



Les risques sanitaires

Michel Setbon

M. Setbon : Cnrs-GAPP, École normale supérieure, 61, avenue du Président-Wilson, 94235 Cachan Cedex, France.

► Des changements récents affectent l'approche des risques sanitaires dans le cadre de la santé publique en France. La question posée est celle des facteurs qui conduisent à repenser les principes, règles et définitions structurant la démarche scientifique d'évaluation des risques sanitaires. L'importance prise et reconnue à la demande sociale de protection contre les risques perçus par le public profane explique cette évolution aux conséquences encore incertaines. L'impact de cette récente évolution se mesure dans le plébiscite suscité par le principe de précaution et par la montée en puissance des mesures de sécurité sanitaire. ◀

TIRÉS À PART

M. Setbon.

Dans le champ de la santé publique, les risques sanitaires sont devenus un sujet majeur de préoccupation, de connaissance et d'intervention publique dans nos sociétés démocratiques développées [1]. En France, ce changement récent traduit la diffusion dans l'ensemble de la société d'un sujet resté jusqu'à présent limité à un petit cercle de scientifiques. Pour ces derniers, le risque (sanitaire) représente un concept capable de rendre compte (décrire et prédire) de la survenue d'événements adverses à l'échelle de la population, concept directement en relation avec des possibilités d'intervention pour le réduire. Tout risque sanitaire est ainsi défini comme la combinaison de la probabilité de survenue d'un danger donné et de la magnitude de ses conséquences. La démarche scientifique vise un double objectif : d'une part, estimer-évaluer le risque, d'autre part en fournir une explication causale, par ailleurs très difficile à démontrer [2]. Pour de multiples raisons, l'utilisation de cette approche par le risque au service de la santé publique restait exceptionnelle dans notre système de santé voué au curatif [3]. Autrement dit, non seulement le risque sanitaire n'avait de consistance qu'une fois quantifié et estimé, mais de plus cette connaissance s'avérait rarement traduite sous forme d'action publique. Le drame du sang contaminé, crise majeure en liaison avec un problème de santé publique

(le Sida) [4], a contribué à populariser le concept de « risque sanitaire » tout en développant de multiples controverses sur son contenu et sur les relations entre connaissance scientifique et gestion publique des risques.

L'attention et les débats se sont focalisés sur la gestion des risques sanitaires. Aux questions propres au champ scientifique : combien ? quels facteurs de risque ? quelles conséquences ? s'en ajoutent de nouvelles, de nature sociétale : faut-il ou non accepter de prendre certains risques, même si la connaissance disponible se limite à de simples hypothèses (organismes génétiquement modifiés [OGM], greffes xénogéniques, encéphalopathie spongiforme bovine [ESB], etc.) ? L'incertitude autorise-t-elle l'inaction, sinon sur quelles bases décider de l'intervention publique et quelles sont les réponses acceptables ? Paradoxalement, ce nouvel intérêt pour le risque et sa gestion se traduit par une remise en cause du cadre scientifique et de son monopole sur l'évaluation du risque à travers trois évolutions : le champ du risque s'est étendu à celui du danger comme risque potentiel, l'évaluation scientifique s'est trouvée contestée par la perception sociale et individuelle du risque [5] et sa gestion poussée à se renouveler par la demande de sécurité sanitaire. L'objet de cet article est de proposer une synthèse des différents courants et changements qui affectent les deux éléments interdépendants de la construction des

risques sanitaires, leur connaissance et leur gestion, en partant de l'assimilation, socialement construite, entre risque et danger [6].

Risques sanitaires et dangers

L'explosion du champ des risques sanitaires est un phénomène auquel nous assistons depuis quelques années et à la construction duquel participent scientifiques, publics profanes et gestionnaires publics. Elle a deux causes essentielles: d'une part, la disparition progressive des limites entre les concepts de risque et de danger (*hazard*), d'autre part la forte demande sociale (réelle et/ou perçue) de protection contre toutes les menaces auxquels les individus et/ou la société seraient exposés. La conjugaison de ces deux causes de nature différente, l'une cognitive, l'autre socio-politique, a pour effet de remettre en cause le paradigme conditionnant l'intervention publique à la démonstration de l'imputation causale du risque. En France, la menace de la responsabilité juridique rétrospective est venue renforcer ce mouvement [7].

