

**CONFERENCE DU PROFESSEUR LUCIEN ABENHAIM,
 PROFESSEUR D' EPIDEMIOLOGIE,
 ANCIEN DIRECTEUR GENERAL DE LA SANTE
 Faculté de Médecine de Toulouse
 4 FEVRIER 2004**

“ LES RISQUES ET LES NOUVEAUX ENJEUX DE LA SANTE PUBLIQUE ”

A – EPIDEMIE D'ALERTE

Personne ne peut contester que depuis quelques années nous vivons dans ce qu'on peut appeler une “ épidémie d'alertes ”.

Des exemples pour 2003 :

- des alertes infectieuses: Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), légionellose, grippe aviaire ;
- des alertes chimiques : naufrage du “ Prestige ”, dioxine (Gilly sur Isère) ;
- des alertes médicamenteuses: Traitement Hormonal de Substitution (THS) ;
- des alertes climatiques : canicule ;
- des alertes technologiques : antennes-relais, manipulations génétiques (OGM).

Chaque matin, le Directeur Général de la Santé trouve sur son bureau dix à douze dossiers à étudier concernant ces types de risques, qu'il faut tout de suite analyser et traiter. S'agit-il de véritables alertes ou de fausses alertes ? Y aurait-il une sorte de “ paranoïa ” dans la population au sujet de ces risques ? Ou les risques sont-ils avérés ? avec de véritables problèmes de Santé Publique ? Que peut-on faire, alors qu'une bonne partie de ces alertes reflète des situations nouvelles ?

Il faut d'abord analyser le contexte, rechercher les causes :

- d'une part, ces alertes sont des effets secondaires de plusieurs phénomènes : échanges internationaux, diffusion rapide des nouvelles technologies et production de masse.
- d'autre part, il traduit une vulnérabilité accrue de nos populations.

1. LES EFFETS SECONDAIRES

1.1. ECHANGES INTERNATIONAUX :

La multiplication des voyages aériens et leur densité permet la diffusion extrêmement rapide des maladies infectieuses. Dans le cas du SRAS par exemple, le premier cas survenu hors de Chine, à Hong-Kong, au neuvième étage d'un hôtel, a contaminé d'abord treize clients logés au même étage. Parmi eux des touristes et des hommes d'affaires originaires de Singapour, du Canada, du Viet-Nam, qui, de retour chez eux, ont contaminé leur entourage, soit quelques dizaines de personnes. A partir de là, et très rapidement, 1.500 autres cas seront recensés dans dix pays différents, tous en relation avec le premier cas de Hong-Kong.

1.2. DIFFUSION RAPIDE DES NOUVELLES TECHNOLOGIES :

L'exemple type est la légionellose, dont l'apparition est liée à la climatisation. Les premiers cas connus sont apparus en 1976 parmi un groupe d'anciens combattants qui avaient séjourné pour un congrès dans le même hôtel de Philadelphie : 182 cas dont 29 mortels.

L'enquête montrera que c'est le système de climatisation de l'hôtel qui a diffusé la " legionella ", bactérie jusqu'alors inconnue. Actuellement, la maladie s'est répandue, et la contamination provient souvent des tours aéro-réfrigérantes des systèmes de climatisation collectifs.

1.3. PRODUCTION MASSIVE DE BIENS DE CONSOMMATION :

L'exemple type est la maladie de la vache folle. Le système d'élevage et d'alimentation des bovins par des farines animales produites industriellement à grande échelle est responsable de l'apparition et de la diffusion de la maladie qui est transmissible à l'homme. Les produits concernés par les sous-produits de l'utilisation des carcasses bovines n'étaient pas seulement la viande, mais aussi les cosmétiques, certains médicaments, des pâtisseries, biscuits, charcuteries, laitages, confiseries, conserves, etc...

Les épidémies de listériose sont aussi des effets secondaires de la production de masse. Elle est liée au mode industriel de production et de distribution de l'alimentation : un produit contaminé peut être diffusé le même jour à des milliers de personnes.

