

DÉCISIONS EN SANTÉ LORS D'INCERTITUDE *



Brucker Gilles¹

RÉSUMÉ

La sécurité des populations est une responsabilité régalienne de l'État, à qui incombe la gestion des risques en santé. L'incertitude sur l'ampleur et la gravité des risques émergents dans les situations d'alerte sanitaire se situe dans le champ scientifique de l'épidémiologie et de l'évaluation des risques. La décision de gestion du risque en matière de politique de santé relève de l'autorité politique. Elle illustre la place de l'administration de la santé, maillon exécutif entre le monde de la veille sanitaire sous l'autorité des experts (scientifiques et épidémiologistes) et le monde politique qui doit assurer la protection des populations. La décision de gestion des risques engage l'État au-delà de la seule maîtrise de leurs conséquences éventuelles et ouvre, face à la diversité des scénarios envisageables, des responsabilités non seulement sanitaires mais sociales, judiciaires et économiques. Les éléments de la prise de décision doivent intégrer ces différents facteurs, en particulier les hypothèses de bénéfice/risque ou de coût/bénéfice. L'une des leçons majeures tirées des différentes crises sanitaires de ces dernières années est surtout la nécessité d'une anticipation des situations de menaces et de crises, et de préparation à l'intervention pour tout type de gestion de risque et de crise sanitaires.

Mots-clés : incertitude, décision, santé publique, gestion de risque, bénéfice/risque.

ABSTRACT

Ensuring the safety of populations is a sovereign responsibility of the State, in charge of public health and risk management. The uncertainty regarding the extent and the seriousness of emerging risks in public health rests with the scientific field of epidemiology and risk evaluation. But, decision making on the management of risks in the health field is the responsibility of the political authorities. The role assigned to the health administration is to provide a link between the health monitoring sphere under authority of experts (scientific experts and epidemiologists), and the political sphere, that are expected to take appropriate steps to protect the populations. A decision by the State in the field of risk management creates obligations that go beyond the management of eventual consequences; it also creates sanitary liabilities under a variety of potential scenarios, and carries social, judicial and economic consequences. Decision making must encompass those various factors and particularly risk/benefit and cost/benefit considerations. One of the main lessons learned from last years' various public health crises is that threats must be identified and crises must be anticipated in order to be prepared to face health crises as they occur.

Keywords: *Uncertainty, Preparedness and response, Risk management, Public health, Risk/benefit assessment.*



* Texte de la conférence présentée au cours de la Journée scientifique AEEMA, 19 mars 2015

¹ Professeur de santé publique Paris Sud, responsable des partenariats hospitaliers à la Direction des relations internationales de l'APHP, France

I - INTRODUCTION

Les développements des systèmes d'information dans le domaine de la veille sanitaire, la mise en œuvre de systèmes d'alerte précoce, les exigences croissantes de réactivité face à toute menace de santé publique, dont témoigne entre autres le nouveau règlement sanitaire international de l'OMS, placent souvent le décideur en matière de

santé, dans une situation difficile : prendre des décisions de gestion des risques dans une situation d'incertitude. Catastrophe de Tchernobyl², crise de l'ESB, épidémie de VIH, de H5N1, de SRAS ou de Chikungunya, canicule, furent des crises politiques autant que sanitaires qui ont forgé notre organisation de la sécurité sanitaire.

II - MESURE DU RISQUE ET GESTION DU RISQUE : DEUX OBJECTIFS DIFFÉRENTS

Entre la mesure du risque et la gestion du risque il y a deux objectifs distincts :

- La mesure du risque est la tâche de l'épidémiologiste, qui doit apporter la meilleure précision sur la réalité et l'ampleur du risque et de ses conséquences ;
- La gestion du risque est la responsabilité du décideur qui doit protéger la population des conséquences, en mesurant les multiples impacts des scénarios d'intervention.

