



HAL
open science

Covid-19 : du bon usage de l'expertise

Henri Bergeron, Olivier Borraz, Stéphane Le Bouler

► **To cite this version:**

Henri Bergeron, Olivier Borraz, Stéphane Le Bouler. Covid-19 : du bon usage de l'expertise. Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2020, 26, pp.53-55. hal-02957502

HAL Id: hal-02957502

<https://sciencespo.hal.science/hal-02957502>

Submitted on 25 Oct 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Henri Bergeron

Chercheur CNRS, Centre de sociologie des organisations

Olivier Borraz

Chercheur CNRS, Centre de sociologie des organisations

Stéphane Le Bouler

Président de LISA Covid-19 : du bon usage de l'expertise

Covid-19 : du bon usage de l'expertise



10 avril 2020

Ce sera un des questionnements de cette crise : pourquoi a-t-on si peu utilisé, au départ, les procédures et les institutions de l'expertise en santé, de la gestion de crise et de la démocratie sanitaire instituées en France depuis une vingtaine d'années ?

Le débat sur l'organisation de l'expertise n'est pas nouveau : expertise interne, expertise externe, rôle des agences, rôle de la Direction générale de la santé (DGS)... Chaque crise sanitaire majeure a même été l'occasion de remises en cause et d'innovations institutionnelles. Quand une crise survient, le réflexe politique est en effet souvent la réforme des organisations existantes, par fusion, changement de nom ou création de nouvelles institutions.

Ce n'est pas tirer sur l'ambulance que d'évoquer les silences de certaines institutions, les excès de vocalises d'autres, l'inaction, les alliances, les court-circuits, les créations *ad hoc*, la non ou la sur-mobilisation, etc. L'enjeu, à ce stade, est de pointer des phénomènes – la coopération et le conflit – qui affectent la coordination et, ce faisant, le succès de l'action publique.

Bien sûr, d'exemplaires solidarités s'inventent aussi. Mais cette crise sans précédent est d'abord celle de l'inorganisation : formidable paradoxe d'une société sur-organisée, c'est-à-dire saturée d'organisations, mais qui rencontre tant de difficultés à coordonner celles-ci, c'est-à-dire à assurer leur coopération.

Gestion de crise : comme si rien n'existait

La situation a été inédite par l'ampleur des bouleversements opérés dans un laps de temps très court mais aussi parce

qu'elle a organisé la gestion de crise en dehors des plans et procédures prévus à cet effet.

La France, à l'instar de nombreux autres pays développés, s'était pourtant dotée depuis plusieurs décennies d'une doctrine et d'une organisation de la gestion de crise, instruites à la fois par l'expérience collectée dans différents domaines (tempêtes, terrorisme, épidémies, accidents industriels, etc.) et par l'adoption de normes internationales. Bien avant la loi d'urgence du 23 mars 2020, elle disposait d'un arsenal législatif et réglementaire complet, d'institutions spécialisées, de plans d'action, de « livres blancs », d'exercices de simulation régulièrement organisés...

La *Loi du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur* avait même pourvu à l'essentiel et créé la réserve sanitaire et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), dissous en 2016, ses missions étant reprises par Santé Publique France.

Mis à part l'utilisation parfois compliquée de la réserve sanitaire et l'activation du « plan blanc » à l'hôpital et de certains plans de continuité d'activité, on a eu l'impression d'écrire la riposte à cette épidémie sur une page blanche. Avec parfois une formidable inventivité, une énergie décuplée, des solidarités inédites. Il n'empêche. La question des masques est de ce point de vue emblématique.

Il y aura des commissions d'enquête d'après-crise, les institutions de contrôle feront leurs rapports, des retours d'expérience seront déclenchés au sein des organisations chargées de mobiliser les ressources humaines et de mettre en œuvre les moyens matériels de la gestion de crise (gel hydro-alcoolique, masques, blouses, équipements de réanimation...), de la production à l'acheminement. Ces travaux révéleront des défaillances et des dysfonctionnements, ce qui relève de l'impréparation, de la désorganisation ou de l'impéritie et ce qui s'explique par des restrictions budgétaires ou des réorganisations malvenues. Ils diront aussi pourquoi on a semblé redécouvrir, en situation de pandémie, les besoins d'articuler la médecine de ville et l'hôpital, le privé et le public, le sanitaire et le médico-social.

Expertise *ad hoc*

Qu'il faille un *Conseil scientifique* pour prendre en compte les spécificités de la crise, coordonner l'expertise, pourquoi pas ? Mais pourquoi donc avoir si peu sollicité tout le reste, du moins au début de la crise ? Ou plus précisément pourquoi avoir créé un comité scientifique *ad hoc* comme interface privilégiée entre le gouvernement et les autres gisements d'expertise existants ? Et sans que cette interface soit explicitement pensée et organisée comme telle ?

