



**HAL**  
open science

## Regards sur la sécurité sanitaire en France

Olivier Borraz, Virginie Gimbert, Didier Torny

► **To cite this version:**

Olivier Borraz, Virginie Gimbert, Didier Torny. Regards sur la sécurité sanitaire en France. Horizons stratégiques, 2007, 3, pp.63-79. <10.3917/hori.003.0063>. <hal-01021384>

**HAL Id: hal-01021384**

**<https://sciencespo.hal.science/hal-01021384v1>**

Submitted on 9 Jul 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

## REGARDS SUR LA SÉCURITÉ SANITAIRE EN FRANCE

Olivier Borraz *et al.*

La Doc. française | *Horizons stratégiques*

2007/1 - n° 3  
pages 63 à 79

ISSN 1958-3370

Article disponible en ligne à l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/revue-horizons-strategiques-2007-1-page-63.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Borraz Olivier *et al.*, « Regards sur la sécurité sanitaire en France »,  
*Horizons stratégiques*, 2007/1 n° 3, p. 63-79.  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour La Doc. française.

© La Doc. française. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# DÉBAT : REGARDS SUR LA SÉCURITÉ SANITAIRE EN FRANCE

avec

OLIVIER BORRAZ, VIRGINIE GIMBERT et DIDIER TORNY

Pour compléter les articles du dossier, un débat a été organisé entre trois personnes qui ont contribué, par leurs réflexions et expertises, à renouveler l'approche des questions de veille et sécurité sanitaires. **Olivier Borraz**, chargé de recherche au CNRS-CSO, a publié *La Sécurité alimentaire en crises : les crises Coca-Cola et Listeria de 1999-2000* (L'Harmattan, 2004) et *Réguler les risques émergents. La gestion des mobilisations autour des antennes relais de téléphonie mobile dans cinq pays européens : la Belgique, l'Espagne, la France, le Royaume-Uni, la Suisse* (CSO, 2005). **Virginie Gimbert**, chercheuse associée au Groupe d'analyse des politiques publiques (École normale supérieure de Cachan), travaille sur la gestion publique des risques sanitaires ; elle vient de terminer une importante recherche sur *L'État sanitaire en question. Les administrations à l'épreuve des risques*. **Didier Torny**, chargé de recherche à l'INRA-TSV, a publié récemment un article intitulé « L'administration sanitaire entre contraintes techniques et contraintes juridiques : l'exemple des maladies émergentes » (*Revue générale de droit médical*, septembre 2005) et copublié avec Francis Chateauraynaud *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque* (EHESS, 1999). La discussion, qui s'est déroulée le 18 janvier dernier, était animée par Julien Damon, chef du département Questions sociales, et Bruno Héroult, rapporteur général.

**Julien Damon** : Depuis quand se préoccupe-t-on vraiment, dans notre pays, de sécurité et de veille sanitaires ? Depuis quand l'administration s'est-elle organisée pour prendre en charge ces questions ?

**Olivier Borraz** : Comme le signale bien le rapport Girard<sup>1</sup>, c'est un dispositif assez récent, qui s'est constitué en peu de temps, à partir des années 1980 mais surtout, dans sa forme actuelle, au milieu des années 1990. C'est donc un dispositif encore tout jeune, construit dans un contexte de crises sanitaires à répétition. L'invention sémantique de l'expression « sécurité sanitaire », qui date de cette période, renvoie bien à cette mission de sécurité des populations que l'État est censé remplir, par opposition à l'expression plus générale et ancienne de « santé publique ». Cette « santé publique », qui n'a jamais été très développée en



<sup>1</sup> - *Rapport de la Mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France*, remis par le professeur Jean-François Girard au ministre de la Santé et des solidarités Xavier Bertrand le 3 octobre 2006.

France, était jugée défaillante et on considérait que cette défaillance était à l'origine des crises sanitaires, d'où cette nouvelle expression « sécurité sanitaire ».

Il ne faut pas négliger ce contexte de crises, puisque ces dernières ont fortement marqué les esprits mais aussi les dispositifs. Certaines crises ont fait des morts, parfois en très grand nombre (sang contaminé, amiante) ; d'autres ont fait très peu de malades ou de décès mais ont eu des répercussions considérables sur le plan économique (vache folle). Dans tous les cas, l'important est que ces crises étaient à la fois des crises sanitaires et des crises qui mettaient à mal des structures économiques, sociales, politiques, et qui plus fondamentalement mettaient en évidence des dysfonctionnements de l'État, des défaillances dans la manière dont l'État assurait la sécurité de la population face à de nouveaux dangers.

Le dispositif inventé à ce moment-là vise à la fois à éviter la reproduction de ces crises, à restaurer la capacité de l'État à assurer la sécurité des populations, mais aussi à instaurer une certaine croyance collective dans cette capacité. D'où cette ambiguïté, que le rapport Girard pointe bien : le dispositif sert autant à garantir la santé des populations qu'à protéger la responsabilité des pouvoirs publics. Ces deux dimensions sont intimement liées. D'où cette rhétorique de la sécurité sanitaire, qui s'est développée à ce moment-là dans les cabinets ministériels, chez les hauts fonctionnaires et les parlementaires, visant à montrer que l'État avait su tirer la leçon des crises et qu'il était en mesure de protéger les populations *via* des procédures adaptées.

**Virginie Gimbert** : J'ajouterai, pour renforcer ce qui vient d'être dit, que ces crises sont survenues dans un contexte de judiciarisation de l'action publique. Elles ne sont pas simplement des crises sanitaires. Pour les administrations et pour l'État en général, elles peuvent aussi représenter des risques judiciaires, plus ou moins importants ou réels, mais qui sont présents dans l'imaginaire des acteurs. D'où la nécessité de renforcer l'État pour répondre à ces problèmes. Ce n'est pas seulement le nombre de victimes qui compte, mais aussi les nouveaux risques judiciaires qui se font alors jour.



**Julien Damon** : Ce système, qui s'est constitué au fil des crises, vous paraît-il aujourd'hui lisible et compréhensible ? Peut-il répondre aux préoccupations du citoyen qui souhaite être rassuré sur le fait que l'État a « bien fait les choses » ?

**Olivier Borraz** : Le dispositif a initialement été conçu pour promouvoir la sécurité contre les risques iatrogènes : transfusion sanguine, don d'organes et autres risques liés au système de santé. Progressivement, avec la crise de la « vache folle », le système s'est étendu à la sécurité alimentaire, puis plus tard à la sécurité sanitaire environnementale. Il s'est donc élargi au fur et à mesure qu'apparaissaient de nouvelles menaces, avec à chaque fois cette idée que le dispositif précédent était insuffisant et qu'il fallait l'améliorer encore, soit en modifiant son fonctionnement soit en créant une nouvelle agence. C'est un dispositif conçu comme une sorte de mécanique qu'on raffine sans cesse, qu'on améliore, arrange, transforme, etc. Beaucoup de rapports officiels sont sortis pour évaluer ce dispositif, le critiquer, l'amender, le réformer, etc. Le dispositif repose sur quelques grands principes, notamment les principes de

transparence, d'excellence et d'indépendance de l'expertise. À partir de là, on est dans un cercle vicieux bureaucratique assez classique : dès qu'il y a une défaillance, on la met sur le compte d'une mauvaise application des principes, qu'il convient donc de renforcer, mais ce renforcement accroît la possibilité qu'apparaissent de nouvelles exceptions et défaillances, qui justifieront un nouveau durcissement des principes, etc.

