

Anne-Claude Crémieux

# Gouverner l'imprévisible

Pandémie grippale, SRAS, crises sanitaires



*Lavoisier*



# Gouverner l'imprévisible

## Pandémie grippale, SRAS, crises sanitaires

**Anne-Claude Crémieux**

Professeur des universités, praticien hospitalier  
Service des maladies infectieuses, hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP



Allée de la Croix-Bossée  
94234 Cachan cedex

## Chez le même éditeur

*Le vieillissement : rythmes biologiques et hormonaux*  
J. Epelbaum, 2009

*Les vaccins des papillomavirus humains*  
collection « Rapports de l'Académie nationale de médecine »  
sous la direction de Pierre Bégué, 2009

*Rapports, communiqués et recommandations de l'Académie nationale de médecine en 2007*  
collection « Rapports de l'Académie nationale de médecine »  
sous la direction de Pierre Ambroise-Thomas, 2008

*L'enfant à naître : sa santé, son avenir*  
collection « Rapports de l'Académie nationale de médecine »  
sous la direction de Claude Dreux et Claude Sureau, 2007

*Harmonisation de la réparation des préjudices corporels dans l'Union européenne*  
collection « Rapports de l'Académie nationale de médecine »  
sous la direction de Jacques Hureau, 2007

*De la sanction à la prévention de l'erreur médicale –  
Propositions pour une réduction des événements indésirables liés aux soins*  
collection « Rapports de l'Académie nationale de médecine »  
sous la direction de Georges David et Claude Sureau, 2006

*Risques et crises alimentaires*  
collection STAA  
C. Lahellec, coord., 2005



© LAVOISIER, 2009  
ISBN : 978-2-7430-1197-0

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (20 rue des Grands-Augustins – 75006 Paris), est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, d'autre part les analyses et courtes citations justifiées dans le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (Loi du 1er juillet 1992 – art. L. 122-4 et L. 122-5 et Code pénal art. 425).

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	1
---------------------------	---

## Chapitre 1

### Leçons de trois crises

1. Le SRAS ou la crise maîtrisée .....	5
1.1. Chronologie d'une pandémie.....	5
1.1.1. Novembre 2002 : le silence.....	5
1.1.2. Février 2003 : la multiplication des signaux et les fausses pistes .....	6
1.1.3. Mars 2003 : l'épidémie apparaît en quatre points du globe .....	7
1.1.4. L'alerte officielle .....	9
1.1.5. La riposte internationale .....	9
1.2. La crise .....	10
1.3. Les ferments de la crise du SRAS canadienne .....	11
1.3.1. L'absence d'alerte .....	11
1.3.2. Les hôpitaux débordés et mal préparés.....	12
1.3.3. L'absence d'équipes de secours.....	13
1.3.4. Les autorités aveugles .....	14
1.3.5. L'absence de <i>leadership</i> .....	14
1.3.6. Vouloir rassurer peut tuer .....	14
1.4. La crise en France.....	17
1.4.1. Du 7 au 11 mars : une veille sanitaire mais pas d'alerte.....	17
1.4.2. 12 mars : la mobilisation .....	17
1.4.3. Le contrôle de l'épidémie en France.....	18
1.4.4. Les leçons de la crise en France.....	21
2. La canicule ou la crise amplifiée.....	23
2.1. Vendredi 8 août : les autorités sanitaires sur une autre piste.....	23
2.2. Du 6 au 8 août : il se passe quelque chose d'anormal .....	24
2.3. L'expertise prise en défaut .....	25
2.4. Le cloisonnement et l'inertie administrative.....	26

