

La crise qui ne vient pas. Essai de comparaison de deux réponses sanitaires aux menaces de pandémie grippale (Etats-Unis 1976, France 2009)

François Buton (CNRS-CEPEL) et Frédéric Pierru (CNRS-IRISSO)

Communication au XIème Congrès de l'AFSP – Strasbourg, 2011

« *L'avantage de l'anticipation est la capacité à se préparer. Le corollaire est le degré d'incertitude sur les caractéristiques de l'événement qui croît avec le degré d'anticipation* »¹

Introduction :

Ce papier présente les éléments provisoires d'une réflexion comparative plutôt qu'un véritable travail d'enquête sur les deux politiques de santé publique considérées ici, ce pour deux raisons. Les sources, d'abord, sont surabondantes, et n'ont été que très partiellement dépouillées. On en trouve plusieurs sur la crise de 1976. Intitulée *The Swine Flu Affair*, l'étude du politiste Richard Neustadt et du spécialiste de santé publique Harvey Fineberg (1978) constitue une source pour l'histoire : elle a fortement cadré la connaissance de l'épisode américain en 1976, en lui donnant son nom d'« affaire » et en servant de source majeure de référence aux responsables sanitaires, aux hommes politiques, aux journalistes et aux historiens, aux Etats-Unis comme en France – sa réédition sous forme électronique et gratuite en 2009 a sans doute accru son audience². Il existe pourtant d'autres analyses et témoignages sur le sujet³, outre les sources primaires conservées par les administrations (dont quelques-unes ont été examinées ici).

Quant à la politique française en 2009, elle s'inscrit dans un contexte global et peut être examinée à l'aune de sources innombrables : on n'en finirait pas de compulser les études officielles des agences et autorités sanitaires, des articles et dossiers de journaux, des articles de revues scientifiques en virologie, santé publique et épidémiologie, sans parler des prises de position électroniques du grand public. Il suffit d'ajouter à l'expression « *pandemic influenza* » les termes de « *global health* », « *emerging (infectious) disease* », ou de « *preparedness* » pour avoir une idée de l'abondance de la littérature. Les publications des épidémiologistes et spécialistes de santé publique sont écrasantes, la production officielle également : le seul site de l'INVS présente 155 documents pour le mot-clé « H1N1 », celui du secrétariat d'Etat à la Santé, 249 (au 20 juin 2011). On s'appuie ici sur un nombre limité de sources.

D'autre part, l'entrée choisie pour analyser ces pandémies qui « ne viennent pas », ou du moins pas sous la forme de l'hécatombe, est celle des agences de surveillance sanitaire. C'est dans le cadre d'une enquête sur la surveillance épidémiologique en France depuis les années 1970, que nous avons été amenés à croiser l'histoire de la surveillance épidémiologique américaine : le renouveau de la première est inséparable de l'extension de la deuxième. Nous chercherons ici à décrire et comparer l'attitude des épidémiologistes américains et français dans chaque situation, aussi bien dans la mobilisation de crise que dans la légitimation d'après crise.

Avertis de l'importance de l'affaire de 1976 dans l'histoire de l'agence américaine, les CDCs (l'un de ses plus grands « échecs », ayant entraîné le limogeage de son directeur), nous avons été

¹ Françoise Weber, directrice de l'InVS, *Rapport annuel de l'InVS*, 2009.

² Neustadt, Richard, Fineberg, Harvey (2009/1978), *The Swine Flu Affair. Decision-Making on a Slippery Disease*, Electronic Edition.

³ Par exemple le numéro spécial d'*Emerging Infectious Diseases* (vol 12 ; n°1, 2006).

particulièrement attentifs à la crise de 2009, dont le parallèle avec 1976, au moins dans le cas Français, est troublant. Sans doute une différence majeure distingue fortement, et de manière évidente, les deux crises : celle de 1976 est une crise strictement nationale, une déclaration grippale qui ne se propage, alors qu'en 2009 la crise est véritablement internationale, provoquée par une pandémie moins dangereuse que prévue.

Plusieurs éléments, immédiatement accessibles, rapprochent pourtant de manière frappante les deux cas. Le virus grippal, d'abord, relève de la même souche H1N1 d'origine porcine. Il n'a cependant pas la même signification : il renvoie à la grippe « espagnole » de 1918 pour les Américains en 1976, à la crise asiatique de 1957 pour les Français en 2009, lesquels, surtout, comme le reste du monde, attendent l'attaque de la souche H5N1 de la grippe aviaire. Les mesures choisies, ensuite, ainsi que la rapidité, sinon la précipitation dans leur mise en œuvre : les plans de vaccination de masse sont décidés quelques semaines à peine après la découverte du foyer d'infection. L'engagement de l'Etat et du pouvoir politique national/fédéral est alors complet : la ministre française de la Santé Mme Bachelot-Narquin se fait vacciner devant les caméras comme le président américain Gerald Ford trois décennies plus tôt. Les « obstacles » rencontrés rapprochent également les crises. Les mêmes effets secondaires sont rapportés (et controversés) sous la forme du syndrome Guillain-Barré, une complication du système nerveux central. Les critiques médiatiques et les mises en cause politiques sont permanentes tout au long de la vaccination, et il s'en faut de beaucoup que les plans atteignent leurs objectifs. C'est finalement, et surtout, sous la forme de la crise politique que les deux épisodes sont caractérisés et pensés par leurs principaux acteurs eux-mêmes. Les résistances sont nombreuses à la vaccination, la mise en cause des gouvernants est massive dans les médias, elle est relayée au niveau politique (par des commissions d'enquête parlementaire, par exemple).

Affaires ou crises, les deux « pandémies » de grippe porcine - ou plutôt la simple déclaration (« *outbreak* ») de 1976 et la pandémie mineure de 2009 - voient ainsi s'enchaîner trois moments assez simples, qui rapprochent l'action politique de l'action militaire en temps de guerre : la menace (« *threat* ») concrétisée par le surgissement de la maladie (« *outbreak* ») ; l'anticipation et l'état d'alerte (« *preparedness* ») permettent la décision en urgence et l'engagement « total », et au plus haut niveau, dans le conflit ; le défaut de combat met en cause les décisions des stratèges⁴. La catastrophe annoncée n'ayant pas eu lieu, l'état d'alerte et le plan de bataille sont réinterprétés comme des fautes politiques. En 1976, l'épidémie est cantonnée aux conscrits de Fort Dix, dans le New Jersey : 13 cas avérés de grippe, 500 cas estimés, et 1 mort, en février 1976 ; la pandémie est guettée en vain tout au long de l'année en France, et touche finalement moins de personnes que la grippe saisonnière (342 décès et 1334 cas graves⁵), même si les victimes présentent un profil différent (davantage de 25-45 ans).

Malgré tout l'intérêt que mérite l'enquête de Richard Neustadt et Harvey Fineberg⁶, on ne retiendra pas le terme d'affaires pour réfléchir à ces deux épisodes. Si tout scandale suppose la mise en forme publique d'une indignation sur le mode accusatoire, le passage à la forme affaire suppose un retournement de l'accusation le plus souvent dans l'arène judiciaire. Or, si l'on identifie facilement ici un retournement (le gouvernant-protecteur accusé d'avoir sur-réagi et alerté inconsidérément la population protégée), il ne concerne pas un accusateur. Les cas traités articulent plutôt une série de scandales et une diversité de causes, au sens de mobilisations collectives qui désingularisent les scandales (les relations gouvernants-industrie, le rôle des experts

⁴ Les parallèles avec la politique étrangère américaine (la guerre en Irak) sont d'ailleurs dressés par certains commentateurs.

⁵ Source : BEH (2010). N° 24-26.

⁶ Neustadt, Richard, Fineberg, Harvey (2009/1978), *The Swine Flu Affair. Decision-Making on a Slippery Disease*, *op.cit.*

ou des médias)⁷. D'autres modèles théoriques nous semblent d'une plus grande valeur heuristique. La notion de conjoncture critique permet de décrire et comprendre l'enchaînement décrit⁸. La menace de crise sanitaire et sa non-concrétisation sont l'une et l'autre au principe d'une conjoncture critique, sinon d'une crise générale, pour le pouvoir politique. Les travaux de S. Cohen sur les paniques morales, de N. King sur les politiques d'échelle ou de L. Festinger sur les dissonances cognitives offrent également un éclairage à ces crises sanitaires qui ne viennent pas⁹.

Dans l'enchaînement décrit, les épidémiologistes en charge de la surveillance sanitaire jouent un rôle clé qui n'est pas exactement le même à trois décennies d'intervalles, mais qui présente quelques caractéristiques constantes. On voudrait le décrire et l'analyser en réinsérant la « crise » dans la séquence plus longue de l'avant-crise et de l'après-crise. Si les responsables de la surveillance sanitaire recourent en période de crise à des registres d'actions qui sont ceux du renseignement épidémiologique pour mobiliser les décideurs, ils interviennent également en amont de la crise en contribuant à l'annoncer et en aval en lui conférant un sens précis.

Préparer, mobiliser, légitimer, tels sont les trois axes d'activité des épidémiologistes. La préparation est marquée par une évolution très nette : on passe de l'attente à une logique (et une logistique) de la préparation d'une toute autre ampleur. La mobilisation est marquée par le cadrage (un contexte d'incertitude) qui contraint l'action de « l'expert » (écrire des scénarios) et lui fait jouer en permanence sur l'urgence. La « déception » du résultat n'empêche le retour d'expérience d'autant plus nécessaire que l'agence sanitaire, en tant qu'institution intermédiaire, se trouve dans une position inconfortable, qui l'entraîne vers une forme de prosélytisme aveugle à ses propres limites.

I. Face à la menace qui monte : de l'attente à la préparation.

a) La surveillance épidémiologique face à la menace pandémique : éléments de continuité

La proximité des deux crises soulignée en introduction n'est pas qu'apparente. On doit en effet ajouter aux points communs déjà relevés le rôle des épidémiologistes en charge de la surveillance. Le CDC des années 1970 et l'InVS des années 2000 sont deux institutions en phase de croissance, qui bénéficient d'une certaine reconnaissance.

Sous la direction de Sencer, le CDC a étendu le domaine de son expertise à la lutte contre le paludisme, la nutrition, la lutte contre le tabac, l'éducation à la santé et la santé au travail ; il jouit d'un très grand crédit, malgré l'épisode de l'étude de Tuskegee sur la syphilis (jusqu'au scandale public de 1972, la direction a soutenu le prolongement de l'étude débutée en 1932)¹⁰ ; il semble disposer d'un certain crédit auprès des cercles du pouvoir à Washington, malgré l'éloignement de l'agence (sise à Atlanta). De même, depuis sa création en 1992, l'agence française s'est fortement étoffée en personnel et en missions. Le CDC est même décrit comme la dernière agence fédérale encore crédible dans le contexte critique des années 1970, cependant que l'InVS échappe à la mise en cause régulière des experts sanitaires dans les années 2000, en montrant ses capacités d'adaptation à l'occasion de certaines crises comme celle de la canicule en 2003.

⁷ Boltanski Luc, Claverie Elisabeth (2007). « Du monde social comme scène de procès », dans Offenstadt, Nicolas, Van Damme, Stéphane (dir.). *Affaires, scandales et grandes causes*, Paris, Stock.

⁸ Dobry, Michel (1992/1986). *Sociologie des crises politiques*, Paris, PNFSP.

⁹ Cohen, Stanley (2002/1972). *Folk Devils and Moral Panics*, London & New-York, Routledge ; King, Nicholas B. (2004). « The Scale Politics of Emerging Diseases », *Osiris*, Vol. 19, pp. 62 – 76 ; Festinger, Leon, Rieken, Hank, Schachter, Stanley. (1993/1956). *L'échec d'une prophétie*, Paris, PUF.

¹⁰ Sur l'étude : Reverby, Susan M. (2000). *Tuskegee's Truths: Rethinking the Tuskegee Syphilis Study*. University of North Carolina Press.

Autre élément de proximité, la perception d'un risque de pandémie grippale, ou plutôt de sa possibilité, se présente de la même façon : le niveau d'alerte est très élevé (sinon maximal), et la précocité de l'alerte et de la décision (février-mars en 1976, avril-mai en 2009) permet d'engager un programme de vaccination de masse de la population, toute entière menacée par le nouveau virus, une souche recomposée du H1N1. Dans les deux cas, nulle obligation n'est envisagée : il s'agit simplement de proposer le vaccin à la population, et de la sensibiliser à son utilité. Dans les deux séquences, le programme est censé démarrer avant la date prévue de la pandémie, à l'automne. Il faut insister sur le cadrage de l'annonce comme incertitude et non comme risque : dans les deux configurations, il est impossible de mesurer la survenue de la pandémie en termes probabilistes ; le pire est possible, mais non évaluable comme risque.

L'annonce d'une catastrophe sanitaire telle qu'une pandémie grippale réveille évidemment le spectre des dizaines de millions de mort de la grippe espagnole, tout particulièrement chez les Américains en 1976, où le souvenir de la pandémie de 1918 se nourrit non seulement du récit des aînés, mais aussi de l'expérience directe de certains membres de l'élite américaine. Elle ne peut que rendre envisageable un ébranlement sinon de l'ordre politique, du moins de sa légitimité en matière de protection de la santé de la population.

A vrai dire, l'ébranlement du pouvoir politique lui-même constitue une possibilité sérieuse. A peine sorti de la guerre du Vietnam et du scandale du Watergate, l'Etat américain est confronté au milieu des années 1970 à une mise en crise majeure sur le plan politique, au travers de différentes formes organisées de contestation ; dans la France des années 2000, les crises économiques et financières à répétition, les troubles (émeutes de 2005), et les désaveux réguliers de la démocratie électorale alimentent également la critique de l'ordre politique. Légitimes malgré tout, les deux Etats (et leurs gouvernants en poste davantage encore) demeurent ainsi sous la menace de critiques auxquelles une réponse inadaptée et insuffisante à la pandémie grippale, rendue manifeste par une hécatombe dans la population, risque de donner une puissance bien supérieure. Leur sensibilité aux crises sanitaires est particulièrement forte dans les années 2000, après une série de crises (vache folle, canicule) dont certaines ont pris la forme d'affaires (sang contaminé).

La possibilité d'une pandémie suggère ainsi celle d'une crise politique majeure¹¹, tout comme celle d'un effondrement de la production économique et des échanges, qui n'incite pas les gouvernants à l'inaction. Mais, d'un autre côté, elle ne peut que mettre en crise les décisions prises et les exposer à des critiques légitimes des professionnels de santé, des élus, des médias et de l'ensemble de la société. Autrement dit, l'anticipation de la catastrophe sanitaire ôte aux responsables en charge une part de leur autonomie, pour faire de la protection de la santé un enjeu transversal que chacun a le droit de traiter. Contrairement à la grippe saisonnière, dont le traitement dépend d'un ensemble relativement routinisé et formalisé de pratiques et d'institutions, d'acteurs et de dispositifs scientifiques, techniques et administratifs, la pandémie grippale échappe aux plus éminents spécialistes de cette maladie infectieuse, virologues, épidémiologistes, médecins traitant et administrateurs de la santé, qui ne peuvent se réserver le monopole de la parole publique. Ce processus de désectorisation¹² découle de l'annonce même de la catastrophe dans un pays démocratique et atteint en retour l'annonce elle-même (catastrophisme ou vigilance ?), comme il atteint les mesures décidées pour en tirer les conséquences.