Cela dit, ce mouvement permanent d'amélioration ne porte que sur la partie « amont » du processus de décision, donc sur l'expertise, les dispositifs de veille, la production d'avis, etc. La manière dont les décisions sont ensuite prises par les pouvoirs publics, dont elles sont négociées, mises en œuvre, n'a elle pas été réformée ; il y a eu quelques modifications, notamment au ministère de l'Agriculture, mais qui ne sont pas à la hauteur des réformes qui ont touché la partie « amont ».

Dernier point sur lequel je voudrais insister : ce dispositif a une utilité politique, il sert d'explication quasi « naturelle » des crises. Dès qu'il y a une crise, on explique que c'est parce que le dispositif ne marche pas bien. S'il y a eu la crise de la canicule, c'est parce qu'on n'a pas été capables de tirer la sonnette d'alarme assez tôt ; si on a eu le *Viox*<sup>2</sup>, c'est parce que les experts ne sont pas suffisamment indépendants ; etc. Les défaillances du dispositif des agences servent d'explication aux crises qui surviennent et donc de fusible du système politique. C'est un dispositif efficace d'un point de vue didactique. Il y a d'abord des objectifs explicites de santé (protéger les populations) mais aussi des objectifs implicites : éviter les crises sociales, économiques ou politiques. Le dispositif d'agences sert peut-être avant tout à éviter qu'une alerte ou un accident ne dérapent, ne s'amplifient et ne deviennent une crise mettant à la fois en cause des responsables politiques et tout un secteur économique.

**Virginie Gimbert** : J'ai surtout l'impression que l'on a une juxtaposition d'éléments, avec un manque réel d'intégration. Mes travaux m'ont amenée à travailler du côté des administrations, en particulier du ministère de la Santé, et il apparaît que les services centraux ont beaucoup de mal à coordonner leur dizaine d'agences fortement sectorisées. Même pour eux, la lisibilité du système est difficile. Ils ont du mal à le piloter, à le réguler.

**Didier Tornay** : Néanmoins, tous les acteurs sont d'accord sur le fait que la situation actuelle est meilleure que celle qui existait auparavant, si on se situe vers 1985, avant l'affaire du sang contaminé et la création du Réseau national de santé publique (RNSP). À cette époque, on n'avait pas grand-chose : seulement quelques registres du cancer ou des structures comme le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Ces structures ont peu de moyens propres, elles ne peuvent pas faire appel à une expertise extérieure et leur expertise interne est limitée. Aujourd'hui, au contraire, nous avons des organismes et des dispositifs qui fonctionnent plus ou moins ensemble.



Dès lors, deux questions sont essentielles : chacune des agences créées est-elle efficace sur ses missions telles qu'elles ont été définies ? Existe-t-il des interstices faisant que des pans de la sécurité sanitaire ou de la veille ne sont pas bien pris en compte ? C'est la question de l'efficacité qui mérite aujourd'hui d'être posée. Faut-

<sup>2</sup> - Cet anti-inflammatoire a été retiré du marché unilatéralement le 30 janvier 2004 par son fabricant, à la suite de décès de patients, sans que les autorités sanitaires n'aient détecté la crise auparavant.

il continuer à avoir une agence par question, par sous-question, par problème, par substance, par sujet, etc. ? Peut-on faire mieux, et faire mieux pour faire quoi ? Ne faudrait-il pas avoir, comme l'évoquait le rapport Huriet<sup>3</sup>, un seul organisme ? Et quand les textes nous disent que l'InVS (Institut national de veille sanitaire) doit « sans délai » signaler tout problème aux autorités de santé, ce « sans délai » est-il justifié et réaliste ? On voit qu'on est dans un système assez largement fantasmé, difficilement praticable, et qui ne garantit pas que les problèmes seront résolus.

**Julien Damon** : A-t-on une idée du coût total de notre système de sécurité sanitaire ?

**Didier Torny** : Dans le rapport des quatre inspections sur les agences<sup>4</sup>, il y avait un volet financier. Comme souvent dans ce type de rapport, on pointait l'absence de transparence des moyens dépensés.

**Olivier Borraz** : S'il y a quelque chose qui n'est pas fait en France, ni au niveau de la Commission européenne d'ailleurs, c'est bien ce qu'on appelle l'analyse socio-économique. Et ce quelle que soit la méthode utilisée. Quand je pose la question à des acteurs, ils me disent que cette carence s'explique par des raisons culturelles, plus précisément par le fait que mettre un coût en face de la santé est quelque chose de culturellement difficile. J'avoue que j'ai un peu de mal à accepter cet argument. Il y a aussi l'argument du manque de compétences ; on me dit que nous n'avons pas les économistes spécialisés pour le faire. Pourtant, on a des économistes qui font très bien les analyses de coût d'autres politiques publiques. Je crois que c'est plutôt une question de volonté. Aux États-Unis, depuis les années 1980, toutes les décisions de sécurité sanitaire doivent être accompagnées d'une analyse de coût, de justification des investissements par rapport à des effets envisagés.

**Julien Damon** : Comment les autres pays européens sont-ils organisés en matière de sécurité sanitaire ? Y a-t-il des modèles qui se dégagent ? La France est-elle singulière ?

**Didier Torny** : Avant de comparer avec les autres, il faut poser une question préliminaire : existe-t-il un modèle français ? Je ne le crois pas. Il y a un grand écart entre la définition des missions, des moyens et de la tutelle de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) et celle de l'AFSSET (Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail). Leurs fonctionnements n'ont strictement rien à voir et on trouverait logique qu'elles appartiennent à deux pays différents. Une fois cela posé, il faut distinguer les pays à forte tradition de santé publique, qui ont construit depuis longtemps des dispositifs d'expertise et de veille (pays scandinaves), et des pays comme la France où la santé publique a toujours été faible<sup>5</sup>.

3 - Huriet C. (2000), *Proposition de loi sur la création d'une Agence française de sécurité sanitaire environnementale*, rapport à la Commission des affaires économiques et sociales, Paris, Assemblée nationale, 96 p.

4 - Vachey L., Carré A., Chereau C., Delomenie P., Gagneux M. et Bouvier M. (2004), *Évaluation de l'application de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaires*, Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'environnement, Paris, Inspection générale des affaires sociales, 273 p.

5 - À un siècle de distance, on lira avec intérêt une analyse de la loi de santé publique de 1902. Murard L. et Zylberman P. (1996), *L'hygiène dans la République : la santé publique en France ou l'utopie contrariée (1879-1918)*, Paris, Fayard.

**Olivier Borraz** : Selon les pays, les relations entre les administrations et les agences sont très contrastées. Prenons l'exemple de l'alimentation. En France, l'évaluation des risques est confiée à une agence, l'AFSSA, et la gestion relève du ministère de l'Agriculture. En Angleterre, on a créé une agence autonome par rapport au gouvernement, la Food Standards Agency, qui regroupe les fonctions d'évaluation et de gestion : la séparation se fait donc à l'intérieur de l'organisme, qui évalue, prend des décisions, les met en œuvre, contrôle, avec un pouvoir comparable à la FDA américaine (Food and Drug Administration). Enfin, l'Allemagne a créé deux agences, une qui évalue et l'autre qui gère. Le principe de séparation de l'évaluation et de la gestion est donc toujours respecté, mais selon des modalités différentes. Mais ce qui manque, en effet, c'est une comparaison fine de ces situations nationales.