La définition scientifique probabiliste réduisait le champ du risque sanitaire à la seule catégorie d'événements adverses identifiables par une incidence mesurée par l'épidémiologie [8]. Au point que pour certains, risque reste synonyme d'incidence [9]. Le corollaire en était que sans incidence constatée, pas de risque, et sans estimation de la probabilité-magnitude en relation avec une source, pas de réponse pour gérer le risque. La contestation de cette définition s'est développée à partir de ses insuffisances, tant à prendre en considération certains risques non observables ou non rapportés (cas des risques hypothétiques faiblement étayés), qu'à permettre une anticipation précoce de risques difficiles à caractériser. Avec pour effet une tendance à considérer la plupart des dangers comme des risques.

Le danger, lui, est défini comme une menace potentielle pouvant donner lieu à un risque sanitaire dès lors que des effets adverses sont identifiés et appréciés en relation avec sa source. Dans ce sens, si le risque sanitaire traduit la concrétisation d'un danger,

tous les dangers ne constituent pas des risques sanitaires. Par exemple, le tabac est un danger qui donne lieu, *via* le tabagisme, au risque (probabilité et cause) de cancer du poumon, ou encore la *listeria* est un danger présent dans certains aliments qui, à certaines conditions (quantitatives et qualitatives) peut devenir un risque sanitaire. Mais aussi, une substance toxique est un danger pouvant cacher un risque qui, faute de surveillance ou de conséquences cliniques visibles, ne peut être identifié et caractérisé comme risque; ce fut le cas de l'amiante pendant de nombreuses années, le risque d'encéphalopathie spongiforme transmissible (ESST) à partir de l'ESB, etc. Le problème se complique dans la mesure où, selon les secteurs, l'acceptabilité de la présence d'un danger varie: la toxicité connue de certains produits chimiques utilisés dans l'industrie ou à l'échelle individuelle n'entraîne pas leur interdiction *a priori*, mais seulement *a posteriori* quand le risque (fréquence + magnitude) est caractérisé; il en est de même pour le médicament; en revanche, dans l'alimentation, tout danger devrait, en principe, être écarté, même si certains sont tolérés. Cette acceptabilité ou inacceptabilité renvoie à la connaissance du risque sur laquelle se fonde toute évaluation avant d'ouvrir sur la question de l'action publique.

La construction cognitive des risques sanitaires

La distinction entre risque et danger, propre à l'approche scientifique, n'est pas partagée par le public profane [10]. Un danger peut être perçu comme un risque important tandis que bien des risques ne sont pas perçus comme dangereux, c'est-à-dire ne retiennent pas son attention. Ce qui fait de l'acceptabilité (ou de l'inacceptabilité) des risques sanitaires une construction sociale progressive, au cours de laquelle s'opposent l'évaluation issue de la démarche scientifique et celle déterminée par la perception sociale du risque [11]. Chacune possède sa propre légitimité et s'accompagne de limites spécifiques. L'objectivation scientifique est un processus long et lent, aux conclusions incertaines et

réfutables. Une enquête épidémiologique visant à savoir s'il existe un risque (attribuable) de leucémie chez les enfants habitant autour d'une usine de retraitement des déchets nucléaires fournit des résultats problématiques ([12], voir aussi [13]). De même, les recherches concernant d'éventuels effets indésirables attribués au vaccin contre l'hépatite B [14]. Souvent, l'investigation d'une hypothèse faiblement étayée conduit à un constat d'incertitude. La perception des risques et des dangers par le public, se démarque de l'approche scientifique par sa nature subjective et résolument évaluative, entendue comme jugement de valeur sur leur acceptabilité [15]. Longtemps négligée pour sa nature subjective, la perception du risque est aujourd'hui reconnue comme une forme légitime d'évaluation des risques sanitaires. Elle est devenue un objet d'étude scientifique dans la mesure où elle s'est imposée à la fois comme une approche concurrente et comme une variable pertinente de l'intervention publique. La plupart des travaux sur la perception du risque montre que ses déterminants sont multiples, qu'ils varient en fonction de la nature du risque et que des valeurs y tiennent une place décisive [16], telles l'acceptabilité de nouvelles technologies, le jugement moral, le souci de l'environnement et celui des générations à venir.