Surtout, alors que la santé est un secteur géré au niveau national, la menace de pandémie modifie la répartition des pouvoirs en procédant à une internationalisation des enjeux : l'OMS est appelée à jouer un rôle central, qui n'a rien d'inédit (l'OIHP ou la Section d'Hygiène de la SDN, notamment, ont tenté avec plus ou moins de succès de jouer ce rôle avant 1945), et elle est au

¹¹ Fassin, Didier (1996), *L'espace politique de la santé*, Paris, PUF.

¹² Dobry, Michel (1992). *Sociologie des crises politiques*, op. cit.

centre de l'attention en 2009. En effet, avec l'émergence, à compter de la fin des années 1970, de « nouveaux risques infectieux »¹³ et l'accélération concomitante de la double dynamique de renforcement et d'internationalisation de la surveillance épidémiologique (notamment à partir de la fin des années 1990), les conjonctures fluides que sont les « crises » épidémiques confèrent aux études, communiqués et niveaux d'alerte de l'OMS le statut de saillances institutionnelles, *i.e.*, de « de points de convergence des anticipations pour les acteurs des crises, et des points de fixation ou, si l'on préfère, des points d'accrochage des interprétations, « estimations » et perceptions dans l'activité de déchiffrement de la situation à laquelle ces acteurs sont condamnés dans ce type de contexte »¹⁴. Comme on le verra, l'autonomisation relative des spécialistes de la surveillance épidémiologique par rapport à leur champ national et le fonctionnement en écho et en réseau des systèmes nationaux et internationaux de surveillance et d'alerte autorisent des stratégies complexes d'imputation de responsabilité et d'évitement des blâmes de la part des acteurs nationaux dès lors qu'ils sont mis en accusation lorsque la pandémie se révèle moins dramatique que prévue. L'OMS fait ici figure de bouc émissaire commode.

Finalement, en 1976 comme en 2009 les responsables de la surveillance épidémiologique, acteurs légitimes voire conquérants, participent à un jeu rendu fluide par l'importance même de l'enjeu.

b) De l'attente à l'anticipation : les transformations de la préparation

Ce dernier n'en demeure pas moins une construction, et l'attente du « *Big One* » dans les années 1970 n'a plus grand-chose à voir avec la préparation et la mise en état d'alerte de la fin des années 2000. D'un côté, les spécialistes d'une surveillance nationale en plein essor voient dans la pandémie grippale l'une des dernières – sinon la dernière – menaces de type infectieux ; de l'autre, un réseau complexe et internationalisé de surveillance se prépare depuis plus d'une décennie à la survenue d'une pandémie grippale, et plus généralement à l'émergence ou la réémergence de menaces infectieuses.

Au milieu des années 1970, l'horizon d'attente des responsables sanitaires est l'éradication des maladies infectieuses ; aux succès de la vaccination ont suivi ceux des sulfamides et des antibiotiques, l'éradication de la variole est sur le point d'être proclamée par l'OMS, les priorités sont ailleurs, dans ces maladies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires) principales responsables de la mortalité générale dans les pays développés. La grippe se distingue cependant des autres maladies par la variabilité de son agent viral, désormais identifié par la virologie. Connu depuis 1933, cultivé à partir de 1940, le virus de la grippe fait l'objet de campagnes de vaccination préventive depuis les années 1950. Les virus de la grippe saisonnière de l'hémisphère nord diffèrent cependant du virus responsable des pandémies grippales, qui se caractérise par sa nouveauté (c'est un sous-type nouveau par rapport aux sous-types existants) et sa dangerosité, pour partie liée à la nouveauté (puisque la population n'a pu acquérir d'immunité contre lui ; tous les nouveaux sous-types ne sont pourtant pas dangereux et/ou contagieux). Les américains ont non seulement en tête la pandémie de 1918, qu'eux et leurs contemporains attribuent au H1N1 de la grippe porcine, mais aussi les deux pandémies de 1957 et 1968, dues à des sous-types nouveaux (H2N2 et H3N2) et responsables d'une nette surmortalité (estimée à 1 million de morts en 1957 et 2 millions en 1968). Ils partagent l'idée d'une régularité de l'ordre d'une décennie dans l'apparition d'un nouveau sous-type, et attendent avec une vigilance inquiète la nouvelle occurrence vers la fin des années 1970. En bref, les responsables de la surveillance sont à la fois confiants dans leurs savoirs et leurs moyens et inquiets face à la menace grippale.

L'identification d'une souche inédite de H1N1 chez des soldats de Fort Dix, dans le New Jersey,

¹³ Raoult, Didier (2005). *Les nouveaux risques infectieux. Grippe aviaire, SRAS et après ?*, Paris, Editions Lignes de Repères.

¹⁴ Dobry, Michel (1992), *Sociologie des crises politiques, op. cit.*, p. 198.

est d'emblée qualifiée de menace pandémique : un soldat est mort (certes après avoir refusé l'hospitalisation et effectué une marche de nuit), plusieurs atteints par le nouveau virus porcin. Dans un premier temps, le directeur du CDC, D.J. Sencer, décide d'intensifier la surveillance : en collaboration avec les responsables de la virologie à la FDA et au NIAID et les autorités militaires, il met en place un dispositif de surveillance autour du camp militaire (sans résultat), recherche l'existence de contacts préexistants des soldats avec des porcs (sans résultat), et lance une étude épidémiologique et virologique dans le camp (12 cas avérés, 500 estimés). Dans un second temps, la réunion du Comité consultatif sur les pratiques de vaccination (ACIP), largement composé de membres du CDC, lui fournit l'opportunité de proposer un plan de vaccination. La recommandation repose largement sur l'opportunité de la vaccination. Les arguments de Sencer sont pour une part scientifiques : l'absence d'immunisation chez les personnes les plus jeunes (le virus est supposé avoir disparu depuis 1918) et l'existence d'une souche saisonnière particulièrement virulente qui pourrait propager la nouvelle souche. Mais ils sont aussi d'opportunité : la précocité de la détection permet d'envisager une production de masse pour l'automne, les vaccins sont sûrs et efficaces, la production d'un vaccin comportant une souche H1N1 est déjà réalisée dans l'armée depuis plusieurs années.

Le consensus n'est pas complet au sein du Comité, un professeur de santé publique suggérant de recommander seulement la production et le stockage des vaccins plutôt que de décider d'emblée leur administration massive. Mais Sencer tient à lier production et vaccination : le memorandum qu'il adresse au pouvoir politique (le mémo chemine du secrétariat d'Etat jusqu'au bureau ovale) contient quatre scénarios sur la vaccination, dont seul celui de la vaccination de masse a sa préférence au détriment des trois autres (ne rien faire, proposer la vaccination aux personnes à risque, proposer la vaccination aux seuls bénéficiaires des programmes fédéraux). La pandémie est possible, il est encore temps d'agir et de se donner les moyens de vacciner 213 millions de personnes en trois mois : tel est le credo de Sencer. Directeur du CDC depuis 10 ans (le plus long mandat), Sencer dispose d'une grande autorité en interne et d'une bonne réputation au sein du gouvernement fédéral. Il n'hésite pas à jouer avec la peur d'une nouvelle grippe espagnole, chez les élites de Washington, au secrétariat d'Etat à la Santé comme à la Maison Blanche. Bien que, trente ans plus tard, il ait reporté sur les conseillers du secrétariat d'Etat la responsabilité du parallèle avec 1918, c'est bien dans son mémo qu'est évoqué, comme second point « factuel », l'identité génétique du virus de Fort Dix avec celui impliqué dans la pandémie de 1918 responsable de la mort de 450 000 américains.

L'étude de Neustadt et Fineberg, réalisée d'après quelques documents internes, les dossiers de presse et par entretiens avec les principaux acteurs de l'affaire (dont Gérard Ford)¹⁵, insiste sur l'importance des « agendas » propres à chacun des spécialistes ayant participé à cette mise en crise. La menace d'une pandémie grippale est une opportunité pour des spécialistes de santé publique en plein essor de montrer leur utilité. Les membres du Comité consultatif sont loin d'être aveugles aux risques d'un programme de vaccination de masse. Ils évoquent ainsi l'absence d'épidémie depuis Fort Dix, la priorité excessive donnée à la grippe au détriment d'autres maladies, le risque de gaspillage financier¹⁶. Mais ces membres semblent avoir d'abord tenu compte d'idéaux professionnel et patriotique : la menace d'une catastrophe est l'occasion pour l'épidémiologie de marquer un point dans l'intérêt de l'humanité en montrant l'efficacité de la prévention, l'opportunité pour ces spécialistes de santé publique de rembourser la société américaine pour leur avoir offert cette carrière professionnelle. Plus prosaïquement, les présidences Nixon et Ford ont eu des conséquences négatives sur le plan budgétaire pour le PHS

¹⁵ Cf. *infra*. Neustadt, Richard, Fineberg, Harvey (2009/1978), *The Swine Flu Affair, op. cit.* .

¹⁶ En revanche, et assez curieusement, ils ne semblent pas s'opposer à certains arguments douteux sur le plan scientifique, comme le « taux » de létalité mesuré à partir du seul cas de décès rapporté aux 12 cas, ce qui, même dans un groupe « non à risque », n'est guère significatif statistiquement.

en général, et le CDC en particulier : la menace pandémique donne l'occasion à ces derniers de faire la preuve de leur utilité. Les épidémiologistes n'ont pas le monopole des intérêts à la vaccination de masse : c'est aussi le cas des virologues, spécialistes de la grippe (Kilbourne) ou de la vaccination (les deux héros de la lutte anti-polio, Salk et Sabin, défendent le programme de Sencer), ou du secrétaire d'Etat adjoint Cooper (dont le combat est la sensibilisation des américains à la prévention).

Le contexte des années 2000 est très différent. Il est bien connu que la pandémie de VIH-sida, mais aussi la découverte d'autres virus nouveaux (ebola, hantavirus, coronavirus du SRAS, par exemple) et de bactéries résistantes aux traitements (comme dans le cas de la tuberculose) ont considérablement modifié l'horizon d'attente des pays développés à l'égard des maladies infectieuses : à l'espoir d'éradication a succédé la menace de l'émergence et de la réémergence. Ce « retour », et notamment l'épidémie de sida, a contribué au renouveau de la surveillance épidémiologique en France et en Europe, à défaut d'en être la raison première (cf. nos travaux). Il a surtout fait l'objet d'un travail cognitif et institutionnel considérable, comme l'a montré Nicholas King. A partir des années 1990, la menace virale s'incarne à la fois dans les virus déjà existants mais mutants (comme celui de la grippe) ou résistants, et dans les nouveaux virus qui passent la barrière des espèces pour se transmettre de l'animal à l'homme (là encore, certaines souches de grippe sont un exemple) ; leur apparition et surtout leur diffusion sont pour partie liée à l'activité humaine et au progrès (transformations des politiques agricoles, intensification des échanges, etc.). Cette menace émergente, dont le lancement de la revue des CDC *Emerging Infectious Diseases* en 1995 est un indicateur (parmi d'autres) de l'importance qui lui est accordée, se caractérise par l'incertitude et l'incomplétude du savoir : il est abondamment souligné combien il est nécessaire de se donner les moyens de mieux comprendre les virus (en encourageant la recherche fondamentale en virologie, biologie moléculaire, écologie, etc.), de se préparer à les repérer et les suivre (en développant les réseaux de surveillance sanitaire) et de favoriser la production de traitements (dont les vaccins, réputés parmi les plus efficaces). Le triptyque recherche-surveillance-médicaments est ainsi au cœur de la lutte contre les maladies émergentes, et fonde les plans de « *preparedness* », à la fois d'anticipation et de mise en alerte qui, avec le soutien de l'OMS, se développent tout au long des années 2000. L'agence mondiale met également sur pied au début de la décennie le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie¹⁷ qui doit permettre une réaction adaptée à toute nouvelle menace (de la détection à l'administration de thérapies). Les attentats du 11 septembre 2001 ont, d'autre part, relancé l'inquiétude à l'égard de la vulnérabilité aux attaques terroristes, notamment biologiques, dont les attaques à l'anthrax, dès octobre 2011, ont concrétisé la possibilité. La surveillance épidémiologique est reconfigurée par le rapprochement institutionnel (dans le travail des agences et des administrations) et cognitif (dans l'approche des problèmes) de la santé publique et de la sécurité nationale face aux menaces virales et au bioterrorisme¹⁸.

La pandémie grippale occupe une place particulière dans ce dispositif. Les précédents (1918, 1957, 1968) fondent certes toujours le champ d'expérience des responsables sanitaires, auquel contribuent aussi, mais dans une moindre mesure, les fausses alertes (1976, on y revient). Mais les responsables des années 2000 sont surtout marquées par la grippe aviaire de 1997 à Hong Kong (passage à l'homme d'un virus particulièrement virulent chez les oiseaux, peu de cas humains, mais une forte létalité) qui pousse l'OMS à mettre sur pied son propre Programme global sur la grippe¹⁹ et à encourager les pays à se préparer à la menace pandémique. Le H5N1 est le virus le plus surveillé depuis lors. La crise du SRAS en 2003 et la nouvelle épidémie de H5N1 en 2004 actualisent la peur d'une pandémie grippale due à une souche recomposée de H5N1, et justifient

¹⁷ GOARN (Global outbreak alert and response network).

¹⁸ King, Nicolas B., (2004). « The Politics of Scale of Emerging Disease », art. cit.

¹⁹ Qui s'appuie sur un vaste réseau de surveillance virologique dont l'origine remonte à 1948.

la pertinence des plans. La mobilisation est portée par des acteurs politiques. Dans une tribune du *New York Times* du 6 juin 2005 souvent citée après 2009, deux sénateurs membres de la Commission des affaires étrangères demandaient avec force l'engagement de Bush dans la préparation à lutte anti-pandémique. Elevant d'entrée de jeu la pandémie de grippe aviaire au statut de menace majeure pour la sécurité nationale, aux côtés de la prolifération nucléaire, des États voyous et du terrorisme globale, et citant le propos de la directrice des CDCs selon lequel la grippe aviaire est la plus importante menace de santé publique, Obama et Lugar appelaient à la constitution d'une « *senior-level task force* » spécialisée et la création d'un schéma permanent de restriction de la diffusion des maladies infectieuses (surveillance, stockage d'antiviraux, planification, recherche) et autres maladies exotiques (*i.e.*, asiatiques) tueuses (*exotic killer diseases*)²⁰. Six mois plus tard, l'OMS publiait un communiqué sur la pandémie grippale en dix points (autant de « choses à savoir »), dont la majorité portait sur les effets d'une pandémie inéluctable (c'est un événement récurrent, la prochaine est peut-être imminente ; tous les pays seront touchés, la maladie sera généralisée, les fournitures médicales insuffisantes, le nombre de décès considérable ; une forte désorganisation est à prévoir)²¹.

