

# La gestion des crises sanitaires

▶ DEPUIS LE DÉBUT DES ANNÉES 1990, PLUSIEURS CRISES SANITAIRES majeures ont marqué les esprits : celle du sang contaminé et celle de la « vache folle » en sont des exemples parlants. À la différence de la peste ou encore de la grippe espagnole du début du siècle dernier, ces crises se caractérisent par la réunion de trois éléments : une origine très incertaine au début (à cette époque aucun traitement contre le sida n'était connu, et le risque encouru par la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob était inconnu), un retentissement médiatique sans précédent ensuite et une déstabilisation complète des systèmes institutionnels de gestion sanitaire enfin. À la suite de ces « affaires » – dénommées telles parce que des responsables politiques ou des autorités scientifiques et médicales ont eu, dans les deux cas, des comportements condamnables – la notion de sécurité sanitaire fait son apparition et remet par voie de conséquence les impératifs de santé publique au cœur des missions de l'État. Mais les citoyens exigent plus car, à côté d'une demande croissante de protection contre les risques sanitaires, ils attendent que les autorités en charge de ces dossiers prennent toutes leurs responsabilités et gèrent la crise.

Ce que l'histoire récente nous enseigne, le SRAS, la grippe aviaire et la grippe porcine constituant trois autres cas symptomatiques, est que tout risque sanitaire peut se transformer rapidement en une véritable crise sanitaire (I) ; doit alors s'engager un véritable mécanisme de gestion de cette crise afin de l'endiguer, de la contrôler et surtout de la résoudre (II). ◀

## I. Du risque à la crise

Nous vivons dans une société où les risques sont permanents, multiples et très divers (A) : certains d'entre eux cependant sont anxiogènes tant sur un plan individuel que collectif ; lorsqu'ils se réalisent, ils sont souvent générateurs de crise (B).

### A. La notion de risque

Il ne serait pas de bonne méthode de rechercher les voies et les moyens d'une meilleure prévention des risques industriels et technologiques en dehors d'une réflexion sur les données qui caractérisent aujourd'hui la confrontation entre la société et le risque. Notre monde est soumis à une pression due au changement qui engendre un sentiment général d'insécurité pour le présent et de perte de vision pour l'avenir. Certains parlent même de « **société du risque** ».

◀ *Au vu de l'importance et de l'intensité des risques présents, on parle souvent d'une « société du risque ».*

Cette idée se nourrit de la constatation selon laquelle, lorsque des risques anciens sont en recul, des risques nouveaux de grande ampleur surgissent et s'installent sur le devant de la scène : risques sanitaires, alimentaires, écologiques, industriels, technologiques, et même sociaux et géopolitiques. Ces

risques sont de nature et d'importance diverses (risques techniques et industriels, risques naturels, risques biologiques et sanitaires, risques sociaux et politiques...) mais se confondent dans l'esprit humain au point de provoquer des peurs et des rejets irrationnels.

*Le risque se distingue de l'incertitude ; dans certains cas, on parle même de « risque majeur ».*



Concrètement, le **risque** peut être défini comme la probabilité d'occurrence de dommages compte tenu des interactions entre facteurs d'endommagement (aléas) et facteurs de vulnérabilité (peuplement, répartition des biens...); la notion de risque recouvre à la fois le danger potentiel de catastrophe et la perception qu'en a la société, l'endommagement potentiel. On peut distinguer le risque – situation pour laquelle une liste de toutes les éventualités et de leur probabilité de réalisation peut être établie – de l'incertitude, situation pour laquelle l'une ou l'autre de ces deux conditions n'est pas vérifiée.

Depuis les années 1980, à la suite de multiples travaux sur les risques technologiques, la notion de **risque majeur** s'est imposée pour désigner des risques présentant les caractéristiques suivantes :

- importance en termes d'ampleur et de gravité plus que de fréquence (la probabilité d'occurrence est faible en général),
- invisibilité et connotation émotive forte,
- incertitude importante au niveau des conséquences avec de fortes divergences de points de vue,
- inacceptabilité par les populations, ce qui se produit en particulier lorsque ces risques résultent d'une exposition involontaire au niveau individuel et qui aurait pu être évitée,
- existence d'enjeux économiques importants,
- forte médiatisation.

Plus précisément encore, les risques sanitaires présentent **quatre caractéristiques majeures** :

- ils provoquent systématiquement des dommages, souvent irréversibles, et la plupart du temps invisibles ;
- ils génèrent des situations sociales de menace ;
- ils recèlent un effet boomerang en ce sens qu'ils touchent également ceux qui les produisent ou en profitent ; plus précisément encore, les riches et les puissants n'en sont pas préservés ;
- ils portent une forte charge « explosive » ; ainsi, il ne s'agit pas uniquement des problèmes sanitaires induits par la modernisation qui frappent la nature et l'homme, mais des effets sociaux, économiques et politiques qu'ils entraînent : effondrement des marchés, dévaluation du capital, contrôle politique des décisions d'entreprise, ouverture de nouveaux marchés, frais de mutuelle, procédures judiciaires, détérioration de l'image. Comme le dit Ulrich Beck (*La société du risque*), la société actuelle est une société du risque, c'est-à-dire une « **société de la catastrophe** ».

*Les risques sont cependant souvent mal perçus et évalués.*



Il faut toutefois constater qu'il n'y a pas de relation directe, et qu'il y a même parfois de sérieux écarts, entre la réalité des risques et la façon dont ils sont perçus. Le fait est, qu'au fil du temps, des progrès réels et substantiels ont été accomplis en matière de prévention et de maîtrise des risques. La santé des populations s'est améliorée et la durée moyenne de vie des individus

s'est accrue. Cependant, les accidents restent nombreux, des catastrophes surviennent ; c'est lorsque le risque se réalise que l'on parle alors de crise.

## B. Le phénomène de crise

Accidents, catastrophes et situations de crise sont souvent associés dans la perception qu'a le « grand public » des crises. Le mot est souvent suremployé par les médias mais sa signification est en fait précise (1). Toute crise, qu'elle soit d'origine naturelle ou pas, se déroule selon un schéma analogue (2) ; les crises sanitaires présentent cependant des particularités qui font d'elles des phénomènes très sensibles pour l'opinion publique (3).