**Julien Damon** : Toutes ces agences sont-elles une source de bureaucratisation du système ou bien au contraire de modernisation et de dynamisme pour l'administration ?

**Virginie Gimbert** : Cela donne en fait quelque chose de très étonnant. Le ministère de la Santé a construit son organigramme et réorganisé ses services centraux en fonction des créations des agences en 2000. La Direction générale de la santé est constituée de sept sous-directions, chacune d'entre elles étant chargée d'exercer la tutelle sur une ou plusieurs des agences. Ces sous-directions ont organisé leur travail autour des décisions à prendre à partir des avis des agences. Paradoxalement, le fait d'avoir créé des agences donne du travail supplémentaire à l'administration (du fait par exemple de l'augmentation du nombre d'alertes), qui doit se spécialiser dans le déchiffrement des avis et dans les suites à donner à ces avis. Tout ce travail prend beaucoup de temps et empêche d'accomplir convenablement d'autres tâches. De plus, l'administration ne choisit plus seule les sujets qu'elle traite : en partie, ce sont les agences qui lui dictent. Et en termes d'agenda, c'est le calendrier des agences qui tend à s'imposer dorénavant à l'administration. Cela contribue à couper le ministère de la Santé de sa base que sont les DDASS et les DRASS<sup>6</sup>. Il y a nettement une division du travail entre les échelons : les services centraux s'occupent de répondre aux avis des agences, ou bien de les solliciter ; le niveau régional et le niveau départemental font un travail totalement différent, de gestion et de contrôle.

**Didier Torny** : Il faut aussi tenir compte du fait que les agences ont des tutelles ministérielles variables. Si vous prenez l'AFSSA, vous avez trois tutelles ; si vous prenez l'AFSET, vous avez trois autres tutelles, seule la Santé étant commune. Le ministère de la Santé n'est donc qu'une des composantes du dispositif, même si c'est plutôt lui qui a tendance à gagner du terrain ces dernières années. Il est dans une position à la fois délicate et enviable, puisqu'il peut participer à la production de normes sans avoir à les mettre en œuvre. D'ailleurs, Lucien Abenhaïm voulait accentuer cette tendance en transformant la Direction générale de la Santé en instance de stratégie de santé publique, et en lui retirant toutes les tâches de gestion.

**Virginie Gimbert** : C'était même antérieur : Jean-François Girard avait déjà dans l'idée de donner aux services centraux les missions stratégiques et de déléguer les autres tâches aux agences (dès le début de la décennie 1990). Il a beaucoup œuvré pour cela, notamment avec la création du RNSP en 1993.

6 - Directions départementales de l'action sanitaire et sociale ; Directions régionales de l'action sanitaire et sociale.

**Didier Torny** : Au-delà des considérations stratégiques, il faut évoquer le contrôle politique au sens propre du terme. Tout le monde sait que les agences ont d'abord été dirigées par des gens qui partageaient à la fois des expériences de travail et des valeurs communes (on peut les appeler les « Kouchner boys »). On est maintenant dans une deuxième phase de « bureaucratisation » plus marquée<sup>7</sup>.

**Julien Damon** : En quoi est-il utile que ces agences aient une indépendance vis-à-vis du pouvoir politique ? L'indépendance organique est-elle nécessaire ? L'indépendance fonctionnelle ne suffit-elle pas ?

**Olivier Borraz** : Le thème de l'indépendance, initialement, signifiait indépendance par rapport aux intérêts économiques. Avec le sang contaminé puis surtout avec l'ESB, on disait que l'expertise avait été défaillante parce qu'elle était sous l'influence d'intérêts économiques. Et on a essayé de pousser le plus loin possible les marques d'indépendance, par exemple en créant des comités d'experts ne comprenant aucun représentant des entreprises. Cette séparation n'a fonctionné qu'un temps : il est rapidement apparu, dans le secteur alimentaire notamment, que les acteurs publics ne pouvaient se couper des industriels et des producteurs. Ces derniers produisent énormément de connaissance, ils disposent de données, ont des laboratoires, bref sont des acteurs à part entière de la recherche. Ils ont une expertise et des compétences, parfois sur des domaines où il n'y a pas de compétences publiques. S'en priver devenait un problème pour l'AFSSA. À la fin du mandat de Martin Hirsch, la question a donc commencé à se poser : comment réintégrer les acteurs privés dans le dispositif sans que cela mette à mal l'indépendance de l'agence ?

Bizarrement, la question de l'indépendance ne se pose quasiment jamais par rapport à l'État, alors qu'il y aurait beaucoup de choses à en dire. Par exemple, il y a quelques années, une de nos études avait montré la forte dépendance de l'AFSSA par rapport à ses ministères de tutelle, qui prenait diverses formes : refus de signer des contrats pluriannuels pour contraindre au contraire l'AFSSA à renégocier tous les ans son budget, commandes ministérielles d'études directement passées aux laboratoires vétérinaires sans transiter par la direction générale de l'agence, saisines émanant essentiellement de l'administration au détriment d'autres modalités de saisine ou d'autosaisine, participation de l'administration aux réunions des comités d'experts, etc. D'une manière générale, les agences demeurent sous la dépendance étroite de leurs administrations de tutelle, ce qui peut soulever des problèmes d'autonomie dans les évaluations qu'elles réalisent. Si la sacro-sainte distinction entre évaluation et gestion devait avoir un sens, elle commencerait par une plus grande indépendance des agences vis-à-vis de l'administration.

**Didier Torny** : Le problème est que la construction d'une indépendance s'est faite, mythiquement et politiquement, sur l'idée d'une vraie séparation. On a voulu construire une espèce de mur, une cloison étanche. Mais qu'est-ce que cela veut dire ? Que fait-on passer à travers ce mur ? Quels tuyaux, quels signaux de communication, quelles personnes peuvent aller d'un côté à l'autre ? Et qu'en est-il des rapports de pouvoir ? Si c'est moi, ministère, qui fixe le budget, l'ordre du jour, votre activité, alors évidemment l'indépendance est limitée. Inversement, si je n'ai aucun contrôle sur tout cela, que veut dire « avoir la tutelle de l'agence » ? Ces questions se posent constamment.

<sup>7</sup> - Voir Benamouzig D. et Besançon J. (2005), « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques : le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, vol. 47 n° 3, p. 301-322.

**Bruno Héroult** : Selon vous, quel serait le modèle idéal d'équilibre entre administrations et agences ? Quel est le binôme administration-agence qui fonctionne le mieux en France ?

**Olivier Borraz** : Pour répondre à cette question, il faudrait faire les évaluations socio-économiques dont nous parlions tout à l'heure. Plus simplement, quand Lucien Abenham était directeur général de la Santé, il avait commandé à Michel Setbon une étude sur les processus de décision en matière de sécurité sanitaire. J'avais participé à cette étude, nous avons pris huit décisions clés comme base de référence. Sur ces huit décisions politiques, six étaient contraires aux avis des experts. Donc l'idée que les experts dictent la décision mérite d'être fortement nuancée.

**Julien Damon** : En quoi est-il utile de disposer encore d'administrations et d'agences en France quand les problèmes sanitaires sont mondiaux et quand de nouvelles administrations se développent à l'échelle européenne ? Est-il judicieux de disposer d'organismes nationaux pour traiter des problèmes qui dépassent l'hexagone ?