2.5. Le 9-10 août : l'alerte arrive par les canaux informels .....	27
2.6. La sous-estimation de la crise .....	28
2.7. 12 août : la gestion aveugle de la crise .....	30
2.8. 13 août : les premières estimations des décès .....	31
2.9. On compte les morts .....	32
2.10. Le bilan de la catastrophe en France et à l'étranger .....	34
2.11. Les leçons de la canicule ont-elles été tirées ? .....	35
3. La pandémie grippale ou la crise annoncée .....	37
3.1. 12 janvier 2004 : les prémisses .....	37
3.2. Fin janvier 2004 : l'inquiétude monte .....	38
3.3. La mobilisation en France .....	40
3.4. Fin février 2004 : le calme après la tempête .....	43
3.5. Mi-mars 2004 : l'OMS sonne le tocsin .....	44
3.6. Octobre 2004 : le plan de lutte contre la pandémie grippale est rendu public en France .....	44
3.7. Mai 2005 : les médecins font de la science-fiction .....	45
3.8. Juin 2005 : l'OMS revoit ses prévisions à la baisse .....	46
3.9. 30 juin 2005 : un exercice gouvernemental instructif .....	47
3.10. Août 2005 : le tournant politique et médiatique .....	48
3.11. Octobre 2005 : l'apogée de la crise .....	52
3.12. La peur de la pandémie humaine : chronique d'une crise annoncée ou d'une crise fabriquée ? .....	55
3.13. La préparation de la France à une crise sanitaire de très grande ampleur n'a jamais été aussi poussée .....	56
3.14. Épilogue : la crise de la grippe porcine de 2009 .....	57

## *Chapitre 2*

### **Comprendre les crises sanitaires**

1. Comment naît une crise sanitaire : les ferments de la crise .....	61
1.1. Le caractère inconnu de la menace .....	62
1.2. L'impression d'inaction des autorités sanitaires ou de sous-évaluation de la gravité du problème .....	64
1.3. La prise de conscience du public .....	67
2. Qu'est-ce qui caractérise une situation de crise sanitaire ? .....	67
2.1. L'effet de surprise .....	67
2.2. L'erreur d'interprétation des signes d'alerte .....	68
2.3. L'aveuglement des autorités .....	69
2.4. L'urgence de la réponse .....	69
3. Doit-on craindre une augmentation de la fréquence des crises sanitaires ? .....	70
3.1. Les nouveaux risques infectieux .....	70
3.2. La diffusion des agents infectieux à travers la planète .....	71
3.3. La médiatisation instantanée .....	72
4. Peut-on prévoir les risques sanitaires ? .....	72
5. Peut-on prévenir les crises sanitaires ? .....	74
6. Le cas particulier de la grippe aviaire .....	76

*Chapitre 3***Agir pendant la crise :  
la chronologie de la crise et le rôle des différents acteurs**

1. Les prodromes de la crise .....	79
1.1. Les signaux avant-coureurs .....	79
1.2. Pourquoi ces signaux répétés n'ont pas déclenché d'alerte .....	80
1.3. Un nouveau défi : mieux détecter les signaux anormaux .....	82
1.4. Ce qui doit changer .....	83
2. L'entrée dans la phase d'état de la crise .....	84
2.1. L'alerte par les canaux informels .....	84
2.2. Le retard des autorités .....	85
2.3. Identifier la menace et gérer la crise .....	86
2.4. Ce qui doit changer : le principe de la séparation de l'alerte et de la gestion des crises .....	86
3. L'amplification de la crise .....	88
3.1. Quand se rassurer peut tuer .....	89
3.2. Les limites des plans de réponses .....	91
3.3. L'éclatement .....	92
4. Les moyens de résolution de la crise .....	92
4.1. Les principes de gestion de la crise .....	92
4.2. Les autres critères de la réussite : le leader, la capacité à mobiliser les forces d'appoint et à tenir dans la durée .....	95
4.3. Un exemple de rattrapage réussi .....	96
5. Le rôle des médias et des experts .....	97
5.1. Les médias .....	97
5.2. L'expertise technique .....	97
6. Rôle des acteurs périphériques : pandémie annoncée et conseils désintéressés de part et d'autre de l'Atlantique .....	98
7. Après la crise .....	99
8. Ce qui doit changer : notre façon d'appréhender des crises sanitaires..	100

