de gestion de crise (confinements, fermeture de secteurs professionnels, télétravail, école à distance, quarantaines, distanciation sociale, vaccination, obligation du port du masque, Covid Safe Ticket, etc.) dans l'optique de s'adresser et de protéger la majorité de la population présente sur son territoire du risque sanitaire de contamination au Covid-19.

Dès le début de la phase fédérale de crise, les décideur.euse.s politiques et médias convoquent scientifiques virologues et épidémiologistes afin de fournir des clés de compréhension à une situation collectivement perçue comme inédite et truffée d'inconnues. La représentation politique de la crise et sa gestion se construit ainsi à l'aune des considérations d'ordre épidémiologique. Les principaux indicateurs de la crise dénombrent statistiquement la propagation du virus et sa létalité, les contaminations supposées et avérées au Covid-19, les complications médicales et les décès. Ce sont bien des « récits en formes de vagues » (Jones & Helmreich, 2021) et de courbes qui outillent la prédiction du risque et les programmes gouvernementaux de « bonnes conduites » (Caduff, 2014) à faire adopter à la population. Les préoccupations politiques et publiques s'attardent ainsi sur l'évolution des chiffres et des courbes, justifiant des mesures populationnelles de confinement et de « bulles sociales ».

Si début 2020, les connaissances demeuraient maigres autour du virus Covid-19, très rapidement, les recherches épidémiologiques, en santé et en santé publique se démultiplient. Elles documentent notamment certaines variables épidémiologiques comme étant des facteurs de risque de développement de la maladie et d'aggravation de ses formes graves (comme l'âge, et plusieurs comorbidités — dont l'hypertension, le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires (Doherty et al., 2020 ; Elliott et al., 2021). La gravité, l'urgence de la situation et la nécessité de connaissances pour éclairer les décisions politiques poussent notamment le monde de la santé à déployer une production de connaissances presque en temps réel.

Pour autant, l'accès public à des sources uniques de données de santé est relevé comme problématique par les personnes rencontré-e-s. Les membres des organes et instituts de santé publique soulignent leurs propres difficultés d'accès et de partage des données, qui sont cadenassés par le Règlement général sur la protection des données, particulièrement strict sur les données de santé définies comme sensibles. La garantie de la confidentialité et la protection de l'anonymat des données participeraient à expliquer les délais de mise à disposition publique des données liées au Covid-19. Certain-e-s mettent également en cause le fonctionnement interne de certains organismes publics qui conditionnent la promotion des carrières professionnelles aux codes scientifiques de valorisation des publications. S'il importe de saluer le travail minutieux et conséquent de production de connaissances réalisé par les instituts et observatoires publics, il semble crucial également de permettre la production et l'accès public et en temps réel des données de santé.

De façon parallèle et reliée, le recueil des données de santé est, lui aussi, source d'importants constats. Les intervenant·e·s rencontré·e·s soulignent de lourdes failles d'harmonisation dans les dispositifs de recueil de données existants, qui concernent la première ligne et la deuxième ligne. D'une part, les personnes interrogées affirment que non seulement les récoltes de données sont chronophages et énergivores pour le personnel soignant, ce qui explique en partie un manque de rigueur systématique. D'autre part, les méthodes et les logiciels de récolte des données diffèrent selon les réseaux hospitaliers et selon les secteurs d'activités. Il n'existe, à ce stade, pas de système de monitoring harmonisé de recueil de données dans lequel pourraient s'inscrire tous les corps des soins de santé. Pourtant, dans la plupart des entretiens réalisés, les intervenant·e·s soulignent que le savoir « expert » d'expériences des membres de la première ligne et de la deuxième ligne de soins permettrait une imbrication de données quantitative et qualitative importante, nécessaire à l'analyse. Le savoir pratique des médecins généralistes, infirmier·ère·s, pharmacien·ne·s constitue une source d'informations précieuses qui pourrait mieux être consultée pour éclairer la prise de décision.

Quant à la nature des données de santé récoltées, la majorité des personnes interrogées souligne le manque crucial de données qui ne répondent pas à une acception purement médicale. Il existe des lacunes en termes de collecte de données au niveau de la santé mentale mais également un manque d'indicateurs non médicaux et sociaux, ainsi qu'un manque de logiciels libres d'intégration des données sociales et de santé, à même de documenter le gradient social de santé.

*« De nombreux médecins ne connaissent même pas le concept de déterminants non médicaux de la santé, ne sont pas habitués à la culture du recueil des données, n'ont pas d'outils pour déposer leurs données et sont méfiants par rapport à l'analyse de leurs données. » (Entretien du 17/02/2022)*

Pendant la crise sanitaire, un grand nombre de recherches empiriques et d'enquêtes émanant de scientifiques en sciences humaines et sociales, d'associations et d'organisations non gouvernementales se sont attachées à démontrer et illustrer le poids des facteurs sociaux (logement, profession, origine ethnique, statut socio-économique, etc.) dans l'exposition au Covid-19. Ces études rejoignent ainsi le constat, mis en évidence depuis de nombreuses années (Pickett and Wilkinson, 2015 ; Marmot, 2005), selon lequel les inégalités sociales impactent la santé des individus. En effet, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, l'asthme ou le diabète sont plus fréquents dans les groupes socio-économiquement défavorisés et socialement vulnérables. Ces éléments sont souvent liés aux conditions d'existence, à la qualité du travail exécuté, aux styles de vie, aux facteurs environnementaux néfastes et aux logements insalubres (Reames, 2019). Ainsi, au cours de la crise, une conscience croissante des inégalités sociales de santé s'est imposée dans le débat public, sans pour autant impacter significativement les mesures politiques :

*« Ce qui m'a marquée, c'est pour beaucoup de personnes, ça a été la découverte des inégalités sociales de santé. C'est un peu la découverte de la plupart des gens et même des experts, en fait, de ces inégalités sociales de santé et des choses de base comme le "gradient social de santé". Le fait que les populations précaires soient beaucoup plus touchées par certaines maladies. Toutes ces connaissances qui, en promotion de la santé ou en santé publique, sont connues. En fait, ce qui m'a surprise, c'est que ça a été*

*révélé au grand public (...) J'étais contente qu'enfin, qu'on parle des inégalités sociales de santé, mais surprise que des personnes connues ou des experts politiques ne les aient pas pris en compte. » (Entretien du 18/01/2022)*

La prise en considération des effets des inégalités sociales sur la diffusion, la contamination du Covid-19 et ses formes graves, enjoint à adopter une conception élargie de la santé, ce que fait et documente l'épidémiologie sociale, qui a demeuré fort absente du processus de consultation, de décision et de gestion de crise pour les raisons institutionnelles et organisationnelles expliquées en amont.

