

La crise de la Covid-19 en Guyane : des défis logistiques et sociétaux pour la pharmacie

Covid-19 crisis in french Guyana: logistical and societal challenges for pharmacy

Un océan sépare la Guyane de l'hexagone et, dans l'imaginaire collectif, cet état de fait et ses traductions spatiale et sociétale sont souvent mal compris. La gestion de la Covid-19 doit donc être considérée et évaluée dans un contexte d'offre de soins limitée et de remise en cause de la parole publique.

Plus qu'ailleurs, la gestion de la crise en Guyane aura mis en lumière la nécessité d'une posture consistant à équilibrer une équation complexe, composée de facteurs telles l'acceptation de l'action de l'État par une population ou encore la prise en compte d'une norme sociétale différente relative à la chose médicale.

De prime abord, ces notions ne paraissent pas spécialement intriquées, mais force est de constater qu'il aura manqué à l'action publique une approbation par la société – ou devrions nous dire les sociétés – guyanaise(s) pour être encore plus efficiente. S'il est un territoire où le multiculturalisme possède un sens, c'est bien celui de l'Amazonie française, cette terre si contrastée où les pirogues tutoient les fusées.

Une crise sanitaire en zone amazonienne : entre défis logistiques et sociologiques

Si la critique concernant le manque de moyens a été prégnante et redondante, la réalité des faits invite à une autre analyse. En effet, au-delà des mesures transitoires comme l'installation d'un module militaire de réanimation, la Guyane a été parmi les premiers territoires approvisionnés par les services de la réserve sanitaire. De même les FAG (Forces Armées en Guyane) n'ont eu de cesse d'effectuer des rotations d'évacuations sanitaires avec leurs vecteurs aériens. Cet exemple de plasticité aura même transcendé les limites de « l'État », à l'exemple des compagnies aériennes qui ont mis à disposition certains de leurs avions de ligne transformés en petites

unités de réanimation survolant le territoire (inter)national. En Guyane, l'ultime exemple aura été l'approvisionnement rapide en vaccins et l'adaptation des actions d'inclusion dans la campagne vaccinale afin de concerner un maximum de volontaires par des mesures toujours anticipées au regard des directives nationales.

Comment ne pas rendre hommage dans ce contexte, aux confrères et consœurs capables de faire en sorte de sécuriser l'acheminement d'un produit aux conditions de conservation si drastiques, aux quatre coins de la forêt amazonienne, en saison des pluies comme en saison sèche. Car rappelons-le, le maintien de la chaîne du froid en zone équatoriale et le respect des procédures dans des secteurs où la disponibilité de l'électricité est fluctuante, où plusieurs heures de pirogue peuvent être nécessaires pour rallier un écart, relèvent bien de l'exploit (et donc de l'honneur) des sciences pharmaceutiques.

Toutefois, ce constat étant dressé, n'oublions pas qu'en cette période de rare abondance de biens, entre mesures préventives et curatives, la majorité de la population a fait un choix que nous, professionnels de santé, redoutions et *in fine* avons subi.

La question qui aura cristallisé nombre de tensions sociales, mais aussi et surtout individuelles, fut, très logiquement, la vaccination. Sans revenir sur des taux de vaccination très bas qui ont affligé les quelques soignants ayant osé assumer le portage public de la campagne, un retour d'expérience s'impose. La communication de l'État parfois audacieuse, aura eu le mérite de faire émerger non pas une, mais des voix sortant de l'ordinaire. Dans un « Péyi » où près d'une vingtaine de langues et dialectes se côtoient, la tâche était peut-être un peu trop grande, ou plutôt la situation trop déséquilibrée, pour rendre audible un message de prévention, de santé publique, qui n'a d'ailleurs eu de cesse d'être combattu par un nombre limité d'individus à l'influence malheureusement manifeste.

Sans développer des exemples vus et revus, retenons un seul cas, celui d'un patient guyanais sur son lit de réanimation,

interrogé sur sa situation, au Journal télévisé de 20 h d'une grande chaîne nationale, et clamant haut et fort qu'il préférerait être en réanimation que de jouer avec sa santé en se faisant vacciner. Paradoxe ultime s'il en est, terrible inversion de la hiérarchie des normes médicales, non moins terrible coup porté à ceux qui se sont battus pour le sauver.

Quand *ipse dixit* et ultracréditarisme envahissent les médias et les réseaux sociaux

Il est difficile de jeter la pierre à la « majorité non vaccinée » guyanaise car, ayant vécu l'expérience sur le terrain, ce n'est pas le seul complotisme qui a conduit à ce refus, mais bien un savant dosage entre un rejet général de l'action publique couplé à la diffusion d'une désinformation massive et ubuesque qui a assis son emprise sur un effet de masse et sur la peur du jugement de l'autre ; la norme ici étant, pour mémoire, le rejet de cette campagne de vaccination à laquelle était souvent préféré l'usage de la pharmacopée locale.

La crise de confiance était bien multifactorielle, et parmi ces facteurs, certains étaient inhérents au fonctionnement même du monde médical.