La mesure du risque : l'incertitude face à la mesure du risque se situe dans le champ de l'épidémiologie et d'une approche probabiliste. Cette incertitude est parfaitement analysée dans l'approche proposée par B Toma et B Dufour [2015]. Elle est le plus souvent épistémologique, méthodologique ou stochastique ; ces éléments d'incertitude peuvent se combiner entre eux. Tout risque comporte sa marge d'incertitude. Il n'y a pas de niveau seuil qui impose une décision ; dans le risque épidémique nous avons deux questions clés liées : l'ampleur de l'épidémie, et la gravité attendue des cas.

La place du décideur : la gestion du risque fait passer le problème du champ épidémiologique au champ de la politique de santé publique.

Le décideur en matière de réponse à l'émergence d'un risque est un maillon exécutif entre le monde des experts (scientifiques et épidémiologistes) et le monde politique (ministères de la Santé³ ou de l'Agriculture, mais aussi de l'Environnement, et même de l'Économieentre autres). Cet échelon est une composante clé de la décision en Santé publique, passage de l'analyse de risque à la formulation des préconisations ou au choix des recommandations : un transfert du scientifique au politique en quelque sorte. Car la mise en place de ces politiques de santé publique et de sécurité sanitaire engage l'État ; la décision est souvent, *in fine*, validée dans les situations les plus menaçantes en réunion interministérielle comme l'ont bien montré les crises du Chikungunya, du H1N1 ou de l'épidémie récente d'Ebola.

L'engagement d'une responsabilité sanitaire, dans le cadre d'une responsabilité collective de gestion de risque, ouvre aussi des champs de responsabilité judiciaire face aux victimes et/ou aux citoyens, et économique face à la gestion des fonds publics. Ces éléments peuvent peser lourds dans le processus décisionnel.

La réponse envisagée doit tenir compte de divers scénarios possibles fondés sur des modélisations incertaines.

² 26 avril 1986, la première catastrophe sanitaire majeure internationale qui frappe l'Europe : l'accident de Tchernobyl : la question du nuage radio actif qui a survolé la France, et de ses conséquences, a généré une crise de confiance durable vis-à-vis des pouvoirs publics.

³ Pour le ministère de la santé, il s'agit du DGS (directeur général de la santé), pour le ministère de l'Agriculture, le DGAI (directeur général de l'alimentation).

1. MODÉLISATION ET SCÉNARIOS

La modélisation permet à l'épidémiologiste de présenter plusieurs vérités possibles qui le protègent en partie de ses incertitudes. Ces hypothèses, bien analysées par Patrick Zylberman, sont intitulées *l'envahissante logique du pire*. Une forme de fiction qui « occupe une place grandissante dans l'appareil de la sécurité sanitaire ». Dans cette démarche de réflexion et de choix, celui du pire domine la sphère de la sécurité internationale⁴.

Dans ce contexte, le décideur, qui a au dessus de sa tête le poids du principe de précaution, aujourd'hui inscrit dans notre constitution, peut-il décider en faisant fi du risque du pire, modélisé comme possible par des experts ? En d'autres termes, même si le risque le moins sévère est le plus probable, l'existence même d'un scénario sévère moins probable doit aussi être prise en compte. Mais jusqu'où ?

En outre, dans l'analyse des facteurs d'incertitude, peut-on établir une échelle qualitative entre les incertitudes épistémologique, stochastique ou méthodologique ?

Sans doute pas. Le niveau d'incertitude étant approché et mesuré, quelle valeur de cette incertitude est un élément clé de la décision ? La réponse est ici dans l'analyse comparée des

résultats attendus des scénarios de réponse et de leurs coûts.

2. ÉTUDES BÉNÉFICE/RISQUE : UNE RECHERCHE DE RATIONALITÉ

Le choix de la bonne décision peut ainsi être orienté par des analyses de bénéfice/risque. L'étude bénéfice risque (ou coût/avantage) répond aux exigences de bon usage des fonds publics et à celle de l'efficacité, mais elle peut être difficile à comprendre pour la population⁵.