### 1. Le concept de crise

Dans le domaine de la médecine ancienne, le terme de **crise** désignait le moment où la maladie touchait à son terme. La crise n'est donc pas un signe de maladie, mais plutôt de résistance à la maladie. Dans la tragédie grecque, la crise est le moment de vérité où le passé est révélé. Edgar Morin note qu'on en arrive aujourd'hui à des retournements complets de sens : en effet, ce qui désignait à l'origine « décision, moment décisif d'un processus incertain », en arrive à pointer son contraire : « crise signifie indécision : c'est le moment où, en même temps qu'une perturbation, surgissent les incertitudes ».

Dans le cadre de la cybernétique (théorie des systèmes), la crise s'accompagne d'une bifurcation, d'un changement radical de direction, la crise caractérisant les systèmes en mutation. Aux évolutions lentes, sur le long terme, succèdent des évolutions très brutales sur des échelles de temps très courtes.

Les sociologues montrent d'ailleurs que, à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la notion de crise a été utilisée dans des analyses ambitieuses des grandes mutations culturelles (« crise de valeurs », « crise de civilisation », « crise spirituelle ») ; de plus, elle a constitué un instrument théorique fructueux au sein des disciplines en expansion rapide (psychologie du développement, voire éthologie) au moment où les réorganisations de certaines de ses matrices (médecine, science économique) contribuaient à modifier considérablement ses acceptions. Par là même, la crise apparaît salutaire car elle conduit à éliminer les formes imparfaites de vie, d'organisation ou de structures. De « tragique », le sens du terme de crise se déplace pour devenir le vecteur de la « sécurité » : la crise comprend alors l'élaboration d'un « bilan », ce qui sous-entend un travail de gestion et de compréhension des facteurs convergents d'un système et l'analyse des modifications nécessaires à son « amélioration ».

Plus encore, pour cerner les crises et leurs manifestations, les auteurs, par une approche centrée sur les manifestations caractéristiques de la crise, ont repéré des séries de points représentatifs de ces situations. Ainsi, Weiner et Kahn dégagent **dix dimensions génériques** :

- la crise est souvent un tournant dans un processus général d'événements et d'actions ;
- la crise est une situation dans laquelle la nécessité d'agir apparaît de façon pressante ;
- la crise est une menace pour les objectifs de ceux qui sont impliqués ;

◀ *À l'origine, la crise désigne un acte de résistance.*

◀ *Peu à peu, la crise est perçue positivement par ses apports fructueux.*

◀ *La crise présente de multiples facettes.*

- la crise débouche sur des effets qui remodeleront l'univers des parties impliquées ;
- la crise est une convergence d'événements dont la combinaison produit un nouvel univers ;
- la crise est une période pendant laquelle les incertitudes sont fortes sur l'évaluation de la situation et les réponses à apporter ;
- la crise est une période ou une situation durant laquelle la maîtrise des événements et de leurs effets diminue ;
- la crise est caractérisée par un sens de l'urgence, qui produit stress et anxiété ;
- la crise est une période durant laquelle l'information disponible est particulièrement inadéquate ;
- la crise est caractérisée par un accroissement de la pression du temps, par des changements de relations entre les participants et une augmentation des tensions entre les acteurs.

## 2. Les phases de la crise

*Toute crise présente quatre phases distinctes : la phase de pré-crise, la phase aiguë, la phase chronique et la phase de résolution.*



Un repérage de nature chronologique est également important puisqu'une crise est une dynamique. L'intervention doit donc être proposée en fonction d'une lecture non statique du phénomène. Ainsi, une crise comprend quatre phases :

1. la **phase de pré-crise**, celle des signes avant-coureurs ;
2. la **phase aiguë**, celle de l'éruption, du déferlement des problèmes. La crise, c'est l'avalanche brutale d'un nombre impressionnant de problèmes ; le signe le plus fréquemment évoqué est la saturation des réseaux de communication, le blocage des standards téléphoniques, des contradictions tactiques extrêmes que l'on ne trouve guère dans les simples accidents ; la crise peut être considérée comme une situation d'urgence qui déborde les capacités de traitement habituelles) ;
3. la **phase chronique** : la période des enquêtes, du doute, de l'autoanalyse, des félicitations aussi, en cas de bonne conduite, liée à une bonne préparation. Sans plan préalable, cette phase a toute chance de durer beaucoup plus longtemps. La crise atteint ici un lieu essentiel : celui des régulations générales du système : confronté à une trop forte perturbation interne ou externe, l'organisation se découvre incapable de faire face sur la base de ses modes opératoires habituels. Paradoxes et effets pervers viennent contrecarrer les actions lancées en vue de stabiliser la situation : tout écart tend à s'aggraver au lieu de déclencher des phénomènes d'autocorrection. On recherche des hommes et des recettes miracles, on trouve des boucs émissaires. La crise devient une menace de désagrégation du système déclenchant des phénomènes amplificateurs : l'angoisse face à ces dysfonctionnements conduit à des demandes fortes de sécurisation notamment une expertise. Le fait médiatique vient exacerber toutes ces difficultés. Plus encore, les difficultés génèrent alors des blocages absolus. On assiste à une prise en masse des problèmes, les situations de contradiction se multiplient et s'exacerbent ; tout choix est porteur

*La crise naît le plus souvent d'une situation d'urgence mal gérée.*



d'échec majeur, à court ou long terme. Au cœur de l'action, rien de sûr n'est inscrit. Tous les repères tant internes qu'externes s'évanouissent ;

4. la **phase de résolution** : le concept de crise doit être approfondi. Ainsi, Lagadec, dans son ouvrage *La Gestion des crises, outils de réflexion à l'usage des décideurs*, utilise, pour caractériser la crise, les notions de **déstabilisation** et de **turbulences**. Cela indique clairement que la crise naît de la façon dont une situation d'urgence ou de risque majeur est gérée par l'autorité responsable. La crise est, en effet, un concept social. Elle ne recouvre totalement ni la situation d'urgence, ni le risque majeur. L'épidémie de sida, par exemple, remplit tous les critères d'un risque majeur mais n'avait pas provoqué, à proprement parler, de déstabilisation jusqu'aux événements relatifs aux transfusions sanguines contaminées. À l'inverse, des crises se sont produites en l'absence de tout risque sanitaire objectif, comme ce fut le cas pour l'affaire Perrier dans laquelle un dépassement négligeable de la teneur autorisée en benzène a conduit à un retrait du marché du produit. Outre l'incertitude, la multiplication du nombre d'acteurs, le débordement des dispositifs de réponse, la perte de confiance à l'égard des autorités publiques, la remise en cause des experts, le retentissement sur l'ensemble de l'organisation sociale sont les principaux facteurs de crise identifiés par les travaux de Lagadec.