On ne manque pas en effet de structures d'expertise dans le domaine de la santé. La densité d'expertise institutionnelle en France est même parmi les plus conséquentes en Europe : agences, hauts comités, instituts de recherche, sociétés

savantes, académies, ordres professionnels (médecins, pharmaciens, etc.). Or il a semblé nécessaire d'en créer une nouvelle.

Présomption d'inefficacité, de lourdeur des agences face à l'urgence ? Bien sûr, le temps était compté mais bien des administrations révèlent aujourd'hui des trésors de célérité et d'adaptation à la situation, en mobilisant massivement le télétravail de leurs agents, en s'affranchissant des *process* inutiles, en réduisant les chaînes hiérarchiques et en raccourcissant les délais dans des proportions étonnantes.

S'agissait-il, en créant ce *Conseil scientifique*, de se donner plus de marges de manœuvre et de se doter d'une capacité de décision autonome ? Faut-il y lire la tentation de faire sans les corps intermédiaires ou une certaine méfiance à l'encontre des administrations centrales ?

Ou était-ce que les questions sortaient du domaine de compétence des acteurs en place ? Si on considère le rapport du *Conseil scientifique* du 23 mars 2020 sur le confinement et d'autres « points d'alerte », il ne semble pas qu'une expertise concertée conduite dans les différentes instances (Haut Conseil de Santé Publique, Santé France Publique, ANSM, etc.) et rapportée devant une instance commune eût été irréalisable.

Admettons que les aspects « sociétaux » de la pandémie représentent des enjeux relativement nouveaux et qu'ils peuvent expliquer la création du premier *Conseil scientifique*, même si les expertises collectives combinées du Haut Conseil de Santé Publique, du Comité consultatif national d'éthique, du Conseil d'État ou des organismes de recherche pouvaient parfaitement faire l'affaire. Le Conseil d'État n'a d'ailleurs pas manqué de faire valoir une analyse fouillée du confinement (au contentieux).

Le terrain sur lequel est censé opérer le deuxième conseil, créé fin mars (*Comité analyse recherche expertise, CARE*) paraît bien occupé. Qu'il ait fallu éteindre la polémique sur les propriétés de l'hydroxychloroquine n'est pas un argument convaincant. Constituer une deuxième instance *ad hoc* dont on ne connaît pas davantage les règles de fonctionnement que pour la première et dont les modalités de recrutement ne correspondent à aucune procédure connue¹², ne fait qu'ajouter à la confusion et démontre un peu plus les opérateurs dont les missions sont ainsi phagocytées¹³.

La question de la coordination et du conflit

Les instances nouvelles ont alimenté l'actualité, fourni des interlocuteurs aux médias, toujours friands de nominations et de « bons clients », et ont servi un temps de bouclier mais

cela ne dure guère. Les autorités se retrouvent à nouveau très vite en première ligne, avec pour seul viatique des analyses plus ou moins opératoires¹⁴.

L'évolution au fil des semaines est d'ailleurs symptomatique : certaines instances retrouvent la parole (ainsi de l'Académie de médecine sur le port du masque) ; certaines organisations deviennent plus visibles : on comprend que l'ANSM est mobilisée face à la pénurie de médicaments de réanimation et approuve des études cliniques ; la HAS produit des avis et s'est organisée pour élaborer des réponses rapides aux sollicitations des pouvoirs publics...

Les institutions reprennent pied. Mais cela laisse entier le sujet initial de la coordination.

Les conflits entre organisations en font partie et l'histoire de la santé publique regorge d'exemples et d'anecdotes, quand ce n'est pas de scandales, en la matière.

Si la plupart des questions sociales et politiques sont anciennes, celles-ci se métamorphosent sans répit pour reprendre le titre du beau livre de Robert Castel. C'est bien parce qu'elles se répètent qu'il faut s'y pencher...

Travailler dans la durée sur le champ de la santé et ses politiques, c'est, pour les sciences sociales, étudier comment la compétition, les tensions et les conflits structurent les réponses qu'offrent les soignants aux patients, les choix de recherches ou encore la formation des politiques publiques : les conflits entre l'anesthésiste et le chirurgien, entre l'anapath et l'investigateur principal d'un essai de médecine personnalisée en oncologie, entre la ville et l'hôpital, entre la DGOS (direction générale de l'offre de soins) et la DGS, entre l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et l'INVS (Institut de veille sanitaire) au moment de leur intégration dans Santé Publique France, entre le ministère de l'Agriculture et celui de la Santé concernant les politiques alimentaires, etc., tout cela alimente la chronique dans le champ de la santé, comme dans les autres champs d'action publique.

Il reste que les tensions, les conflits, les compétitions sur les missions et les compétences perturbent la coordination entre acteurs. Il s'agit là d'un constat d'une grande banalité et les lois ou les plans des ministres de la Santé successifs manifestent chaque fois ce souci d'améliorer la coordination et la coopération entre acteurs : SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire), pôles, réseaux, fusion, GHT (groupements hospitaliers de territoire), CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), etc.