Dans tous ces cas, il faut déterminer à partir de quand on considère qu'il y a un risque suffisamment important pour nécessiter une intervention. Aujourd'hui, le critère qui semble avoir remplacé tous les autres en Santé Publique, c'est *l'exposition* : à partir du moment où on est exposé à un facteur de risque quel qu'il soit, on commence à penser qu'il peut y avoir des effets secondaires.

Une autre cause de l'apparition de risques nouveaux est la vulnérabilité accrue de certaines populations.

2. VULNERABILITE DES POPULATIONS

Une catégorie de la population en particulier est apparue bien plus vulnérable que les autres, ce sont les personnes âgées. Cela a été mis en relief avec acuité lors de la canicule de l'été dernier. Il existe deux raisons à cette majoration de la vulnérabilité :

- augmentation de l'espérance de vie : augmente régulièrement de deux à trois mois par an depuis vingt ans. Il y a donc de plus en plus de personnes fragiles dans notre population : on compte en France quatre millions de personnes de plus de 75 ans. Il suffit qu'une pour mille de ces personnes soit victime d'une même maladie pour que on se trouve en situation épidémique. Ce risque relativement faible au plan individuel est un risque populationnel très fort.
- Augmentation des facteurs de risque. Une autre catégorie de personnes vulnérables sont les immuno-déprimés ou les malades, parmi lesquels les malades du SIDA, et aussi les cardiaques, insuffisants respiratoires, diabétiques, cancéreux, Alzheimer, etc... Ceux-ci se comptent par millions dans notre pays. Ces déficiences se cumulent souvent avec l'âge.

Dans ces populations, un risque individuel devient un risque populationnel très fort (avec des conséquences majeures).

B - RISQUE = INCERTITUDE

Parmi les épidémies d'alertes dont nous avons parlé, il est des situations qui correspondent à des dangers certains (situations dans lesquelles on peut identifier les facteurs de risque) et

d'autres qui correspondent à des dangers incertains, voire même très incertains, mais qui sont quand même considérés par les gens comme des menaces à prendre en compte.

Parmi les dangers certains on peut citer : le SRAS, la légionellose, la grippe aviaire, le THS, la canicule, la dioxine à haute dose (expositions professionnelles passées). Parmi les dangers incertains : le pétrole du "Prestige", la dioxine à basses doses (alimentation, incinérateurs), les antennes-relais, les OGM.

Même les dangers certains comptent une part d'incertitude, du fait de développements imprévisibles : maladie de la vache folle, méningite, listériose, pesticides, légionellose et la canicule comme on l'a vu récemment.. Bien entendu, pour les dangers incertains (dioxine à basse dose, "Erika", mais aussi la céxivastatine, le téléphone portable, le vaccin de l'hépatite B, les OGM), c'est encore plus imprévisible.

L'incertitude joue un rôle considérable. En ce qui concerne la canicule, on voit sur la courbe des décès du 3 au 21 Août 2003, une corrélation remarquable avec la courbe des températures nocturnes. Mais la difficulté est de prévoir quand la température va provoquer l'épidémie. Dans cette situation inédite de canicule, on a eu des décès pour des températures inférieures de 4 à 5 degrés au seuil de danger défini par les Américains. Les températures nocturnes se sont élevées comme jamais auparavant à Paris et même en France. La difficulté c'est de dire quand cette température qui monte va provoquer une situation épidémique et non plus endémique. Ce phénomène nous a surpris.

Deux vagues de chaleur se sont succédées. Dès la première, on voit apparaître les décès avec douze à vingt-quatre heures de décalage, puis la température baisse, les décès stagnent. Mais, le 11 août, arrive la deuxième vague au cours de laquelle pendant deux jours la température dépasse vingt-cinq degrés la nuit et trente-neuf le jour. Il y a près de mille morts le seul 12 août, puis la température baisse et le nombre de décès aussi.

NOUVEAU PARADIGME

Autrefois, on ne tenait compte seulement :

- des effets observables
- des problèmes importants
- des facteurs de risque établis

Aujourd'hui, on doit prendre en compte :

- les effets inobservables
- les problèmes peu importants (ou pas du tout)
- les facteurs de risque non établis

Les critères :

- exposition.
- et incertitude,

prennent également le dessus, conduisant finalement à une " alerte permanente ". Le champ de la Santé Publique a changé radicalement. Ceci pose le problème de l'incertitude : on aurait forcément une alerte permanente si on la déclençait au moindre soupçon.