### 3. Les spécificités des crises sanitaires

Les crises à forte composante sanitaire comportent des **caractéristiques spécifiques** :

- elles suscitent un émoi considérable, propice aux rumeurs, dans les populations concernées, ainsi qu'un retentissement médiatique assuré ;
- elles posent aux décideurs des difficultés considérables, liées notamment aux fortes incertitudes sur les effets et à la nécessité absolue de répondre d'urgence aux inquiétudes, les enfermant dans un dilemme permanent : courir le risque de se voir reprocher soit une sous-réaction (la négligence), soit une sur-réaction (la panique) ;
- elles portent atteinte à la crédibilité du savoir médical et à la légitimité des institutions sanitaires ;
- elles mettent en cause des valeurs comme la responsabilité individuelle et collective, les libertés démocratiques, l'importance accordée à la vie humaine. Dans des conflits, souvent intenses entre différentes valeurs ou des intérêts divergents, la santé est sacrifiée devant les contraintes économiques.

Il est clair que, dans les pays démocratiques et développés, l'équation « alerte + santé + incertitude = crise » va se vérifier plus souvent désormais. Car qu'il s'agisse d'une exposition anormale à un polluant potentiellement toxique, d'une véritable épidémie ou d'une accumulation suspecte de cas, dès que la santé est menacée, la crise peut facilement émerger. La tendance médiatique actuelle est de dénommer « crise » tout malaise, difficulté ou anomalie. Mais la crise est bien plus que cela : c'est un véritable bouleversement, une épreuve.

◀ *Les crises sanitaires se caractérisent par l'écho très important qu'elles ont dans l'opinion publique et par les répercussions nombreuses qu'elles ont tant dans le monde politique que dans le monde médical et sanitaire.*

## II. Le processus de gestion des crises sanitaires

La crise sanitaire est un processus complexe, délicat à appréhender, a priori difficile à contrôler. La gestion de telles crises passe par une gestion médiatique tout d'abord (A), par une gestion « technique » ensuite (B), et par une maîtrise globale des risques enfin (C).

### A. La gestion médiatique des crises sanitaires

Lorsque la crise est en passe de s'installer, et *a fortiori* lorsqu'elle s'est déjà développée, il est indispensable de communiquer. Si le plan de communication de crise n'est qu'une des composantes d'un plan global d'urgence, il doit cependant être établi selon une logique précise, par les plus hauts responsables habilités à prendre des décisions rapides. Une des clés de la communication de crise est le recueil d'informations valides, et ceci avant tous les autres. En fait, en cas de réalisation d'une crise, se pose le problème de l'attitude du public (1), du comportement des médias (2), et de l'information valide, fiable et crédible à diffuser afin de gérer avec efficacité le processus de la crise sanitaire (3).

#### 1. Le public face au risque

*L'évaluation du risque échappe souvent à toute rationalité.*



Alors que des risques bénins font crise, des problèmes de fond en santé publique ne suscitent pas de turbulences. Un cas isolé de méningite au sein d'une école par exemple provoque une vive réaction de l'opinion ; à l'inverse, les cas de saturnisme liés à la présence de plomb dans le réseau de distribution d'eau de certains immeubles n'ont pas suscité de crise. Les critères d'évaluation du risque par la population ne sont pas fondés sur la même rationalité que celles des autorités sanitaires basée sur la **recherche du risque zéro** et les notions de risque acceptable et de risque inacceptable définies par des seuils n'ont pas le même contenu pour tous.

Ainsi, des risques élevés sont tolérés par les individus, s'ils sont volontaires, comme le montre la consommation de tabac ou d'alcool. En revanche, une maladie dont la probabilité de contamination est faible est perçue comme un risque inacceptable si son issue quasi certaine est la mort.

Dans le cas de la vache folle, des projections épidémiologiques ont montré que deux à trois cents personnes pourraient être atteintes en France dans les dix prochaines années par la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Le consommateur ne se satisfait pas de ces chiffres : même si la probabilité de manger de la viande bovine contaminée est faible, une telle consommation laisse peu de chance d'échapper à l'issue fatale.

La lecture symbolique du problème sanitaire par l'opinion publique est un facteur subjectif de crise. En effet, la contamination d'éléments vitaux tels que l'eau, l'air, le sang ou le lait suscite un grand émoi. Le décideur public peut être confronté à une **surréaction** par rapport au risque réel parce que les

individus s'identifient aisément à une victime potentielle. De même, l'attitude de la population sera fonction de la catégorie de personnes contaminées ; ainsi, une contamination par une bactérie dans la restauration collective d'une école maternelle suscite plus d'émotion que celle qui survient dans un restaurant d'entreprise.

La crise sanitaire s'alimente de **fantasmes collectifs**. La peur du scientifique apprenti sorcier et celle de la nature qui reprendrait ses droits sont autant de mythes collectifs dont les pouvoirs publics doivent tenir compte. Un problème sanitaire mal pris en compte lors de son apparition peut entraîner des peurs chroniques qui perdurent au-delà de sa résolution technique.

Aussi, des sociologues, comme Ulrich Beck par exemple, considèrent que nous vivons dans une société de la peur ancrée dans la société du risque. Le problème de la peur réside dans sa perception, c'est un facteur émotionnel fort, transmissible de proche en proche, dont l'entretien est aisé. Combattre les risques consomme environ 20 à 30 % des ressources d'un pays comme la France.