La difficulté majeure est de rendre compte de ces perceptions dans la gestion du risque. Faut-il utiliser cette connaissance sur les perceptions, par ailleurs volatile, pour les modifier, objectif auquel correspond le développement du champ de la communication sur le risque [17] ou, au contraire, l'intégrer dans les décisions publiques, selon le modèle, mal défini, de démocratie sanitaire? Autrement dit, face à une hypothèse de risque fortement perçu par une grande partie du public (cas des OGM), les choix de gestion retenus peuvent relever de deux logiques différentes, scientifique ou politique. La question dès lors ne se limite plus à l'appréciation du risque (y a-t-il un risque pour la santé? De quelle magnitude? A quel niveau d'exposition?), mais s'étend à celle de l'acceptabilité sociale à courir ce risque, en fait à accepter l'incertitude.

La construction de la gestion des risques sanitaires

Poussée par la demande sociale de protection contre tous les dangers perçus que renforce la menace de la responsabilité juridique, l'intervention publique face aux risques sanitaires issus du système de santé, de l'alimentation et de l'environnement est devenue un impératif politique. Le changement est de taille, d'autant que l'intervention publique sur des problèmes de santé publique à partir du risque (Sida, tabagisme, maladies cardio-vasculaires, etc.) était exceptionnelle en France, et en général timide. Ce tournant en matière de gestion des risques sanitaires s'accompagne de deux tendances récentes: d'une part, parmi les multiples formes possibles d'action, le recours à des mesures de sécurité sanitaire devient de plus en plus fréquent [18]; d'autre part, la référence faite au principe de précaution dessine les contours d'un nouveau modèle pour l'intervention publique, réduisant un peu plus le recours au modèle préventif. Ce double mouvement paradoxal a pour effet d'inverser les relations de détermination entre connaissance et gestion des risques sanitaires, en même temps que la priorité politique accordée à la sécurité sanitaire marque une radicalisation de la gestion. La comparaison entre l'ancien modèle préventif et le nouveau, figuré par le principe de précaution, permet de souligner les fondements et les implications de ce changement.

La prévention se fonde sur une connaissance factuelle même si très réduite, propose d'agir sur les facteurs de risque et vise à réduire le risque (l'incidence) à l'échelle de la population exposée. La connaissance des facteurs de risque représente un impératif, du fait que seule leur identification permet de déterminer les modalités d'action visant à en réduire la fréquence, condition pour réduire l'incidence: par exemple, les facteurs de risque de transmission de l'infection à VIH, telles les relations non protégées et la réutilisation de seringues par les usagers de drogue. Mais les effets de l'action définie à partir des facteurs de risque seront d'autant plus tardifs que leur connais-

sance est difficile à produire. En même temps, les formes d'action, en général ciblées sur des groupes particuliers, posent des problèmes de nature politique [19]. De plus, l'objectif visé et accessible est une réduction du risque, pas sa suppression. Le modèle préventif comme démarche liant connaissance et action, peut s'appliquer à des comportements ou à des produits/activités. Dans le dernier cas, la prévention vise la source du risque, sous forme de mesures de sécurité sanitaire: par exemple, supprimer l'amiante, interdire la commercialisation de certaines parties de la viande bovine (matériaux à risque spécifié), ou encore rendre obligatoire le recours à la biologie moléculaire pour améliorer la détection de certains agents pathogènes dans les dons de sang, représentent des mesures de sécurité sanitaire. La prévention appliquée à des produits/activités se différencie doublement de celle propre à la démarche de santé publique centrée sur les comportements: d'une part, elle ne vise pas une population identifiée par son exposition ou sa vulnérabilité, mais la source supposée du risque et se veut donc universelle; d'autre part, elle s'exerce par des mesures réglementaires visant ou affichant un objectif de quasi-suppression du risque, voire d'éradication. Ses formes d'action privilégiées sont l'interdiction, la suspension, l'autorisation de mise sur le marché; autrement dit, elle est plus radicale et s'exerce à travers la régulation. L'émergence du principe de précaution a permis de ne plus limiter aux risques (estimés et évalués) le champ de la sécurité sanitaire, mais de l'étendre aux dangers [20].