Les coûts d'une épidémie comprennent les coûts de prise en charge des patients (par l'Assurance maladie) mais aussi ceux liés à l'absentéisme, à la perte de productivité, au ralentissement de la vie économique. L'impact d'une grippe, dont le taux d'attaque peut être élevé et le nombre de patients hospitalisés important, illustre bien l'importance de ces choix comme nous le verrons sur l'exemple du H1N1⁶.

Les exemples que nous présentons montrent que la décision n'obéit pas nécessairement à la rationalité que suppose une mesure épidémiologique des risques et son niveau d'incertitude, mais dépend souvent de facteurs différents, notamment la perception et les attentes des populations et l'image politique du décideur.

III - DES EXEMPLES DE DÉTERMINANTS DE GESTION DE RISQUES

1. LES RISQUES INFECTIEUX

1.1. DÉCIDER DEVANT UN RISQUE ÉPIDÉMIQUE OU PANDÉMIQUE : LE RÈGNE DES MODÉLISATIONS ET DES SCÉNARIOS DU PIRE

L'analyse de l'épidémie H1N1 offre un exemple

intéressant en matière de gestion des risques et de décisions.

Selon le rapport de l'InVS⁷, la pandémie grippale à virus A(H1N1) de 2009 a été l'une des crises majeures rencontrées par l'Institut de veille sanitaire (InVS) depuis sa création.

⁴ Dans ces scénarios, les hypothèses de mutations génétiques d'un virus, ou de recombinaisons ne peuvent jamais être écartées, et sont absolument imprévisibles.

Cette question a été beaucoup débattue lors de l'épidémie de peste aviaire H5N1. L'hypothèse d'une recombinaison de ce virus, avec un virus porcine, a fait émerger le risque d'une pandémie dramatique. Sur cette recombinaison, nombre d'experts se sont prononcés pour une réalité probable, ou certaine mais dans des délais indéfinissables (« *not if but when* »).

⁵ Les mesures de contrôle d'une épidémie ont un coût économique qui peut être élevé et mesuré par diverses études : analyse coût-efficacité (le moindre coût pour le même résultat), coût-utilité (quel impact sur la qualité de vie) ou coût-bénéfice (le meilleur coût pour la société).

⁶ L'épidémie de grippe de 2012-2013 aurait coûté 40 millions d'euros à l'Assurance maladie.

⁷ La veille et la surveillance pendant la pandémie grippale à virus A(H1N1)2009 : bilan de l'InVS - Institut de veille sanitaire.

Face à cette alerte mondiale, fortement dramatisée par l'OMS, il fallut décider vite pour assurer les approvisionnements en matière de masques de protection, de vaccins surtout, mais aussi de traitement (Oseltamivir) : la gestion de l'alerte sanitaire devient une course contre la montre.

Les choix sur la vaccination :

- Les choix possibles ont été définis par divers experts, en particulier le Comité de lutte contre la Grippe (CLCG), et par l'InVS. Durant l'épisode pandémique, du 25 avril 2009 à la fin janvier 2010, le CLCG s'est réuni à 43 reprises ; l'InVS et le Comité technique des vaccinations (CTV) ont contribué à cette expertise. Comme le souligne l'InVS dans son analyse : « *les prévisions se devaient d'être relativement pessimistes afin de ne pas sous-estimer les besoins d'adaptation du système de santé. Néanmoins, elles devaient rester raisonnables, en évitant des intervalles de prévision trop larges qui n'offraient aucun support utile pour développer des stratégies de réponse adaptées. L'exercice réalise : un taux d'attaque de 15 % de personnes symptomatiques, un taux d'hospitalisation rapporté à la population de 75/100 000, un taux d'admission en réanimation de 11/100 000, tous taux supérieurs à ceux observés dans la littérature* »⁸.
- L'InVS rapporte que le Comité suggérait une stratégie d'acquisition progressive d'un stock de vaccins pré-pandémiques selon le schéma suivant :
 1. La constitution d'un premier stock de 27 millions de doses permettant la vaccination à deux doses des enfants ;
 2. L'acquisition de 20 millions de doses supplémentaires, portant le stock à 47 millions, permettant la vaccination à deux doses des seniors en plus des enfants ;
 3. L'acquisition d'environ 30 millions de doses supplémentaires, portant le stock à près de 78 millions, permettant la vaccination à une

dose des adultes en plus de celle à deux doses des seniors et des enfants ;