Il n'en reste pas moins que les médias sont un miroir de notre société et notre société un miroir des médias. L'effet de résonance qui en découle produit un larsen suffisamment bruyant pour rendre inaudible toute idée contraire à la pensée commune.

## 2. Le rôle des médias dans la crise

En s'intéressant à la crise sanitaire, les médias remplissent leur rôle d'information du public et d'investigation. En jouant sur l'émotion et l'émotion qui provoque l'apparition d'un risque sanitaire, ils assurent le succès de leur diffusion.

La façon dont sont gérées les crises peut être influencée par les **médias**. Le fossé semble se creuser entre les conceptions des **experts**, qui tendent à ordonner les risques selon la probabilité et la gravité, et celles des citoyens, dont les représentations sont complexes et multiples. C'est précisément ce fossé que les médias exploitent lorsqu'ils accordent une grande place à certains risques d'ampleur limitée alors que des risques bien plus importants apparaissent sous-estimés, voire ignorés.

Aussi, la canicule de l'été 2003, qui s'est traduite par un pic de décès au début du mois d'août, a constitué un événement et ce d'autant plus qu'il fut souligné par les médias et intervenait dans une période de « creux » médiatique, pendant l'été. Un épisode climatique générant une telle crise sanitaire tombait à point pour les télévisions et la presse en ce grand creux du week-end du 15 août. Certains médias en sont venus à parler d'« épidémie » de décès, comme pour mieux inquiéter et mettre en valeur un épisode presque à hauteur du SRAS. Et dans les premiers jours, les chiffres donnés étaient bruts, pas même rapportés aux pics saisonniers habituels de l'été.

Cela est attribuable aux règles de la profession car une information est d'autant plus commodément présentée par les médias qu'elle a un **caractère événementiel** : une crise déclenchée par un fait bien identifié (des cas localisés et anormalement nombreux d'une maladie, le décès d'une victime d'une affection nouvelle...) est plus parlante qu'un ensemble diffus d'accidents. Il reste que les médias semblent bien fonctionner comme amplificateur de

◀ *La peur du scientifique constitue un fantasme collectif qui renforce la crise.*

◀ *Les médias jouent, dans la crise, un rôle souvent amplificateur.*

◀ *La recherche – ou la nécessité – du « sensationnel » explique cette attitude.*

l'écart qui sépare les représentations des experts de celles des profanes, et compliquer plutôt que de simplifier la recherche de priorités.

Les relations entre la presse et les autorités publiques sont au cœur de la gestion de crise. En créant une caisse de résonance, les médias donnent du sens à des faits qui en sont dépourvus et contraignent le décideur à subir les informations publiées et moins à gérer la crise elle-même. Les autorités publiques doivent pour cela garder la maîtrise de l'ordre du jour médiatique.

### 3. L'information des usagers en temps de crise sanitaire

*L'information  
sanitaire est princi-  
palement détenue  
par les professionnels  
de santé.*

L'information des usagers constitue aujourd'hui un élément essentiel des politiques de santé publique. Cette information est une **exigence éthique et démocratique**, mais aussi une condition d'efficacité ou d'efficience pour une stratégie d'intervention en santé publique. Cependant les informations sanitaires ont souvent été considérées comme devant faire l'objet d'une protection ou d'une confidentialité afin de ne pas inquiéter l'opinion.

Pourtant, ces vingt dernières années, plusieurs crises sanitaires ont illustré les failles de notre système de santé en particulier dans le champ de la sécurité sanitaire et ont eu des répercussions importantes dans l'opinion publique. Ainsi, l'infection à VIH, les risques liés à l'amiante, la maladie de Creutzfeldt-Jakob transmise par hormone de croissance puis par l'alimentation, les infections nosocomiales ont contribué à alerter les usagers du système de soins et les citoyens sur des risques sanitaires parfois graves. Le sida a été l'un des révélateurs majeurs de ces problèmes, érigeant l'information des citoyens et la transparence de l'expertise en conditions d'une stratégie moderne de santé publique.

L'information sanitaire est initialement détenue par des experts, des scientifiques ou des professionnels de santé. Dans le contexte de « crises sanitaires », cette information est souvent recueillie par les **agences de sécurité sanitaire** (AFSSA par exemple). La question est de savoir si le rôle de ces agences est d'informer les usagers ou d'informer les pouvoirs publics afin que les décisions en matière de sécurité sanitaire soient prises. Dans le contexte actuel de gestion de l'information, c'est habituellement l'autorité de tutelle, c'est-à-dire le ministère de la Santé, qui délivre l'information. Pour les usagers cela peut bien entendu poser des problèmes de lisibilité puisque l'information peut être présentée de telle manière qu'elle justifie la gestion de la crise sanitaire.

La qualité et l'objectivité de l'information nécessitent de dissocier évaluation de la situation de crise et gestion de la crise. Cette distinction hautement souhaitable en théorie peut demeurer difficile à mettre en œuvre. Les professionnels de santé, les médecins notamment, peuvent être les relais d'une information personnalisée auprès des usagers. Cependant, en cas de crises sanitaires, la communication entre décideurs et médecins demeure difficile en l'absence de toute modalité de transmission directe de l'information ou d'un système d'alerte spécifique à l'attention des médecins. Dans les faits, l'information passe, avant toute action, par les relais de la presse spécialisée ou grand public sans que l'on puisse prendre vraiment la mesure de la qualité de la réception des messages par les professionnels de santé.



L'information des usagers dans le contexte des crises sanitaires est non seulement un **droit des citoyens** et des populations exposées, mais également un élément indissociable des stratégies de résolution de ces crises. Cette information doit obéir à des **règles de transparence, d'indépendance et de qualité qui garantissent la crédibilité des messages**. Elle doit aussi être utilisable, c'est-à-dire s'intégrer dans un programme accessible de résolutions des crises où l'utilisateur bénéficie de toute sa place pour favoriser le bon fonctionnement du dispositif de résolution de la crise. La formation des usagers peut-être un processus continu et permanent, capable, si possible, d'anticiper les situations de crise sanitaire.