Les plans comportent de nombreux volets, relatifs à la coordination et la planification, la mobilisation du secteur de la santé, des autres secteurs, la communication au grand public, etc.²² Mais là encore, l'encouragement à la surveillance épidémiologique, à la recherche, la production et l'administration de vaccins mais aussi d'antiviraux sont au cœur des plans. Ces derniers ont été l'objet de fortes critiques, portant sur des points particuliers (l'importance accordée aux antiviraux, dont l'efficacité est sujette à caution²³) mais aussi sur leur architecture générale. Garoon et Dugan ont ainsi montré que les plans nationaux et les guidelines de l'OMS insistaient sur les aspects légaux et scientifiques (la vulnérabilité biologique) de la réponse aux pandémies, au détriment des aspects sociaux, culturels (tous homogénéisés, donc déniés) et éthiques²⁴ (ce qui explique une forme de naïveté à l'égard des réactions « irrationnelles » du grand public, on y revient). Curieusement, le cœur du modèle demeure incontestablement la vaccination, sinon dans ses vertus de protection individuelle (les vaccins sont réputés assez peu efficaces), du moins dans son rôle de barrière à l'expansion pandémique : les vaccins forment la « première ligne de défense » en cas d'invasion. Cette primauté de la réponse vaccinale est également au principe de la perception des virologistes, donc des principaux experts en France²⁵.

Chronologie sommaire d'une pandémie insaisissable²⁶

Après que l'OMS ait donné l'alerte le 24 avril 2009, l'INVS met en place une surveillance des cas individuels, en particulier des voyageurs en provenance du Mexique et des États-Unis. La confirmation du caractère pandémique du virus conduit l'OMS à placer le niveau d'alerte au stade 4A puis, très rapidement, le 28 avril, en phase 5A. Entretemps, le 11 mai, l'INVS a confirmé le premier cas isolé en France. Le 11 juin, date à laquelle l'OMS rehausse le niveau d'alerte au stade 6, 73 cas sont recensés en France. Il apparaît toutefois déjà que la majorité des cas dénombrés au niveau international sont bénins, avec une létalité globale proche de celle de la grippe saisonnière, ce qui conduit l'OMS à qualifier la pandémie de « modérément grave ». Le premier cas français de décès directement imputable au virus H1N1 survient le 1^{er} juillet à Brest ; il est confirmé le 30 juillet (en l'espèce, une jeune fille souffrant d'une maladie grave, compliquée d'une autre infection pulmonaire sévère). Les mutations du virus signalées en plusieurs

²⁰ Obama Barack, Lugar R. (2005). "Grounding a pandemic. Op-ed section", *New York Times*. June 6.

²¹ OMS, « Dix choses qu'il faut savoir sur la grippe pandémique », Communiqué du 14 octobre 2005.

²² Cf. les guidelines de l'OMS et pour un exemple d'évaluation de la mise en place des plans au niveau national, Mounier-Jack Coker 2006

²³ Epstein, Helen. Flu Warning : Beware the Drug Companies !, *New York Review of Books*, 12 may 2011

²⁴ Garoon, Joshua P., Dugan, Patrick S., (2008). « Discourses of disease, discourses of disadvantage : a critical analysis of National Pandemic Influenza Preparedness Plans », *Social Science & Medicine*, 67, p. 1133-1142.

²⁵ Cf. l'analyse du Comité de lutte contre la grippe par Claude Gilbert, à paraître.

²⁶ Sources : InVS (2009). *Rapport annuel* ; « La gestion chaotique de la grippe A », *L'Express*, 10 août 2010.

endroits du globe créent une forte incertitude sur les projections de l'évolution de la maladie. Le 16 juillet, la France annonce la commande de 94 millions de doses de vaccins pour un coût total de 880 millions, partagés entre l'Etat et l'Assurance maladie. Le 12 août, le ministre de l'éducation se déclare prêt à fermer toutes les écoles en cas de pandémie. Fin août, la France reçoit les premiers vaccins en quantité limitée. Début septembre, la France passe le seuil épidémique selon le réseau Sentinelles de l'INSERM. Le 25 septembre, L'INVS recense 269 cas groupés depuis le début de l'épidémie tandis que le virus apparaît de plus en plus comme peu létal. De fait, ce sont les fourchettes basses des hypothèses de gravité qui apparaissent comme les plus pertinentes en dépit des incertitudes persistantes sur d'éventuelles mutations du virus. Le pic de la pandémie survient, comme attendu, en octobre et en novembre 2009. Néanmoins, le nombre de cas demeure en deçà des projections épidémiologiques, y compris les plus récentes. La campagne de vaccination démarre le 12 novembre : dispensée dans des centres spécifiques, la vaccination est gratuite et non-obligatoire. Le plan gouvernemental prévoit une campagne de vaccination progressive selon une liste de priorité ciblant d'abord les personnels médicaux (en particulier ceux oeuvrant auprès de populations à risque), puis les personnes à risque elles-mêmes et enfin l'ensemble de la population, à partir du 25 novembre 2009. Les débuts de cette campagne contestée (par les soignants notamment) sont laborieux. Le 25 novembre, la vaccination débute dans les collèges et les lycées. Le 22 décembre, seuls 7% de la population sont vaccinés. Le caractère stable et peu létal du virus conduit, début janvier 2010, le gouvernement à annoncer son intention de revendre à l'étranger une partie de son surplus de vaccins et de résilier près de la moitié des commandes, soit 50 millions de doses. Face à ce changement de politique vaccinale, des élus du Nouveau Centre demandent la mise sur pied d'une commission d'enquête. Dès le 12 janvier, la ministre de la Santé doit d'ailleurs faire face à de nombreuses critiques visant la gestion de la pandémie, qui est considérée comme terminée par le réseau Sentinelles le 13 janvier. Le 18 de ce même mois, le Haut Conseil de la santé publique estime que 5,74 millions de personnes ont été vaccinées et qu'entre 12 et 18 millions de personnes sont immunisées contre le virus, la majorité l'ayant été par infection. Le 22 janvier, les centres de vaccination sont fermés et la décision est prise de vendre les vaccins en pharmacie afin de procéder à des vaccinations dans les cabinets des médecins libéraux. Les critiques au niveau national trouvent leur pendant au niveau international : l'OMS est alors accusée d'avoir dramatisé la menace pandémique ; un comité d'experts est donc mis sur pied pour juger de la façon dont celle-ci a répondu à la menace. L'OMS reçoit cependant le soutien des Etats membres. Pourtant, en juin 2010, les relations entre certains médecins de l'OMS et l'industrie pharmaceutique sont dénoncées, en particulier par un article du *British Medical Journal*. De même, en France, en février et en mars, deux commissions d'enquête sont installées au Sénat et à l'Assemblée nationale. Le 6 juin 2010, le coût de la campagne de vaccination est révisé à la baisse : entre 490 et 510 millions d'euros contre les 880 initiaux. Le 13 juillet 2010, la commission d'enquête de l'Assemblée nationale remet son rapport, suivi par le Sénat le 5 août. Le 10 août 2010, l'OMS déclare officiellement la fin de la pandémie. Au final, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) estime que **7 à 14 millions d'individus ont été infectés par la grippe A (H1N1)** sur l'ensemble de la métropole. **1.334 formes graves ont nécessité une hospitalisation en soins intensifs et 312 décès ont été recensés durant l'épidémie.** Comme constaté dans les autres pays, près des trois quarts de ces formes graves ont été observées chez les 15-64 ans, cette catégorie représente également 66% des décès, contre seulement 7% pour la grippe saisonnière.

c) La mémoire courte de la surveillance sanitaire : les usages relâchés du « précédent » de 1976

L'une des différences les plus évidentes entre 1976 et 2009 réside bien sûr dans la mémoire de la crise de 1976 chez les acteurs de 2009. L'étude de Neustadt et Fineberg en constitue, on l'a dit, la référence incontournable²⁷. Commandée en mars 1977 par Joseph A. Califano, secrétaire d'Etat à l'éducation, à la santé et au bien être (HEW) de la nouvelle équipe présidentielle autour de Jimmy Carter, *The Swine Flu Affair* (SWA) est un étrange objet, qualifié tantôt de simple chronique (ce dont elle épouse la forme), tantôt d'analyse historique ou politologique (elle emprunte aussi au registre scientifique). Elle est rédigée par un politologue très réputé et un jeune spécialiste de santé publique.

²⁷ Neustadt, Richard, Fineberg, Harvey (2009/1978), *The Swine Flu Affair. Decision-Making on a Slippery Disease*, op. cit.

Richard Neustadt (1919-2003) est un spécialiste du pouvoir présidentiel aux Etats-Unis, qu'il a décrit dans sa thèse (publiée en 1960) comme un pouvoir faible, reposant sur la capacité à convaincre, la crédibilité professionnelle et la popularité. Il est lui-même un *go-between* entre monde universitaire et monde politique (et plus largement milieu des élites washingtoniennes), puisqu'il est conseiller auprès des administrations démocrates (Truman, Kennedy, Johnson, puis Clinton) et professeur à Cornell, Columbia puis Harvard (où il fonde l'*Institute of Politics*, puis la *Kennedy School of Government*). Son analyse lors de l'affaire des missiles *Skybolt* durant la présidence Kennedy a impressionné Califano. SWA constitue dans sa bibliographie une publication sinon mineure, du moins très peu mise en avant.

Harvey Fineberg est un spécialiste des politiques de santé et des décisions en santé publique, à l'époque professeur assistant à l'école de santé publique d'Harvard. Il connaît une carrière d'expert et de responsable universitaire, accédant aux fonctions de Doyen de l'école de santé publique, puis de l'université (provost) d'Harvard. Membre de nombreux comités, consultant auprès de l'OMS, il préside en 2009 l'Institute of medicine (IOM, qui compte au nombre des National Academies depuis 1970). Il a obtenu en 2011 le Prix Calderone en santé publique. SWA est en général présentée comme l'une de ses œuvres majeures.

L'ouvrage, extrêmement vivant et riche en détails de toutes sortes, est fondé sur l'intime connaissance des rouages de la décision par les deux professeurs de Harvard : outre la masse documentaire (presse, quelques documents assez rares) brassée par leurs assistants respectifs, Neustadt et Fineberg ont surtout conduit des entretiens de type informatif, pour partie à Cambridge (donc dans leurs propres bureaux), auprès de nombreux experts, membres de cabinet et responsables politiques, jusqu'au président Ford lui-même. On se situe donc dans une sorte d'entre-soi des décideurs, un récit « de l'intérieur », où le seul jeu des réputations, des alliances et des oppositions hors du monde social fait et défait les décisions. A ce récit washingtonien à la fois d'une grande finesse et d'une totale abstraction s'ajoute la série finale de recommandations. Certaines sont convenues : il ne faut pas prendre de décisions irrévocables, le programme doit pouvoir être révisé et modifié (Sencer a forcé trop tôt la décision de la vaccination de masse) ; il faut réfléchir aux manières d'agir, donc ne pas confier l'expertise aux seuls scientifiques, mais mobiliser les spécialistes des choses de l'administration et de la gestion (anticiper ce qui pourrait ne pas marcher apparaît comme une exigence) ; il faut veiller à la crédibilité des institutions (l'engagement de Ford, président discrédité, a desservi le programme) et ne pas laisser les experts décider (Sencer, qui s'est voulu « super-héros », est ici visé). D'autres le sont moins : la communication doit être pensée de manière réaliste, c'est-à-dire en tenant compte de l'agenda des médias plutôt qu'en les considérant comme de simples courroies de transmission (Sencer et son chef Cooper sont des médecins à l'antienne, qui ne s'intéressent pas aux médias, alors que Neustadt compte dans son cercle des éditorialistes et journalistes des grands quotidiens) ; l'action en santé publique doit être adaptée aux caractéristiques de la maladie considérée, et une maladie fuyante (a « *slippery disease* » dit le sous-titre) comme la grippe n'autorise pas, au stade de la connaissance des années 1970, un programme de vaccination massive.

Ce dernier point mérite d'être développé. Neustadt et Fineberg font état de nombreuses considérations techniques, suggérant de raisonner en termes d'années de vie perdues plutôt que de morts, de tenir compte du fait que les deuxièmes vagues des pandémies sont les plus dangereuses, de ne pas généraliser l'effectivité d'une vaccination indépendamment du contexte et de la population cible, d'adopter une position prudente dès lors qu'il s'agit de vacciner et de penser en termes d'immunité collective plutôt qu'individuelle ; autant de points discutés et disputés depuis (et pour certains, déjà connus). Mais l'originalité de leur démarche est bien de réfléchir à la décision politique et à son crédit. Aussi la prise en compte des connaissances médicales vise-t-elle plutôt à préserver le décideur. Comment a-t-on pu espérer élever la conscience du public et le sensibiliser à la prévention avec une maladie aussi insaisissable voire sujette à controverse - le virus change, le vaccin est peu efficace, les symptômes sont ambigus,

etc. - ? Comment a t-on pu mettre en danger, sur la base des connaissances aussi minces, la réputation de l'expert, le CDC, et exposer des dizaines de millions d'Américains à des effets secondaires potentiels ?

Rendue publique en 1978, publiée en 1983, republiée en 2005, et enfin rééditée sous forme électronique gratuite par Harvey Fineberg en 2009, l'étude est citée très fréquemment²⁸. Dans la presse : un article du *Time* en avril 2009 évoque par exemple le précédent « l'épidémie qui a échoué à se matérialiser » et décrit la décision en santé publique comme un art autant qu'une science, citant l'historien Howard Markel pour lequel le lancement d'un programme de vaccination de masse est la décision la plus fastidieuse, une forme de choix tragique²⁹. Dans les revues scientifiques : deux virologues, dont l'un avait travaillé sur le virus de 1976, retiennent de la « chronique » de Neustadt et Fineberg à propos de la « pandémie qui n'est pas venue » qu'il ne faut pas parier quand on ne connaît pas les enjeux³⁰. Dans les ouvrages de santé publique de référence³¹, et dans les bilans de 2009 : Antoine Flahault et Patrick Zylberman parlent de première pandémie « politisée » dans l'histoire, soulignant (après Krause³²) que c'est la première fois dans l'histoire de la santé publique qu'un gouvernement est critiqué non pour ne pas avoir agi mais pour avoir agi contre une épidémie qui n'est pas venue³³. L'insistance sur l'idée d'une épidémie (ou, de manière bien moins exacte, d'une « pandémie » !) qui ne vient pas, idée originale (si elle ne vient pas, est-ce bien une épidémie ?), ne doit pas surprendre : c'est la reprise exacte du titre que Neustadt et Fineberg donnent à SWA lorsqu'ils le publient chez Vintage Books en 1983 (le titre exact est *The Epidemic that never was : policy-making and the swine flu scare* ; l'édition de 2005 reprend en revanche le titre de l'étude).