**Virginie Gimbert** : Pour ce qui est de la production d'expertises et d'avis, la question se pose en effet. Mais pour la veille sanitaire, en revanche, il est indispensable d'avoir un bon maillage administratif du territoire, et cela relève de l'échelon national. Je pense en particulier aux Directions des services vétérinaires, aux DRASS, aux DDASS avec les médecins inspecteurs de santé publique, etc. Ce sont aussi eux qui signalent et lancent des alertes. Sans cette organisation nationale, le dispositif ne peut pas fonctionner. Le niveau européen lui-même se contente de synthétiser ce qui remonte du terrain.

**Didier Torny** : Tout de même, il est vrai que les échelons national et européen sont parfois redondants. Au niveau des agences, il y a des doublons. Je pense aux médicaments : l'EMA (l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments) produit des avis et nous avons de notre côté l'AFSSAPS. Les avis de l'EMA et de l'AFSSAPS passent par des circuits différents, mais il y a finalement très peu d'écart entre les deux. On pourrait donc être tenté de simplifier en ne conservant qu'un niveau d'expertise, par exemple européen. Mais sur quels critères opérer le choix ? Qu'est-ce qui relève vraiment du niveau international et du niveau européen ? La question n'est pas tranchée et on sait que les frontières institutionnelles bougent avec le temps. La Commission européenne intervient de plus en plus sur ces sujets, par exemple avec la DG SANCO (direction générale Santé et Protection des consommateurs) et diverses agences spécialisées. Ce genre de questions ne peut être tranché que sur le temps long : si on constate dans les quinze prochaines années qu'il n'y a plus d'écart entre les avis nationaux et les avis européens, alors on pourra se poser la question du maintien de la structure nationale.

**Olivier Borraz** : Dans le domaine alimentaire, la conception des risques est très différente selon les pays. On pourrait donc imaginer qu'une homogénéisation européenne s'impose et que l'on supprime les agences nationales pour ne garder que l'EFSA. Mais il faudrait se mettre d'accord, à 27, sur la meilleure façon de lutter ensemble contre les risques alimentaires, ce qui supposerait déjà de parvenir à se mettre d'accord sur lesdits risques : quelles sont les principales menaces ? Quels sont les principaux objectifs ? Il semble actuellement difficile de répondre à ces questions. Rien que sur l'exemple classique du fromage au lait cru, nos amis nordiques sont pour l'interdiction alors que nous défendons ces produits en avançant des raisons culturelles. Les agences nationales ont un rôle ambigu : derrière la fonction officielle d'expertise et de surveillance, elles défendent aussi un certain modèle culturel,

économique et alimentaire. C'est bien pour cela que les différents États se dotent d'agences de sécurité alimentaire : pour relayer les travaux de l'EFSA mais aussi pour faire entendre leurs différences dans l'évaluation des risques alimentaires.

Pour le médicament, c'est un peu différent, et je pense que l'on aura besoin assez longtemps d'agences nationales parce que l'Agence européenne ne peut pas tout faire. Les laboratoires pharmaceutiques s'adressent à une agence nationale donnée, qui examine le dossier, et son avis fait ensuite l'objet d'un processus de validation par les autres pays. Disons qu'il y a un fonctionnement en réseau entre les agences et une répartition des tâches, bien sûr avec des enjeux de pouvoir, mais elles sont tout de même parvenues à créer un milieu d'experts européens du médicament<sup>8</sup>. Dans le domaine alimentaire, dans le domaine de l'environnement, cela me semble beaucoup plus difficile à imaginer. Il y a clairement des désaccords entre l'AFSSA et l'EFSA sur des dossiers comme les OGM, ces désaccords étant scientifiques mais aussi économiques, politiques, et il n'y a pas de raison de penser qu'ils vont s'atténuer avec le temps.

**Julien Damon** : Mais à terme, au-delà de l'Europe, je suppose que nous assisterons au développement et au renforcement de réseaux mondiaux ? Un scénario « d'OMSisation » de la veille sanitaire vous paraît-il crédible ?

**Didier Torny** : Certaines tendances vont bien sûr dans ce sens. Je pense entre autres au dispositif GOARN, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui est un vaste réseau d'épidémiologie mondialisé, dont le fonctionnement repose sur des correspondants nationaux de statuts divers (administrations, agences, services déconcentrés, etc.), chargés à la fois de remonter l'information vers l'OMS et d'appliquer les consignes de l'OMS sur le terrain. Ce système d'alerte est adapté aux menaces internationales, et en particulier aux maladies infectieuses du type SRAS ou chikungunya. Mais assisterons-nous vraiment à une mondialisation rapide des dispositifs de surveillance ? Ceci supposerait que se développe une *civic epistemology*, pour reprendre le terme de Sheila Jasanoff<sup>9</sup>, autrement dit des conceptions communes de ce que sont les risques, les produits dangereux, les savoirs à mobiliser, les conditions d'évaluation, etc. Or, les discussions autour de REACH<sup>10</sup>, pour rester à l'intérieur des frontières européennes, montrent que l'on est loin de ce genre de consensus. Et encore, j'en reste à des questions de maladies infectieuses, d'épidémiologie, de virologie ou de bactériologie, sur lesquelles on peut malgré tout forger des compromis. Mais si l'on parle de radioactivité et de bioterrorisme, alors on touche aux relations internationales, à la diplomatie, et les chances de consensus mondial disparaissent, sauf sur des aspects très limités.

8 - Hauray B. (2006), *L'Europe du médicament. Politique, expertise, intérêts privés*, Paris, Presses de Sciences Po.

9 - Jasanoff S. (2005), *Designs on Nature: Science and Democracy in Europe and the United States*, Princeton, Princeton University Press, 392 p.

10 - Processus et directive REACH : législation européenne en date du 13 décembre 2006 sur l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des produits chimiques — en anglais : *Registration, evaluation and authorisation of chemicals (REACH)*. Cette norme vise à la suppression progressive dans l'Union européenne des substances chimiques les plus toxiques. Pour ce faire, la charge de la preuve de l'innocuité des produits chimiques couramment utilisés est inversée : il appartient à l'industriel de mener des études évaluant le risque sanitaire des molécules chimiques sur la santé humaine et sur l'environnement avant la mise sur le marché.

**Olivier Borraz** : Certes, ce sont des problèmes de plus en plus mondialisés, mais la sécurité sanitaire reste intimement liée à l'image et au rôle de l'État, surtout dans nos sociétés occidentales. Les menaces ne cessent de varier dans le temps, dans l'espace, et les États apparaissent toujours comme les garants de la stabilité et de l'efficacité. Ces États sont interpellés, souvent mis en difficulté, et ils ont fait beaucoup d'efforts pour regagner la confiance de l'opinion publique, pour se restructurer et apporter des réponses nouvelles. Les agences sont un exemple de ces réponses. Partant, si on fait un peu de prospective, je ne vois pas, même à l'horizon de plusieurs décennies, les États occidentaux abandonner au bénéfice de l'Union européenne, et encore moins de l'OMS, le contrôle de missions sur lesquelles une bonne partie de leur légitimité repose aujourd'hui. Les États ont déjà perdu beaucoup de leurs prérogatives, et je crois qu'ils essaieront de conserver leurs capacités d'intervention en matière sanitaire. C'est un ressort important de leur légitimité. N'importe quel sondage montrerait que très peu de Français font confiance à l'Union européenne pour les protéger contre les risques alimentaires ou épidémiques.