◀ *L'information, pour être crédible, doit obéir à des principes : transparence, indépendance et qualité.*

## B. La gestion « technique » des crises sanitaires

La gestion « technique » de la crise est le temps de la décision ; le problème ici est que les acteurs décisionnels sont placés dans un univers inconnu ou risqué. Les préférences d'actions ne sont pas seulement liées à la probabilité de survenue ou à la valeur objective du résultat attendu, mais aussi à la valeur subjective correspondant au concept d'utilité ; interviennent, dans le processus de décision, la perception différentielle des risques par les individus ou les groupes sociaux d'une part et les facteurs psychologiques de l'acceptabilité des risques d'autre part. De plus, ce qui caractérise la crise sanitaire est que les connaissances sur le sujet concerné sont souvent mal affirmées, disponibles trop tardivement et sujettes à controverses. Cela sape la légitimité politique de la décision qui, avant cette situation, prenait appui sur un diagnostic scientifique. Le décideur doit alors s'adapter à un monde aux règles du jeu nouvelles, et se trouve souvent face à un **dilemme temporel** : soit agir immédiatement, au risque de coûts inutiles et d'erreurs d'appréciation, soit attendre un état des connaissances plus solide, au péril de dégâts plus importants ou même irréversibles.

◀ *La gestion technique de la crise consiste à en limiter les effets dans le temps.*

Dans une telle situation, le plus urgent est de **limiter l'effet de la crise dans le temps**, la décision doit alors s'appuyer sur quelques **grands principes clés** :

- tout incident, quel qu'il soit, infime ou majeur, doit être traité avec attention : rien ne doit jamais être laissé au hasard. Une petite chose peut en cacher une plus grave ;
- le pragmatisme doit l'emporter : chaque événement doit être traité au cas par cas, de manière souple. Bien entendu, on peut avoir des procédures et des règles, mais il ne suffit pas de suivre les procédures pour bien gérer une crise ;
- la rapidité de réaction est essentielle : il ne faut jamais laisser au doute le temps de s'installer et laisser des questions sans réponse. Une situation de crise, c'est d'abord une situation d'urgence ;
- la transparence de la réaction est essentielle : elle doit être perceptible dans les actes et les comportements. La prise en défaut de transparence ruine tout travail efficace ;
- pour faire face à la crise, il faut une organisation *ad hoc* : simple, courte et qui remonte à la tête de l'entreprise ; il ne faut pas hésiter à court-circuiter les voies hiérarchiques habituelles ;

- une crise ne se gère pas à l'économie : il faut y mettre les moyens adéquats ; on ne peut pas prévoir à l'avance les efforts humains, les engagements ou les moyens financiers. « Il faut ce qu'il faut » ;
- une crise n'est jamais terminée : une crise ouvre une nouvelle page de l'histoire de l'entreprise, de la marque, de l'entrepreneur, de l'institution concernée ;
- la phase immédiate qui suit la crise est déterminante : chacun peut retourner à ses activités mais doit tirer les leçons de la crise ; en dépit des habitudes, plus rien ne doit être vraiment comme avant ;
- toute entité (entreprise, marque, entrepreneur...) qui aura affronté une crise devient plus sensible pour l'avenir à tout facteur de risque : son organisation doit en tenir compte afin d'être en veille permanente. Aucune cicatrice n'immunise contre l'avenir ; ainsi, si rien ne change, tout peut recommencer ; et c'est alors impardonnable.

*Il convient de chercher à anticiper la crise potentielle.*

Si aucune crise n'est réellement prévisible, l'**anticipation** doit devenir un objectif absolu pour les entités décisionnelles, ministère, institution spécialisée, protection civile, protection sanitaire...

## C. La maîtrise des risques

À cette fin, deux grandes orientations sont à considérer : la première consiste à développer les outils – en partie déjà existants – de la sécurité sanitaire (1), et la seconde consiste à mettre en place de nouveaux instruments de maîtrise des risques (2).

### 1. Le développement des instruments de sécurité sanitaire

*L'objectif du principe de précaution est la mise en place d'une gestion raisonnable des risques.*

Le concept de sécurité sanitaire s'est imposé comme la protection de la santé de l'homme contre les risques « iatrogènes » de la société, c'est-à-dire contre les risques induits par son fonctionnement et les systèmes de plus en plus complexes qui l'organisent.

La **notion de sécurité sanitaire** est née dans le cadre du système de santé du fait des drames qui ont marqué ce secteur. La question du risque revêt en matière de santé, une importance singulière. Certes, toutes les activités humaines comportent une part de risque que les sociétés modernes ont accrue en se complexifiant. Et la sécurité sanitaire est à l'évidence un problème majeur dans bien des domaines comme l'énergie nucléaire, l'industrie chimique ou la circulation routière. La différence tient à ce que le système de santé a pour objet de préserver ou d'améliorer l'état de santé des personnes et des populations. Dès lors, tout accident imputable à l'intervention de ce système remet en cause sa vocation même.

L'analyse du drame fait apparaître de nombreuses défaillances et fautes auxquelles la doctrine de la sécurité sanitaire tente de répondre. À la lumière de ces défaillances graves, des principes d'organisation et d'action essentiels pour garantir au mieux la sécurité sanitaire ont été progressivement dégagés, parmi lesquels le principe de précaution. Ils constituent la doctrine de la sécurité sanitaire, une méthodologie et une déontologie de l'action publique en matière de santé. La sécurité sanitaire n'est ni le résultat d'une équation,

ni l'application de recettes. Les risques sanitaires sont protéiformes, infiniment variés, en général inattendus. Les comportements face à la maladie évoluent, les virus mutent, les agents infectieux se renouvellent et se dissimulent.

Alors que la **prévention** correspond à des risques connus pouvant être plus ou moins réduits, la précaution se situe dans un domaine où l'existence et l'ampleur du risque ne sont pas établies avec certitude, mais où ses conséquences peuvent être graves et irréversibles, ce qui rend difficile, voire impossible, l'estimation des enjeux. La **précaution** s'impose donc comme attitude de prudence autorisant la prise de décision en attente d'informations supplémentaires sur la prise de risque à gérer. La montée en puissance des préoccupations liées aux risques (environnementaux, alimentaires, sanitaires) a fait émerger le principe de précaution comme nouvelle norme sociale et juridique, à l'échelle mondiale et en Europe. L'application du principe de précaution suppose des procédures d'expertise et de contre-expertise à la fois indépendantes et transparentes.