L'étude connaît aussi une certaine notoriété en France, comme le montrent les rapports et les auditions (près d'une centaine au total) des deux commissions d'enquête mises en place au printemps 2010 par les chambres parlementaires. C'est d'abord au Sénat que, à l'initiative de sénateurs d'opposition, est créée le 10 février, en application de nouvelles dispositions du règlement de l'Assemblée une commission sur le « rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le gouvernement de la grippe H1N1 ». Présidée par le sénateur Front de Gauche François Autain, ancien médecin, la commission a pour rapporteur Alain Milon, sénateur de la majorité conservatrice UMP, également médecin. Très critique à l'égard du gouvernement (qui a mal géré l'approvisionnement), le rapport remis le 29 juillet juge également l'organisation de l'expertise sanitaire lourde, complexe et manquant de moyens, et regrette sa « pensée de groupe », le fait qu'elle vive en vase clos et loin du terrain. Le rapport est suivi de recommandations et de contributions supplémentaires³⁴. Sans qu'il soit ici question de développer ce point, il convient de mentionner cependant que la communauté de spécialistes des questions sanitaires au Sénat s'inscrit, au cours de la période, dans une opposition résolue au ministère de la Santé. L'examen parlementaire du projet de loi dit « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » en juillet 2009 a été, en

²⁸ Beaucoup plus qu'un autre ouvrage, publié à la même époque : Osborn J (ed.) (1977). *History, Science and Politics. Influenza in America 1918-1976*, pp. 15-28. New York: ProdistConference proceedings, 135 pp. Y figure notamment un chapitre co-écrit par Osborn et Millar, le responsable du Programme spécial de vaccination au CDC (Millar cosigne avec Sencer un autre plaidoyer pro domo en 2006 : Sencer, David J., Millar, Donald J. (2006), « Reflections On 1976 the Swine Flu Vaccination Program », *Emerging Infectious Diseases*, 12(1)).

²⁹ « How to Deal with Swine Flu: Heeding the Mistakes of 1976 », *Time*, April, 27, 2009.

³⁰ Wandg Taia T. and Palese Peter, « Unraveling the mystery of Swine Influenza Virus », *Cell*, 137, June 12, 2009, p. 983-985.

³¹ International Encyclopaedia of Public Health ; Hamowy, Ronald (2007), *Government and Public Health in America*, Cheltenham & Northampton, Edward Elgard.

³² Krause, R « Swine flu and the fog of epidemics », *EID*, vol 12, n° 1, 2006, p. 40-43.

³³ Flahault, Antoine, Zylberman, Patrick (2010). « Influenza pandemics : past, present and future challenges », *Public Health Review*, 32(1), pp. 319-340.

³⁴ Autain, François, Milon, Alain, (2010). *Rapport de la commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le gouvernement de la grippe A(H1N1)*, n° 685.

effet, l'occasion pour les sénateurs de dénoncer les options étatistes et le relatif « enfermement » de la ministre de la Santé et de son cabinet. Les sénateurs, de gauche et de droite (en particulier Alain Milon), ont même encouragé les leaders hospitalo-universitaires du Mouvement de défense de l'hôpital public à persévérer dans leur mobilisation, alors que ceux-ci défilaient dans les rues de Paris contre la réforme de l'hôpital public³⁵. La phase de préparation à la pandémie grippale a donné du grain à moudre à ces critiques, du fait de la mise à l'écart des médecins libéraux du plan de vaccination et de l'autoritarisme à l'égard des médecins et des infirmières de l'hôpital public. Dans les deux cas, a été dénoncée la logique préfectorale (le directeur de cabinet de Roselyne Bachelot est un préfet), étatiste, centralisée et autoritaire, de l'action ministérielle, là où prévaut en général une tradition de concertation (sinon de co-gestion) avec les porte-parole éminents de la profession médicale. La virulence des conclusions de la commission d'enquête atteste davantage de ces tensions entre la Chambre haute et la ministre que d'une querelle politique gauche/droite classique.

C'est la même logique juridique qui est au principe à la création de la commission de l'Assemblée nationale : en vertu du nouveau règlement, les membres de groupes d'opposition ou minoritaires demandent le 24 février, soit deux semaines après les sénateurs, à réfléchir à leur tour sur la « manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) ». Présidée par le député Jean-Christophe Lagarde (Nouveau Centre), la commission travaille, comme son intitulé le laissait deviner, dans une perspective beaucoup moins critique que la commission du Sénat, et sur un sujet plus restreint. Procédant également par auditions³⁶, le rapport, dont l'auteur est Jean-Pierre Door, député de la majorité conservatrice (UMP), cardiologue et spécialiste des questions de santé, présente en conclusion une quarantaine de recommandations et des contributions alternatives. Rendu bien avant le rapport du Sénat, dès le 6 juillet 2010, le rapport fait état d'une campagne aux résultats « décevants », « placée sous l'égide du principe de précaution », « volontariste mais d'application trop rigide », « boudée » par le public. C'est d'abord à la société que revient l'échec de la campagne : en crise de confiance, les citoyens ont « préféré l'irrationnel au rationnel », écouté les « folles rumeurs sur internet », le « lobby anti-vaccins », les « annonces spectaculaires de pseudo-experts en quête de gloire médiatique », plutôt que le gouvernement. La solution principale réside dans l'implication des professionnels de santé, et surtout des médecins de famille (les infirmiers sont vertement critiqués pour avoir refusé en majorité la vaccination pour eux-mêmes), qui entretiennent des rapports privilégiés avec les familles. Les députés en appellent à un changement de règles, tout en donnant un satisfecit au gouvernement : « les pouvoirs publics n'ont fait – et bien fait – que leur devoir, leurs apparentes tergiversations ne reflétant que la progression, en temps réel, des connaissances sur la pandémie à laquelle ils devaient faire face »³⁷.

Les deux rapports proposent donc des explications concurrentes plutôt que complémentaires de la crise de 2009 : le Sénat met en cause le gouvernement et l'expertise sanitaire alors que l'Assemblée juge leur action pertinente, concentrant plutôt sa critique sur la mise à l'écart des médecins libéraux (une maladresse), tout en rejetant la responsabilité de l'échec de la vaccination sur une société décidément irrationnelle. On retrouve la même concurrence dans leurs usages respectifs du précédent de 1976.

Plusieurs personnalités auditionnées – une dizaine devant chaque commission – font référence à

³⁵ Pierru, Frédéric (à paraître), « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Retour sur une mobilisation improbable : l'action collective des hospitalo-universitaires contre la réforme de l'hôpital public », *Actes de la recherche en sciences sociales*.

³⁶ Mais sollicitant moins de points de vue critiques. Il faudrait faire – on ne le fera pas ici – l'analyse des échantillons constituées par les personnalités auditionnées.

³⁷ Lagarde, Jean-Christophe, Door, Jean Pierre (2010). *Rapport sur la façon dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1)*, Assemblée Nationale, n° 2698.

l'étude de 1976 mais il est évidemment malaisé de déterminer si elles ont eu connaissance de la crise américaine avant, pendant ou après la pandémie de 2009. Une seule, et non des moindres, affirme s'être servie du cas américain afin de mieux agir : le DGS Didier Houssin, qui non seulement prétend que la décision de ne pas suivre, fin juin, la recommandation de l'OMS de passage à la phase 6 s'appuie sur la connaissance du précédent américain (le virus est peu grave et « nous avons tous été marqués par l'affaire de la grippe porcine de 1976, lorsque les États-Unis ont lancé une campagne de vaccination contre un risque épidémique finalement inexistant »), mais répète *ad nauseam* que la leçon qu'il tire de SWA selon laquelle le président Ford avait été « lié par son administration en devant prendre une seule décision » est justement de « procéder différemment et faire en sorte en sorte que l'administration puisse formuler ses propositions en se fondant sur l'expertise la plus large possible, pour que le responsable politique puisse à chaque étape prendre ou non la décision ». Bref, 2009 ne devait pas ressembler à 1976 puisque 1976 avait aidé à préparer 2009.

Curieusement, ce message n'est entendu ni par les députés, ni par les Sénateurs. Pour les premiers, l'histoire de Fort Dix sert surtout à disculper les vaccins de 2009 quant au syndrome Guillain-Barré, donc à dédouaner encore une fois le gouvernement de toute erreur d'appréciation (les adjuvants ne peuvent être mis en cause, puisque les vaccins américains de 1976 n'en comportaient pas). L'argument répète l'affirmation d'un bon connaisseur de la grippe porcine de 1976, le professeur Claude Hannoun, spécialiste français le plus réputé de la grippe, qui travaillait alors aux Etats-Unis et a lui-même servi de cobaye au vaccin. Les députés retirent ainsi de la crise de 2009 l'enseignement même que le DGS avait tiré de celle de 1976³⁸, mais sans faire le lien avec ce précédent. Nul apprentissage ici, mais la valorisation d'une expérience fondée sur l'amnésie de celles qui l'ont précédée : 1976 disparaît sous 2009. Quant aux sénateurs, ils s'appuient sur les citations du précédent américains par deux spécialistes étrangers très critiques³⁹ pour déplorer la « mentalité de groupe » et l'excès de confiance des experts autorités sanitaires, et pour débattre vivement avec certaines personnalités auditionnées (notamment la ministre de la santé). Nulle validation des leçons que le DGS prétend avoir tiré, donc, mais la critique sévère d'une autre leçon oubliée. Nul apprentissage, encore une fois, mais la disqualification par la répétition : 2009 répète 1976.

Les rapports parlementaires sont des sources qui méritent une analyse plus approfondie. On a seulement voulu insister ici sur l'ambivalence des usages du précédent, sur la sélectivité de la mémoire. D'un côté, on se souvient, l'antériorité de la crise de 1976 autorise des formes d'apprentissages : le DGS assure ainsi que les autorités sanitaires se sont servis de l'analyse de cette crise (par Neustadt et Fineberg) dans la gestion de la crise en 2009. D'un autre côté, on préfère oublier, ou se souvenir d'autre chose : la prétention des experts sanitaires à l'apprentissage est récusée par les élus – ceux-là mêmes qui, de manière routinisée, l'exigent par ailleurs dans leurs recommandations – sur le mode de l'euphémisation ou de la dénégation. En bref, 1976 a pu servir à quelques-uns à préparer 2009, l'épisode n'a pas nécessairement servi à tout le monde, notamment parmi les décideurs : même si l'on donne crédit au DGS d'avoir retenu une leçon de 1976, il semble bien que le gouvernement ne l'a pas entendu.

II- Mobiliser en contexte d'incertitude : l'arsenal du renseignement épidémiologique

L'examen du rôle des responsables de la surveillance épidémiologique dans chaque crise met en

³⁸ Le Plan Pandémie grippale n'est qu'une « boîte à outils » (Houssin cité p. 69), il est nécessaire de se ménager des marges de manœuvre (lesquels hélas n'existaient guère en l'espèce).

³⁹ Ulrich Keil, directeur de l'Institut d'épidémiologie à l'Université de Münster, centre collaborateur de l'OMS, et Thomas Jefferson, épidémiologiste membre du célèbre « réseau Cochrane » (Cochrane Acute Respiratory Infections Group), un réseau international d'experts indépendants (des Etats) en matière sanitaire.

valeur une même modalité d'action (proposer des scénarios) et le même usage de la ressource temporelle (agir à temps), mais aussi une évolution notable (l'allongement des circuits et la complexification des réseaux).

a) Proposer des scénarii ou nourrir le scénario du pire ?

Dans leur présentation des faits trente ans plus tard, le directeur du CDC John Sencer et celui qu'il nommera à la tête du Programme de vaccination (*National Influenza Immunization Program*), Donald Millar, expliquent avoir été convaincus de la nécessité d'un programme de vaccination de masse dès la réunion du Comité consultatif du 10 mars : « si nous croyons dans la prévention, nous n'avons pas d'autre alternative que de proposer la vaccination à la population et l'inciter à se faire vacciner ». Pourtant, le mémo que Sencer adresse le 13 mars au secrétaire d'état Matthews et son adjoint Cooper (*Health Education and Welfare*) présente quatre possibilités : « *business as usual* » ; la vaccination de masse ; la vaccination des personnes vulnérables ou sensibles (militaires) ; la vaccination des seuls bénéficiaires des programmes fédéraux. La deuxième option, celle qui a la préférence du CDC donc, est défendue par un argument fort : « l'Administration peut plus facilement tolérer des dépenses de santé non nécessaires que des décès et des maladies non nécessaires si une pandémie devait survenir ».

On l'a déjà signalé, l'étude de Harvard montre que Sencer a bien mobilisé le spectre de 1918, contrairement à ce qu'il affirmera trois décennies plus tard. Mais elle donne en outre de nombreuses précisions sur les conditions de production et de réception du fameux mémo. Sencer n'a ainsi pas tenu compte des rares avis opposés de certains membres du Comité consultatif – lesquels s'exprimeront par la suite publiquement ; il a rédigé seul son mémo ; plusieurs spécialistes qualifient la proposition de coup de force, de fausse alternative (« *a cooked-up job* »). Le mémo circule en urgence de la Santé au Budget et à la Maison Blanche, jusqu'au bureau ovale, avec quelques déformations mais sans que les problèmes soulevés soient approfondies. Au contraire, le secrétaire d'Etat Matthews (historien de formation), écrit au directeur du Budget qu'il y a la preuve qu'une épidémie interviendra à l'automne et qu'on peut craindre 1 million de morts⁴⁰. Faute de position dissidente dans l'Administration Ford, déconnectée du PHS, même les timides propositions de dissocier production et stockage de la distribution des vaccins, y compris celle du vice-président, sont évacuées au seul motif de la vitesse de diffusion du transport aérien (« *jet spread* »). Le cercle des décideurs (secrétaires d'Etat, *domestic council*, staff du président) convient que le mémo de Sencer, directeur dont les qualités sont reconnues, leur lie les mains : on ne peut faire moins que retenir la deuxième option, le risque d'une fuite dans la presse oblige le président Ford à choisir le scénario du programme de vaccination de masse. En campagne pour les primaires, Ford n'est pas mécontent de faire la preuve de ses capacités de leadership et à décider dans l'intérêt du bien public. Moins de 10 jours après le mémo de Sencer, Ford réunit le 24 mars les plus grands spécialistes des maladies infectieuses, lesquels soutiennent la décision (qu'ils déclareront après coup avoir perçu comme déjà prise) lors d'une réunion à l'issue de laquelle, entouré des deux plus célèbres, les frères ennemis de la vaccination anti-poliomyélite, Jonas Salk et Albert Sabin, il annonce la mesure à la presse.

Le récit, ici fortement résumé, du processus de décision en 1976, éclaire la « leçon » que D. Houssin a pu tirer de SWA (à défaut de l'appliquer) : ne pas lier le pouvoir politique à un seul choix, mais lui laisser la possibilité d'en modifier les termes à chaque étape. Le rôle joué par l'INVS en 2009 est très différent, en apparence du moins. Il est certain en effet que ce n'est pas un mémo de la directrice de l'Institut Françoise Weber qui a poussé le gouvernement Fillon à décider à son tour un programme de vaccination de masse. D'une part, la décision n'est pas isolée.

⁴⁰ Matthews accompagne son courrier du livre tout juste publié de l'historien Alfred Crosby sur la grippe espagnole..., dont il envoie aussi un exemplaire au président.