4. Enfin, l'acquisition d'environ 30 millions de doses supplémentaires, portant le stock à près de 108 millions, permettait la vaccination à deux doses de l'ensemble de la population.

La décision fut : une commande de 94 millions de doses de vaccins.

- Or, la couverture du vaccin pandémique a été estimée à 11,1 %. Parmi les personnes à risque (pathologie sous-jacente), la couverture du vaccin pandémique a été de 12,2 % (IC95 % : 9,8-15,1). Nous sommes très très loin des objectifs.
- La conclusion : des dizaines de millions de doses de vaccins commandées inutilement ; il en est de même pour les médicaments et surtout pour les masques (1 milliard de masques anti-projections, 723 millions de masques de protection, 33 millions de traitements antiviraux). Cherchez l'erreur...

L'InVS conclut : l'impact de l'épidémie est resté bien en deçà des projections réalisées : mais il nous paraissait important de ne pas prendre le risque de sous-estimer les besoins en termes de prise en charge des formes graves.

Les experts ont ainsi validé pour la vaccination des scénarios maximalistes, assez peu réalistes au regard de nos couvertures vaccinales habituelles ; mais face à la menace annoncée par l'OMS, personne n'a voulu minimiser le risque. A-t-on mesuré la probabilité de pouvoir utiliser effectivement 94 millions de doses de vaccins ? Sans doute non ; mais personne ne pouvait ou voulait endosser la responsabilité d'une couverture insuffisante des besoins.

A l'incertitude sur le risque, le décideur répond par la certitude des moyens provisionnés. Il y a généralement peu de risque de contestation car les décisions par excès de commande de moyens ne pénalisent personne (hormis les finances publiques)⁹.

⁸ L'épidémie actuelle (2015) de grippe jugée importante et sévère en serait à 2 millions de cas au pic de l'épidémie ; elle devrait atteindre au total 4 millions de cas soit un taux d'attaque autour de 7 %. On voit que dans l'épidémie de H1N1 les prévisions ont été très alarmistes.

⁹ Finalement, la facture sur les vaccins sera ramenée à 48 millions d'euros au lieu des 358 millions prévus initialement !

Le décideur peut toujours ensuite se prévaloir des coûts élevés qu'auraient pu avoir une épidémie non ou mal contrôlée¹⁰.

Le décideur peut-il alors considérer que les experts majoraient les besoins ? Face aux risques pandémiques et à ses conséquences sévères possibles, ce sont les scénarios du pire qui prévalent.

1.2. LE CHIKUNGUNYA : UN RISQUE ÉMERGENT À LA RÉUNION EN MARS 2005 SANS MESURES RADICALES DE CONTRÔLE

Cette épidémie a été détectée précocement. Les premiers cas aux Comores étant signalés par l'InVS à la DGS, la probabilité d'une extension de l'épidémie à Mayotte et à la Réunion était forte du fait de la circulation importante des populations dans ces territoires. Mais quelle ampleur attendue de l'épidémie, quelles conséquences à craindre, quelles mesures à mettre en place ont été des questions aux réponses pleines d'incertitude.

L'ampleur des conséquences sanitaires mais aussi économiques et sociales de cette lourde épidémie à la Réunion, a transformé cette crise sanitaire en une crise politique, dont témoignent les nombreuses visites de ministres : Premier ministre, ministre de la santé, ministre de l'Outre-Mer entre autres ... Mais quelle décision précoce prendre en l'absence de traitement ou de vaccin pour cette arbovirose sinon lutter contre le moustique vecteur, *Aedes albopictus*.