En fait, **trois conceptions différentes du principe de précaution** prévalent :

- la première, radicale, assigne à ce principe l'objectif de garantir « le risque zéro » et privilégie systématiquement, dans la représentation des dangers possibles, le « scénario du pire ». En ce sens, il revient au décideur d'apporter la preuve de l'innocuité totale de l'acte qu'il accomplit ou qu'il autorise, ce qui constitue un renversement complet de la charge de la preuve par rapport à la situation antérieure qui se présente comme imposant, en toute hypothèse, à la victime la preuve du dommage et de son imputabilité à l'activité critiquée ;
- la seconde, plus souple, soutient l'idée que le principe de précaution ne s'applique qu'en présence d'un risque qui soit à la fois très probable et de nature à provoquer des dommages graves et irréversibles. Par là même, ce principe n'entraîne pas un renversement de la charge de la preuve, et exige une prise en compte systématique des coûts économiques qui doivent toujours être mis en balance avec l'avantage escompté des mesures de précaution, celles-ci n'étant mises en œuvre que si elles apparaissent nettement moins onéreuses que ne le serait la réalisation du risque ;
- la troisième, plus répandue, subordonne la mise en œuvre du principe de précaution à l'énoncé d'une hypothèse de risque scientifiquement crédible, qui soit admise comme plausible par une partie significative de la communauté scientifique au moment où la décision est prise. Elle conduit à laisser au juge la possibilité de répartir la charge de la preuve en fonction de la vraisemblance et des moyens dont chacune des parties dispose pour apporter cette preuve. Elle privilégie en principe les mesures positives, notamment les recherches qui permettent une évaluation de plus en plus précise du risque, mais elle n'exclut pas le moratoire lorsque celui-ci s'avère nécessaire pour éviter des conséquences graves ou irréversibles.

Pour ne pas céder à l'urgence et à l'improvisation, les pouvoirs publics ont mis en place des institutions de sécurité sanitaire, et ont développé des **procédures d'évaluation, de contrôle et d'intervention** prédéfinis ; parmi ces institutions, on peut citer :

◀ *Le contenu du principe de précaution est cependant affecté d'une particulière imprécision qui tient à la variété des conceptions qui en ont été présentées.*

*L'État apparaît naturellement comme le garant de la sécurité sanitaire. La protection de la santé, et donc le principe de la sécurité sanitaire, ont été reconnus comme une compétence régalienne ayant, en France, valeur constitutionnelle. Surtout, dans un domaine où intervient une multitude d'acteurs aux logiques différentes, seul l'État est à même de coordonner les actions, en prenant part directement au système de santé ou en établissant les règles d'une concurrence organisée.*

– le **ministère de la Santé** : pivot du système, il est chargé de concevoir et de mettre en œuvre des politiques de protection de la santé, et donc de sécurité sanitaire ;

– les **autres ministères** : d'autres ministères contribuent à la gestion du risque sanitaire : le ministère de l'Agriculture intervient principalement au travers de ses fonctions d'autorisation et de contrôle des produits vétérinaires et de contrôle sanitaire des produits d'origine animale exercées par la Direction générale de l'alimentation. La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes du ministère de l'Économie et des Finances a, pour sa part, la responsabilité de la qualité de la conformité des produits distribués sur le marché. De même, le ministère de l'Environnement concourt à la gestion du risque environnemental : la Direction de la prévention des pollutions et des risques est chargée de l'environnement industriel, des déchets et de la réglementation, pollutions et risques qui peuvent entraîner des crises sanitaires importantes ;

– les **services déconcentrés** du ministère de la Santé et les collectivités locales : ainsi, historiquement, la commune a été, avec l'État, la première institution chargée de missions de santé publique. Les lois de décentralisation ont confirmé les compétences communes en matière de protection de l'hygiène et de la santé, d'eau potable et d'hygiène de l'habitat. Le département garde des compétences en matière de sécurité sanitaire : politiques publiques relatives aux vaccinations, lutte contre certaines affections ou fléaux sociaux (tuberculose, maladies vénériennes, dépistage du cancer), protection maternelle et infantile ;

– les **agences sanitaires** : les crises du début des années 1990 ont poussé la France à s'engager dans un processus de réformes. Celles-ci visent à donner à l'État les moyens d'intervenir efficacement pour mieux prendre en compte la nouvelle donne sanitaire. Les premières agences françaises, dans le domaine de la santé, datent de 1988 (Agence nationale de recherche sur le sida, Agence française de lutte contre le sida) et 1989 (ANDEM, Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale).

La sécurité sanitaire est devenue, au fil des ans, une des préoccupations majeures des pouvoirs publics. L'extrême sensibilité de l'opinion à ces questions, les crises sanitaires récentes (canicule, légionellose, SRAS, rage, grippe aviaire...) et certains scandales ont contribué à en faire l'une des données essentielles de la politique de santé. Les pouvoirs publics se sont dotés de grandes agences de plus en plus importantes chargées de garantir sur des bases scientifiques, la sécurité sanitaire des produits de santé, des aliments et de l'environnement. La politique de veille et de sécurité sanitaire s'appuie aujourd'hui sur l'action de quatre agences nationales :

– l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) : il s'agit d'un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Créée en juillet 1998, elle a repris, en les élargissant, les missions de l'ancienne Agence du médicament. Comme elle le définit elle-même, l'Agence exerce quatre métiers : l'évaluation scientifique et économique, le contrôle en laboratoire et le contrôle de la publicité, l'inspection de sites, l'information des professionnels de

santé et du public. L'AFSSAPS est chargée de garantir l'efficacité, la qualité et le bon usage de tous les produits destinés à la santé de l'homme, c'est-à-dire les médicaments, les matières premières à usage pharmaceutique, les dispositifs médicaux et les dispositifs de diagnostic *in vitro*, les produits biologiques et issus des biotechnologies (produits sanguins labiles, organes, tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale, produits de thérapies génique et cellulaire, produits thérapeutiques annexes) et les produits cosmétiques. Par l'étendue de ses missions et de ses prérogatives, l'AFSSAPS s'est imposée comme un acteur essentiel du système de santé ;