Certains pays (Royaume-Uni, Pays-Bas et Suède) ont acheté des doses de vaccins couvrant toute leur population, alors que la France, comme le Canada, n'a couvert par ses achats que 75% de sa population⁴¹. D'autre part, le processus de décision est différent, en ce qu'il engage d'emblée une alerte internationale (via l'OMS et son réseau de surveillance) et des structures déjà prévues à la suite de la menace de la grippe aviaire, par le plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale, les administrations concernées (le secrétariat général à la sécurité nationale à Matignon, la direction de la sécurité nationale à l'intérieur, et la DGS) collaborant au sein d'une cellule interministérielle de crise (CIC). La complexité du dispositif de gestion de crise, impliquant services de santé et services de sécurité nationale, place en outre les agences sanitaires⁴² dans une position d'expertise ou plutôt de renseignement : elles fournissent des notes et avis à la demande de la CIC via la DGS.

En 2009, les responsables de la surveillance sont d'abord chargés de renseigner les décideurs sur l'avancée de l'épidémie. Un dispositif de suivi en temps réel de la situation internationale a été mis en place le 26 avril 2009 : un point sur les cas humains de nouvelle grippe A (H1N1) est fait quotidiennement jusqu'au 20 mai, quasi-quotidiennement jusqu'à mi juillet, puis de manière hebdomadaire jusqu'au 20 avril 2010. Au cours de l'année 2009, une quinzaine d'études plus approfondies paraissent dans des bulletins de surveillance. L'Institut réalise en outre des investigations dans quelques établissements (5 : scolaires, hospitaliers ou des centres de vacances). Mais le travail du renseignement épidémiologique ne se résume pas au suivi et à l'investigation : il consiste aussi, là encore, à proposer des scénarios.

Devant la commission de l'Assemblée, la directrice de l'INVS présentera l'écriture de scénarios comme l'une des missions de l'Institut, chargé de « réévaluer régulièrement les hypothèses, les scénarios possibles et plausibles d'évolution de la pandémie, afin d'aider les pouvoirs publics dans leur prise de décision de mesures préventives et de préparation du système de soins à la prise en charge des malades ». « L'objectif » de l'agence n'est « pas de faire des prédictions, impossibles par nature, mais d'évaluer la menace ». Inscire l'action de l'Institut dans la logique d'une évaluation de la « menace », c'est bien sortir de l'évaluation scientifique au profit d'une orientation politique du savoir, de son utilité pour l'action, qui le désarme largement. L'écriture des scénarios peut bien être fondée scientifiquement, elle est d'abord déterminée politiquement : comment préparer à une menace sans se préparer au pire ?

Dans le cas précis de la pandémie de 2009, l'impact de l'agence de surveillance épidémiologique sur la stratégie vaccinale n'est sans doute pas direct et immédiat (comme en 1976), mais il n'est pas négligeable pour autant. Le rapport de la Cour des comptes étaye sa critique d'une stratégie gouvernementale insuffisamment évolutive, d'abord par la rigidité du Plan de prévention (assez peu satisfaisant : trop général, insuffisamment souple notamment au regard de l'évolution de la gravité), ensuite par les réservations de vaccins (trop précoces : dès mai), mais aussi, enfin, par le choix (discutable) d'une « couverture large » (sinon totale) de la population afin de répondre à une menace qualifiée de « majeure »... sur la base du scénario proposé par l'IVS, selon lequel 40 % de la population serait touchée, et 16 à 40 000 personnes décèderaient. Le rapport ajoute sèchement que la certitude dès la mi-juin qu'il n'y aurait pas d'intérêt collectif à la vaccination, mais seulement un intérêt individuel⁴³, aurait dû conduire à la révision du plan. Il qualifie la décision du Premier ministre, début juillet, d'acheter 94 millions de doses, de « choix politique », participant d'une logique de protection individuelle proposé à tous, quel que soit son coût.

⁴¹ Cour des comptes (2011). « La campagne de lutte contre la grippe A(H1N1) : bilan et enseignements », *Rapport annuel*.

⁴² Notamment l'IVS, le HCSP, l'AFSSAPS, l'INPES.

⁴³ La mise à disposition du vaccin ne pouvant être assurée avant l'épidémie, nul effet barrière n'était envisageable (la problématique est ici la même qu'en 1976).

Le BEH du 29 juin 2010 propose les « premiers éléments » d'un bilan épidémiologique et virologique de l'épidémie (*assessment results*). Le plan même du Bulletin, justifié en intro, signale l'importance du rôle des épidémiologistes pendant la crise. Après une description de la dynamique et de l'impact de l'épidémie, un article revient en effet sur les différences entre les projections réalisées et la réalité (« de l'estimé à l'observé ! »), cependant que l'article suivant immédiatement est consacré à une étude de l'INSERM sur les « déterminants de l'acceptation individuelle de la vaccination pandémique ». L'organisation du Bulletin met ainsi en balance le travail difficile des professionnels dévoués et compétents, les experts de l'IVS, et les attitudes de la population et même de certains professionnels de santé, qui, malgré les efforts de communication et de transparence des autorités n'ont pas pris la juste mesure d'une pandémie (certes « d'une grande bénignité » dans l'ensemble puisque moins létale que la grippe saisonnière).

Pour l'Institut, l'épisode de 2009 est « tout à fait inédit dans l'histoire de la santé publique », et de fait, si la pandémie est avérée (du moins au sens d'une nouvelle souche et d'une diffusion mondiale) et précoce, elle est peu létale, malgré une surreprésentation de la mortalité dans certains groupes non à haut risque par rapport à la grippe saisonnière⁴⁴. « Inédit » ne renvoie pas ici à « nouveau » : ce n'est pas la première fois qu'une menace ne se concrétise pas (1976 !). Inédit signifie que c'est la première fois que la surveillance suit une pandémie présentant des caractéristiques que les scénarii « pré-pandémiques » n'avaient pas pris en compte – mais la « probabilité de leur conjonction était sans doute très faible »⁴⁵. Ces caractéristiques sont les suivantes : immunité préexistante d'une partie de la population ; stabilité du virus ; fréquence des formes asymptomatiques ; efficacité des antiviraux et du système de soins. En outre, il est indiqué que les scénarii ne sont pas de la prédiction, mais des outils pour « envisager la préparation » du système de soins aux situations les plus plausibles. Résumons. L'IVS produit des scénarii qui ne disent pas ce qui va se passer, mais comment se préparer à ce qui va se passer. On est en situation d'incertitude, on estime/projette quelque chose, qui n'arrive pas : il y a un écart, d'autant plus grand qu'on a retenu l'estimation/projection la plus pessimiste.

Concrètement, l'article précise qu'il y a eu « trois estimations, faites *a priori* », c'est-à-dire avant l'arrivée en France à l'automne. La première estimation était prête depuis 2003 (et publiée en 2005), sur la base des 3 pandémies précédentes, avec des valeurs hautes et basses pour les trois paramètres principaux (nombre de cas, nombre d'hospitalisation, nombre de décès). Deux autres estimations ont été proposées à la demande de la DGS au cours de la crise, début août et fin septembre. L'article contient un tableau synthétique qui présente pour chaque estimation non seulement un minimum et un maximum, mais aussi une différence entre la « fin de la 1^{ère} vague » et la « fin de la pandémie ». Or, il conclut qu'il aurait été « hasardeux de baser les scénarios considérés comme les plus plausibles » sur des facteurs favorables (notamment l'immunisation d'une partie de la population), autrement dit qu'il est hasardeux de ne pas retenir le pire ; mieux, l'article indique dès l'introduction que, au vu des hypothèses permettant d'envisager un scénario optimiste et un scénario pessimiste afin de planifier les ressources nécessaires, « le scénario pessimiste a été privilégié » *a priori* dans les premiers scénarios (mais pas dans le troisième) . Si l'on regarde les maximums, on est passé de 20,9 millions de cas, 1,4 million d'hospitalisations et 300 000 morts à 19,2 millions, 384 000 et 38 400 début août (les fameux « 40 000 ») et 19,2 millions, 192 000 et 19 200 fin septembre (le minimum des décès étant alors de 6400, comparable à la grippe saisonnière, contre 312 observés). La décroissance est nette pour les hospitalisations (divisé par 4 puis par 2) et pour les décès (divisé par 7,5 puis par 2).

⁴⁴ Paradoxe amusant : on reproche à la société de lire la pandémie avec les cadres de la grippe saisonnière, alors que c'est autre chose ; mais on dramatise les conséquences en référence à la grippe saisonnière.

⁴⁵ On retrouve cependant ici le problème classique des sciences de l'observation : l'inédit est-il dans l'objet observé (la pandémie) ou dans sa mesure par l'observateur (les dispositifs de surveillance) ?

Alors qu'en 1976, les responsables de la surveillance proposent des scénarios de réponse, dont un seul, la réponse massive à une possible catastrophe, est politiquement tenable, en 2009 ils sont chargés par le pouvoir politique de proposer des scénarios gradués de réponse à une pandémie, dont seul le pire peut être retenu. D'un côté, des solutions ; de l'autre, des estimations. Même si elle repose sur la science épidémiologique⁴⁶, l'écriture du scénario est prédéfinie par la nature même de son objectif : préparer à faire face à une menace qui peut être la pire, dans une situation d'incertitude.

Poussée dans ses retranchements par le député PS Gérard Bapt, Françoise Weber déclare : *« C'est une chose que de constater un état de fait à un instant t, mais c'en est une autre que d'établir des hypothèses et des scénarios pour préparer un système de santé à une menace et tout un pays à affronter une crise. Nous étions dans la préparation à une menace, dont on ne savait, par définition, ni quand ni comment elle allait se réaliser ».*

Autant dire que la science ne sert pas à grand-chose ici : *« Certains ont eu assez tôt l'intuition de ce que serait l'évolution de la pandémie mais il s'agissait avant tout d'opinions qui n'étaient pas fondées sur les éléments scientifiques opposables. Tant que nous sommes dans l'incertitude, nous devons avoir l'humilité de dire qu'il est trop tôt pour tirer des conclusions scientifiquement fondées. J'assume le corollaire de cette humilité, à savoir le risque d'être quelquefois les derniers à avoir raison ».* En bref : dans l'incertitude, l'épidémiologie ne peut que servir le scénario du pire.

Du même coup, les responsables de la surveillance contribuent à la sollicitation des peurs. Insister sur la crainte d'un nouveau 1918 et poser la grippe espagnole, l'une des plus grandes catastrophes, comme précédent ressort à l'évidence de cette mobilisation des peurs. Ainsi, tout à la défense et à la préparation de son programme de vaccination, Sencer n'hésite pas à outrepasser les limites de sa fonction. Un exemple concerne le débat sur la responsabilité juridique des producteurs de vaccins en cas de litige (non sur la qualité du produit, mais les questions d'information préalable). L'affaire Reyes vs Wyeth (1974) relative à l'infection d'un enfant à la suite d'une vaccination contre la poliomyélite a abouti à des dédommagements considérables aux dépens du producteur du vaccin, mais Sencer et son staff n'ont pas tenu compte des avertissements lancés par les juristes du CDC. Or, aucun assureur ne veut garantir la responsabilité d'une firme engagée dans un programme de vaccination de masse (vacciner tous les Américains) : les coûts potentiels sont trop importants, les risques sont incalculables. Tout au long du mois de juillet, les firmes font pression sur les pouvoirs publics pour obtenir la garantie fédérale en cas de litige. L'absence du moindre cas nouveau depuis février, désormais objet de controverses publiques, pèse sur les débats. L'irruption d'une épidémie brutale lors de la Convention d'anciens combattants à Philadelphie, le 2 août, fait alors figure d'aubaine. Les médias s'emparent d'une maladie qui a tué plusieurs personnes, et dont on craint qu'elle ne soit la grippe porcine : l'épidémie de légionellose, qui ne sera identifiée comme telle que plusieurs mois après, vient au secours du CDC. Neustadt et Fineberg remarquent que si Sencer avait pointé un revolver sur la tempe de Ford en mars, les événements en pointaient un sur celle du Congrès en août. En urgence, celui-ci approuve le décret donnant la garantie fédérale aux firmes. Mais Sencer a là encore joué de la gâchette. En effet, le CDC savait dès le 5 août que l'épidémie de Philadelphie n'était pas de type grippal, ce que Sencer et Matthews reconnaissent devant la commission présidée par le sénateur Kennedy le

⁴⁶ *« Ne croyez pas que nos estimations résultent d'une intuition ou procèdent d'un caprice personnel : elles sont le fruit de travaux scientifiques et d'échanges entre équipes internationales, basés sur une technique scientifique qui s'appelle l'épidémiologie. Celle-ci a ses limites et ses incertitudes, et ce sont elles que nous percevons aujourd'hui. Mais nous pouvons justifier à chaque étape de notre évaluation des données scientifiques qui ont été prises en compte et de la validité de nos calculs par rapport à l'état de la littérature scientifique internationale. Tous les scientifiques de l'InVS ont cependant l'humilité de reconnaître les limites de ces estimations. Notre objectif n'était pas de prédire ce qui allait se passer, mais de donner la fourchette des hypothèses possibles d'évolution. »* Audition de Françoise Weber devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale.

lendemain. Mais ils se servent de l'épisode pour faire peur aux sénateurs. Matthews reconnaît que les demandes de garantie n'ont aucun rapport avec le cas de Philadelphie, auquel on ne comprend encore rien. Mais il ajoute que la leçon à en tirer est que le public va demander une vaccination quand la pandémie surviendra à l'automne, et que la demande des firmes doit être satisfaite. Plus osé encore : devant des sénateurs ébahis (Kennedy en tous cas), Sencer explique que ce qui est en jeu n'est pas seulement l'anticipation d'une pandémie grippale, mais la participation des compagnies d'assurance aux programmes de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole : les contrats ne sont pas signés, la rentrée scolaire approche, l'Etat dispose de réserves de vaccins, mais ne pourra tenir longtemps. Or, la poliomyélite est une maladie infectieuse qui hante le souvenir des Américains, à laquelle la vaccination a apporté une solution définitive.

On pourrait de même étudier de manière systématique le recours à la crainte de la « deuxième vague » dans le discours des épidémiologistes en 2009, comme dernier argument en cas de contestation. On se contentera de citer Didier Houssin, qui, dans une interview donnée en mars 2010, donne en exemple deux pays où la vaccination a bien marché⁴⁷. En Suède, nous dit-il, le réseau des soins primaires est bien organisé, la tradition veut que la population suive les recommandations des autorités sanitaires : « est-ce une question de confiance ? » ajoute benoîtement le DGS. Au Canada, un autre phénomène explique selon lui le fort taux de vaccination (80 %) : « Au Canada, il y avait un niveau de peur très important, lié à une forte sensibilité de la population suite à l'épidémie de SRAS et, dès le début de la pandémie, à la survenue de cas très graves qui ont marqué les esprits ». En bref, faute de confiance, il convient de faire peur, par exemple en « marquant les esprits » avec quelques cas très graves. La peur est un outil de santé publique.

b) Le hasard n'attend pas : les usages du temps par les experts sanitaire

La situation de crise appelle par définition des décisions rapides. La découverte des cas de Fort Dix en 1976 entraîne immédiatement la mise sur pied de dispositifs de surveillance ; l'alerte de l'OMS en 2009 met en branle une organisation prête à se déployer, notamment via un point quotidien sur la situation. On se trouve donc dans une situation proche de celle de la guerre, l'ennemi étant ici le virus A(H1N1). D'ailleurs, SWA raconte combien les épidémiologistes du CDC, une institution née pendant la 2nde guerre mondiale (afin de lutter contre le paludisme dont étaient victimes les soldats dans leurs camps au Sud des Etats-Unis) et renforcée pendant la guerre de Corée (le corps d'élite est créé pour lutter contre les attaques bioterroristes) étaient fiers de leur (première) « war room » ; l'ouvrage rapporte également que le vice-président Rockefeller proposa en vain la mobilisation de l'armée afin d'appliquer au besoin (en cas de retard) le programme de vaccination de masse. Le dispositif français en 2009, sous la forme de la Cellule interministérielle de crise (CIC), est piloté par la direction de la planification de sécurité nationale, et la déclinaison territoriale du suivi se traduit par des « états-majors de zone » et des « équipes opérationnelles territoriales ».