*Chapitre 4***Changer de culture, de fonctionnement et de dimensionnement**

1. Le ministère de la Santé et les crises .....	103
2. Que nous réserve l'avenir ? .....	107

<b>Conclusion .....</b>	<b>109</b>
-------------------------	------------





# Introduction

12 avril 2009 : les autorités sanitaires mexicaines signalent la survenue de cas sévères d'infections respiratoires inexpliquées chez des sujets jeunes. Les gripes augmentent depuis mars, alors que la saison est en principe terminée. Au même moment, en Californie, deux enfants sont infectés par un virus de la grippe du porc alors qu'ils n'ont pas été en contact avec des animaux. Le 22 avril, le rapprochement est fait entre ces deux événements. Un nouveau virus de la grippe porcine qui se transmet d'homme à homme est mis en évidence. L'alerte est donnée officiellement par l'OMS le 24 avril. Il y a déjà 900 cas probables au Mexique et une soixantaine de morts et 7 cas confirmés aux États-Unis. Le président du Mexique annonce l'interdiction des rassemblements de populations pour freiner l'épidémie. Le spectre de la pandémie grippale annoncée depuis la survenue des premiers cas de grippe aviaire H5N1 en 2004 est dans tous les esprits. Après une première semaine alarmante au cours de laquelle l'incertitude est totale, quelques éléments plus rassurants apparaissent : la mortalité ne semble finalement pas excéder celle d'une grippe saisonnière et le virus est moins virulent que le H5N1. Le pic de l'épidémie a été atteint au Mexique. Cependant, l'OMS indique que la virulence de ce nouveau virus pourrait augmenter à l'automne. Nous pourrions revivre, non pas la grippe espagnole de 1918 (depuis, on a inventé les antibiotiques, les antiviraux et la réanimation) mais au moins la grippe de Hong-Kong qui atteignit la France en 1969 et fit 40 000 décès, passés totalement inaperçus.

Avons-nous sur-réagi à une simple épidémie de grippe comme la presse commence à le dire ? Avons-nous au contraire sous-réagi en laissant se diffuser dans l'ensemble de la planète un virus qui sera à l'origine d'une pandémie grave ? Qui a raison ? Les « experts » qui se succèdent en prévoyant l'apocalypse ou le passager qui s'écrie furieux, devant le ministre des Transports Dominique Bussereau venu inaugurer le dispositif médical mis en place pour accueillir à Roissy les vols en provenance du Mexique,

« c'est une simple grippe, ce n'est pas la peste ! » ? En réalité, ces deux appréciations en apparence opposées révèlent bien les deux dimensions constitutives des crises sanitaires modernes.

Les crises sanitaires résultent de la conjonction d'un événement brutal et imprévisible, et de sa réception par les pouvoirs publics et les systèmes de santé souvent conditionnés par les crises du passé. Des épidémies comme celle du SRAS ou de la vache folle entraînent une crise en raison même de leur caractère inconnu et menaçant. Mais une infection en apparence banale comme la grippe peut aussi être à l'origine d'une crise si elle est ressentie comme un phénomène nouveau dont les conséquences sont brusquement révélées grâce à un système de détection et de surveillance mis en place précisément, à la suite d'une crise précédente, pour mieux la repérer et y faire face. La surveillance en temps réel des infections respiratoires sévères et de leur mortalité a ainsi été mise en place dans de nombreux pays après le SRAS. Auparavant les chiffres de mortalité n'étaient connus que plusieurs années après l'événement et diffusés de façon confidentielle, ce qui annulait toute réaction des médias et du public. Le bilan de la pandémie grippale de 1969 n'a été connu que de nombreuses années après, et cet épisode n'a pas déclenché de crise médiatique. Lors de l'épisode de la canicule de 2003, les pays qui ont publié les chiffres de la surmortalité plusieurs mois après l'épisode n'ont pas vécu de crise, à l'inverse de la France. Les crises passées modifient aussi les exigences de l'opinion publique à l'égard des autorités en même temps qu'elle la familiarise avec les moyens de prévention et de traitement. Les morts qui étaient perçues jusque-là comme des « morts naturelles » deviennent des « morts évitables ». La révélation par l'InVS en mars 2009 de la surmortalité élevée des personnes âgées durant l'hiver 2008-2009, en partie liée à la grippe, n'a ému personne. Mais il est probable que le suivi en direct de cette mortalité lors de la prochaine saison grippale sera source de beaucoup plus d'émotion liée à un abaissement du seuil de tolérance du public.