Les épandages d'insecticides dans l'entourage des habitations par des personnels masqués et cagoulés ont créé une inquiétude supplémentaire dans la population pour les risques d'exposition aux produits phytosanitaires, en particulier pour les enfants.

Depuis, le Chikungunya s'est déplacé, en Europe (épidémie assez modeste en Italie, septembre 2007) et aux Antilles plus récemment sans que la situation ne semble comparable dans son ampleur et sa gravité à celle de la Réunionincertitude quand tu nous tiens.

1.3. LA QUESTION DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DE LA PRÉCOCITÉ DE L'ACTION

Cette alerte donnée dès mars 2014 mérite une analyse en matière de retard à la prise de décision.

Les données épidémiologiques antérieures ont fait sous-estimer la nécessité d'intervenir au plus vite pour réduire la diffusion, en Afrique de l'Ouest, de ce virus aux conséquences très graves. Les décisions d'intervention sont venues trop tard, en août 2014. Les risques d'extension, principalement en Guinée, en Sierra Leone et au Libéria n'ont pas été modélisés ou pris en compte. Le bilan arrêté fin janvier 2015 fait état de près de 15 000 cas et de près de 5 000 morts. Les difficultés sont ici d'autant plus grandes que l'épidémie survient dans des pays où les systèmes de santé sont très déstructurés, et qu'il n'y a ni médicament efficace, ni vaccin. Nous sommes là face à des choix autant politiques que sanitaires. La décision d'intervenir n'en est pas moins cruciale, l'incertitude de l'ampleur possible ne devait pas masquer la sévérité hautement certaine des cas.

Aujourd'hui, les incertitudes demeurent sur le devenir de cette épidémie. Les épidémiologistes restent extrêmement prudents sur la réalité de la situation en zone forestière, et sur les évolutions à venir. Ils préconisent le maintien d'une vigilance, une adaptation du système d'intervention, et un renforcement des recherches cliniques et thérapeutiques pour préparer les réponses de demain.

2. DÉCIDER DEVANT UN RISQUE THÉRAPEUTIQUE : LA QUESTION DU BÉNÉFICE/RISQUE

La question du risque thérapeutique est une question majeure de sécurité sanitaire.

L'utilisation de ces médicaments, leur mise sur le marché après les essais de phase 3, laissent toujours planer un risque lié à des effets, rares et tardifs, que pourraient ne pas avoir identifiés leurs essais contrôlés de phase 2 et 3, conduits sur des sujets en nombre limité, et sur des périodes de surveillance trop courtes¹¹.

¹⁰ Le coût économique des épidémies est un élément aujourd'hui mieux évalué, et pris en compte dans l'analyse de risque. Concernant le coût du SRAS par exemple, son impact sur l'économie en Asie a été estimé à plus de 60 milliards de \$; celui de l'ESB au RU à 39 milliards \$ (source : rapport sur la santé dans le monde OMS 2007 in La gestion des crises sanitaires. La documentation française Problèmes politiques et sociaux n° 971 2010).

¹¹ L'une des histoires les plus emblématiques à ce sujet est celle du Distilbène et des cancers des voies génitales induits chez les filles nées des mères traitées par le Distilbène pendant la grossesse et découverts bien des années après l'exposition.

La décision qui fut prise devant le risque non démontré de sclérose en plaques après vaccination contre l'hépatite B est démonstrative des interactions entre le sanitaire et le politique.

Les faits : une campagne massive de vaccination contre l'hépatite B orchestrée dans les années 90 ; des cas de sclérose en plaques signalés dans les suites de la vaccination ; une campagne très active des lobbies anti-vaccinaux pour que ce vaccin soit retiré et que les campagnes de vaccination soient arrêtées. Des données disponibles qui ne peuvent attester du lien entre le vaccin et les effets secondaires rapportés¹². La réalité du risque n'est pas démontrée mais la pression médiatique est extrêmement forte. Scientifiquement, aucun lien de causalité n'est démontré ; mais se pose la question de la puissance des études. Un doute est permis. La décision des pouvoirs publics sera de maintenir les recommandations de vaccination formulées par le CTV, mais d'arrêter les vaccinations en milieu scolaire telles qu'elles étaient mises en œuvre depuis quelques années. Pour la population, comme pour les professionnels, cette décision était difficile à comprendre. Le lendemain, une partie de la presse titrait : « *le vaccin était donc bien dangereux* », et la couverture vaccinale chutait à 30 %, durablement.