La crise exige donc par définition de la rapidité et de la réactivité, ... y compris quand elle est « attendue » (une nouvelle pandémie doit arriver, en 1976) ou qu'on y est préparé (on attend la pandémie de H5N1, en 2009) : on ne peut séparer le temps de la crise de la période qui la précède, la pensée commune est que la mèche est allumée, mais que l'on ne connaît pas sa longueur (expression employée par Gualdé). Période au cours de laquelle s'éprouve en outre un modèle d'excellence professionnelle, celui du renseignement épidémiologique. Autrement dit, le pouvoir politique exige sans doute en situation concrète une réactivité de ses agences, mais celle-ci est plus largement au principe même de leur mission. Surveiller et alerter (recueillir et diffuser)

⁴⁷ « Didier Houssin sur la grippe A: "On ne referait pas très différemment" », *Libération*, 3 mars 2010 (disponible en ligne sur le blog du journaliste Eric Favereau).

sont les deux credos de la surveillance sanitaire : d'un côté une vigilance permanente (surveiller tout, tout le temps), de l'autre, la détection précoce et la réaction rapide. L'IVS est réactif en 2009 parce qu'il est prêt : il suffit d'activer les réseaux internationaux et d'appliquer les estimations déjà prêtes.

L'une des modalités d'intervention de l'expert est ainsi l'usage du temps. L'épidémiologiste insiste sur la temporalité de la menace (la catastrophe à venir), de l'urgence (la course contre le temps) et de l'action (la vitesse de réaction). On a déjà souligné l'argument selon lequel la temporalité même de l'épidémie, et plus précisément la précocité de son émergence (en février-mars), comptait pour les pays de l'hémisphère nord : on peut alors agir dans l'intérêt de la santé publique et de la veille sanitaire (et inversement) en préparant l'arrivée de l'épidémie à l'automne. Cela signifie d'abord que la surveillance a fait preuve précocement de ses capacités de détection et donné un temps d'avance pour agir : quelques mois pour concevoir les vaccins et les produire, mais aussi les expérimenter (une période d'essai est nécessaire), et être prêt le jour J. Avec le recul du temps, la guerre de 1976 paraît avoir préparée et menée efficacement (il n'y a jamais eu autant d'Américains vaccinés, malgré de nombreux obstacles et l'arrêt de la campagne au bout de quelques semaines), même si l'absence de l'ennemi a rendu la campagne inutile. La situation en 2009 diffère en ce que la guerre préparée a bien lieu, elle est bien générale (une pandémie), la progression de l'ennemi est suivi jour par jour, mais ce dernier n'en demeure pas moins peu dangereux, sinon inoffensif.

Avoir le temps, ce peut aussi signifier avoir *juste* le temps pour se préparer, et faire craindre dès lors tout retard en le requalifiant comme risque. Sencer fait ainsi preuve en 1976 d'une constance remarquable en opposant à chaque critique et à chaque obstacle l'idée que le temps, pour être encore disponible, demeure compté. La menace est perçue au prisme du précédent de 1918, qui aux Etats-Unis a connu une deuxième vague particulièrement meurtrière à la fin de l'été : la préparation pour octobre au plus tard est indispensable (ce sera novembre, finalement, sans que le glissement de cette date-butoir ne semble poser problème aux responsables). Mais l'argument peut être renversé : non seulement la préparation a permis d'agir à temps face à un ennemi qui ne s'est pas montré, mais s'il s'était montré à temps, l'action aurait été encore plus efficace. Sencer et Millar regrettent ainsi que le H1N1 ne se soit pas propagé au moment où les cas de GBS sont repérés, car le faible risque de GBS aurait alors été « éclipsé » par le bénéfice immédiat et évident de la protection vaccinale...

Le virus grippal éligible à la pandémie est évidemment un candidat sérieux dans la course de vitesse engagée : parce qu'il est nouveau, sa gravité est possible, et sa contagiosité l'est tout autant (de fait, le nouveau H1N1 est très contagieux, alors que les souches connues de H5N1 ne l'ont guère été). L'idée que l'essor des échanges commerciaux et humains accélère et amplifie la diffusion de l'agent mortel est un lieu commun sans cesse mobilisé : non seulement « *viruses know no borders* », vieil argument de la lutte contre les maladies infectieuses, mais ils les franchissent de plus en plus vite. L'argument de la diffusion par trafic aérien (« *jet spread* ») est ainsi utilisé en 1976 dès qu'un conseiller ose avancer l'idée d'une dissociation entre la production des vaccins (nécessaire) et leur distribution (qui pourrait être suspendue). Or, l'idée de la vitesse de diffusion est essentielle dès lors que le virus apparaît peu dangereux. En 2009, la forte contagiosité du H1N1 est sans cesse mise en avant, comme pour rendre malgré tout menaçant un virus dont non seulement la nouveauté n'est pas si radicale (la souche est certes nouvelle, mais on découvre ensuite que la population la plus âgée était déjà immunisée contre « du » H1N1), mais qui en sus, refusant le combat, n'a pas même daigné muter, restant désespérément « stable ». Le vrai virus pandémique est un virus nouveau et mutant ; H1N1 n'était ni l'un ni l'autre ; mais au moins il était rapide.

Le revers de la médaille de la rapidité est évidemment la précipitation. L'intervention est si

précoce, la réaction si vive, que la raison oublie de tenir compte de certains aspects pourtant centraux. Il est aisé de repérer des certitudes énoncées dans l'urgence qui s'avèrent à l'examen plus complexes, sinon carrément fausses. Ainsi les premières évaluations du Comité consultatif en 1976 s'appuient sur des éléments du savoir scientifique incertains (le défaut d'immunité de la population) ou sujets à caution (l'efficacité des vaccins). On l'a vu, l'une des conclusions de SWA est que les spécialistes ont péché par excès de confiance, et n'ont pas pris en compte certaines incertitudes ni remis en question leurs premières recommandations. La critique a été portée en 2009 contre l'OMS d'avoir recommandé trop tôt à la phase 6 du Plan pandémique, qui rend l'approvisionnement automatique, alors même que la faible létalité du virus dans les pays du Sud (Australie, Nouvelle-Zélande, Brésil) était avérée.

Un dernier aspect du jeu sur le temps réside dans la valorisation après coup de la rapidité de l'action menée. En bons professionnels capables de réaliser des « retours d'expérience », les épidémiologistes ne manquent pas de mettre en valeur leur action de manière générale, et de souligner leur capacité à agir en peu de temps en particulier. Sencer et Millar, trente ans après les faits, se félicitent que le Programme de vaccination, sous leur responsabilité, ait touché autant d'Américains en si peu de temps. En 2009, le même argument de la « prouesse dans un temps limité », qui correspond profondément à la nature de l'action de surveillance, du renseignement scientifique, utile immédiatement, plutôt que de la science, sans utilité immédiate. Mais toute la force de l'expertise sanitaire est de pouvoir jouer des arguments contraires, en faisant valoir que pour être du renseignement, elle n'en est pas moins scientifique et non du domaine de l'opinion, ce qui suppose aussi la réfutabilité, donc la prudence et l'humilité sinon la lenteur en situation d'incertitude, donc « le risque d'être quelquefois les derniers à avoir raison » (F. Weber, déjà citée).

c) L'allongements des circuits : les nouveaux réseaux internationaux de la surveillance épidémiologique

Reste qu'une différence majeure oppose les deux situations : alors que CDC agit presque seul en 1976, demeurant tout au long de la crise au cœur du dispositif anti-pandémique, l'INVS n'est en 2009 qu'un élément, un chaînon dans un réseau de surveillance plus complexe mais solidaire. Le caractère international de la crise contribue à cette différence. Sollicitée en 1976, l'OMS confirme l'absence d'autres cas de grippe « porcine » dans le monde, laissant de fait au CDC, auquel elle est liée dans certaines campagnes emblématiques comme celles contre la variole, le monopole de l'expertise épidémiologique. Mais l'évolution de la configuration institutionnelle en trois décennies, et la brutale accélération de reconfiguration à partir des années 1990, expliquent aussi, et principalement, la différence en cause ici. Un propos de la directrice de l'INVS lors de son audition devant l'Assemblée permet d'illustrer la réalité institutionnelle de l'expertise à la fin des années 2000 :

« Comme tous nos homologues des pays développés, nous avons nos propres réseaux de surveillance et nous sommes partie prenante de réseaux européens et internationaux. La plupart des pays ont mis en place le même dispositif de surveillance de la grippe que nous : des réseaux de médecine générale permettant de surveiller les profils épidémiques associés à des systèmes de recueil et de notification individuelle des hospitalisations des cas graves. Nous sommes ainsi en relation avec les autres pays d'Europe à travers l'European Center for Disease Prevention and Control, qui assure la coordination de la veille et de l'alerte sanitaires au niveau européen, et nous sommes un acteur important. Nous échangeons également des données sur la pandémie au travers de l'Early Warning and Response System (EWRS). Par ailleurs, nous échangeons des éléments d'expertise scientifique, notamment avec nos collègues du Royaume-Uni, des États-Unis et de l'hémisphère Sud, qui nous permettent de travailler sur des planning assumptions, c'est-à-dire des projections sur lesquelles bâtir des hypothèses de prévention et de préparation du système de santé. Ces multiples échanges nous ont permis de produire les mêmes hypothèses pour éclairer la décision publique. Tel a été notre « mot à dire », monsieur le rapporteur : produire des scénarios d'évolution de la pandémie.

Sachant que ce phénomène était très difficile à prévoir, nos hypothèses allaient d'un scénario optimiste à un scénario pessimiste. Dès le mois de septembre cependant et sur la base de l'évolution des connaissances et des expériences des pays déjà touchés nous avons exprimé notre inclination en faveur du scénario le plus optimiste. Voilà quelle a été la contribution de l'InVS à la décision. C'est précisément la raison pour laquelle les agences sanitaires ont été créées : distinguer l'évaluation de la décision, afin que la première ne soit pas parasitée par des considérations de gestion. L'InVS est resté dans son rôle d'évaluation et de production de scénarios d'évolution, avec une grande humilité, compte tenu des incertitudes, tout en travaillant en très étroite collaboration avec les pouvoirs publics dans la gestion de cette pandémie, en répondant à toutes les questions qui nous étaient posées dans notre domaine d'expertise. »

L'INVS est resté dans son rôle, qui est le même pour les agences dans tous les pays développés ; mieux, les échanges entre ces agences aboutissent aux mêmes hypothèses et aux mêmes décisions. Il est remarquable que l'OMS ne soit pas citée ici, tant son rôle dans la crise a été central – on l'a souligné et on y revient. Mais l'on voit aussi que, contrairement à 1976, où le CDC est au cœur des critiques, l'InVS se trouve dans une position autrement plus confortable trente ans plus tard : le critiquer c'est mettre en cause un rôle à la fois strictement séparé de la décision (l'aide à la décision ne saurait engager la responsabilité au même titre que la décision) et surtout collectif. Le premier aspect pourrait être issu d'un enseignement de la crise de 1976 mais ne l'est sans doute pas : la réflexion sur l'expertise épidémiologique et en santé publique a de manière générale proliféré depuis les années 1970 et la découverte des « risques » d'une trop grande confiance dans les experts scientifiques, dont le fiasco de 1976 n'est qu'un exemple plutôt mineur dans la mémoire collective (comparé par exemple à *Three Mile Island* ou au sang contaminé). La distinction entre *risk assessment* et *risk management*, évaluation et décision, est un topos de la littérature spécialisée. Le deuxième aspect est plus important : de manière vraisemblablement exagérée, la nature fondamentalement intégrée du renseignement épidémiologique au niveau international est valorisée.

Quoique discret, l'usage d'anglicismes (« *planning assumptions* ») et d'acronymes anglais (EWRS) devant des élus (la maîtrise des langues étrangères, y compris l'anglais, n'est pas le fort des sommets de l'Etat français) signale l'intégration des épidémiologistes dans le monde de la science et de l'expertise internationalisées, évidemment anglophones⁴⁸. Dans les années 1970, le CDC n'est pas encore les CDCs, n'est qu'au début de son internationalisation, via les campagnes mondiales (celle contre la variole s'achève) et l'exportation de son modèle de formation d'épidémiologistes de terrain (dont le Canada profite le premier). A la même époque, l'industriel Charles Mérieux commence à s'intéresser à l'épidémiologie de terrain : l'efficacité de « sa » campagne de vaccination de masse contre la méningite au Brésil (90 millions de personnes vaccinées en urgence) a été validée a posteriori par le CDC, et sur le terrain africain, l'association qu'il a créée pour diffuser les vaccins rencontre fréquemment le savoir statistique et logistique des américains. L'histoire même de l'InVS est fortement arrimée à celle des CDCs : sans pour autant que l'Institut français soit une simple réplique du modèle américain, le savoir-faire professionnel est fortement inspiré par l'institution d'Atlanta, dont les spécialistes ont contribué à la formation de centaines d'épidémiologistes français au sein de l'IDEA (Institut de formation fondé et financé par Mérieux) à partir de 1984. J.C. Desenclos, l'actuel directeur scientifique de l'InVS, présent aux côtés de la directrice générale F. Weber en vertu de son titre, mais aussi de sa pratique de l'épidémiologie de la grippe, compte parmi les quelques français ayant bénéficié à Atlanta de la formation d'élite de l'EIS (*Epidemiological Intelligence Service*). La référence américaine ne concerne pas seulement la France : l'Allemagne, l'Espagne ou l'Italie ont également bénéficié dans les années 1990 des conseils des *field epidemiologists* des CDCs ; l'Union européenne a pour sa part financé un programme de formation (EPIET) réunissant l'ensemble des centres nationaux

⁴⁸ Pour ce qui suit, Buton, François (2006), « de l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, n° 65 ; Buton, François, Pierru, Frédéric (à paraître 2011), « Médecins français et épidémiologie américaine : trois générations d'échanges transatlantiques au vingtième siècle », à paraître dans Kaluszynski (M.), Payre (R.) (dir.), *Les sciences de gouvernement en circulation*, Paris, Economica,

de surveillance et chargé de distinguer une élite européenne sur le modèle de l'EIS (que le programme réplique, et dont sont issus les initiateurs). La mise en réseau graduelle des centres a abouti à la création en 2005 d'un centre européen, l'ECDC (qui a intégré EPIET). La contribution des français, notamment des EIS fellows, n'est pas négligeable dans ce processus, et le réseau ainsi constitué est à la fois institutionnel et interpersonnel : ils accueillent le centre de référence européen sur la surveillance du sida dès 1985, l'IVS lance le bulletin Eurosurveillance en 1995, un EIS fellow français fonde le programme EPIET qu'un autre EIS français dirige aujourd'hui à l'ECDC. Il faudrait analyser de manière systématique les circulations des acteurs français de l'épidémiologie dans les institutions internationales (OMS, ECDC notamment) et étrangers (CDC, par exemple), afin de comprendre plus finement les effets de la constitution d'une élite internationale. On peut cependant faire l'hypothèse d'une logique d'autonomisation des spécialistes de la surveillance épidémiologique dans leur champ national.