**Julien Damon** : Mais les Français connaissent-ils vraiment les institutions et les dispositifs censés les protéger ?

**Didier Torny** : S'il y a un organisme connu, c'est l'AFSSA. Il faut dire que Martin Hirsch a rendu visible l'action de son institution. Tandis que si on parle de l'AFSSAPS, de l'AFSSET ou de l'InVS... Ces sigles restent mystérieux pour beaucoup de personnes. En même temps, on touche à une question classique pour les anthropologues et les sociologues : le degré de connaissance des risques est-il corrélé avec le niveau de peur et d'angoisse des populations ? Si vous parlez publiquement des dangers et des agences chargées de les observer, contribuez-vous à rassurer ou bien à inquiéter ? La réponse est que cela est très variable au cours du temps et que de nombreux facteurs interviennent. Si vous prenez le dossier des OGM, le volet sanitaire a clairement été un mode d'incitation, de mobilisation et d'implication des personnes. Mais cette mobilisation n'a duré qu'un temps. L'AFSSA ne peut qu'attirer ponctuellement l'attention, lorsque l'on parle d'elle. Le reste du temps, ce n'est qu'un « truc dans le paysage ». En revanche, les groupes constitués (associations, professionnels, syndicats agricoles, etc.) connaissent bien les agences et ont des relations avec elles. On l'a vu dans le cas de l'AFSSET, par exemple, avec une critique extrêmement forte de son expertise sur le téléphone mobile : les acteurs de la « société civile » ont critiqué ses conclusions et ont remis en cause son indépendance.

**Bruno Héroult** : Plus globalement, quels enseignements peut-on tirer de ces transformations des politiques sanitaires ? Que nous apprennent-elles sur les évolutions de l'action publique ?

**Virginie Gimbert** : Ce que révèle bien le champ sanitaire, ce sont les tendances à la médiatisation et à la judiciarisation de l'action publique. C'est un champ où les relations entre les autorités publiques et les populations changent rapidement. Ces relations sont « modernes », nouvelles, dans la mesure où elles mobilisent des citoyens vigilants, bien informés, mais des citoyens qu'il ne faut pas saturer d'informations pour qu'ils restent à l'écoute en cas de danger effectif. Le sanitaire est un sujet sensible où les administrations doivent se construire une légitimité en rendant leurs politiques visibles mais sans banaliser leurs actions par un excès de communication. Par ailleurs, la création d'agences n'est pas spécifique au champ sanitaire. Il s'agit là d'une évolution plus générale et plus ancienne de l'action publique dans son ensemble. L'idée de « faire faire » et de déléguer n'est pas nouvelle. Le vrai enjeu étant de savoir comment contrôler l'action déléguée. Il me semble que ces mutations concernent toutes les sphères de la gestion publique.

**Olivier Borraz :** Les politiques sanitaires sont un bon révélateur d'une autre tendance de la gestion publique, à savoir la part croissante prise par les acteurs privés. L'image que l'on a des domaines de l'alimentation, de l'environnement et du médicament est celle d'une régulation reposant sur une forte capacité d'expertise et de surveillance publiques, le tout débouchant sur des décisions fortes et bien pensées. Quand on regarde de plus près, on se rend compte qu'une bonne partie de la gestion quotidienne des risques est assurée par des acteurs privés, *via* des processus de qualité, de certification, de normalisation, d'auto-contrôle, etc. La réalité, ce sont des services de l'État peu étoffés en personnels, qui ont souvent beaucoup trop de dossiers à traiter, qui doivent choisir des priorités en fonction de critères pas toujours transparents, tandis que l'essentiel de la sécurité est assuré au quotidien par des acteurs privés. C'est très clair dans le domaine alimentaire, et cette situation a été renforcée par les crises récentes : l'État dit « on va se renforcer pour mieux vous protéger », mais au bout du compte cela se traduit par une délégation accrue aux acteurs privés du soin d'assurer la mise en œuvre, le contrôle et l'application des réglementations. Cela ne signifie pas que l'État se retire, mais qu'il doit repenser plus clairement son rôle pour s'assurer que les mécanismes de contrôle mis en place par les acteurs privés sont effectifs et fiables, bref qu'il se transforme en « contrôleur des contrôleurs ».

Bien sûr, les fonctionnaires n'aiment pas qu'on leur rappelle ce genre de constats. Cette implication croissante du privé n'est pas propre au champ sanitaire, elle concerne toutes les politiques publiques liées à la sécurité, mais les administrations en charge du sanitaire sont tellement persuadées du rôle primordial de l'État qu'elles ont du mal à l'admettre. La réalité n'est ni acceptée ni reconnue. En revanche, la Commission européenne n'hésite pas à accepter cette réalité, à repenser son rôle, son activité réglementaire, sa manière de produire les règles et de les mettre en œuvre. Elle considère qu'il faut déléguer de plus en plus à des acteurs privés, par la normalisation et la standardisation.

**Didier Torny :** Je partage une grande partie des constats qui viennent d'être faits. La conception de la norme et de son application ont largement évolué sous influence européenne. Les acteurs privés sont incités à mettre en œuvre eux-mêmes les tests, ce qui pose une question fondamentale : que deviennent alors les procédures de vigilance, d'alerte et de surveillance, qui relèvent normalement du domaine public ? Comment le « faire » et le « faire faire » s'articulent-ils ? Et le public, qui manque de personnels et de compétences, peut-il contrôler les activités du privé ?

**Julien Damon :** Après ces différents constats et analyses, venons-en à des pistes de réformes. Sur quelles recommandations de politiques publiques souhaiteriez-vous insister ?

**Virginie Gimbert :** Pour des chercheurs, ce type de questions est toujours difficile. Il me semble néanmoins qu'un des problèmes les plus importants est celui des ressources humaines disponibles. Je me suis rendu compte, sur le terrain, que les médecins inspecteurs sont trop peu nombreux. Ils privilégient la sécurité sanitaire, qui s'exprime très souvent sous la forme d'urgences à gérer, ce qui les conduit à délaisser en grande partie la santé publique. C'est un vrai problème car on emploie énormément de moyens pour améliorer la sécurité et gagner quelques vies alors que,

dans le même temps, des pathologies importantes demeurent. On se focalise sur l'ESB, qui ne touche que quelques personnes, et on baisse la garde du côté de la tuberculose, qui concerne des populations bien plus nombreuses. Cette situation est très mal ressentie par de nombreux médecins inspecteurs dits de « santé publique ». On investit beaucoup sur des risques minimes qui font peur et on délaisse des risques majeurs peu visibles. Cette dichotomie s'explique sans doute par le fait que la sécurité sanitaire paraît plus légitime car elle porte sur des risques pouvant toucher aléatoirement l'ensemble des Français, ce qui n'est pas le cas pour les problèmes de santé publique tels l'alcoolisme, le saturnisme, etc. Mais, dans le cas de la sécurité sanitaire, il ne s'agit que d'une potentialité statistique, alors que dans le même temps des pathologies bien réelles qui touchent des populations défavorisées sont mal prises en compte.

**Didier Tornay** : Je suis d'accord sur le constat du manque de moyens. Il y a à la fois un désinvestissement de l'État, une absence de moyens et une absence de suivi. D'abord, il y a de moins en moins de fonctionnaires locaux pour réaliser des contrôles. Ensuite, en aval de ces contrôles, on voit que les structures juridiques ou les préfets, souvent, ne suivent pas les avis. Un préfet qui se dirige vers la fermeture d'un hôpital, c'est exceptionnel ! Même un ministre qui voudrait poursuivre en justice rencontrerait des difficultés pour le faire vraiment. C'est cela la réalité des corps d'inspection déconcentrés de l'État. En plus, ils sont souvent mal jugés par leurs collègues qui ont fait le choix de travailler dans le privé. Un médecin inspecteur de santé publique ou un médecin scolaire, il n'y a pas plus illégitime dans la profession. Ils ont des moyens d'intervention limités et ils sont peu soutenus par les gens qui devraient les soutenir. Le manque de moyens, c'est aussi le fait qu'il n'y a aujourd'hui plus d'argent pour faire des contrôles vétérinaires ; c'est ça la réalité. Si des vétérinaires inspecteurs veulent saisir une marchandise et faire un contrôle de routine, ils n'ont souvent pas d'argent pour le faire.