– l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) : créée en 1998, cette agence est un établissement public placé sous la tutelle conjointe des ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Consommation ; elle s'est vue confier trois missions essentielles. La première de ses missions est une mission d'évaluation. Elle recouvre un champ très large, puisque l'Agence doit évaluer les risques sanitaires et nutritionnels sur l'ensemble de la chaîne alimentaire, depuis les matières premières jusqu'à la distribution finale des aliments, qu'ils soient destinés à l'homme ou à l'animal. Elle évalue aussi bien les aliments d'origine végétale ou animale que les eaux d'alimentation, les produits phytosanitaires, les médicaments vétérinaires, les aliments médicamenteux, les produits antiparasitaires à usage agricole, les fertilisants, etc. Sa deuxième mission, qui est « de recherche et d'appui scientifique » concourt à l'élaboration de la réglementation sanitaire, notamment dans le domaine de la santé animale. Ces deux premières missions sont essentiellement des missions consistant à formuler des avis et des recommandations destinés à éclairer les choix et les décisions des pouvoirs publics. En revanche, pour l'exercice de sa troisième mission – qui concerne les autorisations de mise sur le marché des médicaments vétérinaires –, l'AFSSA dispose de pouvoirs propres, puisque c'est elle qui octroie, suspend ou retire ces autorisations de mise sur le marché. Dans ce domaine, son rôle est donc comparable à celui joué par l'AFSSAPS pour les médicaments à usage humain ;

– l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) : cette agence est la dernière-née des trois grandes agences sanitaires françaises ; créée en 2001, c'est une structure plus légère que l'AFSSAPS et l'AFSSA. Elle peut recourir aux services de nombreuses institutions publiques. Placé sous la tutelle conjointe du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, du ministère de l'Écologie, du ministère des Finances et de celui de l'Industrie, cet établissement public administratif a pour mission principale de recueillir l'information sur les dangers et les risques liés à la qualité des milieux de vie, afin que le gouvernement puisse maîtriser ces risques ;

– l'Institut de veille sanitaire (InVS) : bien qu'il ne soit pas une agence de sécurité sanitaire à proprement parler, l'InVS est une sorte de tour de contrôle qui a pour mission de surveiller la sécurité sanitaire de la population. Les missions de cet établissement public créé en 1998 ont été étendues, modernisées et précisées par la loi de santé publique de 2004, où le législateur a voulu retenir toutes les leçons de la catastrophe sanitaire liée à la canicule de l'été 2003. l'InVS est chargé de la surveillance et de l'observation permanentes de l'état de santé de la population. À ce titre, il participe au traitement des données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques,

en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés faisant partie d'un réseau nationale de santé publique.

En dépit des nombreuses réformes du système de gestion des crises sanitaires, celui-ci reste perfectible ; c'est pourquoi les pouvoirs publics cherchent à se doter d'outils plus novateurs, et peut-être plus efficaces de maîtrise des risques sanitaires.

## 2. La mise en place de nouveaux instruments de maîtrise des risques

Face à des risques sanitaires nouveaux, importants et potentiellement porteurs de crises profondes, les pouvoirs publics, ainsi que les autres instances décisionnelles, cherchent à développer des conceptions différentes et novatrices de la maîtrise des risques. Plusieurs orientations font ainsi l'objet d'une attention soutenue, voire d'une priorité marquée :

*Il faut approfondir et élargir des approches nouvelles de prévention et de gestion des risques.* ►

– **approfondir et élargir les approches nouvelles de prévention et de gestion des risques** : il convient pour cela de :

- placer l'intervention humaine au centre de la démarche de sécurité : les analyses scientifiques appuyées sur le retour d'expérience ont démontré que s'ingénier à établir une situation « parfaite » pouvait conduire à une quiétude démobilisatrice, dangereuse ; l'action de sécurité consiste alors pour l'essentiel à agir sur des causes connues, mais d'autres sources isolées de risques et d'autres combinaisons de défaillances non imaginées peuvent surgir ;

- généraliser les approches globales : il ne s'agit pas de renoncer aux approches sectorielles mais de les intégrer dans des approches globales à la fois techniques et organisationnelles, certes adaptées aux conditions particulières des différents secteurs d'activité, mais fondées sur des concepts communs, sur des méthodes communes d'évaluation et de gestion des risques que l'analyse scientifique a fait apparaître. C'est dans ce cadre que, pour la première fois dans un texte législatif, la directive européenne Seveso II, adoptée en 1996, prévoit la mise en place dans les entreprises classées Seveso, de systèmes de gestion de la sécurité. Elle a fait l'objet de transpositions en droit français en 1999 et 2000 mais n'a pas encore trouvé son application totale ;

- favoriser les approches pluridisciplinaires : ainsi, il peut être utile, dans le cas de crises sanitaires, de capitaliser l'expérience acquise dans le domaine des risques industriels ou des risques naturels par exemple ;

- savoir évaluer les risques ;

- développer les systèmes de veille et de contrôle de la prévention des risques ;

- bénéficier du retour d'expérience.

– **construire un système complexe et cohérent d'organisation globale de la sécurité mettant en jeu et en relation tous les acteurs** : il convient, à ce titre, de développer des rapports nouveaux et étroits entre tous les acteurs de la sécurité ; pour cela, des pratiques nouvelles doivent être promues telles que :

- la transparence de l'information ;

- l'amélioration de la qualité de l'information ;

- le développement de la formation ;

- la responsabilisation de tous les acteurs du processus sanitaire.

– **améliorer les méthodes et les moyens de la gestion de crise** : la prévention ne peut garantir une sécurité absolue ; il est donc indispensable de se préparer à la survenance de crises découlant d'accidents plus ou moins graves. Par ses modalités et ses exigences, cette préparation peut elle-même constituer un facteur de prévention. On peut ainsi :

- procéder à la réévaluation des risques à intervalles réguliers et suffisamment rapprochés ;
- maintenir la permanence de la vigilance.