Au fond, chaque crise peut être appréhendée sous deux angles différents. D'une part, une crise, c'est d'abord une menace objective qui s'impose et oblige à réagir à l'imprévu. D'autre part, une crise est déclenchée par des systèmes d'alerte plus ou moins sensibles, plus ou moins précis. Ce qui est perçu comme une fatalité à une époque devient inadmissible à une autre. Ce qui passe inaperçu dans un pays provoque une intense réaction médiatique dans un autre. L'essence même de la crise est le résultat de la rencontre entre les menaces largement imprévisibles qui nous entourent, et notre propre capacité à les évaluer, à en mesurer les effets et à y répondre. Ces deux dimensions, objective et subjective, de la crise expliquent pourquoi elle suscite des réactions en apparence si contradictoires, où l'angoisse d'impréparation côtoie le soupçon d'exagération, voire d'emballlement médiatique injustifié. Ces deux dimensions expliquent aussi pourquoi, face à une

menace nouvelle, les États ont souvent tendance à reproduire des réflexes acquis lors des crises précédentes : la crise du SRAS de 2003 pour les Canadiens et les Chinois, la canicule de 2003 pour les Français, l'ouragan Katrina de 2005 pour les Américains, etc.

SRAS, canicule, menace de pandémie grippale, ces crises récentes ne sont pas les premières. Le système de sécurité sanitaire français s'est construit notamment sur deux crises majeures : le sida et la maladie de la vache folle. Les dernières crises sanitaires ont cependant introduit une nouvelle donne : leur rapidité. Le SRAS a traversé la planète en quelques jours. Il a suffi pour cela de la rencontre dans un hôtel international d'un malade et d'autres clients, repartis les jours suivants par avion dans leurs pays. La grippe porcine A(H1N1), quant à elle, s'est répandue dans trente pays en moins de 15 jours. Ni les pandémies des siècles précédents, ni le sida ou la vache folle n'avait eu cette rapidité. Les premières, en raison de l'absence ou de la faible intensité des voyages aériens, les secondes en raison des modalités de transmission. La canicule d'août 2003 a fait 15 000 décès en 15 jours. Au moment où les autorités commencent à comprendre l'ampleur du phénomène, la température baisse. Cette soudaineté est la règle dans les catastrophes naturelles ou provoquées (guerres, attentats), expliquant que la défense civile ou militaire s'y soit préparée. Mais c'est un élément nouveau pour les crises d'origine sanitaire qui explique en partie la faible culture de l'urgence dans l'organisation de la santé publique en France.

Les crises sanitaires ne sont malheureusement pas des « accidents » improbables. Elles sont destinées à se reproduire, voire à s'intensifier puisque certains risques sont croissants (infections émergentes notamment<sup>1</sup>) et que la tolérance vis-à-vis de ces risques imprévus diminue au fur et à mesure que leurs conséquences sanitaires sont mieux perçues et que les attentes vis-à-vis d'une médecine de plus en plus performante augmentent. Les crises sanitaires partagent avec les guerres et les catastrophes naturelles la capacité de bouleverser la société et de faire des victimes en grand nombre. Les États se préparent aux guerres et aux catastrophes naturelles de façon systématique. Ils doivent aujourd'hui se préparer de la même façon aux crises sanitaires. Il faut changer d'échelle et considérer cette préparation comme aussi prioritaire que la préparation à la menace terroriste.