*b. Le poids de la nature des données sur les décisions politiques*

Le caractère incertain du Covid-19 a directement posé d'emblée la question des données et instruments de connaissance dont le gouvernement fédéral s'est saisi dans une optique de gestion de la crise et de l'urgence. Il y a lieu de s'interroger sur les tableaux de bord dont disposent les autorités politiques. La nature des données et connaissances qui servent la prise de décision et leur légitimation est cruciale pour comprendre le processus de gestion de crise.

En l'occurrence, le recours premier à l'expertise de l'épidémiologie médicale semble avoir participé à façonner des récits liés aux statistiques et aux chiffres, qui ont eux-mêmes justifié une gestion de crise basée sur des épistémologies « evidence-based ». Cela signifie que la représentation publique de la crise et les pistes de solution apportées tiennent à un primat des données quantitatives sur les données qualitatives. Comme expliqué en amont, ceci s'explique notamment par l'incapacité des organismes de gestion de crise à absorber l'ensemble des questions sanitaires, ce qui a conduit à la rationalisation des indicateurs autour des indicateurs hospitaliers.

En effet, force est de constater que les deux baromètres communiqués par les autorités politiques à la population belge se basent sur des données statistiques, sur des chiffres de corrélation. Le baromètre Covid de la motivation initié par le groupe scientifique « Psycho & Corona » se fonde sur une méthodologie statistique, qui attire la considération politique :

*« On peut corrélérer la perception du risque et, je ne sais pas moi, la motivation à se faire vacciner, et donc c'est evidence-based. Et je pense qu'il y a un discours qui s'apparente un peu à la façon dont une épistémologie médicale se légitime. En disant c'est "evidence based.", c'est vrai que c'est la même façon, un peu le même genre d'épistémologie. On peut utiliser cette même rhétorique pour que ça ait l'air peut être plus sérieux que si on disait qu'on avait fait 10 entretiens qui sont en fait peut être beaucoup plus informatifs avec des gens qui ne se vaccinent pas, par exemple. (...) on a des grands échantillons, mais ce ne sont pas des échantillons représentatifs. (...) on reconnaît ses limites dans les rapports. (...) je pense que malgré tout le poids du nombre et le fait de pouvoir, finalement, utiliser cette rhétorique statistique qui s'apparente un peu à l'épistémologie médicale, ça aide vraiment à faire passer le message. » (Entretien du 20/01/22)*

La crise sanitaire nous rappelle ainsi une réalité de taille : le poids du nombre et le primat des données quantitatives sur les données qualitatives dans les considérations politiques. Effectivement, les explications chiffrées servent facilement un travail politique qui s'attache à l'élaboration de solutions qui se traduisent en mesures. Et c'est d'autant plus vrai en période d'urgence, lorsque les prises de décision doivent être rapides et des protocoles rapidement établis. Les expert-e-s rencontré-e-s témoignent d'un statut différentiel accordé aux propositions basées sur des données qualitatives et à celles qui répondent d'une rationalité quantitative.

*« C'est très difficile quand on est dans l'urgence de faire transiter des données qualitatives. (...) Au sein du groupe d'experts, ça ne parlait que chiffre. McKinsey faisait des présentations données à toutes les réunions. Il y avait les épidémio qui présentaient le nombre de lits, du nombre de morts et du nombre de contaminations.(...) Le directeur de la Banque Nationale disait combien on perdait par semaine tant que tel ou tel secteur était fermé. Ça ne causait que chiffres, en fait. » (Entretien du 10/12/2021)*

Les autorités politiques ont dû tout à la fois gérer les risques d'ordre purement sanitaires, mais aussi les transferts de risques et les impacts des mesures politiques dans tous les domaines de la vie de la société. Le poids accordé aux données quantitatives conditionne une gestion des impacts et des besoins qui s'apparentent à des situations quantifiables, et sous-utilise les données qualitatives qui démontrent des impacts qui tiennent à l'ordre des processus (troubles de santé mentale, reports de soins, décrochage scolaire, burn-out, précarisation économique, etc.).

Dans le même temps, la majorité des intervenant-e-s rencontré-e-s soulignent des failles en termes de tableau de bord disponible, permettant de répertorier et de lister les moyens disponibles et activables par les différents gouvernements pour pallier les besoins urgents. En effet, les personnes rencontrées soulignent le manque de rigueur organisationnelle des appareils d'État dans les répertoires et listings des ressources logistiques, des stocks de matériels stratégiques, des carnets d'adresse, des contacts de personnes clés, etc. « On devait distribuer des masques aux infirmier-ère-s indépendant-e-s mais on n'avait pas de listing des personnes ayant ce statut », nous explique-t-on lors d'un entretien.

L'idée du tableau de bord renvoie à une logique classificatoire organisationnelle. Il présente des failles dans ses instruments de répertoires, et donc de connaissances de ressources stratégiques. Il semble crucial de rappeler qu'il ne garantit pas non plus la représentativité de toutes les personnes présentes sur son territoire. En effet, les statistiques publiques appréhendent difficilement les situations de grande précarité, souvent aux frontières de la légalité (sans statut de séjour, sans numéro de registre national, sans adresse de référence, en situation d'irrégularité de travail, en situation de non-recours aux droits et aux prestations sociales, etc.). À titre d'exemples, le monitoring sur le nombre de personnes sans abri n'est pas harmonisé au niveau belge, et il n'existe pas de recensement officiel du nombre de personnes en situation irrégulière de séjour qui vivent sur le territoire :

*« Parler des données, c'est pouvoir s'attaquer réellement à la problématique à laquelle on s'intéresse et on ne traite pas un problème de la même manière que quand il concerne plus de 100 000 personnes ou moins de 20 000 personnes. Et donc, ici, il y a*



*tout plein d'idées et de fantasmes autour du nombre de personnes sans papiers. Et c'est au moins une fois par mois qu'un journaliste, un chercheur ou quelqu'un de la société civile me demande et combien il y a de sans-papiers en Belgique. Et je dois toujours dire "mais en fait, il n'y a pas de comptabilisation, c'est des croisements de bases de données, c'est des projections qui valent ce qu'elles valent." Mais on sait qu'ils sont plus que 100 000, probablement moins de 150 000. La marge d'erreur est énorme. »*  
(Entretien du 02/02/2022)

La logique classificatoire des administrations et du politique tient à une volonté étatique de rendre « lisibles » les sujets reconnus et gouvernés. (Scott, 1998). Elle constitue un instrument de gouvernement. Les publics qui en sont invisibles se retrouvent de facto exclus ou à la marge des catégories traditionnelles de l'action publique, de facto oubliés de la gestion d'urgence.