La crise rend la fragilité de nos organisations plus saillante

12 - La loi du 23 mars a donné une existence légale au Conseil scientifique.
13 - On soulignera toutefois l'initiative de la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, visant à faire remonter à cette instance des idées et propositions des universités et centres de recherche ; une initiative qui aurait également pu s'opérer avec le Conseil scientifique.

14 - Ainsi de la synthèse de l'avis du 23 mars, pesée au trébuchet : « La mise en œuvre du confinement a modifié profondément les comportements et la situation du pays. Le confinement est actuellement la seule stratégie réellement opérationnelle, l'alternative d'une politique de dépistage à grande échelle et d'isolement des personnes détectées n'étant pas pour l'instant réalisable à l'échelle nationale. Le confinement doit être strictement mis en œuvre et bénéficier d'une large adhésion de la population, comme ceci semble être le cas. »

encore. La coopération et la coordination demeurent le maillon faible – le « peu-pensé » – des dispositifs de préparation. Sans que cela ne constitue encore une base empirique suffisamment solide pour en tirer des conclusions définitives, de l'ensemble des territoires français remontent aujourd'hui des récits de médecins, de fonctionnaires, de policiers, de pompiers, d'organisations régionales, etc. qui ne savent pas comment coopérer, qui parfois s'affrontent dans de vaines luttes de territoire ou qui agissent de manière non coordonnée, voire contradictoire.

Dans ce contexte, la nomination du Général Richard Lizurey pour « évaluer l'organisation interministérielle de la crise » ou celle de Jean Castex pour piloter un travail interministériel sur la sortie du confinement témoignent à la fois de la persistance de problèmes de coordination au sommet de l'État et d'une créativité institutionnelle toujours vivante : on crée de nouveaux dispositifs pour améliorer la coordination entre les organisations existantes, lesquels contribuent paradoxalement à accroître la confusion, alors qu'il existe notamment une CIC (cellule interministérielle de crise), dont la coordination est la mission première.

Même si nous ne nourrissons pas d'espairs démesurés dans l'efficacité des plans de préparation constitués (comme nous le disait un militaire : « *A la guerre, le premier mort, c'est le plan* »), on devrait cependant consacrer plus de ressources et d'intelligence à améliorer les mécanismes de coopération interinstitutionnels.

Car à concevoir ces plans sans les mobiliser, à les tester sans les mettre réellement à l'épreuve, l'État suscite des attentes qu'il n'est pas en mesure d'honorer. Il crée un sentiment indu de protection et de sécurité. C'est de l'existence d'attentes de sécurité déçues par un pouvoir régalien qui revendique depuis longtemps la maîtrise de la sécurité sanitaire, ainsi qu'une jurisprudence épaisse ne cesse de le confirmer, que se nourrit ensuite le complotisme.

La vertu des procédures d'expertise collective normalisées

Même si on avait dû remettre cent fois l'ouvrage sur le métier, on pensait disposer d'une doctrine et d'une organisation en matière d'expertise en santé publique, de sécurité sanitaire et d'évaluation des biens et services de santé. Celles-ci avaient été élaborées au fil des ans, au gré des crises, en mobilisant là aussi l'expérience de nos partenaires. Les institutions supports (les agences) avaient été bâties dans la durée, depuis les années 1990, largement dotées, souvent remaniées, on l'a dit, pour tenir compte de telle ou telle défaillance.

Une méta-expertise très riche a de fait accompagné cette construction pour bien distinguer les objets (évaluation / gestion des risques par exemple), en faire émerger de nouveaux (la préparation aux menaces sanitaire de grande ampleur, par exemple), consolider les procédures d'une expertise collective, garantir la déontologie (et la gestion

des liens d'intérêt), organiser la participation des parties prenantes, dont les usagers, élaborer la communication... Avec la crise de « vache folle » et les controverses en matière de santé environnementale, on avait ainsi appris à distinguer au fil du temps 1) les rapports charpentés des comités d'experts, 2) les avis plus « politiques » rédigés par les directions des agences, 3) les conséquences tirées par les pouvoirs publics.

La délibération est vertueuse. Ce n'est pas une perte de temps. D'ailleurs, le Conseil scientifique illustre ce parti pris. Mais la délibération a aussi ses règles, ses procédures (en particulier celles de la concertation, du contradictoire et des avis divergents). Leurs avis reposent sur un substrat de connaissances, qui ne se limite pas aux qualités éminentes d'experts nommés par le Prince, et sur un travail d'instruction (qui peut être contraint en termes de durée en cas d'urgence).

Ce n'est pas uniquement pour mettre la décision à bonne distance du politique qu'on avait inventé le système des agences. C'était aussi pour asseoir autant que faire se peut la décision publique en situation de controverse et par gros temps.

Henri Bergeron, Olivier Borraz & Stéphane Le Bouler