

La prise de décision politique face aux maladies et risques émergents

La décision politique en matière de santé rencontre de multiples obstacles et difficultés qui s'interposent entre l'identification d'un nouveau problème de santé publique — comme ce fut le cas avec l'émergence du sida au début des années quatre-vingt — et la mise en place effective d'une action. Ces obstacles sont de plusieurs ordres. Ils ont tous en commun d'allonger considérablement le délai entre identification et action, de l'allonger même bien souvent au-delà du temps imparti à un décideur politique ou à une équipe gouvernementale dont l'action, les objectifs et les échéances s'inscrivent au mieux à moyen terme.

La première difficulté, le premier obstacle structurel qui s'impose au responsable politique et à son propre calendrier est la lenteur du rythme de fonctionnement de son administration. Nous entendons par là aussi bien l'administration centrale proprement dite que l'équipe ministérielle constituée par lui (les divers conseillers techniques et chargés de mission rassemblés dans son cabinet) et qui agit comme un intermédiaire supplémentaire dans le circuit des informations et des décisions entre lui-même et ladite administration centrale. Au-delà des compétences, des motivations, des expertises professionnelles, des bonnes volontés individuelles, les règles de fonctionnement, les filières de prise de décision, le circuit des textes et des idées, les délais de concertation occupent un temps

considérable. Cette constatation générale était particulièrement aiguë dans le domaine de la santé dont l'administration restait extraordinairement sous-dotée en moyens humains et matériels à l'époque de notre expérience ministérielle.

Des obstacles administratifs

Ce temps structurel s'allonge encore quand la décision politique débouche, comme c'est souvent le cas, sur une réforme réglementaire ou législative : la résistance aux modifications d'une réglementation technique pléthorique et complexe tend à l'inertie. Nous en avons eu l'expérience quand il s'est agi, par exemple, de rendre possible la vente libre des seringues en pharmacie.

Un second obstacle structurel pose contradiction dans le fonctionnement de l'administration de la santé : c'est celui de la compétence et de l'expertise, problème particulièrement critique dans un ministère technique comme celui-ci, où les pré-requis scientifiques et les connaissances nécessaires à la décision politique sont à la hauteur des responsabilités et des enjeux sanitaires. Au temps zéro de l'émergence d'un nouveau problème de santé publique, l'administration a besoin d'expertises extérieures. Du fait de ses ressources humaines limitées, de ses difficultés à redéployer rapidement ses ressources limitées, l'administration dépour-

vue fait appel à une expertise scientifique et médicale extérieure. Cette approche *a priori* efficace (aller chercher l'expertise là où elle existe, aux carrefours de la recherche, de l'exercice médical et de l'expérience de terrain) n'est pas sans danger en terme de prise de décision pour l'action politique. Les experts extérieurs ne peuvent fournir que leur expertise, sans toujours tenir compte de l'environnement administratif (réglementaire et légal) et sans toujours connaître l'enjeu global (social, économique... et politique) du problème émergent. Cette expertise doit donc toujours nécessairement être replacée en perspective pour servir de réflexion initiale à un arbitrage politique.

Encore ne parlons-nous ici que du déficit d'expertise interne à l'administration de la santé et à son ministère de tutelle. Il va sans dire que ces compétences, ces expertises, sont encore plus largement absentes au sein des ministères qui, dans le partage effectif du pouvoir, rendent au bout du compte les arbitrages définitifs : ceux du budget et des finances. Leurs objectifs propres — c'est un euphémisme de le dire — restent tout à fait éloignés, voire contradictoires, de toute considération sanitaire. En fait, en l'absence d'un système de veille sanitaire qui alerte efficacement et fasse autorité, la logique économique — voire proprement budgétaire, avec ses échéances annuelles — prévaut toujours sur l'urgence médicale et sanitaire dans le processus de décision en santé publique.

La peur du risque politique

Bien entendu, d'autres obstacles existent que ceux proprement administratifs. Parmi les décideurs politiques, comme d'ailleurs parmi les élus ou les hauts fonctionnaires, une décision individuelle fait parfois blocage : tel ou tel individu, au nom de ses principes personnels, s'arroge la responsabilité qu'aucune fonction, ni aucun mandat électif, ne lui donne en vérité : celui d'imposer à l'action publique ses propres convictions personnelles, morales ou idéologiques.

Pour les hommes politiques, ce risque de dépassement de la fonction s'accompagne de la peur du risque politique inhérent à la décision, de la contradiction éventuelle entre cette décision et l'aspiration (réelle ou supposée) de leur électorat. L'action politique — et particulièrement l'action politique en santé — porte en elle son propre immobilisme quand elle est guidée exclusivement par une conception électoraliste ou idéologique de l'intérêt politique, sous le regard d'une opinion fantasmagorique, tour à tour perçue comme conservatrice ou progressiste. Cette remarque est valable pour tous : gouvernement et opposition, élus locaux et représentants de la Nation.