## **6. Faible culture du risque et de l'apprentissage collectif**

Si on pose un regard transversal sur les différents apprentissages de la crise du Covid-19, nous constatons qu'il existe une capacité limitée de gestion institutionnelle et organisationnelle de crise mais surtout, que les dimensions préventives et d'apprentissage collectif de cette gestion restent des impensés. En effet, lors de nos entretiens, la dimension préventive de la crise est largement absente : il y a bien des organes de veille sanitaire comme le RAG ou le RMG, mais il n'existe pas de politiques publiques préventives des crises. C'est-à-dire différents instruments qui organisent et informent la population des réactions ou des réflexes à adopter si une crise se présente ; peu d'outils de suivi de différents indicateurs sanitaires, socio-économiques ou même environnementaux qui permettent de prévenir certaines épidémies ou autre type de crise ; peu de moyens financiers également. À titre d'illustration, des vaccins avaient été achetés pour lutter contre une éventuelle épidémie d'H1N1 en Belgique. Comme cette épidémie n'a pas eu lieu, les vaccins ont été détruits et les autorités politiques ont considéré que cela avait été une dépense publique inutile, nous explique-t-on en entretien. Il en va de même pour les réserves de masques qui ont été détruites. La prévention de crise, de n'importe quel type, est néanmoins une dépense publique absolument nécessaire pour prévenir d'autres coûts nettement plus importants.

Ensuite, l'autre impensé est le processus d'apprentissage collectif. Lors de nos différents entretiens, la plupart des personnes interrogées expliquent qu'au sein de leur administration ou leur organisation, un processus d'apprentissage va être mis en place... s'ils et elles en ont le temps. Énormément d'initiatives nouvelles, de collaborations et de manières de faire sont nées pendant la crise et pourraient être pérennisées. Mais les organismes publics et associatifs ont très peu de temps de travail collectif pour réaliser cet apprentissage. Ceux qui ont des services études ou évaluation analysent les effets de leurs actions, la cartographie de leurs publics mais rares sont les organismes qui s'auto-analysent et deviennent des organisations apprenantes.

Si cet apprentissage est rare au niveau des organisations publiques ou associatives, il est carrément absent au niveau sectoriel, territorial ou politique. En effet, mis à part la commission d'enquête parlementaire fédérale, rares sont les initiatives d'apprentissage collectif. Comme nous l'avons évoqué, la Sixième réforme de l'État ne facilite pas ce processus d'apprentissage, mais cette culture

est difficile à faire émerger dans une structure institutionnelle aussi fragmentée en compétences et en niveaux de pouvoirs. Il existe paradoxalement en Belgique énormément de lieux de collecte de données avec des potentiels importants d'apprentissage, mais pas de mise en commun.

De manière transversale, analyser, apprendre, et prévenir les risques sont des missions impensées de la gestion de crise. Pourtant, les crises sont actuellement permanentes, de nature variées et parfois violentes. Il est donc nécessaire de dépasser un modèle de planification par type de crise pour penser une gestion collaborative et intégrée des futurs risques collectifs.

## **7. Covid-19 ou la rupture avec le cadre classique de gestion de crise**

La période d'épidémie peut tout à la fois être décrite comme une crise et comme un moment critique. En effet, l'idée de crise implique une sidération, une rupture avec l'ordre des choses, qui enjoint une réponse d'état d'urgence. La notion de moment critique, quant à elle, renvoie à une période temporelle qui réclame une réflexion de diagnostic, une pensée de l'action pour penser le futur. Là où la crise réfère à une situation de sidération et de gel, le moment critique renvoie à un ordre temporel de mise en mouvement : l'une tend à provoquer la sidération et la réaction ; l'autre rend l'action nécessaire » (Fassin et al., 2022 : 18).

En tant que crise sanitaire, cette épidémie a été décrite par la majorité des personnes rencontrées comme étant une situation « hors normes », qui nécessite une réponse de l'« urgence ». Une crise « hors cadres » qui s'apparente à une véritable « course contre la montre ». Au demeurant, aucun plan, aucun cadre institutionnel ni aucun dispositif légal n'aurait pu prévoir une crise de cette envergure, si bien que le processus belge de décision et de gestion de crise a dû, de façon improvisée, composer dans l'urgence des solutions court-termistes, impliquant de lourds transferts de risques. Si la période de crise a été source de nombreuses initiatives et transformations positives, elle a révélé de lourdes failles structurelles.

Par ailleurs, le contexte mondialisé, et le mode de fonctionnement technologico-scientifique des sociétés occidentales contemporaines (Brunet & Schifano, 2012a) démultiplient la fréquence et l'envergure des risques et des périodes de crise. On sait ainsi que d'autres moments critiques se réaliseront dans « la société qui vient » (Fassin et al., 2022). Il importe donc de concevoir des schémas de gouvernance alternatifs pour les futurs risques collectifs :

« Si la transformation nécessaire à la rencontre réelle des enjeux globaux adopte le même schéma de gouvernance que la crise sanitaire, il y a toutes les chances qu'elle aboutisse à une polarisation de la société analogue à celle que l'on a pu observer » (Gilbert, 2021 : 204).