Dans cette décision, contestée, on voit que la question de la responsabilité des pouvoirs publics est au cœur du choix. Le ministère de la santé renvoie chacun à sa décision personnelle de se faire vacciner (et à la décision du médecin traitant), en excluant un processus collectif (vaccination en milieu scolaire) qui engage beaucoup plus sa responsabilité.

Dans ce débat, l'InVS a réalisé une étude bénéfique/risque modélisée d'une cohorte générationnelle de 800 000 enfants sur 40 ans selon l'hypothèse qu'ils sont ou non vaccinés. L'étude bénéfique/risque souligne l'immense avantage de la vaccination pour prévenir les hépatites fulminantes, les cirrhoses et les cancers du foie. Mais face à ces choix, le risque de vacciner, fut-il très faible, est immédiat, ceux liés aux hépatites paraissent lointains ; les choix des

parents (et des médecins) furent alors clairement une défiance vis-à-vis du vaccin. Il faudra l'inclusion du vaccin hépatite B dans des vaccins polyvalents pour remonter après plusieurs années, et lentement la couverture vis-à-vis de l'hépatite B¹³.

3. DÉCIDER DEVANT UN RISQUE ALIMENTAIRE : LE PRINCIPE DE PRÉCAUTION RÈGNE EN MAÎTRE

Malgré de nombreuses incertitudes scientifiques sur ce nouvel agent, l'ESB fut emblématique du rôle majeur joué par la veille sanitaire, notamment l'AFSSA à l'époque, pour le contrôle de cette filière animale et de l'importance des mesures de prévention prises pour renforcer la sécurité notamment lors de l'abattage des bêtes¹⁴. De très nombreuses questions se sont posées face à ce nouvel agent, dit non conventionnel, le prion, et son mode mal élucidé de transmission. Ces questions ont porté sur l'animal, en l'occurrence la vache, et sur l'homme, en particulier sur les risques de transmission en milieu de soins du fait des capacités de résistance de cet agent aux processus usuels d'inactivation (stérilisation des matériels). Faute de certitude sur l'inactivation des prions par la chaleur, des centaines de dispositifs médicaux, souvent coûteux (endoscopes) ont été consignés, séquestrés, quand ils avaient été utilisés chez des patients suspects pour lesquels aucune certitude qu'ils fussent atteints de la maladie de Creutzfeld-Jacob (nouveau variant) n'était apportée. Et comme aucun test simple de diagnostic n'était disponible, lever l'interdiction d'usage de ce matériel très hypothétiquement contaminé ne pouvait être décidé. Ces incertitudes, et les décisions qui en découlent, ont des conséquences économiques majeures. Ainsi, dans le domaine de l'ESB, en mars 1996, dès que l'hypothèse de la transmission alimentaire fut admise, les ventes de bœuf au marché de Rungis ont chuté de 30 à 50 % et 9 % des Français auraient totalement cessé de manger du bœuf [Peretti-Watel, 2010] !

¹² Ces données sont essentiellement trois études cas/témoins, dont une en Grande-Bretagne, qui analysent le risque relatif (en fait l'OR) d'avoir une sclérose en plaques si l'on est vacciné. Dans les trois études, l'OR est supérieur à 1 chez les vaccinés, mais l'intervalle de confiance est élevé, et comprend toujours 1.

¹³ Aujourd'hui, le même débat s'est instauré avec le Gardasil (vaccination en prévention du cancer du col).