Nous voyons ici sur ce tableau le nombre d'interventions en urgence dans le département de Seine-Saint-Denis, département très touché par la canicule, sur une période de un an et demi environ. Le SAMU y a effectué environ 500 interventions entre le 9 et le 11 août 2003, contre un peu plus de 300 les années précédentes à la même période : il y a donc bien un accroissement d'activité correspondant à la canicule et l'alerte semble alors évidente. Mais on note qu'à trois

reprises déjà en juin et juillet le nombre d'interventions a été du même ordre (entre 500 et 550 le 8 juin, le 22 juin, et le 13 juillet). Si l'alerte avait été lancée à chacun de ces pics, celle du mois d'août n'aurait peut-être été prise en compte. Si je vous présente maintenant le nombre d'interventions sur quatre ans, on voit que le niveau moyen d'activité du SAMU 93 en 2003 a été plus élevé que les années précédentes. Autrement dit, se baser uniquement sur ce chiffre aurait mené à une alerte permanente.

Si l'on accorde un plan d'urgence chaque fois qu'il y a une augmentation du nombre d'interventions, on va passer à côté de la véritable situation, et à un moment donné on aura tort 99 fois sur 100. Et cette situation-là pose des problèmes de gestion considérables.

Mais, alors que nous vivons dans un univers qui est d'abord celui de la santé publique classique, avec l'Hygiène, puis celui de la Santé Publique moderne, avec la Prévention (basée sur des données dures), actuellement, la Sécurité Sanitaire a pris le pas avec la notion de risque. Et le risque est devenu le principal sujet de préoccupation des responsables de Santé Publique, surtout depuis l'affaire du sang contaminé.

C - LA PERCEPTION DES RISQUES

Le problème de la notion de risque c'est la difficulté considérable de sa définition. Qu'est-ce que le risque? Que faut-il considérer comme un risque ?

Il y a un risque s'il y a incertitude. Mais aussi toute incertitude est vécue comme un risque.

Quand on lance un dé, on risque de perdre, on ne sait pas sur quelle face il va tomber, mais chacun sait calculer le risque. Nous avons tendance à penser qu'il n'y a un risque en santé publique que lorsque les données épidémiologiques montrent une augmentation de l'incidence des événements. En réalité, du point de vue de la perception des risques, c'est exactement l'inverse qui se passe. Pour la plupart des gens, l'incertitude est vécue comme un risque.

J'ai fait faire plusieurs fois cette expérience à mes étudiants: entre une salière remplie de sel (qui augmente la tension artérielle) et une autre pleine d'une poudre blanche de même apparence mais de nature inconnue, laquelle choisissez-vous ? Presque tous choisissent le sel, sauf quelques bravaches. Mais, quand je dis que le contenu de la deuxième salière est cancérigène chez la souris mais à des doses des millions de fois supérieures à celles qu'ils auraient consommé, alors même les bravaches préfèrent le sel. Et pourtant, l'abus de sel est responsable d'un excès de mortalité dans nos pays. Donc, en général on préfère un risque connu.

Beaucoup de gens s'inquiètent des risques éventuels des OGM ou des antennes-relais, mais continuent à fumer sans se faire de souci : c'est qu'il y a incertitude dans un cas et risque connu dans l'autre...

Le risque est la probabilité de survenue d'un événement indésirable, mais la notion de "probabilité" n'est pas facilement définissable. L'incidence d'un événement, que certains proposent comme synonyme de "risque", est en fait une mesure populationnelle moyenne, alors que le risque est une notion individuelle. Il y a toujours, dans l'estimation d'une probabilité, un certain degré de "croyance" dans ce qui peut se passer. C'est donc vrai aussi pour le risque.

D - LA GESTION DES RISQUES: LE PRINCIPE DE PRECAUTION

Le principe de précaution suppose que "l'absence de certitude sur les risques ne doit pas justifier l'absence de mesures de correction proportionnées et économiquement acceptables" (loi Barnier). Mais comment proportionner les actions à des risques non mesurés

Et qui décide du risque?