La notion de crise est devenue un terme attrape-tout (Morin, 2016). En effet, il n'y a pas de domaines qui ne lui soient pas apparentés, si bien qu'elle qualifierait un ordre normalisé (Fassin, 2022). Adopter la notion de moment critique permet de faire la part belle à une réflexion de diagnostic du présent pour penser l'avenir, à une période d'ouverture sur les potentialités inattendues (résistances, mobilisations, transformations, expérimentations) de la période épidémique. Cette dernière a modifié

par elle-même le rapport que l'État belge entretient avec le modèle traditionnel de planification d'urgence et de gestion de crise. Les dispositifs existants, à savoir les plans et procédures établis, n'étaient ni actualisés ni taillés pour faire face à une crise de cette ampleur (Fallon, Thiry & Brunet, 2020). L'efficacité du cadre classique de planification tient au faible degré d'incertitude face aux modalités d'occurrence et à la nature des impacts des risques considérés. Or la situation sanitaire « hors cadres » a conditionné un processus de gestion et de décision de crise improvisé, qui s'est appuyé sur plusieurs instruments extra-légaux. Si l'imprévisibilité du risque sanitaire explique pour une part l'improvisation de la gouvernance, le caractère « hors normes » du risque sanitaire explique le recours à l'expertise, en tant qu'appui et conseil à la décision politique. Ainsi, les membres des arènes politico-administratives et socio-sanitaires rencontrés affirment que la nature même du risque collectif, celui qui déroge à ce qui est communément prévisible ou appréhendable, permet d'expliquer l'état de sidération et l'incurie politique du début de crise.

La période critique, liée à l'irruption du Covid-19 dans nos vies et aux mesures politiques de gestion de la situation d'urgence, a mis le doigt sur de nombreuses limites de gouvernance. Elle révèle, entre autres, des failles en termes de culture de la prévention, en termes d'instruments de planification d'urgence, en termes de maillages institutionnels de gestion de crise, en termes de culture des données publiques et accessibles en temps réel, en termes d'apprentissage, en termes de confiance politique. Cette période est également synonyme d'innovations et de solidarités locales, d'expérimentations d'interdisciplinarité et de travail intersectoriel, de transformations sociales fortes, ainsi que d'élaborations d'utopies sur le « monde d'après ». Cette période critique est source d'apprentissages et de reconfigurations. Parce qu'elle dissout les repères du modèle classique de planification d'urgence et de gestion de crise et requière une reconfiguration des postures de vigilance, des structures de surveillance et de gestion des risques.

L'épidémie de Covid-19 représente bien un risque réflexif qui, au fil de sa réalisation, « enclenche un processus de réflexion sur ce qui l'a rendu possible et donc sur le mode de fonctionnement de la société » (Fallon, *et al.*, 2020 : 58). Plus encore, sa nature réflexive et systémique invite à un changement de référentiel politique. Loin d'une unique planification de l'urgence rendue obsolète face à des risques imprévisibles, elle invite à consolider des processus préventifs de vigilance et de veille collective, seuls à-mêmes de recueillir le prévisible, de détecter des anomalies et d'assurer la coopération entre parties prenantes.

#### **IV. PROPOSITION DE GESTION ALTERNATIVE FACE AUX RISQUES RÉFLEXIFS ET SYSTÉMIQUES**

Dans cette dernière partie, nous allons partir des apprentissages identifiés au terme de l'analyse et proposer un modèle de gestion intégré et collaboratif de la crise qui repose sur un système de comité de liaison territoriaux et scientifiques. Nous expliquerons dans un second temps en quoi ces comités répondent à des enjeux d'intégration du temps de vigilance permanent, de planification actualisée et de préparation à la gestion des risques multiples.

##### **1. Proposition deux dispositifs complémentaires aux structures existantes**

###### ***a. Des comités de liaison territoriaux et un support interfédéral***

L'étude menée nous invite à concevoir un dispositif alternatif au cadre classique de planification d'urgence et de gestion de crise. Ce dispositif permanent d'intégration et d'organisation du monitoring et de la vigilance se conçoit comme un système multiniveau et intersectoriel, focalisé sur les flux d'information et de communication, le recueil et l'analyse des données socio-économiques et sanitaires construit par un réseau d'acteurs et d'actrices territoriaux. Ce dispositif alternatif a pour objectif de développer une politique de gestion des risques permanente qui articule des processus de veille, de monitoring, de gestion et d'apprentissage.

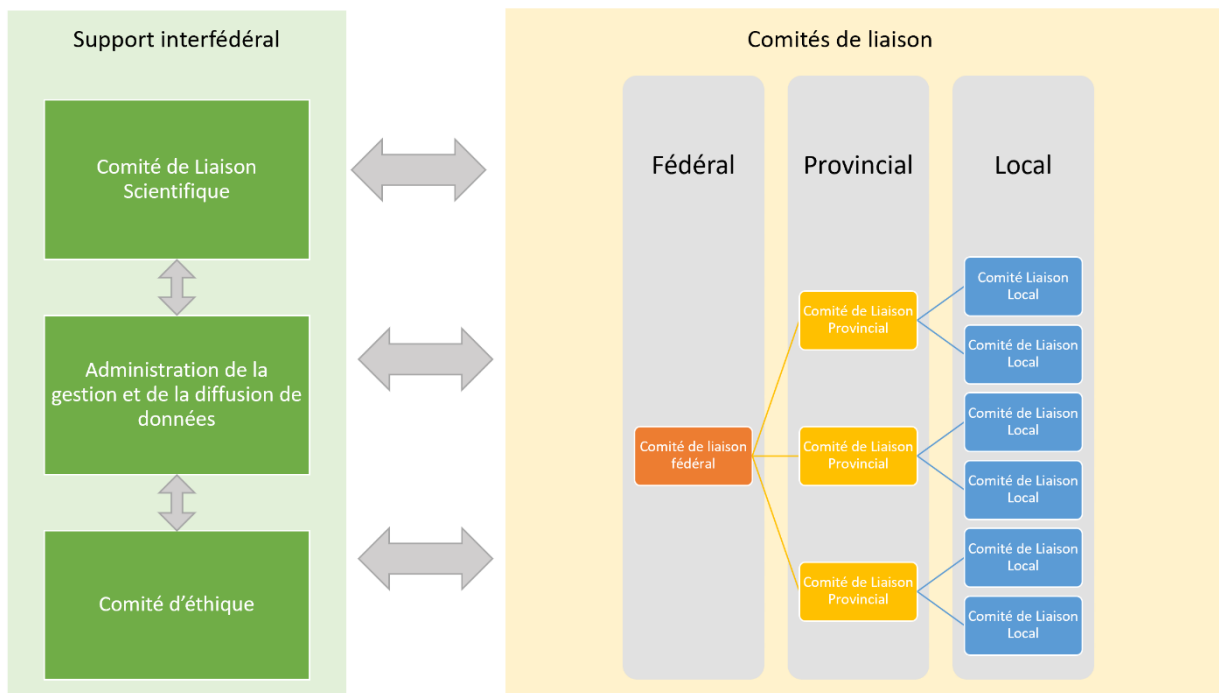
Ce dispositif repose sur deux apprentissages centraux de la gestion de crise Covid-19, à savoir le manque d'interactions systématiques entre les niveaux de pouvoirs et la faible capacité de gestion et d'organisation des données. Notre dispositif s'attache tout à la fois à se prémunir des failles et à intégrer les innovations pertinentes relevées dans la gestion récente de crise sanitaire. Ce dispositif est ancré territorialement, il reprend en effet les mêmes niveaux que ceux prévus dans les arrêtés de planification d'urgence, à savoir : le niveau communal, provincial et fédéral. À chacun de ces différents niveaux, l'objectif est de créer un ou des comités de liaison permanents et interdisciplinaires. Ces comités sont composés de représentant·e-s du secteur sanitaire, du secteur social, du secteur économique, des organismes environnementaux ainsi que des services d'urgence. Les organismes membres de ce comité sont aidés dans la mise en place de réunions de liaison. La récolte de données est assurée par un·e coordinateur·rice de Comité. L'objectif de ces Comités de liaison territoriaux est triple :