Les leçons des dernières crises sanitaires ont-elles été tirées en France ? En un sens, oui, car elles ont entraîné la préparation de plans de grande ampleur pour faire face à une éventuelle canicule ou une pandémie grippale. Et ces plans, mis au point grâce à des exercices ou des alertes réelles, permettent de préparer autorités et citoyens, d'anticiper ces phénomènes et d'en limiter l'impact sanitaire comme l'ont montré les épisodes

---

1. Rapport sur la santé dans le monde 2007. Un avenir plus sûr. La sécurité sanitaire mondiale au XXI<sup>e</sup> siècle. Organisation mondiale de la santé (OMS).

de canicule en 2005 et 2006 et possiblement celui de la grippe porcine de 2009. Mais la crise du Chikungunya en 2005 a aussi montré que l'on se laisse encore surprendre dès que les signaux sortent du cadre de ce qui a été minutieusement préparé. Et l'expérience montre que les événements ne se déroulent jamais comme prévu et qu'un fait laissé de côté peut être l'embryon d'une prochaine crise. Une réflexion trop fragmentée, plan par plan, peut aussi empêcher de tirer des leçons de portée plus générale touchant notamment à une remise en question profonde du dispositif de détection et de gestion des crises sanitaires.

Comme le souligne la Commission d'enquête du juge canadien Campbell, lors de son rapport sur la crise du SRAS à Toronto intitulé *Le printemps de la peur*, « le SRAS nous a appris que nous devons être prêts à faire face au jamais vu ». Les mêmes termes seront repris en France après la crise de la canicule. S'il faut aujourd'hui répondre à la question : « sommes-nous prêts pour la prochaine crise sanitaire ? » on pourrait dire en paraphrasant la conclusion de la Commission canadienne : « nous sommes mieux préparés qu'hier mais nous ne sommes pas prêts ».

N'attendons pas des responsables politiques qu'ils prévoient un avenir que les experts sont incapables d'entrevoir, comme on le constate encore aujourd'hui avec la grippe aviaire et porcine. En revanche, poussons les gouvernements à mieux nous protéger des crises futures en tirant les enseignements des crises passées et, lorsqu'elles surviennent, demandons-leur de réagir rapidement. Comme le souligne la Commission Campbell, « on a le système de santé que l'on mérite et la préparation aux épidémies et aux crises que l'on mérite ». Ce ne sont pas seulement les autorités qui doivent se préparer à la crise sanitaire, c'est aussi le citoyen car son implication est essentielle au contrôle de la crise.

Comprendre ces crises au travers des exemples récents, agir pour mieux les contrôler, moderniser un système de santé actuellement largement inadapté à *faire face à l'imprévisible*, tels sont les enjeux actuels.

La pandémie actuelle de grippe A H1N1 replace le problème des crises sanitaires au cœur de l'actualité en soulevant des interrogations majeures : sommes-nous prêts ? Avons-nous sur-réagi à une simple épidémie de grippe ? Avons-nous au contraire sous-réagi en laissant se diffuser sur l'ensemble de la planète un virus qui sera à l'origine d'une pandémie grave ? Questions essentielles que pose chaque nouvelle crise sanitaire.

SRAS, canicule, pandémie grippale, les premières crises sanitaires du XXI<sup>e</sup> siècle ont introduit une nouvelle donne liée à leur rapidité et à leur ampleur. Elles prennent en défaut les scientifiques incapables de les prévoir. Elles désarçonnent les politiques obligés d'agir et de communiquer dans l'incertitude. Au fond, s'il est vrai que « gouverner, c'est prévoir », comment alors « gouverner l'imprévisible » ?

Dans tous les pays, l'attitude des pouvoirs publics est conditionnée par le dernier traumatisme vécu : le SRAS au Canada et en Chine, la canicule en France, l'ouragan Katrina aux États-Unis. Pour bien appréhender les mécanismes en jeu, cet ouvrage nous plonge donc au cœur des trois grandes crises sanitaires récentes qui ont ébranlé la France. Des décisions scientifiques et politiques à leur impact médiatique, il nous transporte aux côtés des acteurs du moment et nous donne à vivre, à réfléchir et à comprendre les événements et leurs conséquences en temps réels.

*Gouverner l'imprévisible – Pandémie grippale, SRAS, crises sanitaires* s'adresse à tous les professionnels du large domaine de la santé, et à toute personne souhaitant savoir comment survient une crise, comment l'analyser et comment mieux y faire face.

**Anne-Claude Crémieux**, conseillère du ministre de la Santé de janvier 2003 à novembre 2005, est professeur des universités et praticien hospitalier au service des maladies infectieuses de l'hôpital Raymond Poincaré.



9 782743 011970