On est loin de l'époque où les corps d'inspection incarnaient l'autorité de l'État. Dorénavant, ils ont en face d'eux des gens qui sont techniquement meilleurs, ou en tout cas du même niveau, et qui peuvent s'entourer d'avocats et d'experts<sup>11</sup>. Que faire quand l'avocat d'un producteur dit à un fonctionnaire : « Mais vous vous appuyez sur une circulaire, elle n'a pas de portée normative et donc nous ne ferons rien » ? Le fonctionnaire peut alors se tourner vers les services centraux en leur demandant pourquoi ils n'ont pas fait de décret sur un sujet aussi sensible. Il y a des chances qu'on lui réponde : « Vous comprenez, c'était l'enfer, on a réussi à faire passer la mesure par la hiérarchie, mais si on avait voulu un décret, il fallait encore attendre dix-huit mois de plus ».

**Virginie Gimbert** : Il faudrait avoir une approche plus discriminante des différents publics cibles. Ce qui supposerait de disposer de plus de données, plus précises, sur un éventail de risques plus large. Au niveau régional, beaucoup de personnes qui travaillent pour l'InVS (au sein des CIRE, cellules interrégionales d'épidémiologie) déplorent le manque de données disponibles. Elles disent ne pas avoir suffisamment de données fiables et ne rien pouvoir faire sans cela. Par exemple, elles aimeraient connaître l'impact des pics de pollution sur le nombre de malades souffrant d'insuffisance respiratoire, mais les données adéquates ne sont pas recueillies. Elles choisissent donc de travailler sur les sujets pour lesquels elles ont des données, mais ces sujets ne sont pas forcément les plus urgents en termes d'action publique.

<sup>11</sup> - Bonnaud L. (2005), « Au nom de la loi et de la technique. L'évolution de la figure de l'inspecteur des installations classées depuis les années 1970 », *Politix*, n° 69, p. 131-161.

**Bruno Héroult** : Il y aurait donc des recommandations à faire pour améliorer le recueil, le traitement et l'analyse des données ?

**Virginie Gimbert** : Certainement, au moins sur le recueil des données. Mais c'est un travail assez ingrat que personne ne veut faire et qui est coûteux. Il faudrait aider les acteurs locaux, techniquement, pour qu'ils augmentent leurs capacités en la matière.

**Didier Torny** : L'amélioration des données, c'est une question essentielle et nous avons du retard sur le nord de l'Europe. Aujourd'hui, les pays scandinaves ont 30, 40, 50 ans de registres du cancer, et quand un facteur de risque est mis en avant, des recherches peuvent être entreprises pour isoler des causes ou identifier des sources de risques. En France, nous n'avons toujours pas de registres du cancer, sauf dans quelques départements, et nous sommes incapables de dire combien de personnes, où et quand, sont mortes de tel ou tel cancer. Nous nous focalisons, avec nos agences, sur certains risques, mais la vraie révolution consisterait pour l'État à déployer des moyens de surveillance généralisés et longitudinaux.

Le RNSP, c'était dix personnes ; quelles données voulez-vous traiter avec dix personnes ? Aujourd'hui, à l'InVS, ils sont quelques centaines, mais ce n'est malgré tout pas suffisant pour assurer toutes les missions. Il faut aussi ajouter que le recueil et le traitement des données coûtent très cher. Souvent, les budgets requis ne sont pas disponibles, ou bien on ne considère pas nécessaire de les rendre disponibles. Enfin, la disposition de données crée une forme de responsabilité politique ; or, quand on possède des chiffres plus nombreux et plus justes, il n'est pas toujours plus facile de gouverner.

**Olivier Borraz** : La question des données est en effet importante. Dans certains domaines, on ne fait pas la collecte nécessaire et on ne peut donc pas nourrir la connaissance. Dans d'autres, les données existent mais elles ne sont pas accessibles aux agences. Par exemple, en matière d'alimentation et d'environnement, des données sont produites par les administrations lors des campagnes d'inspection, ou par les industriels eux-mêmes dans le cadre des procédures d'autocontrôle. Or, l'AFSSA a le plus grand mal à obtenir que les ministères lui transmettent les données et les rapports des missions d'inspection. Combien de rapports de missions d'inspection le ministère de l'Agriculture a-t-il transmis à l'AFSSA ? Pratiquement aucun. Les données existent mais elles ne circulent pas, ce qui veut dire que l'AFSSA produit des avis sur la base d'informations non optimales.

Puisque nous en sommes aux recommandations, je voudrais dire qu'il faut absolument rendre plus claire et transparente la phase de mise en œuvre des décisions. Jusqu'à la production des avis d'évaluation par les agences, les procédures sont assez faciles à suivre et à contrôler. C'est après que les choses se gâtent. Comment les avis sont-ils traduits en décisions puis mis en œuvre ? On ne sait pas. Est-ce que cela produit des effets ? On ne sait pas. Faut-il éventuellement revoir l'avis de l'AFSSA pour améliorer la décision administrative ? On ne sait toujours pas. On ne se dote pas des dispositifs permettant d'observer et d'évaluer parce que les ministères ne veulent pas que l'AFSSA vienne mettre son nez dans la façon dont leurs services travaillent sur le terrain. Les ministères ne veulent pas que les agences puissent voir si les contrôles sont bien faits, si les services ne négocient pas des compromis avec

tel ou tel industriel contrevenant à l'esprit de la règle, etc. Tout cela reste discret. On a mis une bougie pour mieux éclairer le processus d'expertise et de préparation des décisions en amont, mais tout ce qui se passe après reste dans l'ombre. Il serait temps d'éclairer là aussi le processus de décision et de mise en oeuvre.

On n'a fait aucun progrès en matière d'évaluation de l'impact des décisions prises. Pourtant, il faudrait peu d'efforts pour réaliser de telles évaluations. Si elles étaient faites, on se rendrait sans doute compte qu'en termes de vies sauvées et d'années de vie gagnées, on a parfois dépensé beaucoup d'argent pour un résultat limité. On verrait qu'on aurait pu mettre cet argent sur d'autres sujets, avec un résultat plus satisfaisant, mais les ministères ne hiérarchisent pas assez leurs priorités selon des critères clairs. Je ne milite pas outre mesure pour l'application de critères économiques aux décisions sanitaires, mais on est tellement loin actuellement d'un tel raisonnement qu'on gagnerait à y réfléchir un peu plus.