1. Informer aux mieux la population du territoire sur les risques éventuels dans une approche permanente et préventive ;
2. Récolter différentes données qualitatives et quantitatives pour nourrir un tableau de bord de veille vigilante des risques sociaux, sanitaires, environnements, et économiques ;
3. Créer un réseau local, provincial et fédéral de ressources et d'acteur·trice·s qui puissent mutualiser savoirs et pratiques, et discuter d'enjeux sociaux, sanitaires, environnements, et économiques du territoire.

Ces comités de liaison seraient établis de manière permanente. Ils se réuniraient à intervalle régulier avec la mission de mettre en commun certaines données et de discuter d'éventuels anomalies, risques ou crises à venir. Les différents niveaux de Comités de liaison seraient en interaction verticale : une

structure claire entre les différents niveaux permet d'organiser et d'assurer des flux de communication, d'informations et de données fluides et systématiques.

### Schéma des comités de liaison et de leur support interfédéral



Si ces Comités de liaison territoriaux récoltent et diffusent des données, il importe que celles-ci soient traitées, analysées et surveillées sur le plan éthique afin d'éviter des abus ou des formes de contrôles sociaux. Dès lors, ceux-ci seront soutenus dans leurs missions par trois organes de support interfédéraux :

1. **Une administration des données récoltées et diffusées.** C'est-à-dire un organe administratif interdisciplinaire dont les missions tiennent à la récolte, et au traitement des données recueillies par les Comités de liaison. Il s'assure de leur qualité et de leur comparabilité ; et dans l'autre sens, il diffuse certaines analyses et plusieurs outils de prévention des risques.
2. **Un comité de liaison scientifique** – Ce comité a pour objectif de rassembler des scientifiques des différentes disciplines, du pôle santé, des Sciences et des Sciences humaines et sociales. Les membres de ce comité interprètent les données préparées et agrégées par l'administration des données récoltées et diffusées. Si les tableaux de bord des différents comités de liaison montrent des variations d'indicateurs particuliers, ce comité peut les observer de manière plus spécifique et faire appel si besoin à d'autres scientifiques hyperspécialisés qui ont des connaissances spécifiques sur ce sujet.
3. **Un comité d'éthique** – C'est-à-dire un groupe indépendant qui vérifie les processus de récolte, de traitement et d'utilisation des données récoltées par les différents comités de liaison. Il travaille à la protection des données. Il assure que le processus de production des données et de savoirs demeure indépendant de tout intérêt privé. Il neutralise les jeux politiques d'utilisation des données.

Un prototype de ce système de comité est crucial à réfléchir et à établir de pair avec des acteurs et actrices de terrain. A titre de pistes de réflexion, il nous semble intéressant d'envisager la composition des comités de liaisons locaux au regard du maillage social-santé des territoires. Une diversité dans la composition est cruciale à maintenir afin de garantir le croisement des points de vue (membres de maisons médicales, d'hôpitaux, de maisons de repos, de structures de soins de première ligne, personnels de soins à domicile, pharmacien-ne-s travailleur-euse-s de services sociaux publics et privés, membres d'établissements scolaires, etc.). Chaque comité se réunirait en présentiel régulièrement (par exemple, une matinée par mois), et serait accompagné par un-e coordinateur-riche de Comité. Par ailleurs, un logiciel virtuel coordonné et harmonisé permettrait d'encoder les données qualitatives et quantitatives en temps réel. Les réunions présentes permettent une réflexion et une analyse collective sur les données brutes. Ce système de comités de liaison bénéficierait de subventions publiques permettant sa mise en œuvre et son déroulement pérenne. Il représenterait une veille collective permanente, tournée vers le local et le bien commun.

Il est également crucial de noter que nombre de plans et de dispositifs similaires, à échelles diverses, sont actuellement en gestation voire en phase de test dans différents organismes comme la Fédération des Services Sociaux, la Ville de Bruxelles, la Région-Bruxelles Capitale ou encore dans certaines mutualités. Il serait dès lors particulièrement pertinent de développer ce type de dispositif de manière concertée et coordonnée afin d'éviter le morcellement et/ou la superposition d'initiatives qui travaillent à l'intégration territoriale du social-santé, sous peine de provoquer une démultiplication et une superposition de structures ou d'organes locaux attachés au travail et/ou à la réflexion intersectoriels sur base territoriale locale.