Qu'elle soit entendue comme une approche ou avancée comme un principe, la précaution propose d'agir en situation d'incertitude, parfois même de se contenter d'une simple hypothèse de causalité ou d'incidence. Son objet ne se limite pas seulement au risque, mais s'étend au danger, soupçonné de se réaliser sous forme de risque. Dans cette perspective elle s'affiche comme une réponse capable de dépasser les limites de la prévention ou les difficultés de sa mise en œuvre en gérant l'incertitude au bénéfice de la sécurité; en même temps, son utilisation témoigne de

l'importance reconnue à la perception du risque et de la nécessité d'en réduire l'intensité. S'y ajoute la perspective que le défaut de précaution puisse être retenu rétrospectivement lors d'actions judiciaires pour établir la responsabilité des gestionnaires du risque, voire leur culpabilité. Indiscutablement, l'écho enthousiaste que ce modèle suscite auprès du public et de certains gestionnaires est tout aussi réel que les questions soulevées par ses perspectives d'application. Difficile à utiliser pour modifier des comportements à risque, son champ d'application privilégié est celui de la sécurité sanitaire, et ce d'autant plus aisément qu'il s'agit de produits ou d'activités ne circulant pas encore sur le marché: OGM, xénogreffes, viande aux hormones, etc. Quand il porte sur des produits ou activités présents sur le marché, les difficultés à s'y conformer apparaissent, surtout quand ils apportent des bénéfices sanitaires certains: cas de mesure de suspension de la vaccination contre l'hépatite B chez les préadolescents, risque hypothétique de transmission du nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob par transfusion sanguine. Dans les domaines de l'alimentation et de l'environnement, la difficulté structurelle à estimer un risque à partir d'un danger sans incidence ni causalité fondées, rend toute mesure d'interdiction périlleuse, compte tenu des conséquences sociales, économiques et politiques qu'elle entraîne. Si à l'heure actuelle, il est hasardeux de prédire quelle sera la réalité de la place accordée à la précaution, on peut avancer un pronostic: son apport effectif à la santé publique dépendra du discernement avec lequel il sera appliqué, tandis que son utilisation intempestive ne manquera pas de freiner le développement de la recherche sur les risques sanitaires ■

RÉFÉRENCES

1. Beck U. *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage, 1992.
2. Pearl J. *Causality*, New York: Cambridge University Press, 1999.
3. Haut Comité de la santé Publique. *La santé en France, rapport général*. Paris: La Documentation Française, 1994.