¹⁴ « La question était toute simple : quand on trouve un cas d'ESB dans un troupeau, faut-il abattre la totalité du troupeau ? Ou peut-on n'en abattre qu'une partie » ?

4. DÉCIDER FACE À DES RISQUES DE L'ENVIRONNEMENT : SOUVENT DE FAIBLES RISQUES ET DE GRANDES INCERTITUDES

De nombreux exemples soulignent dans ce vaste domaine l'ampleur de nos ignorances et le champ illimité de nos incertitudes.

Nous ne traiterons pas cette question à la mesure de ses enjeux de santé publique qui méritent d'importants développements. Nous citerons seulement combien ces risques environnementaux sont multiples, et combien incertains : usage des téléphones portables, proximité des antennes relais, proximité des habitations avec les lignes hautes tensions, multiplicités des ondes électromagnétiques *etc.* À cette pluralité des expositions s'ajoutent les difficultés de mesure des effets imputables et celles de fixer des seuils de toxicité.

Nous citerons comme exemple de décision des plus incertaines celle prise vis-à-vis de l'École de

Vincennes et des risques de cancers chez l'enfant liés à la pollution des sols.

Les faits succinctement : une alerte déclenchée par la survenue de quelques cas de cancers chez des enfants ayant fréquenté cette école à Vincennes ; une très vaste enquête conduite par l'InVS pour mesurer l'incidence du cancer chez l'enfant en Val-de-Marne ; une surincidence significative à un cas de cancer près ; une pollution des sous-sols réelle car cette école est bâtie sur une ancienne friche Kodak ; un lien de causalité entre pollution et cancer jamais démontré ; un émoi majeur des parents refusant d'envoyer leurs enfants dans cette école.

Décision du ministre de la santé : la fermeture de l'école.

La réponse, politique, est, dans ce contexte, adaptée non pas à la réalité du risque sanitaire mais à sa perception par les parents et à l'inquiétude qu'elle génère.

IV - UNE DIMENSION NOUVELLE : L'ANTICIPATION EN MATIÈRE DE DÉCISION

L'une des leçons majeures tirées de ces crises sanitaires est la nécessité d'une préparation à l'intervention pour tout type de crise sanitaire, entendue dans le monde anglo-saxon par « *preparedness and response* » et qui constitue aujourd'hui un axe stratégique majeur des agences de veille sanitaire, pour être, au plus tôt, sur le terrain¹⁵. Lors d'une alerte, l'absence d'anticipation, ou de définition d'un plan d'action préparé, ne permet pas une intervention efficace à court terme. L'exemple de la canicule de 2003 est démonstratif sur ce point. Certes, l'alerte début août fut beaucoup trop tardive ; pour autant, une alerte précoce n'eut sans doute pas permis la mise en œuvre des actions de prévention ou d'intervention nécessaires car elles n'avaient pas été anticipées. De fait, les prévisions de Météo-France ne sont

fiables que pour les cinq à six jours à venir. Le plan canicule, élaboré à la suite de la vague de chaleur dramatique de 2003, définit les actions à mettre en œuvre face à des prévisions de températures excédant des seuils attendus dans les cinq jours. Ce plan a permis sans délai, lors de la canicule de 2006, la mise en œuvre des mesures de gestion du risque. On a pu estimer qu'elles avaient réduit de façon très importante la mortalité attendue¹⁶. La prévention de l'incertitude sur les décisions à prendre passe par la préparation à la réponse devant tout type d'alerte.

Plus généralement, la veille sanitaire a appris à structurer par anticipation la gestion des risques ; elle rattrape un réel retard autrefois accumulé par rapport à d'autres opérateurs en sécurité : sécurité industrielle ou sécurité civile par exemple.

¹⁵ En témoigne l'engagement en ce sens du CDC aux États-Unis « *CDC's goal of health protection for everyone is taking off-literally. The nation's premiere health agency has leased a plane, to be ready to respond to any health threat, anywhere, anytime* ».