L'une des critiques fondamentales de Neustadt et Fineberg concernait la coupure des experts sanitaires, épidémiologistes (Sencer au premier chef) comme virologistes (voire les responsables politiques, comme le sous-secrétaire d'Etat Cooper). Les principales caractéristiques de l'affaire concernaient ainsi l'excès de confiance des « spécialistes » dans des théories faiblement éprouvées, la place prise par leurs agendas personnels préexistants, leur zèle à convaincre leurs supérieurs hiérarchiques, leur engagement prématuré dans des décisions définitives, leur échec à faire face à l'incertitude en remettant en cause leurs plans, leur questionnement insuffisant de la mise en œuvre, et leur indifférence aux relations avec les médias et à l'égard de la réputation des institutions. Enfermement d'un côté, indifférence (aux supérieurs, aux décideurs, aux metteurs en œuvre, aux médias, aux institutions) de l'autre : la charge indique bien que le problème réside dans ce que Jefferson, du groupe alternatif Cochrane, appellera « la mentalité de groupe », l'isolement d'experts engoncés dans leur certitude. La situation a-t-elle fondamentalement changé en 2009 ? Rien n'est moins évident si l'on en juge par les critiques sévères, et peu ou prou du même ordre, que les parlementaires adressent aux experts lors des auditions du printemps 2010. La réorganisation profonde de l'administration sanitaire en France a sans doute rendu plus difficile la prétention des experts épidémiologistes à décider à la place des responsables politiques ou à forcer leurs décisions, en clarifiant la répartition des tâches ; au niveau national, comme on va le voir, les institutions de la veille sanitaire occupent d'ailleurs une position délicate d'intermédiaire, dont l'intégration à l'Etat est sans cesse sujette à caution. La crise de la pandémie grippale révèle et renforce, cependant, les ressources de crédit et de légitimité que ces institutions peuvent tirer de leur intégration dans un réseau international de la surveillance au centre duquel se situe – au moins en ce qui concerne l'infection grippale - l'OMS.

En 1976 comme en 2009, les épidémiologistes proposent des scénarii qui, au vu de la situation d'incertitude, invitent nécessairement au choix du pire, et ils n'hésitent pas à jouer sur le manque de temps pour pousser les politiques à la décision. Si les tactiques du renseignement épidémiologique n'ont guère changé en trois décennies, l'arsenal s'est en revanche considérablement renforcé. Non seulement les armes utilisées ont beaucoup évolué : les systèmes de surveillance se sont multipliés, les savoirs biomédicaux et statistiques se sont raffinés, les technologies de l'information et de la communication ont transformé les pratiques (puissance et vitesse de calcul, rapidité et volume des transmissions, etc.). Mais les institutions elles-mêmes ont proliféré et se sont constituées en un réseau qui modifie les conditions de circulation des informations tout en diluant les responsabilités : tous impliqués, tous responsables. Peut-on décrire ce réseau comme un « complexe épidémiologique » dont Nicholas King nous suggère qu'il est aujourd'hui lié, par le biais du concept de « *preparedness* », aux institutions de la biosécurité nationale et de l'industrie pharmaceutique ? La pandémie grippale contribue bien à une forme spécifique de désectorisation, une dénationalisation de la maîtrise des questions de santé. Redisons le : celle-ci n'a pas que des désavantages en ce qu'elle permet aux épidémiologistes, mais

aussi aux responsables politiques, de se défaire *a posteriori* des accusations de précipitation ou d'emballement sur le mode « nous avons fait comme les autres et agi conformément aux préconisations de l'OMS ». Cette internationalisation des enjeux ainsi que l'allongement et la complexification concomitants des circuits de la surveillance épidémiologique diluent les décisions – donc les responsabilités – comme l'illustre l'esquive de Françoise Weber, interrogée sur la responsabilité de l'OMS dans la dramatisation de la pandémie :

« Vous me permettez, monsieur le député, de ne pas commenter l'ensemble des interventions de mes collègues épidémiologistes, qu'ils aient été à certains moments plus optimistes ou, à d'autres, plus pessimistes : cela demanderait beaucoup plus de temps que cette commission n'en dispose. »

L'interdépendance des épidémiologistes nationaux et internationaux opacifie la chaîne décisionnelle et l'identification des responsabilités, qui deviennent en partie inaccessibles à l'entendement politique, inaccessibilité encore renforcée par la technicité (donc l'ésotérisme) du savoir épidémiologique. Pour autant, l'autonomie des acteurs du renseignement épidémiologique n'est que très relative. L'acclimatation au sein de la haute fonction publique française des préceptes du *New Public Management*⁴⁹ au moment même le paysage institutionnel du secteur de la santé était profondément remanié sous l'effet de l'impératif de la maîtrise des dépenses de santé et de la succession des scandales sanitaires, a débouché sur la création de nombreuses agences sanitaires – parmi lesquelles, en 1992, le Réseau national de santé publique – dont les relations au politique, à l'administration centrale, aux autres agences, au monde médical diffèrent sensiblement du schéma intégré de l'administration traditionnelle. Plus précisément, ces relations sont frappés d'ambivalence : l'indépendance proclamée des agences coexiste avec des formes plurielles et nouvelles de reddition de compte (contrats d'objectifs et de moyens, évaluations multiples, etc.) qui tendent à les réinsérer dans l'espace administratif tout en faisant d'elles de potentiels fusibles politiques et judiciaires lorsque les événements viennent à mal tourner⁵⁰.

III. Le prosélytisme du surveillant ou les contraintes d'une institution intermédiaire

En tant qu'agence, l'InVS occupe, en effet, une position intermédiaire (entre l'Etat et la profession médicale, entre la décision politique et la mise en œuvre des politiques publiques) qui condamne ses fonctionnaires-scientifiques à devoir intéresser et enrôler leurs « partenaires » (médecins libéraux et hospitaliers mais aussi SAMU, pompiers, etc.) dans la réalisation de leurs missions de surveillance et à sans cesse justifier de leur utilité et de leur efficacité auprès de publics variés selon des modalités plus ou moins formalisées et régulières : auprès des acteurs politiques et de la tutelle administrative bien sûr, mais aussi des instances d'audit (comme les corps d'inspection ou la Cour des comptes), des associations (de malades en particulier), des tribunaux, des médias⁵¹. Ces différents publics ne sont pas sensibles et ne hiérarchisent pas les risques comme les épidémiologistes de la veille sanitaire auraient tendance à le faire spontanément. L'InVS est aussi confronté à la concurrence des autres agences sanitaires dans un paysage institutionnel mouvant car périodiquement réformé⁵². En un sens, la réputation⁵³ et la légitimité des épidémiologistes de la surveillance sanitaire – donc leur survie institutionnelle – est

⁴⁹ Bezès, Philippe (2009), *Réinventer l'Etat*, Paris, PUF.

⁵⁰ Besançon, Julien, Benamouzig, Daniel (2005). « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, n°47.

⁵¹ Marchetti, Dominique (2010). *Quand la santé devient publique. Les logiques de production de l'information dans la presse*, Grenoble, PUG.

⁵² Comme en atteste encore très récemment la transformation de l'AFSAPPS en Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) suite au scandale du Médiateur.

⁵³ Sur la notion de « risques réputationnels », assez proche de celle de « risques institutionnels », cf. Power, Michael, Scheytt, T., Sahlin, K. (2009). « Reputational Risk as a Logic of Organizing in Late Modernity », *Organization Studies*, 30(301).

fragile et toujours à construire. C'est ainsi que la « *bande de copains* » qui a animé le RNSP lors de sa naissance difficile car contestée, en 1992, s'est illustrée par une série de « coups » fortement relayés par les médias. Le RNSP est une institution charismatique qui, parce qu'elle est encore fragile et que son capital symbolique de reconnaissance est encore faible, doit engranger du crédit – pour continuer à recevoir des crédits des tutelles – par des coups permanents dans une logique de fuite en avant qui minorent les pesanteurs bureaucratiques. Ce registre charismatique a bien sûr eu tendance à s'estomper à mesure que le RNSP, transformé en InVS, grossissait et devenait une structure bureaucratique plus imposante, avec un organigramme complexifié et des routines plus pesantes. Néanmoins, la position intermédiaire occupée par l'agence, plus que jamais soumise à des surveillances croisées et multiples, fait que celle-ci ne peut se contenter exclusivement de la légitimité légale-rationnelle et doit, de fait, revendiquer une forme de légitimité charismatique, d'autant plus que la nature de la pratique elle-même (l'alerte, l'investigation rapide, la force d'intervention) sollicite la logique du « coup » contre toutes les routinisations et qu'il lui faut enrôler essentiellement par la persuasion des producteurs d'information qui ne sont pas toujours disposés à coopérer, et dont les données sont convoitées par d'autres institutions⁵⁴.

Accusée par les acteurs politiques et médiatiques d'avoir contribué, avec d'autres, à dramatiser la menace représentée par le virus H1N1, l'agence doit défendre sa réputation et sa légitimité dans plusieurs arènes publiques (médiatique et parlementaire). Mais les épidémiologistes doivent aussi justifier la pertinence de leurs choix *à leurs propres yeux*. Confrontés au démenti de la réalité (la catastrophe annoncée et redoutée ne vient pas), les responsables de la surveillance sanitaire peuvent alors recourir à différents types de réduction de la dissonance cognitive entre croyance et réalité. Leon Festinger et son équipe ont distingué le déni (les croyances sont maintenues contre la réalité, dont les éléments dissonants sont oubliés ou minimisés), la rationalisation (les croyances sont reconfigurées en tenant compte de certains éléments au moins de la réalité), et le prosélytisme (l'information renforce encore la croyance, dont la diffusion prouve sa pertinence)⁵⁵. Dans le cas étudié, comme souvent, des formes de déni et de rationalisation sont repérables, parfois de manière intriquée⁵⁶. Mais il nous semble particulièrement heuristique d'insister ici sur l'attitude prosélyte, car elle est significative de la position occupée par les épidémiologistes, américains hier comme français aujourd'hui (toutes choses différentes par ailleurs)⁵⁷. Le prosélytisme a pour bénéfice cognitif principal de concilier la restauration de la croyance en

⁵⁴ Nous développons les implications de la position intermédiaire et du rôle d'intermédiaire de l'agence dans un article en cours de finalisation : Buton, François, Pierru, Frédéric. « Extension du domaine de la surveillance épidémiologique. La santé publique aux risques de la veille sanitaire », Communication au colloque « Risques et action publique », Toulouse, février 2011.

⁵⁵ Festinger, Leon, Rieken, Hank, Schachter, Stanley. (1993/1956). *L'échec d'une prophétie*, op. cit., p. 24 – 26.

⁵⁶ Il serait possible, à partir des travaux récents de Stanley Cohen, de sociologiser et de complexifier la notion de déni. Le sociologue britannique parle ainsi de « vocabulaire du déni » comme Wright Mills parlait de « vocabulaire des motifs », pour désigner les formes de déni culturellement acceptables pour justifier/excuser une action ou une inaction. Autrement dit, il existerait un stock culturel de formes de déni à un moment donné dans une société donnée. Il identifie ainsi le déni de connaissance, le déni de responsabilité, le déni de préjudice, le déni de la victime, l'accusation des accusateurs, l'invocation de loyautés supérieures, l'indifférence morale. Clairement, le déni de responsabilité (la distinction évaluation/décision), l'accusation des accusateurs (l'exigence politique de surveiller tout, partout, tout le temps) et l'invocation de loyautés supérieures (la référence aux études des pairs étrangers ou travaillant pour l'OMS) constituent les formes de déni les plus utilisées par les experts du renseignement épidémiologique lors de leur mise en accusation au plan national. Stanley Cohen, *States of denial. Knowing about atrocities and suffering*, Cambridge, Polity Press, 2001.

⁵⁷ Le prosélytisme comme stratégie de réduction d'une dissonance cognitive retient particulièrement l'attention de Festinger et de son équipe car elle est la plus contre-intuitive : « si l'on peut convaincre de plus en plus de gens qu'un système de croyances est valable, celui-ci doit s'en trouver finalement légitimé. En poussant l'hypothèse à l'extrême, si tout le monde partageait une croyance donnée, personne n'irait s'interroger sur sa validité. D'où l'intensification des activités de propagande *après* le démenti des faits. », Festinger, Leon, Rieken, Hank, Schachter, Stanley. (1993/1956). *L'échec d'une prophétie*, op. cit., p. 26 – 27.

l'utilité de la surveillance épidémiologique en contexte d'incertitude radicale avec la défense de l'institution et la promotion des intérêts professionnels de la communauté des épidémiologistes de la veille sanitaire.

a) Une menace chasse l'autre : les usages du « retour d'expérience »

Le prosélytisme se concrétise par l'intensification des activités de propagande après le démenti des faits, car l'arrivée de nouveaux adeptes renforce la légitimité de la croyance. On voudrait montrer que l'exigence du retour d'expériences participe d'un tel prosélytisme : apprendre de la crise passée, rendre des comptes, convaincre les politiques de la nécessité d'une préparation encore meilleure, c'est faire preuve de ses compétences scientifiques (la démarche scientifique suppose la discussion), de ses compétences professionnelles (à l'heure du *New Public Management*), tout en renforçant la croyance dans l'idée que la pandémie grippale va venir (« *not if, but when* »). Ainsi, de l'expérience de la pandémie grippale de 1918, les épidémiologistes ont retenu que la seconde vague était plus mortelle que la première. En 2009, l'exigence d'apprentissage demeure un passage obligé du discours de légitimation :

« Il y néanmoins encore des progrès à faire, notamment en matière de surveillance sérologique et de modélisation, sujet sur lequel nous développons des interfaces avec la recherche. Je suis décidée à ce que nous fassions des constats clairs et sans complaisance, pour tirer tous les enseignements de cet événement sur tous les plans, scientifiques et organisationnels. »⁵⁸

La mise en scène du retour d'expérience s'accompagne d'ailleurs d'un certain *mea culpa* quant à l'insuffisance du renseignement épidémiologique à cerner les pratiques sociales face aux injonctions à la vaccination ; dès lors les sciences « dures » épidémiologiques et virologiques se doivent de solliciter davantage les sciences sociales, ainsi que le reconnaît la directrice de l'InVS :

« La première vague de cette pandémie, que l'on peut maintenant qualifier de gravité limitée, nous apporte donc une expérience précieuse non seulement en matière épidémiologique et virologique, mais aussi en sciences humaines et sociales. Toutes ces disciplines devront être dès maintenant mobilisées pour un solide retour d'expérience, afin d'améliorer les dispositifs de préparation et de mise en œuvre des mesures de contrôle et de prévention. Se donner les moyens et le temps nécessaire à un retour d'expérience complet et multidisciplinaire, à tous les niveaux : local, national, international, est un devoir aussi important que la révision des plans de préparation, l'amélioration constante de leur flexibilité et surtout leur appropriation par toutes les composantes de la société. Ceci est d'autant plus important que la préparation à des événements sanitaires potentiellement extrêmes, auxquels la société continuera d'être confrontée à l'avenir, implique la participation large de la société, et notamment de l'ensemble des professionnels de santé. »⁵⁹

En somme, seul l'investissement dans des dispositifs de surveillance multi-niveaux, pluridisciplinaires, de plus en plus précis, permettra d'empêcher le déploiement de menaces sanitaires proliférantes mais encore inconnues. La solution à l'incomplétude et aux approximations du renseignement épidémiologique réside donc dans le renforcement et l'extension permanents de ce dernier, appelé à devenir un véritable panoptique sanitaire. Ainsi, en plus de souligner avec récurrence et force les apports irremplaçables des systèmes de surveillance existants (réseaux sentinelles etc.) pour le « monitoring » de la pandémie de grippe A⁶⁰, les articles du numéro bilan du BEH tirent les leçons de la pandémie afin d'accroître la pertinence et l'efficacité du savoir

⁵⁸ Weber, Françoise (2009). « Observer, Surveiller, Alerter », *Rapport annuel de l'InVS*, p. 2.