#### ***b. Valoriser les métiers de la prévention et créer des réservistes de crise***

La majorité des personnes rencontrées souhaitent valoriser et élargir les domaines, métiers et fonctions dédiés à la prévention. De façon transversale à tous les domaines, les démarches d'outreaching sont préconisées : une offre de services social-santé qui se déplace vers les publics, une action de détection proactive de problèmes de sécurité civile, ou encore une éducation publique à la prévention. Nombre de métiers font face à une démultiplication des risques que leur fonction n'a pas intégrée, si bien que les missions réactives et les missions réparatrices prennent le pas sur les missions de prévention. Un travail de cadastre des fonctions, métiers et domaines dédiés à la prévention est souhaitable dans le but de leur revalorisation.

Concernant le domaine de la santé, une majorité de personnes rencontré-e-s appellent à inverser la tendance actuelle, à savoir le primat du curatif sur le préventif. Ils et elles soutiennent une augmentation des financements dédiés à la promotion à la santé, à l'éducation à la santé, à la santé communautaire, notamment avec un argument de calcul coût/bénéfice : « Il coûte plus cher à la société de guérir que de prévenir ». De plus, les personnes rencontré-e-s aspirent non seulement à un système de soins de santé plus intégré localement et plus coordonné institutionnellement parlant, mais aussi à une approche préventive de la santé qui englobe les déterminants biologiques et les déterminants non médicaux (dont les déterminants sociaux, les déterminants environnementaux, etc.). C'est donc bien une conception OneHealth qui est prônée pour la prévention et le recueil de données épidémiologiques.

Par ailleurs, les personnes interrogées soulignent la nécessité de consolider et de créer des fonctions/missions qui allient prévention et management de crise, et ce dans toutes les structures publiques et privées (institutions, administrations, entreprises, organisations) du pays. Les bonnes pratiques initiées en temps d'urgence et de crise doivent être répertoriées et réappries pour être intégrées au fonctionnement des structures. La grande majorité des personnes rencontrées que « tirer les leçons de la crise » serait crucial dans leur sphère professionnelle, mais la tâche est si chronophage, énergivore et coûteuse que sans une institutionnalisation d'une fonction/mission de cet ordre, le souhait restera inopérant.

Enfin, la gestion de la crise Covid-19 nous enseigne que les missions/fonctions de prévention et de gestion de crise représentent une condition sine qua non au développement d'une capacité de montée en puissance en cas de crise. Il serait donc nécessaire de former des réservistes de crises dans toutes les organisations publiques et privées du pays, capables d'agir dans l'urgence, de renforcer d'autres structures et d'apporter un soutien pertinent aux services publics qui seraient impactés par une crise. En ce sens, chaque structure devrait nommer une ou plusieurs personnes pouvant prendre cette responsabilité de préparation/gestion de crise, tout à la fois en : suivant des formations annuelles en procédures de gestion de crise et en expertise des instruments institutionnels et législatifs existants (code bien-être, plan urgence catastrophe nucléaire, plan urgence catastrophe sanitaire, environnementale, etc.) ; en se préparant aux situations de secours (brevet secourisme, etc.) ; en développant et en actualisant des outils et répertoires d'urgence internes (numéros et contacts des membres du personnel, ressources matérielles et logistiques,...) ; en consignat des contacts des ressources locales voisines et partenaires (listing partenaires ; structures-clés sur le territoire proche, etc.). Ces missions de réservistes polyvalents de crise pourraient être encadrées par le Ministère de l'Intérieur par exemple.

## **8. Apports de ces dispositifs au regard des apprentissages de la crise du Covid-19**

### ***a. Intégrer une gestion du risque permanente***

L'épidémie a été qualifiée de pandémie en 2020. Par définition mondiale, elle transcende alors les frontières territoriales, politiques et administratives et nécessite un partage d'informations et une gestion des flux de personnes et des ressources incommensurables à l'ère de la mondialisation. Par ailleurs, cette épidémie peut également être définie comme une syndémie (Horton, 2020). Pour Singer et Mendenhall (2017), une syndémie caractérise un entrelacement de maladies, de facteurs biologiques, sociaux et environnementaux qui, par leur synergie, aggravent les conséquences de ces maladies sur une population.

L'épidémie de Covid-19 a dérogé à l'arsenal belge de gestion de crise avant tout parce que la planification traditionnelle vaut pour des risques prédictifs, qui peuvent être cadrés tant qu'ils répondent à des statistiques prévisionnelles. Or le risque sanitaire lié au Covid-19 s'assimile à un risque réflexif. En effet, l'important degré d'incertitude et d'imprévisibilité du risque sanitaire liée au Covid-19 tient aux principales caractéristiques des risques réflexifs : il fait éclater les échelles spatiales et temporelles, il dépasse les compétences des acteurs institutionnels responsables de la gestion de crise et de la planification d'urgence (Fallon, Thiry & Brunet, 2020). Ces risques sont une dimension spatiale

et une dimension temporelle élargies, ils provoquent des dommages irréversibles, ils sont complexes, ne discriminent pas dans leur apparition mais peuvent occasionnés des impacts différenciés selon les conditions de vie, sont difficilement calculables, sont souvent invisibles, ne sont pas toujours objectivables, ce qui cause un défaut d'assurance (Brunet & Schiffino, 2012a).

Ce risque est aussi systémique au sens où il ne concerne non pas la seule dimension sanitaire de la vie des individus. S'il pose d'emblée d'éminents enjeux de santé publique, ses impacts et transferts de risque sont à tout à la fois à considérer sous des acceptations sanitaires, politiques, sociales, économiques, juridiques. Il ébranle et transforme toutes les dimensions du système et toutes les conditions de vies des personnes, il survient tel « un évènement disruptif du fonctionnement des sociétés, nécessitant une prise en charge globale » (Fallon, *et al.*, 2020 : 57).

Les crises engendrées par des risques réflexifs et systémiques requièrent des solutions inédites, qui demandent aux Comités de liaison d'inventer de nouvelles réponses, parfois hors plans et hors cadres. C'est la raison pour laquelle la gestion de crise doit avant tout constituer « un processus permanent de communication et de collaboration entre les nombreux acteurs de la gestion de crise » (Brunet, *et al.*, 2012 : 53).

#### ***b. Collaborer pour des outils à la fois préventifs, de gestion et d'apprentissage***

Le deuxième grand argument sur lequel se fondent les Comités de liaison consiste en un nécessaire développement d'un processus hybride, flexible, réaliste, pertinent, permanent, interdisciplinaire qui envisage d'emblée les différentes temporalités de la crise, depuis la prévention jusqu'à l'apprentissage.