¹⁶ Lors de la canicule de 2006, les épidémiologistes ont mesuré la surmortalité observée à environ 2 000 décès supplémentaires, alors que la modélisation de cette vague de chaleur laissait prévoir plus de 6 000 décès.

V - CONCLUSION

Au regard de ces analyses, on peut cerner les principaux critères qui doivent forger une décision de santé face à un risque émergent susceptible de revêtir une gravité par son ampleur et ses conséquences.

La mesure doit avoir un impact attendu. Elle doit être coût/efficace, avec un rapport « bénéfice/risque » favorable. Elle doit être faisable techniquement, acceptable socialement et comprise par les populations exposées.

Au regard de ce processus décisionnel en situation d'incertitude, quatre points méritent d'être soulignés :

1. La décision doit prendre en compte les **facteurs socio-comportementaux** des populations avec une priorité aux plus vulnérables.

La question des populations les plus exposées et les plus vulnérables doit être une réelle priorité pour les décideurs et c'est vers eux que doivent converger les mesures de protection. Dans l'incertitude de la mesure à prendre, une certitude perdue : les plus vulnérables, les plus exposés, sont souvent les moins bien informés. Le succès des stratégies de contrôle nécessite alors l'adhésion des populations exposées et l'explicitation des mesures de protection [Setbon et Raude, 2008] ;

2. Les réponses doivent être autant que possible **anticipées** : une alerte sanitaire dépourvue de programme d'actions programmées est une source majeure de retard ou de décision hâtive inappropriée ;

3. Le risque et son mode de gestion doivent être **réévalués** régulièrement.

Le principe de précaution conduit à prendre des mesures proportionnées pour prévenir un dommage grave et irréversible. Ce choix doit être régulièrement réévalué à la lumière des données nouvelles. Le principe de précaution doit s'inscrire dans une dynamique de recherche, et s'appuyer sur le rapport bénéfice/risque ;

4. L'éthique de la décision impose la **transparence** dans le respect des droits des personnes.

En définitive, la question de l'incertitude est une situation normale, banale dans le champ décisionnel en santé ; cela ne concerne d'ailleurs pas que les questions de santé. L'incertitude est omniprésente, dans les domaines techniques, économiques, sociaux et politiques... Le risque d'erreur est une donnée présente à l'esprit du décideur. Mais ce risque ne doit pas être masqué. Il doit être partagé dans le débat. Les citoyens sont à même de comprendre l'erreur, pas la dissimulation.

L'un des principes fondamentaux à respecter dans ce contexte est celui de la transparence, pour expliciter les raisons du choix opéré, que celui-ci soit compris par ceux que la menace concerne [Dab, 1997].

Ces décisions prises doivent respecter les droits d'information des personnes¹⁷. Le principe de transparence est un fondement de la démocratie sanitaire et un critère phare de la décision en santé, tout particulièrement face à l'incertitude.

¹⁷ Ces droits ont été bien définis dans le cadre de la loi du 4 mars 2002.

BIBLIOGRAPHIE

Dab W. - Crises de santé publique et santé publique en crise. *Revue française des affaires sociales*, 1997, **51**, 3-4.

Hirsch M. - Ces peurs qui nous gouvernent. Éditions Albin Michel, 2002, p. 210.

Peretti-Watel P. - ESB et vente de viande bovine en France *in* La gestion des crises sanitaires. La documentation française. Problèmes politiques et sociaux 2010, n° 971, p.16.

Setbon M., Raude J. - Sociologie comparée de l'épidémie de Chikungunya à la Réunion et à Mayotte. *InVS BEH*, 2008, **38**, 39 40.

Toma B., Dufour B. - Situations et sources d'incertitude en épidémiologie animale. *Épidémiol. et santé anim.*, 2015, **68**, 5-18.

Zylberman P. - Tempêtes microbiennes. Essai sur la politique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique. Éditions Gallimard, 2013.



Remerciements

Au Professeur Didier Houssin, ancien directeur général de la santé, pour sa relecture et ses conseils..