

Colloque Santé – Biodiversité

Notre santé dépend-elle de la biodiversité ?

Colloque national de rencontre et mobilisation : VetAgro Sup – Marcy L'Étoile / 27 - 28 octobre 2014

Atelier 5 : Gestion sanitaire ou crises sanitaires ?

Intervention du docteur Luc Périno / Titre : Crises sanitaires et principes de réalité

Une crise sanitaire est une crise politico-sociale qui apparaît lors de la découverte et de la communication d'erreurs ou de négligences dans une gestion sanitaire passée. L'opinion générale estime que la morbidité et la mortalité qui en résultent auraient pu être évitées ou amoindries.

La bonne gestion sanitaire consiste à évaluer à la fois, les risques futurs d'après les données actuelles des sciences biomédicales, et les crises futures en y ajoutant les données des sciences sociales. La gestion des crises diffère totalement de celle des risques sanitaires. La première est d'ordre politique et juridique afin d'établir les responsabilités et d'évaluer les dommages et les réparations. La seconde est d'ordre *a priori* exclusivement sanitaire, mais la politique y joue un rôle important. En matière de gestion des risques sanitaires, la démagogie, l'électoratisme et la précaution politique sont des moteurs aussi importants que les préoccupations d'ordre strictement sanitaire.

Un premier principe de réalité est d'admettre que la gestion des risques n'empêchera pas la survenue de crises. Il s'agit d'un processus auto-inflationniste, car les niveaux d'évaluation des risques et de la morbidité baissent proportionnellement à l'élévation du niveau sanitaire. Paradoxe de l'omniprésence de la maladie dans une population saine !

Une seconde réalité est le biais permanent d'évaluation des faits. L'opinion n'estime ni ne juge presque jamais la sur-précaution, le sur-dépistage, le surdiagnostic et le sur-traitement, mais elle juge sévèrement la sous-précaution, le sous-dépistage, le sous-diagnostic et le sous-traitement. Les exceptions à cette règle sont rarissimes, l'exemple le plus célèbre est celui du H1N1 où la sur-précaution a été jugée comme une crise sanitaire, ce qu'elle n'était pas. Il s'agissait d'une crise socio-politique due en partie à une mauvaise évaluation du risque, mais essentiellement à un climat de défiance issu des diverses affaires récentes de conflits d'intérêts dans le monde de la santé.

L'histoire nous apprend que les crises sanitaires apparaissent avec un délai plus ou moins long après la découverte des premiers éléments de la crise à venir. Ce délai est clairement corrélé à trois facteurs. Il est d'autant plus court que la létalité est forte, mais il n'est pas corrélé la mortalité (deux termes très différents en épidémiologie). Il est d'autant plus court que la visibilité médiatique est importante. Il est d'autant plus long que les intérêts marchands et la pression des lobbys sont plus forts. Quelques exemples confirment cette réalité : antibiorésistance : 40 ans, amiante : 30 ans, tabagisme passif : 30 ans, Médiator : 20 ans, sang contaminé : 2 ans, canicule : 2 semaines.

Un autre principe de réalité consiste à admettre que le ressenti de la population n'a strictement aucun rapport avec la morbimortalité réelle. Une nuisance subie (bisphénol A,

pollution atmosphérique, nucléaire) est jugée toujours beaucoup plus sévèrement qu'une nuisance choisie (tabac, sucre, sel). Un risque industriel est toujours surestimé et plus sévèrement jugé qu'un risque routier ou domestique (la mortalité par accidents domestiques dépasse la mortalité routière et bien plus largement la mortalité industrielle). La nocivité d'un médicament est jugée plus sévèrement que celle d'un aliment (oubli rapide des intoxications alimentaires). Les antibiotiques font exception à cette règle, leur nocivité dans l'antibiorésistance, dans l'obésité et les maladies auto-immunes reste largement sous-estimée.

La victimisation diminue étrangement avec l'âge des victimes, les personnes âgées (canicule) sont des victimes plus médiatiques que les adultes (amiante) qui le sont à leur tour plus que les enfants (distillène, obésité) et plus que les nourrissons (allaitement artificiel, tabagisme de grossesse, épidémies de crèche). Cette réalité doit malheureusement être mise en parallèle avec l'électoratisme. Ainsi qu'avec une grande méconnaissance des causes de morbidité prénatale et périnatale.

Le risque infectieux est toujours surévalué par rapport à tous les autres. La gestion des risques infectieux est un domaine très particulier de la gestion sanitaire. La raison y fait défaut pour des raisons émotionnelles. C'est également le seul domaine où toute prévision est absolument impossible puisqu'aucune mutation de pathogène ne peut être prévue par les données actuelles de la science. Le principe de réalité consisterait à oser dire que le risque infectieux est le seul où aucune garantie ne peut être apportée à la population, quel que soit le niveau de vigilance et de précaution des autorités.

Il ne faut pas négliger le bénéfice indirect de certaines crises sanitaires qui peuvent donner l'occasion de réformer certaines administrations archaïques ou de mieux lutter contre la corruption. Les crises ont aussi permis de revaloriser l'épidémiologie, de faire un peu plus de place aux expertises non officielles et de faire progresser les sciences humaines et sociales.

Nous souhaitons terminer sur un étrange paradoxe bien réel également. L'information du public sur les risques et dangers de certaines pratiques est souhaitable, mais elle peut être l'amorce de crises sanitaires à venir. Quelques exemples illustrent bien cette ambivalence de l'information sanitaire. Tous les travaux sur le travail nocturne confirment son impact très négatif sur la santé. Est-ce réellement une fiction que d'imaginer que dans dix, vingt ou trente ans, il faudra dédommager les travailleurs nocturnes victimes de pathologies qui viendront s'ajouter au CIM, et jugées comme graves et indemnifiables ? Nous pouvons imaginer aussi que des enfants obèses trouveront des avocats pour attaquer leurs parents (souvenons-nous de l'arrêt Perruche) ou les fabricants de lait pour bébés. Des parents, ignorant que les enfants allaités artificiellement ont plus de risques infectieux, pourront se retourner contre les crèches qui ont reçu leurs enfants ou contre les pédiatres qui ne les ont pas assez avertis. Les hôpitaux seront certainement bientôt poursuivis pour les maladies nosocomiales. Enfin, des mères pourront porter plainte pour césariennes, épisiotomie ou déclenchement abusifs lorsque toutes les affres de ces pratiques seront révélées par une épidémiologie de plus en plus précise. Dans tous ces cas, le nombre des victimes dépassera largement celui de toutes les crises sanitaires modernes.

Les progrès de l'information et de la santé sont certainement les principaux facteurs de crises sanitaires à venir.