La récurrence des modifications de recommandations, si elle possédait évidemment un fondement scientifique, n'était *in fine* qu'un frein pédagogique bien plus puissant que n'importe quelle autre initiative du corps soignant. Comment expliquer, en période de crise (la précision est d'importance), au plus grand nombre, que l'administration d'un vaccin est suspendue à la suite d'une alerte pour un contrôle de suspicion d'effets indésirables, puis ré-autorisée quelques heures en aval. Le principe de précaution, la réalité du travail de pharmacovigilance viennent ainsi percuter la sociologie de la crise. Les exemples sont nombreux, et les cas constatés par beaucoup d'entre nous durant toutes les étapes de la vie fluctuante des recommandations : pourquoi le délai entre deux vaccinations passe d'un mois à deux semaines, pourquoi besoin d'un rappel si une infection est constatée à J14 et pourquoi ce rappel n'est plus nécessaire à J15 ? Autant de situations non exhaustives à expliquer dans un complexe difficile, péjoratif...

Ainsi, certains sollicitèrent ainsi une vaccination privée, en dehors des centres, afin de ne pas être vus, pendant que d'autres (représentants régionaux de certains « professionnels de santé ») affirmaient sur les plateaux TV, le plus sérieusement du monde, soigner des patients avec des traitements non indiqués et pour lesquels ils s'étaient affranchis de leur champ de compétences professionnelles. Pour en revenir au patient lambda, le plus difficile à faire venir vers les centres de vaccination, ses choix étaient guidés plus par la peur que par la colère. Qui peut juger une peur humaine ? La notion de jugement prendra dans cette affaire toute son importance, au sens propre comme figuré. C'est bien la peur de mourir qui étreignait nos

patients, pas de mourir de la Covid-19, mais du seul moyen à notre disposition pour sauver des vies : le vaccin. Devant cette peur, les réponses à nos questions furent toujours les mêmes : « j'ai vu que », « on m'a dit que », « un grand médecin a dit que »... Ce syndrome du « le chef lui-même l'a dit », *ipse dixit*, donnant un prétexte et confortant un individu dans un choix préalablement ancré dans une position sociétale, aura probablement été un des facteurs majeurs les plus difficiles à affronter dans cette crise.

Un autre facteur aura été cette infinie et remarquable capacité d'influence des militants connus pour leurs critiques vis-à-vis de l'action de l'État. Sur certains points, les remarques émises furent parfois fondées, mais ces militants n'éprouvèrent aucune gêne à argumenter autour d'un domaine pour lesquels ils s'avouaient préalablement incompetents. Drôle de paradoxe une fois de plus : la fameuse phrase « je ne suis pas docteur, mais je pense que... » aura marqué de son sceau tant de discours fallacieux... Ainsi le chef, le leader d'opinion, avoue lui-même son incompétence mais enchaîne avec un raisonnement aboutissant à des conclusions présentées comme des vérités intangibles. Sophisme éhonté résultant de la fusion d'un *ipse dixit* à la mode avec un ultracréditarisme assumé, sonnait le glas de la parole médicale et de la démarche scientifique.

Des soignants exposés et menacés

À côté de ces marasmes affectant la pensée scientifique, il y avait les soutiers de la crise, toujours à l'œuvre : les soignants. Ceux d'une ville comme Cayenne où les urgentistes et réanimateurs furent accusés de mentir sur les causes des décès, de falsifier des résultats prétendument positifs afin d'alimenter un sentiment de panique dans la population à propos d'une épidémie présentée comme inexistante. Dans ce contexte, nous avions besoin d'un soutien que nous n'avons pas trouvé dans la grande majorité des acteurs politiques locaux, trop frieux pour prendre position en faveur d'une mesure pourtant essentielle mais tellement impopulaire. Les études *a posteriori* prouveront combien de vies ont été perdues par leur silence.

Durant cette période d'excitation des esprits, nous reçûmes même des menaces d'avoir la gorge tranchée si nous continuions la campagne de vaccination. Nous glissons donc, fort logiquement, d'une réflexion sur le jugement de la peur à celle de l'espoir du jugement des menaces. D'article 40 en article 40, une Justice déjà bien à la peine, partageant avec nous le quotidien d'un service public essentiel et scruté attentivement, aura été cependant synonyme et promesse de protection dans notre action. Sa présence fut source de réconfort.

Pour conclure

Dans l'ensemble, cette crise en Guyane aura démontré une capacité de résilience considérable des effecteurs de l'État dont les soignants furent les fers de lance. Mais ce constat,

témoignant certes de la création d'une expertise nouvelle dans la gestion de crise, invite à une nécessaire introspection quant à l'attrition progressive des bonnes volontés locales. La réussite de l'action de l'État doit-elle dépendre de la volonté de sacrifice de certains de ses effecteurs ?

Une des réponses envisageables pourrait résider dans une réflexion autour de la notion d'expertise, du positionnement et de la posture de l'expert. *Quid* de sa légitimité s'il vient à intégrer l'échelon administratif de la décision publique, au risque de voir son expertise effacée par le positionnement politique d'une hiérarchie ? Sa place d'expert n'est-elle pas

plutôt au plus près de son activité, l'expert étant avant tout un ex-pair ?

En tout état de cause, l'épreuve traversée a mis en lumière la question du manque de relais extérieurs aux administrations de l'État, et tout particulièrement en outre-mer ; est-ce la Némésis de son action ? Gageons que non.

Guillaume Icher

PharmD

Maître de conférence associé,

Université de Guyane

guillaume.icher@gmail.com



28TH EAHP CONGRESS
20-21-22 MARCH
Bordeaux
Sustainable healthcare -
Opportunities & strategies
EAHP thanks the continued support of Corporate Partner Omnicell

 **#EAHP2024**

Abstract Submission
www.eahp.eu/congresses/abstract
Deadline: 1 October 2023