⁵⁹ Weber, Françoise (2010). « Editorial », *BEH*, n° 24 – 26.

⁶⁰ Par exemple : « ainsi, le choix fait a priori, lors de la construction du système en 2004, d'une collecte d'informations en routine en des points stratégiques a montré son intérêt. Ce système routinier permet, face à une situation de crise, la mise à disposition quotidienne de données pour la surveillance sanitaire sans adaptation, réduisant d'autant la contrainte sur les professionnels de terrain. Enfin, la robustesse des systèmes développés assure un filet de sécurité à la surveillance sanitaire en période de crise importante. » Loïc Josserand et al., « Surveillance syndromique dans le cadre de la pandémie grippale A (H1N1) : intérêts et limites », *Ibid.*

épidémiologique pour contrer des menaces sanitaires à la fois inévitables et néanmoins frappées d'une incertitude radicale : l'amélioration des dispositifs de surveillance existants (Sophie Vaux et *al.*), l'utilisation de modèles dynamiques et de techniques de sérologie (Isabelle Marin et Jean-Claude Desenclos), la meilleure compréhension des attitudes profanes à l'égard de la vaccination en contexte pandémique (Michael Chwarzinger et *al.*) sont, entre autres, autant de voies d'amélioration de la surveillance et de l'action épidémiologiques. Bref, on ne peut connaître par avance l'identité du prochain ennemi, mais il convient tout de même de se préparer à son surgissement en quadrillant la société par des systèmes d'information de plus en plus sensibles et raffinés.

b) La catastrophe est toujours à venir : l'anticipation et l'incertitude sont les deux mamelles de la surveillance ?

Cependant, la capacité d'anticipation semble devoir être condamnée à demeurer l'horizon fuyant de la surveillance épidémiologique, laquelle est confrontée à une incertitude radicale : « *l'avantage de l'anticipation est la capacité à se préparer. Le corollaire est le degré d'incertitude sur les caractéristiques de l'événement qui croît avec le degré d'anticipation* »⁶¹. Autrement dit, le plus on anticipe, le moins l'on sait ce qui va arriver... C'est en fait la position incertaine de l'agence sanitaire – à la fois soumise à de nombreuses régulations et non intégrée dans un réseau de solidarités au niveau national – qui la pousse au prosélytisme en faveur du scénario du pire. L'activité propagandiste est d'autant plus facilement mobilisée *après* la crise qu'elle fonde en partie l'activité ordinaire *hors* de la crise. De même que la paix doit préparer la guerre, de même la réorientation de la sécurité sanitaire autour de la notion de *preparedness* contribue à faire de la préparation à la crise l'ordinaire de la santé publique. Les menaces pandémiques, dans leur incertitude même, constituent une aubaine pour la surveillance épidémiologique, activité relativement récente et dominée dans le champ de la santé : elles autorisent un discours de la catastrophe à venir qui justifie son existence, et dont tout incident est une confirmation. On retrouve ici les « politiques de l'échelle » analysées par N. King tant dans les discours journalistiques que dans les analyses scientifiques, par lesquelles le moindre incident à petite échelle est exploité de manière à mettre en valeur sa signification globale, à l'échelle nationale. Fort Dix en est une excellente illustration, l'urgence étant maintenue pendant neuf mois alors même qu'aucun cas nouveau n'était rapporté.

Plus généralement, les menaces pandémiques constituées en « paniques morales » servent les intérêts du renseignement épidémiologique. Celles-ci revêtent cinq caractéristiques qui entretiennent des affinités fortes avec les phases de crise sanitaire : le fort intérêt public pour une menace potentielle ou réelle (ici, le virus) ; la mise en cause d'une valeur sociale clé (ici, la protection de la santé de la population) ; l'invocation et la mise en scène d'un consensus sur la gravité de la menace et sur l'idée que quelque chose doit être fait (ici, la campagne de vaccination) ; l'exagération du nombre de cas et de la gravité des dommages (les paniques morales s'accompagnent de mécanismes d'amplification et de distorsion qui entraînent des sur-réactions sociales) ; l'inscription dans un temps court (elles apparaissent et disparaissent rapidement après avoir saturé l'espace public)⁶². La concurrence médiatique et la dépendance journalistique aux sources officielles jouent bien entendu un rôle capital dans la séquence de stylisation, de symbolisation, de sensibilisation, de dramatisation et de polarisation qui finit par détacher la réaction sociale et politique de la réalité avérée de la « menace ». Surtout, les paniques morales débouchent *in fine* sur le renforcement du contrôle social et politique s'exerçant sur certains comportements ou groupes labellisés de « dangereux » ou « à risque ». En l'espèce, l'exagération et la dramatisation de la menace représentée par le virus de la grippe A conduisent paradoxalement les épidémiologistes de l'InVS à plaider en faveur de l'extension de leurs

⁶¹ Weber, Françoise (2009). « Observer, Surveiller, Alerter », *Rapport annuel de l'InVS*, *op. cit.*

⁶² Cohen, Stanley (2002/1972). *Folk Devils and Moral Panics*, *op. cit.*, p. xxii.

systèmes de surveillance et du renforcement de leurs capacités d'anticipation (surveiller tout, tout le temps), mais aussi du perfectionnement de leurs stratégies de communication (et de contrôle) à l'endroit de la presse et de l'« opinion publique » ainsi que d'une meilleure saisie des réactions de la population aux injonctions « scientifiques » à la vaccination. La confrontation aux conjonctures fluides que sont les crises sanitaires conduit ainsi les épidémiologistes de la veille sanitaire (mais aussi les virologues) à développer des velléités de contrôle tous azimuts, espérant ainsi, *la prochaine fois*, maîtriser une dynamique sociale et politique (de déssectorisation) qui ne cesse de se dérober à leur emprise.

c) C'est la faute à Rousseau ?

Le prosélytisme, enfin, se manifeste par la condamnation sans cesse rejouée de l'ignorance des masses, celles-là même dont les épidémiologistes regrettent qu'elles n'entendent pas les annonces de catastrophe – alors qu'il est possible tout simplement qu'elles ne les écoutent pas. 1976 et 2009 sont ici deux cas presque identiques – et bien d'autres exemples pourraient être choisis ! Accuser l'irrationalité des autres revient en effet à s'arroger le monopole de la rationalité et de la vérité.

Ainsi, Sencer et Millar, revenant trente ans après sur l'épisode de la campagne de vaccination de 1976, concluent que « l'attention des médias et du public peut constituer un obstacle majeur à la mise en œuvre d'un programme ambitieux et innovant répondant à des risques qu'il est difficile, voire impossible de quantifier »⁶³. Selon eux, un programme qui apparaît comme une initiative présidentielle rend difficile sa modification en cours de route ou son arrêt ; les explications devraient être délivrées par des experts disposant de la légitimité scientifique ; il convient d'organiser des conférences de presse régulières plutôt que de répondre au cas par cas aux sollicitations journalistiques. Autrement dit, il convient d'éviter au maximum que la démarche épidémiologique ne soit « parasitée » par des considérations politiques, journalistiques ou profanes, lesquelles sont considérées comme autant d'obstacles à la conduite d'une politique de santé publique rationnelle. L'essentiel est que « le public doit comprendre que les décisions sont fondées sur [des considérations de] la santé publique, non la politique ».

Faisant écho à cette analyse, le rapport de la commission d'enquête de l'assemblée nationale dénonce la confusion générée par la multiplicité des messages sanitaires, les excès médiatiques, l'irrationalité des débats concurrents sur Internet, les erreurs dans la communication des pouvoirs publics (notamment face aux « rumeurs ») :

*« Un point a été unanimement relevé par les personnes auditionnées par la commission d'enquête : la crise de la grippe A(H1N1) a suscité un véritable emballement médiatique, avec des interventions multiples, parfois contradictoires et même cacophoniques, qui ont conduit les Français, perplexes, à douter à la fois de la nécessité de se faire vacciner et de la sûreté des vaccins. Parallèlement, la communication gouvernementale n'a pas su suffisamment s'adapter pour faire passer le message de santé publique. Dès lors, l'adhésion de nos concitoyens à la campagne n'a cessé de décroître. La communication devra donc, à l'avenir, être considérée comme un enjeu majeur de la gestion des pandémies. »*⁶⁴

En particulier, les parlementaires reprochent au gouvernement d'avoir eu recours à des « instruments traditionnels qui n'ont pas suffisamment pris en compte l'état de l'opinion ». Il est saisissant que les capacités au retour d'expérience, aux enseignements tirés des précédents dont se prévaut la surveillance épidémiologique, tout comme les savoirs pratiques dont elle se réclame, ne lui soient d'aucune utilité dès lors qu'elle réfléchit à la réception de ses pratiques dans la société.

⁶³ Sencer, David J., Millar, Donald J. (2006), « Reflections On the 1976 Swine Flu Vaccination Program », art. cit.

⁶⁴ Lagarde, Jean-Christophe, Door, Jean Pierre (2010). *Rapport dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1)*, op. cit., p. 97.

Empêtrée dans la problématique bien pauvre (mais dominante dans le monde de la santé) de l'acceptation sociale quand elle n'est pas conseillée par une perspective idéaliste qui, fondée sur le modèle du citoyen éclairé et outillée par les enquêtes par sondage⁶⁵, est inapte à rendre compte de la réalité des pratiques sociales, la surveillance épidémiologique ne peut concevoir que la situation de crise provoque chez les acteurs « ordinaires » une régression vers les habitus qui se manifeste par le maintien des modalités ordinaires de perception et de classement des ordres de priorités, pas nécessairement favorables à l'obéissance en matière sanitaire (ou hygiénique). Elle est donc condamnée à mettre en cause l'irrationalité de l'opinion publique et celle des médias. De ce point de vue, les politistes de Harvard, au moins, font œuvre utile en rappelant que les médias aussi ont leurs propres agendas, dont que la communication en santé publique doit tenir compte (Sencer et Millar sont au contraire très naïfs sur ce point : il suffirait que de vrais spécialistes communiquent pour que « ça passe... ») ; mais, par construction d'objet et faute de connaissances sociologiques, ils s'arrêtent en chemin et oublient d'intégrer les « agendas » de la population à leur analyse.

Au-delà des différences de configuration entre la « crise » de 1976 et celle de 2009 (en particulier, le degré d'internationalisation de la surveillance épidémiologique), la comparaison entre les deux épisodes, même en s'appuyant principalement sur des données de seconde main, fait ressortir les traits spécifiques du renseignement épidémiologique : s'il se réfère à la science (biostatistique, virologie, etc.), il se situe contre, tout contre les décideurs politiques et leur rationalité, ce qui amène parfois ses agents à outrepasser ce que la prudence et la lenteur scientifiques suggéreraient de (ne pas) faire. L'écriture de scénarii dans un contexte d'incertitude radicale, le choix systématique en faveur du scénario du pire et du principe de précaution, le prosélytisme qui aboutit à étendre de façon continue le domaine de la surveillance épidémiologique sont, entre autres, autant de manifestations de l'imbrication étroite des exigences scientifiques et des impératifs politiques. Une dernière remarque s'impose : l'on peut se demander si le peu de leçons effectives tirées, en 2009, du « précédent de 1976 » ne tient pas, outre à la dépendance au politique, au court-termisme foncier d'une activité vouée à se projeter dans la prochaine menace et la prochaine crise⁶⁶.

⁶⁵ Le sociologue Michel Setbon souligne, devant la commission d'enquête de l'Assemblée Nationale, les « progrès » réalisés à l'occasion de la grippe A dans la saisie des mobiles des comportements de la population face à la décision de se faire vacciner ou non grâce à une enquête par sondage, réalisée auprès de 1001 personnes, et financée par le SIG du gouvernement en juin 2009, renouvelée en décembre de la même année. Il en ressort que l'échec de la campagne de vaccination vient du fait que « la majorité » de la population a considéré que le niveau de risque et de gravité de la grippe A était assez proche de celui de la grippe saisonnière. Le sociologue en conclut que « l'échec de la vaccination pouvait être prévu », soulignant au passage qu'il « est encore plus difficile de corriger ces idées (fausses ou erronées) circulant sur Internet ou d'autres supports) lorsqu'on les connaît mal. Je ne dis pas qu'il est facile d'agir sur les perceptions, croyances ou rumeurs, mais la première condition pour cela serait de les connaître, de les mesurer. » *Ibid.*, p. 305 – 308. Autrement dit, le rôle (politique) de l'ingénierie sociologique est de contribuer à réduire l'écart entre les recommandations rationnelles des épidémiologistes et virologues d'un côté, les attitudes souvent irrationnelles – car nourries de rumeurs ou mal-informées - de la population à l'égard de la vaccination, de l'autre.

⁶⁶ Comme l'écrit éloquentement le professeur de médecine à la faculté de Marseille et spécialiste des maladies infectieuses et du bioterrorisme, Didier Raoult, « Des nouvelles maladies infectieuses peuvent apparaître en tout endroit du monde et à tout moment (...). Il est impossible de prévoir quelle maladie fera demain son apparition. Une seule chose est certaine, c'est que cela arrivera. Seule la vigilance nous permettra de détecter le plus tôt possible les épidémies avant qu'elles ne frappent une partie trop importante de la population. (...) l'inattendu doit être attendu avec beaucoup de vigilance (...). » Raoult, Didier (2005). *Les nouveaux risques infectieux*, op. cit., p. 30.