Aujourd'hui l'utilisation d'un expert crée une suspicion. Quand vous dites à la population que, dans tel ou tel cas, il n'y a pas de risque vous n'êtes pas forcément cru. Pire même, dans certaines situations le fait de nier le risque vous rend suspect de dissimuler un risque important.

Donc qui décide qu'il y a un risque ?

C'est un problème crucial sur lequel, évidemment nous n'avons pas assez réfléchi. Surtout qu'actuellement il existe une situation de judiciarisation systématique de la santé publique. En moins de dix ans quatre Directeurs Généraux de la Santé se sont succédés : j'ai démissionné après quatre ans d'activité, mon prédécesseur a remis sa démission au bout de quinze mois. Il a fallu sept autres mois pour lui trouver un remplaçant. Son prédécesseur a été mis en difficulté juridique, et le précédent a été condamné à la prison avec sursis !

Pourquoi ? Parce que nous n'avons pas réglé le problème de la gestion du risque.

Après l'affaire du sang contaminé les problèmes sont apparus au grand jour, et la France a réalisé à quel point elle était désarmée face à des risques de ce type. Elle ne possédait aucun organisme de surveillance des maladies et ses moyens de contrôle étaient ridiculement faibles. Un effort considérable a été fait, qui a abouti à la création de l'Etablissement Français du Sang (EFS), qui a succédé au Centre National de Transfusion Sanguine.

Puis, en 1993, a été créée l'Agence française du médicament, transformée en 1998 en Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). En 1998, ce fut la création de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et de l'Agence Française de Sécurité sanitaire des Aliments (AFSSA) et en 2001 l'agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (AFSSE).

Mais cela ne règle pas tout, loin de là, car ces organismes manquent de moyens. On ne rattrape pas du jour au lendemain les cinquante ans de retard pris par rapport aux Américains, surtout avec des budgets bien entendu très inférieurs.

C'est là une défaillance de nos responsables politiques, qui aboutit régulièrement en cas de problème à une recherche de responsabilité dans l'administration. Ce n'est pas parce qu'on a créé des agences que l'on a réglé les problèmes de sécurité sanitaire. Nous vivons dans une période de défiance considérable vis-à-vis des décideurs de santé publique et vis-à-vis de la médecine. Or, nous n'avons pas les moyens d'exécution, de réaction ou d'organisation nécessaires pour gérer les problèmes de santé publique. On n'a pas tiré toutes les conclusions nécessaires en terme de structures dans notre pays. En effet, depuis l'affaire du sang contaminé, nous n'avons jamais défini les critères de diagnostic de risque, ce que doit être une alerte, ce qui est un risque acceptable ou inacceptable.

L'affaire du sang contaminé a créé un grand choc dans notre pays. Ceci a permis des remises en question, des débats et des avancées, au prix de recherches de responsabilités et de condamnations. Il faut noter pourtant que la plupart des pays du monde occidental ont connu les contaminations et ont pris des décisions de sécurité bien plus tard que la France, sans que ces pays connaissent de grands débats ni de remise en question des organismes de santé publique. J'ai pu le constater au Canada où je me trouvais alors. Si des erreurs ont été commises, on n'y a pas considéré que l'Etat devait être infaillible. Et ce que nous avons vécu avec la canicule, c'est qu'elle n'a pas été considérée comme une catastrophe d'origine naturelle. Il y eu des températures élevées dans tous les pays d'Europe (en général bien moins qu'en France), avec des conséquences similaires à température égale, sans que cela provoque des réactions telles que celles que nous avons connues en France. Et cela, je pense, parce que les français ont à la fois une méfiance globale dans leurs décideurs et... attendent beaucoup d'eux. Le problème vient de la cohabitation de la politique et du technique sur bien des problèmes de sécurité sanitaire, ce qui est une erreur.

On n'a pas établi de séparation suffisante entre la gestion du risque et l'intérêt politique. Au contraire, on a voulu faire du risque une question politique.

(Résumé préparé par le Docteur Gilbert Lafue relu et corrigé et approuvé par le Professeur Lucien Abenhaim).