**Didier Torny :** Je ferai moi un constat un petit peu plus optimiste. Il ne faut pas oublier que les acteurs ont une intelligence politique, ce qui veut dire qu'ils s'emparent aussi de sujets à la mode et de situations de crise pour faire passer des mesures plus générales. Si on prend l'exemple du prion, on voit qu'il a eu de nombreuses conséquences sur la sécurité hospitalière. Il a conduit à des réformes de la stérilisation, des parcours hospitaliers, des procédures, de la traçabilité des patients, des moyens de désinfection, de décontamination et de nettoyage. Si vous regardez par le petit bout de la lorgnette, vous concluez que des millions d'euros ont été dépensés pour peut-être trois ou quatre morts évités. Mais en fait, c'est toute une réforme structurelle de la sécurité hospitalière que vous avez obtenue. C'est l'opportunité du prion qui a permis la modernisation du système de soin. Et l'intelligence politique, justement, c'est cette capacité qu'ont certains acteurs de profiter d'un contexte spécifique pour engager des réformes qui n'auraient pu se faire autrement.

Je prendrai un autre exemple, celui de la campagne actuelle, tournée vers le grand public, concernant l'hygiène des mains. Cette campagne n'a eu son financement que parce que la grippe aviaire est présente en arrière-plan. Sans cela, vous n'auriez jamais eu des spots télé et des images pour dire aux gens qu'ils doivent se laver les mains. Un troisième exemple serait celui du port de masques, qui existe depuis longtemps dans les pays du Sud-Est asiatique, mais qui ne se développe pas chez nous. L'intelligence politique consiste à utiliser la peur de certains risques pour obtenir une modification profonde des comportements de la population. Dans cinq ans, vous verrez beaucoup de personnes porter un masque dans les rues françaises et cela ne nous effraiera plus. Je crois, sans cynisme, qu'on ne peut pas réaliser des réformes de structure sans ces éléments d'opportunité.

**Bruno Héroult :** Vous avez évoqué tout à l'heure le rôle des opérateurs privés. Vous avez dit qu'on leur déléguait un nombre croissant de tâches et qu'ils jouaient un grand rôle dans l'efficacité des politiques de sécurité sanitaire. N'y a-t-il pas des recommandations à faire pour les mobiliser encore davantage ?

**Didier Torny :** Ce que vous évoquez là, c'est typiquement la logique du « Paquet hygiène » dans le domaine alimentaire mis en place au niveau européen, qui consiste à déléguer aux acteurs privés l'ensemble des contrôles et à laisser aux pouvoirs publics une capacité de contrôle de deuxième voire de troisième rang. Il faut faire attention avec ce genre de mesures, car dès que vous montez le niveau des règles et des contraintes, vous détruisez les petits opérateurs, les filières fragiles, les secteurs qui survivaient péniblement et qui ne vont pas pouvoir se mettre à niveau. Dans le même

temps, les gros opérateurs vont appliquer vos règles, s'en servir pour se moderniser et accroître la concurrence. Pour éviter cette inégalité, vous pouvez certes plutôt diriger les contrôles vers les gros, et être un peu plus coulant pour les petits. Ce genre de traitement différencié ne peut pas durer toujours, et dès que vous essayez de mobiliser les acteurs privés, ce sont les gros que vous favorisez. Quand vous êtes Carrefour ou Auchan, il est facile d'avoir une direction de la qualité et de mettre en place de nouveaux dispositifs de contrôle.

Plus que la politique publique, c'est la peur du juge et du judiciaire qui fait bouger les opérateurs privés ainsi que la crainte du journaliste et du médiatique. La menace judiciaire et la menace médiatique pèsent sur les filières, depuis l'amont des producteurs de lait, de viande, jusqu'à l'aval, c'est-à-dire les distributeurs dans le cas de l'alimentaire. Il faut se rappeler de l'affaire Coca-Cola, de l'affaire Chanterelle, où l'on voit très bien qu'à l'intérieur des filières, c'est la peur de la mauvaise image et de la crise économique qui a eu des effets. Ces affaires ont joué un rôle d'alignement des acteurs, qui se paye en général par une concentration dans le secteur.

**Olivier Borraz** : Quand l'État ne contrôle plus lui-même et se contente de contrôler les contrôleurs privés, c'est une révolution dans ses services. Ce sont alors toutes les missions et les pratiques professionnelles qui changent. À vrai dire, l'extension de ces dispositifs de contrôle du contrôle supposerait une vraie réforme, une vraie révolution. C'est quelque chose qui certes se fait, mais d'une façon pour l'instant très discrète, et qui prend beaucoup de temps aux fonctionnaires locaux.

**Didier Torny** : Il est vrai que les gains de sécurité les plus rapides et massifs ont été obtenus du côté des opérateurs privés. Prenez le cas de la listeria, qui a donné lieu à des crises successives dans les années 1990. Aujourd'hui, effectivement, sur l'ensemble des filières, les contrôles de routine révèlent une présence beaucoup faible des agents pathogènes. Ces progrès résultent des efforts faits par les opérateurs : respect des normes, salles blanches, mesures de décontamination, appareillages plus modernes, etc. Mais les acteurs privés n'auraient pas bougé si divers facteurs ne les y avaient pas incités. Ces facteurs, c'est la crise elle-même, mais aussi l'action des pouvoirs publics en termes de formation, d'information, de mobilisation, de développement de la recherche.

Par contre, en matière de santé environnementale, on n'a pas du tout les mêmes processus. La première raison est qu'il est très difficile de mettre en cause telle ou telle usine pour une contamination extérieure. D'autre part, on a des producteurs beaucoup plus éclatés, ayant des statuts diversifiés, avec des structures semi-publiques, des structures privées, des conglomérats, etc. Enfin, dans ce secteur, l'expertise est beaucoup moins organisée. Tout cela explique que la mobilisation des acteurs par la politique publique soit plus faible.

Puisqu'on se rapproche de la fin de notre débat, je voudrais poser la question de fond pour le pouvoir politique : doit-on considérer que tous ces dispositifs vont nous permettre d'éviter presque toutes les crises et tous les morts, ou ne faut-il pas considérer que, quelle que soit la qualité du dispositif, il y aura toujours des dangers et des morts ? Faut-il vouloir tout juguler, ou ne suffit-il pas d'avoir des capacités de réponse et d'adaptation afin de contrôler les phénomènes avant qu'ils ne soient trop importants ? Évidemment, la deuxième solution est politiquement plus difficile à

soutenir que la première. Le politique est obligé de montrer qu'il engage des millions d'euros, qu'il embauche plein de gens, qu'il est actif. Il est obligé de laisser penser que tout ceci sera parfaitement efficace. Ce faisant, il se piège lui-même, car il arrivera toujours quelque chose de non prévu<sup>12</sup>. Par exemple, nous n'avons pas vu venir les milliers de morts de la canicule, et nous aurons d'autres épisodes de ce genre dans les prochaines années. C'est inévitable, mais politiquement, c'est très difficile à assumer. Donc, les décideurs se rassurent en demandant l'élaboration de nouveaux plans de lutte pour tout et n'importe quoi.

Pour ma part, je conseillerais aux politiques de casser ce cercle vicieux et de ne plus laisser croire qu'une accumulation de moyens nous protège de tout. Je commencerais par dire que, quoi qu'on fasse, des gens mourront. Je dirais « les objectifs de notre politique visent à assurer une meilleure santé pour l'ensemble des citoyens, mais ils n'empêcheront pas la réalisation d'un certain nombre de dangers et d'un certain nombre de morts. La question est d'être capable de limiter le plus possible ces morts ». Évidemment, je parle là en tant que sociologue. Je dirais aussi aux élus : « Vous voulez faire de la santé publique ? Alors commencez par avoir une bonne politique du logement, une bonne politique du travail, une bonne politique nutritionnelle et d'aide alimentaire, améliorez les conditions de vie, renforcez l'inspection du travail, etc. ». Vous voyez qu'on quitte très vite les mesures strictement sanitaires pour aller vers d'autres politiques ayant des répercussions sanitaires.