– **développer un système d'assurance incitant à la prévention** : toutes les catastrophes récentes le montrent clairement, les mécanismes classiques d'assurance de responsabilité civile ne sont pas adaptés aux conditions résultant d'un événement provoquant des dommages humains et matériels d'une certaine ampleur. La succession des expertises et la pression des négociations sont mal vécues par des victimes déjà handicapées ou simplement traumatisées, qui ressentent cela comme une culpabilisation venant s'ajouter à leurs souffrances. Il convient alors que soit posé le principe d'une indemnisation complète et rapide des dommages subis. Plus encore, il est important de garantir le principe selon lequel la responsabilité des dommages de la catastrophe incombe à la personne ou à l'organisme qui en est à l'origine ; cela suppose que ce responsable dispose d'assurances suffisantes couvrant la totalité des dommages potentiels au tiers.

C'est au prix de telles transformations dans le processus classique de maîtrise des risques que les crises sanitaires apparaîtront plus « contrôlées ».

◀ *Une amélioration des méthodes et des moyens de gestion des crises est indispensable.*

◀ *Il est désormais essentiel de développer un système d'assurance incitant à la prévention.*

Le public ne tolérera pas longtemps de lourdes incapacités en cas de crise de santé publique grave, comme l'a démontré le douloureux épisode de la canicule de l'été 2003 ; le discours de la force majeure, de la fatalité n'est plus de mise. Au contraire, la capacité à conduire les crises peut-être un levier précieux, mais, en matière de gestion de crise, la professionnalisation est impérative. Et, face à l'émergence de risques d'ampleurs et de natures nouvelles – le cas de la grippe porcine pouvant être considéré comme tel –, il apparaît nécessaire de construire de véritables dispositifs de gouvernance, impliquant une définition précise de la place et du rôle de la science dans les sociétés contemporaines.

# A N N E X E S

## **Les cinq caractéristiques des crises sanitaires**

### **L'unité des crises sanitaires**

Toxico-infections alimentaires collectives, nuages toxiques, pollutions de l'eau, rejets toxiques, épidémies... : chaque crise sanitaire est spécifique.

Mais la gestion des crises sanitaires obéit à des règles communes. Elle nécessite des outils à élaborer par les autorités locales : guide du comportement, fiches réflexes, mémento de traitement de la crise, apprentissage collectif...

### **La responsabilité des autorités publiques**

Défaut de contrôle sanitaire, défaillance technologique, détournement des règles, succession d'événements, faiblesse de la veille, comportements à risques... chaque crise sanitaire a ses causes particulières. Mais, dans tous les cas, c'est la responsabilité des représentants de l'État qui est mise en cause. Leur comportement doit donc être irréprochable.

### **La complexité**

Maladies nouvelles, traçabilité, circuits de distribution, enchevêtrement des intérêts et des enjeux, technicité de l'expertise... les crises sanitaires naissent de phénomènes parfois difficiles à appréhender, à identifier, à maîtriser.

Dans tous les cas, la gestion de la crise exige une capacité d'organiser, de rassembler les efforts, d'entraîner et de maîtriser les intérêts privés, de percevoir l'action prioritaire et de donner une place essentielle à la communication.

### **L'intégration**

Pollution de l'environnement, catastrophe naturelle, production alimentaire, processus industriel, grand rassemblement, rumeur... la crise sanitaire est rarement un fait isolé.

La crise sanitaire est intégrée à d'autres événements, d'autres risques. Elle peut en être la conséquence, elle peut en être la cause.

### **La multiplicité des critères d'analyse des risques**

L'ampleur de la crise sanitaire n'est pas proportionnelle au nombre des victimes réelles ou supposées. Elle ne répond pas nécessairement à la gravité de la menace.

Elle ne se résout pas dans le déploiement de moyens conséquents, mais peut se nourrir de leur faiblesse ou de leur inadéquation.

Elle s'alimente de la dramatisation médiatique et du silence des autorités publiques.



## REPÈRES CHRONOLOGIQUES

**1986** Premier cas de « vache folle » en Grande-Bretagne.

**avril 1996** Mise en place d'une norme européenne quant à l'utilisation des farines animales.

**1<sup>er</sup> juillet 1998** Adoption de la loi « relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme ».

**juin 1999** Crise du poulet belge à la dioxine.

**juin-juillet 1999** Problème sanitaire avec les produits de l'entreprise Coca-Cola en Europe occidentale.

**2004** Crise de la grippe aviaire dans le monde.

**2009** Début de la crise de la grippe porcine dans le monde.

**2010** Mise en place des agences régionales de santé dont une fonction est d'améliorer la veille sanitaire.

## Questions de concours

- Risques et angoisses alimentaires dans l'histoire.
- L'information sur la santé est-elle plutôt rassurante ou source d'anxiété ?
- La désinformation dans le domaine sanitaire.

- Peut-on espérer un risque nul en matière sanitaire ?
- Comment gérer une crise sanitaire ?
- Nouveaux comportements, nouveaux risques ?
- La communication en temps de crise.
- Vit-on dans une « société du risque » ?

## GLOSSAIRE

**Crise** – Une crise est une situation qui menace les buts essentiels des unités de prise de décision, réduit le laps de temps disponible pour la prise de décision, et dont l'occurrence surprend les responsables.

**Principe de précaution** – Règle appliquée depuis la fin des années 1980 à certaines situations caractérisées à la fois par de fortes incertitudes scientifiques et des dommages éventuellement irréversibles. Ce principe conduit à mettre en place une gestion raisonnable des risques.

**Risque** – Éventualité d'une perte ou d'un dommage.

**Risque sanitaire** – Probabilité que survienne un événement nuisible à la santé d'un individu ou d'un groupe de population.

**Sécurité alimentaire** – Sécurité sanitaire des produits destinés à l'alimentation humaine.

**Sécurité sanitaire** – Dispositif de contrôle des risques qui peuvent altérer l'état de santé, individuel ou collectif.

**Traçabilité** – Processus qui permet de suivre le cheminement d'un produit depuis son origine jusqu'à sa consommation ou sa destruction.

**Veille sanitaire** – Dispositif destiné à rassembler toutes les informations pertinentes émanant d'organismes publics et privés de manière à observer, contrôler l'état de santé de la population et alerter les autorités compétentes en cas de risque pour la santé publique.