Le dispositif de Comités de liaison proposé est une manière de répondre aux faiblesses des processus actuels en pariant sur l'intégration de nombreuses parties prenantes dans une approche interdisciplinaire. Dès lors, l'introduction de ce type de dispositifs associant les acteurs et actrices de terrain, aux côtés du référentiel classique d'analyse des risques, constitue une innovation.

La gestion improvisée de la crise liée au Covid-19 est synonyme d'une démultiplication des arènes de concertation et de réflexion. Des groupes convoqués et des groupes auto-institués ont élaboré des réflexions communes sur nombres d'impacts sociaux de la crise sanitaire afin de les porter à la conscience et à l'agenda politique (Task Force Pediatric, Psycho & Corona, etc.). Il apparaît ainsi crucial de soutenir le partage collectif d'une posture critique d'alerte et de l'encadrer en permettant l'engagement de citoyen·ne·s, expert·e·s et autorités dans un processus commun de veille, de planification et de gestion des risques. La discussion des disciplines, des données (qualitatives et quantitatives) et des savoirs (scientifiques, experts, locaux, pratiques, basés sur l'expérience) permet une grande complémentarité.

Avec le dispositif des Comités, les acteurs et actrices de terrain, les expert·e·s et les autorités sont donc convié·e·s à s'impliquer dans la production et l'analyse de données et d'informations :

« Le développement de la démocratie participative, la diversification de l'expertise scientifique, sa mise en débat permanent, la prise en compte de la nature systémique



des crises et une ouverture croissante des sciences vers les citoyens apparaissent comme autant de clés permettant de rencontrer les immenses défis qui sont devant nous et qui peuvent se résoudre collectivement. » (Gilbert, 2021 : 204).

L'analyse de la crise nous apprend que les coopérations et les collaborations entre niveaux de pouvoir, entre disciplines et entre secteurs ont permis de mutualiser ressources, savoirs et pratiques. Les Comités de liaison permettent non seulement d'entretenir des réseaux institutionnalisés ou non, des relations de coopération.

De façon complémentaire aux probabilités d'occurrence et aux processus de planification, les Comités de liaison locaux permettent une prospective qui suppose la mobilisation d'autres modes de connaissance du réel. Ils permettent de dresser des tableaux de bord, qui ne se fondent pas sur une épistémologie « evidence-based », mais plutôt sur une logique « place-based », offrant la création de connaissances à partir de données localement croisées. L'enjeu est à la détection des anomalies face à la multitude des futurs imprévisibles, mais aussi à la connaissance fine du réel local et prévisible.

Sur le plan de la récolte de données, les comités de liaison outrepassent les écueils de la statistique publique, qui documente la population selon son existence légalement reconnue et enregistrée (numéro national). Il permet en ce sens d'intégrer d'emblée les habitant·e·s désaffilié·e·s, sans adresse de référence, sans dossier administratif, et/ou qui se trouvent aux limites de la légalité (de séjour, de travail). Les méthodes de recueil de données et d'informations établissent un panel d'indicateurs qui anonymisent et abstractisent d'emblée les données. Ce dispositif établi sur des méthodes de recueil harmonisées permet une agrégation et une comparabilité des données, qui habilite une analyse croisée. Il s'agit donc bien d'un processus de veille, de récolte d'informations et de liaison dont l'action représente la condition de possibilité d'un tableau de bord dynamique, qui répond tout à la fois à l'exigence d'une représentativité globale et au souci d'une finesse locale. La nature processuelle garantit la fréquence des rencontres entre les parties prenantes, et ce faisant assure l'actualisation des recueils.

Les plans de situation de crise doivent eux aussi être élaborés de façon interdisciplinaire et se concentrer sur des principes généraux, qui peuvent être ajustés de façon flexible à la situation de crise. La planification ne peut constituer un outil rassurant et utile de gestion de crise que si elle est constamment actualisée. La temporalité d'urgence nécessite matériel et ressources activables très rapidement. Pour cela, les index, les listings de personnes de contact, d'adresses, de matériels doivent être perpétuellement mis à jour. Les informations et les données doivent être disponibles en temps réel. Avec le dispositif de comités de liaison proposé, cela peut devenir des réflexes collectifs.

Rappelons que les futurs risques sont si nombreux et si incertains, qu'une planification d'urgence ne pourra jamais cadenciser tous les risques qui peuvent potentiellement survenir ni tous les transferts de risques qui leur sont intrinsèquement liés. La manière d'identifier, de prioriser, de modéliser et de gérer les différentes menaces qui pèsent sur notre société est une caractéristique éminemment sociale et politique. Loin de s'apparenter à l'établissement rigide de procédures et de plans, la planification devrait relever d'un processus dynamique « sans cesse en action qui ne doit jamais conclure » (Brunet, *et al.*, 2012 : 54). Ce processus s'apparente à une mise en réseau permanente et éclairée, et ce parce

qu'il est avant tout porté par des réseaux de collaborations d'acteurs et d'actrices qui échangent en permanence. En temps de veille, ces réseaux font circuler informations et données, discutent de ce qu'ils constatent d'anormal ou d'atypique. Ils présentent l'avantage, en temps de crise, d'une activation rapide, basée sur des expériences communes de travail et de pratiques ainsi que sur des apprentissages réflexifs, prêts à gérer l'imprévisible en envisageant les répercussions sur le réel prévisible, collectivement collecté et documenté.

### **9. Développer un prototype de Comités de liaison**

À l'instar des Sciences et des Sciences de la Vie, la recherche-développement se développe très timidement en Sciences humaines et sociales. Pourtant, étudier la pertinence, la faisabilité, l'élaboration d'un prototype et la mise en œuvre d'un dispositif comme les Comités de liaison nécessite une importante phase de recherche et de développement. Elle requiert un travail de recherche et de répertoire de l'existant en matière de production des données socio-sanitaires :

quelles structures (institutions, administrations, observatoire et associations) récoltent effectivement des données en Belgique ? Sont-elles qualitatives, quantitatives ou hybrides ? Sur quels logiciels ? Avec quelles méthodes ? Avec quels indicateurs ? Où et à quelle échelle ? À quelle fréquence ? Avec quels échantillons ? Qui travaille à ces récoltes ? Quels profils, dotés de quelles compétences ? Avec quelles utilisations ? Dans quels buts ? Avec quel argent ? Avec quelles protections ? Avec quels écueils et quelles lacunes ?