**Bruno Héroult** : Et par rapport aux agences, que nous avons souvent évoquées, quelles seraient vos recommandations ? Faut-il en créer d'autres ou bien les rassembler ? Les problèmes sont-ils d'ordre institutionnel ou bien organisationnel ?

**Didier Torny** : D'un point de vue institutionnel, on peut continuer à développer les agences, on peut même les renforcer, mais il faut alors être au clair sur leurs missions propres et sur les missions de l'administration. Cette clarification demande une véritable décision politique : est-ce que le modèle c'est d'aller vers l'AFSSAPS, voire vers un modèle américain du type EPA ou FDA ? Sinon, comment organise-t-on le rapport entre expertise et décision ? En la matière, en France, nous sommes restés à mi-chemin en quelque sorte. Faut-il se contenter de cette situation intermédiaire ?

Pour ce qui est maintenant du niveau organisationnel, on rencontre des problèmes, mais ni plus ni moins qu'ailleurs. En tout cas, les agences ne fonctionnent pas plus mal que d'autres structures étatiques. Elles fonctionneraient même plutôt mieux. La vraie question est celle des moyens : faut-il les augmenter pour étendre progressivement le champ des missions ? Faut-il les limiter pour ne plus se concentrer que sur les missions prioritaires ? Ces questions sont régulièrement posées aux Journées de l'InVS. Les agences doivent-elles suivre les dossiers que tout le monde suit ou doivent-elles suivre les dossiers que personne ne suit ?

**Julien Damon** : La réponse n'est pas évidente ?

**Didier Torny** : Ah non, elle n'est pas du tout évidente ! Cela dépend des moyens. De plus, l'institutionnalisation fait que, par exemple, vous n'allez pas abandonner le sida comme cela. Donc beaucoup s'occupent du sida, et vous voudriez vous en désengager, mais vous ne le pouvez plus. Il y a aussi des sortes d'emballements collectifs sur certains sujets, comme les phénomènes climatiques. Il faut un Plan

<sup>12</sup> - Sur ce point, voir Chateauraynaud F. et Torny D. (1999), *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Éditions de l'EHESS, 476 p.

« chaleur », puis un Plan « froid », et on se tourne ensuite vers l'InVS en lui demandant à son tour de faire des trucs sur le climat... Qu'elles le veuillent ou non, les agences sont donc aussi obligées de suivre des sujets déjà largement traités par d'autres. Et dans le même temps, la tuberculose n'intéresse personne.

**Julien Damon** : Pourquoi dites-vous que cela n'intéresse personne ?

**Didier Torny** : Allez-y, essayez de mobiliser autour de la tuberculose, vous verrez ! Je peux vous dire que c'est très difficile. Pour le saturnisme, il a fallu quinze ans avant d'avoir une mesure autorisant les préfets à se substituer aux propriétaires pour enlever les peintures au plomb, puis à leur faire endosser ce coût. Il a fallu quinze ans et pourtant les pathologies étaient largement connues, les diagnostics étaient faits. Les pesticides sont un autre bel exemple ou, hier, celui de l'amiante. Si des agences veulent surveiller ce type de phénomènes, qui n'intéressent personne, elles doivent construire leurs propres données. Il est donc parfois plus facile pour elles de travailler sur des sujets mieux balisés.

Je reviens à ce que je disais tout à l'heure. En France, dans le domaine sanitaire, on ne semble pas être capables d'assumer politiquement le fait d'avoir des morts. Or, si l'on regarde les politiques de lutte contre le terrorisme ou de sécurité routière, on voit bien que l'objectif n'est pas « zéro mort ». Pourquoi n'en est-il pas de même pour la sécurité sanitaire ? Pourquoi continuer ces discussions autour du « risque zéro » ? Les acteurs politiques et administratifs devraient clairement dire : « il y aura des morts ». C'est même la première chose à dire, parce que sinon, lorsqu'il y a des victimes, on leur reproche leurs promesses antérieures sur le « risque zéro ».

**Bruno Héroult** : J'aurais une dernière question concernant les villes, les départements et les régions. Vous avez évoqué tout à l'heure la mondialisation des processus de gestion des risques, mais il y a aussi une tendance à la territorialisation des politiques publiques. Quels pourraient être demain les rôles des collectivités locales en matière de veille et sécurité sanitaires ?

**Virginie Gimbert** : J'ai essentiellement travaillé sur les services de l'État et il est vrai que la plus grande difficulté des DDASS est de savoir si elles vont continuer à exister dans les années à venir. Elles ont été déstabilisées par les réformes successives de décentralisation et pour tous les directeurs départementaux que j'ai pu rencontrer, c'est le flou le plus total. Le niveau régional, en revanche, essaie de renforcer son rôle de coordination et de programmation, il tente de s'en sortir en développant des fonctions d'anticipation et d'animation.

D'une façon générale, les services déconcentrés souffrent d'un manque de compétences juridiques. Un directeur de DDASS que j'ai interviewé me disait : « Je n'ai pas beaucoup de ressources. À 11 h du soir, je cherche sur Google ou sur le site de Légifrance ce que je peux faire pour répondre à une plainte qui vient d'être déposée. Ou alors j'appelle le procureur du coin et il m'aide deux minutes ».

**Didier Torny** : Les services déconcentrés de l'État vont-ils être repris par les collectivités territoriales ? Resteront-ils ou non le bras armé de l'État ? C'est une question importante. À titre d'illustration, on peut dire quelques mots des laboratoires vétérinaires départementaux, qui étaient des structures nationales et qui ont été

décentralisés au début des années 1990. Une fois décentralisés, ils ont été mis en concurrence entre eux et avec le secteur privé et aujourd'hui seuls quelques-uns survivent en ayant des activités diversifiées. Pour les autres, la majorité de leurs missions ont été reprises par des laboratoires privés. En pratique, ces structures d'État ont donc quasiment disparu. Par rapport à la lutte contre la tuberculose, la tendance va plutôt dans le sens inverse : avec la loi de santé publique du 9 août 2004, on a assisté à une certaine recentralisation. L'État est censé mettre en place une série de conventions encadrant les programmes d'intervention des acteurs locaux. Vous avez donc des mouvements assez variables, certains de décentralisation et d'autres de recentralisation. Ceci étant dit, comment mener une politique locale de sécurité sanitaire ? À mon avis, cela n'a quasiment aucun sens. En revanche, il est possible de mener localement des politiques de santé publique. Et les départements, pour des raisons historiques, institutionnelles et aussi épidémiologiques, sont normalement les mieux placés pour les assumer. Certains le font bien, d'autres non.

**Olivier Borraz** : De fait, les collectivités territoriales jouent un rôle important dans la gestion de tout un ensemble de risques à l'échelle de leur territoire. Elles sont notamment en mesure d'élaborer avec des opérateurs privés, mais aussi des acteurs associatifs, des chartes qui fixent les conditions de réalisation d'une activité qui s'inscrit dans un territoire et qui soulève des inquiétudes dans la population ou présente des risques pour la santé ou l'environnement. Or, la gestion des risques passe aussi par ce type de dispositif qui assure un plus grand contrôle des autorités politiques locales sur la manière dont les activités sont gérées. Qu'il s'agisse des communes, mais surtout des établissements publics de coopération intercommunale et des Conseils généraux, ils assurent des missions essentielles, en complément de l'État, des opérateurs privés et des ONG, en matière de gestion des risques.