RÉFÉRENCES

4. Setbon M. *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage: décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède.* Paris: Le Seuil, 1994.
5. Wynne B. Understanding public risk perceptions. In: Saltelli A, et al., eds. *Risk analysis in nuclear waste management.* Bruxelles: ECSC-EEC-EAEC, 1989.
6. Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S. Facts and fears: understanding perceived risk. In: Schwing RC, Albers WA, eds. *Societal risk assessment: how safe is safe enough.* New York: Plenum Press, 1980.
7. Etchegoyen A. *Le temps des responsables.* Paris: Agora, 1996.
8. Samet JM, Schnatter R, Gibb H. Epidemiology and risk assessment. *Am J Epidemiol* 1998; 148: 929-36.
9. Abenham L. Nouveaux enjeux de santé publique: en revenir au paradigme du risque. *Revue Française des Affaires Sociales* 1999; 1: 31-44.
10. Kasperson RE, 2 autres auteurs SVP, et al. The social amplification of risk: a conceptual framework. *Risk Analysis* 1988; 8: 177-91.
11. Freudenbourg WR. Percived risk, real risk: social science and the art of probabilistic assessment. *Science* 1988; 242: 44-9.
12. Viel JF, Podel D. Incidence of leukaemia in young people around the La Hague nuclear waste reprocessing plant: a sensitivity analysis. *Stat Med* 1995; 14: 459-72.
13. Spira A, Boutou O. *Rayonnements ionisants et santé.* Rapport. Paris: Faculté de médecine Paris Sud-Inserm, 1998.
14. Sadovnick AD, Scheifele DW. School-based hepatitis B vaccination programme and adolescent multiple sclerosis. *Lancet* 2000; 355: 549-50.
15. Slovic P. Trust, emotion, sex, politics and science. In: Tubiana M, et al. eds. *Risque et société.* Paris: Nucléon, 1999.
16. Dake K. Orienting dispositions in the perception of risk: an analysis of contemporary worldviews and cultural biases. *J Cross-Cultural Psychol* 1991; 22: 61-82.
17. Morgan MG, Lave L. Ethical consideration in risk communication practice and research. *Risk Analysis* 1990; 10: 355-8.
18. Tabuteau D. *La sécurité sanitaire.* Paris: Berger-Levrault, 1994.
19. Setbon M. Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique. *Revue Française des Affaires Sociales* 1996; 2: 11-28.
20. Kourilsky P, Viney G. *Le principe de précaution. Rapport au Premier ministre.* Paris: Odile Jacob-La Documentation Française, 2000.

ms2000

Summary

Health risks

This summary provides a status report on recent changes affecting approaches to health risks in the French public health sector. The essential issue relates to factors which lead to a complete rethinking of the principles, rules and definitions which structure the scientific approach to risk assessment. The importance which has been given to such risks, the nature of which are widely-perceived by the general public, explains the reasons for this development, the consequences of which are as yet uncertain. The main impact of this development is illustrated by a greater public awareness of the need to take precautions and by the rapid expansion of health safety measures. In France, the current public interest in health risks follows hot on the heels of a period of total disinterest for public health measures based on risk analysis. Such widespread attention on an area which was hitherto monopolised by a handful of scientists is paralleled by a questioning of the rules and conventions related to risk identification and assessment. The aim of this summary is to examine this change in relation to three distinct social phenomena: high social demand for health and safety; the questioning of the established distinction between risk and danger; the importance of risk perception in risk assessment and risk management. Analysis of these issues helps to bring to light the modifications which affect the relationship between awareness and management of risks. There are two main, closely-linked consequences of this change: the first of these is illustrated by the importance granted to the precautionary principle, which can help to offset the inadequacies of traditional prevention; the second is shown by the radical and generalised nature of health and safety measures implemented by the public authorities – these measures are clearly intended as a response to public demand for protection against danger.

**Ouverture, à la rentrée Universitaire 2000,
d'un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
(DESC) en addictologie**

Une mesure du plan triennal

Dans le cadre du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, adopté par le Gouvernement le 16 juin 1999, un certain nombre de mesures visaient à améliorer la formation initiale et continue des médecins.

En effet, il est nécessaire de permettre aux personnes ayant acquis des compétences en toxicomanie, en alcoologie et en tabacologie d'avoir une reconnaissance universitaire.

Comment il se déroule ?

Il est mis en place sur deux ans et comporte deux volets de formation :

- une « théorique » (120 heures d'enseignement) constituée de 6 modules (problématique générale, santé publique : aspects sociaux et législatifs, approche spécifique des addictions, les conduites à tenir),
- une « pratique » comportant 4 semestres de stages validants.

Comment s'inscrire ?

Chaque interne, médecin ou spécialiste qui souhaite s'inscrire est invité à prendre contact au secrétariat du 3^e cycle de sa faculté de Médecine d'origine avant le 1^{er} décembre 2000.

Contact presse : MILDT – Patrick Chanson – Tél. : 01 40 56 62 88.