Cette enquête nécessite également de comprendre ce qui est fait des données récoltées. En effet, il importe de comprendre les facteurs qui expliquent que certaines bases de données servent un travail d'analyse, là où d'autres semblent sous utilisées, voire inutilisées. Une approche de recherche et développement en sciences humaines et sociales permettrait d'organiser et de piloter une telle recherche. Une année minimum pourrait être dédiée à une phase d'étude. Et une année minimum permettrait une phase de mise en test du prototype qui démarrerait par la mise en place de trois comités locaux de liaison et d'informations.

En connaissance de cause, l'équipe de recherche en charge de cette enquête-test pourrait ainsi dresser un argumentaire détaillé de l'utilité publique de la mise en œuvre pérenne d'un tel système de veille publique, coordonnée, intersectorielle et multi-niveaux.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bair, J. & Thiry, A. (2012). Chapitre 2. Cadre institutionnel et juridique de la gestion de crise. Dans : Catherine Fallon éd., *Articuler risques, planification d'urgence et gestion de crise* (23-39). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Bajos, N., Warszawski, J., Pailhé, A., et al. (2020). « Les inégalités sociales au temps du Covid-19 », *Questions en santé publique*, 40, 1-12.
- Baronnet, J., Kertudo, P. & Faucheux-Leroy, S. (2015). « La pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal appréhendés par la statistique publique », *Recherche sociale*, 215, 4-92.
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London, Sage Publications.
- Bihl, A. & Pfefferkorn, R. (2008). *Le système des inégalités*. Paris, La Découverte.
- Bihl, A. & Pfefferkorn, R. (2008). *Le système des inégalités*. Paris, La Découverte.
- Bouhon, F., Jousten, A., Miny, X. & Slautsky, E. (2020). « L'État belge face à la pandémie de Covid-19 : esquisse d'un régime d'exception », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2446, 5-56.
- Brunet, S. & Schiffino, N. (2012). Chapitre 6. La diversité des notions de risque. Dans : Catherine Fallon éd., *Articuler risques, planification d'urgence et gestion de crise* (101-114). Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Brunet, S. & Schiffino, N. (2012). Chapitre 7. Évaluation et gestion des risques. Dans : Catherine Fallon éd., *Articuler risques, planification d'urgence et gestion de crise* (115-125). Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Brunet, S. & Thiry, A. (2012). Chapitre 3. Pragmatique de la planification. Dans : Catherine Fallon éd., *Articuler risques, planification d'urgence et gestion de crise* (41-54). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Castel, R. (1995), *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- Clavandier, G. (2006). « La vigilance comme avatar de la société du risque. Quand la démocratie devient une figure emblématique du discours scientifique », in J. Roux (dir.), *Être vigilant, L'opérativité discrète de la société du risque*, Presses Universitaires de Saint-Etienne, 221-235.
- Cole A. & De Visscher, C. (2016). Les régions belges face à la crise économique : une recentralisation à distance pour la Wallonie?. *Revue internationale de politique comparée*, 23(3), 301-325.
- De Visscher, C., & Piron, D. (2021). Crise budgétaire, crise sanitaire et fédéralisme financier : observations à l'aune du cas belge. *Gestion Finances Publiques*, (4), 116-123.

Fallon, C., Brunet, S., Ozer, P., Schiffino, N. & Thiry, A. (2012). *Articuler risques, planification d'urgence et gestion de crise*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Fallon, C., Thiry, A. & Brunet, S. (2020). Planification d'urgence et gestion de crise sanitaire. La Belgique face à la pandémie de Covid-19. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2453-2454, 5-68.

Fassin, D. (2020) « La valeur des vies. Éthique de la crise sanitaire », *Par ici la sortie !*, Seuil.

Fassin, D. (2020) *L'illusion dangereuse de l'égalité devant l'épidémie*, in : Collège de France, 16 avril 2020.

Fassin, D. (2022). *La société qui vient*, Paris, Seuil, 1318 p.

Foucault, M. (1978). « La gouvernementalité », in M. Foucault, *Dits et écrits*, tome 2, Paris, Gallimard, pp. 635-657.

Foucault, M. (1978). « La société disciplinaire en crise » in : Foucault, M. *Dits et écrits*, tome 2, Paris, Gallimard, pp. 532-534.

Gilbert, M. (2021). *Juste un passage au JT*, Luc Pire, 192p.

Hood, C. (1986). *The Tools of Government* Chatham, NJ: Chatham House

Lambert, A., Cayouette-Remblière, J. (dir.). (2021), *L'explosion des inégalités. Classes, genre et générations face à la crise sanitaire*, La Tour d'Aigues, Aube, « Monde en cours ».

Lascombes, P., & Le Galès, P. (2004). *Gouverner par les instruments* (p. 370). Presses de Sciences po.

Lochard, Y. & Simonet, M. (2009). « 23. Les experts associatifs, entre savoirs profanes, militants et professionnels ». In : Didier Demazière (éd.), *Sociologie des groupes professionnels : Acquis récents et nouveaux défis*, 274-284.

Maisin, C., Damhuis, L. & Serré, A. (2020). « La crise n'est pas que sanitaire », *La Revue Nouvelle*, 3, 80-85.

Morin, E. (2016). *Pour une crisologie*, Carnets de l'Herne, (dir. Laurence Tâcu), Editions de l'Herne, 61p.

O. Godard, C. Henry, P. Lagadec, E. Michel-Kerjan, *Traité des nouveaux risques*, Paris, Gallimard, 2002.

Racapé, J. et al. (2020). « Social and clinical risk factors associated with Intensive Care Unit admission and mortality of hospitalized COVID-19 patients during the first wave in Belgium », soumis à *Archives of Public Health*.

Scott, J. C. (1998). *Seeing like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*, New Haven, Yale University Press.

Wellstead A., Cairney P. & Oliver K. (2018). Reducing ambiguity to close the science-policy gap. *Policy Design and Practice*, 1(2), 115-125.