Ces intérêts politiques cyniques semblent parfois la chose du monde politique la mieux partagée : s'ils coïncident pour ignorer un enjeu de santé publique bien réel et s'ils gagnent tous les leviers de l'action politique, cet immobilisme devient funeste. Ce sont l'intérêt de la collectivité, sa sécurité sanitaire et la protection des personnes qu'on néglige, et au bout du compte l'éthique politique qu'on bafoue. Les exemples de telles situations, constituant de véritables urgences de santé publique pourtant laissées sans réponse parce que jugées politiquement accessoires ou risquées, sont nombreux, particulièrement dans cette dernière décennie d'épidémie de sida.

La prévention du risque viral chez les toxicomanes a longtemps été complètement ignorée des politiques de santé en France et notre pays comble à peine le retard pris en matière de réduction des risques dans cette population par rapport à ses voisins européens. Après quinze années d'épidémie de sida, combien compte-t-on de distributeurs de seringues dans nos villes ? Combien de campagnes d'information ciblées sur cette population qui paye le plus lourd tribut à l'épidémie ? Les programmes d'échange de seringue, les dispensaires offrant une prise en charge médicale spécifique de cette population relèvent toujours largement d'initiatives privées. Les politiques, dans notre pays, n'ont pas voulu, n'ont pas osé, ou n'ont pas eu la capacité politique de mener une action globale et courageuse

de santé publique dans cette population et cette immobilisme a eu des conséquences terribles.

Quand bien même sont-ils repérés et pris en considération par le décideur politique, nombre d'enjeux de santé publique se heurtent à un délai plus incompréhensible encore que le temps administratif, à une inertie plus complexe que le blocage politique : c'est le temps de la maturation, de l'acceptation par l'opinion publique d'une nouvelle approche sanitaire, d'une nouvelle représentation sociale, d'un nouveau concept médical, d'une nouvelle priorité politique... En matière de santé publique, ces nouveaux heurtent toujours des perceptions individuelles et des conceptions sociales bien établies, s'interposent souvent aux frontières des libertés individuelles et du bénéfice collectif, transforment parfois en phénomène social des comportements relevant de l'intimité des personnes. Ce temps de l'acceptation est d'autant plus long et complexe qu'y prennent part tous ceux qui forment et informent la société (au premier rang desquels le système éducatif et les médias) et tous ceux qui la représentent et sont à ce titre les interlocuteurs du pouvoir politique (la représentation nationale, les élus locaux, les corporations, les syndicats, etc.).

Blocages professionnels

Au-delà des obstacles techniques et administratifs, la décision en santé publique concerne en effet souvent des sujets sensibles à plus d'un titre. L'alerte et la prise de conscience par les professionnels de santé et les décideurs politiques précèdent souvent la connaissance et la réflexion sociale sur le sujet et ce fut particulièrement vrai à l'émergence du sida. Il revient alors au pouvoir politique de savoir initier cette réflexion et de la mener à terme, d'expliquer des enjeux sociaux ignorés (le risque viral lié à la toxicomanie, la sexualité en prison, les inégalités d'accès aux soins), d'éviter les dérapages d'une opinion publique mal informée sur des sujets socialement tabous (comme la prostitution ou, plus largement, les com-

portements sexuels), de savoir à la fois mener une action collective sur des sujets relevant *a priori* de libertés individuelles et de protéger les personnes contre toute discrimination, de transformer des habitudes culturelles profondes et de remettre en question, aussi, certains archaïsmes professionnels (dans des domaines qui débordent largement, on le voit, ceux de la santé et du soin).

Il y a dix ans, la vente libre des seringues en pharmacie s'est vu opposer des blocages professionnels, de la part de certains pharmaciens comme de certains intervenants en toxicomanie, au prétexte de conceptions déontologiques divergentes, et des oppositions conjuguées des politiques et de l'opinion publique, prisonniers de conceptions répressives du contrôle de la toxicomanie et confondant laxisme et prévention des risques. D'autres oppositions restent à surmonter : depuis plusieurs années, la mise à disposition de préservatifs dans les lycées rencontre des obstacles à sa généralisation et la situation reste plus problématique encore en milieu carcéral.

Dans le domaine de l'action politique en santé, ces obstacles temporels, tour à tour structurels, politiques et sociaux, se comptent — à proprement parler quotidiennement — en nombre de vies sauvées. Dans le champ de la santé humaine, bien plus que dans tout autre domaine de l'action politique (l'éducation, la justice, l'économie, la défense, etc.), une obligation d'alerte et de réactivité s'impose. L'histoire récente nous a montré — nous montre encore chaque jour — que les politiques, les administratifs, les professionnels de la santé publique et les médecins sont liés par cette obligation. Chaque retard, chaque dysfonctionnement se paye chaque jour en vies humaines, en souffrances, en handicaps. Cette unité de compte, simple et terrible, est finalement celle qui évalue une politique de santé, ses succès, le bien-fondé de ses priorités et de ses choix, sa réactivité et sa rapidité d'action comme ses échecs, ses dysfonctionnements et ses lâchetés.

Depuis dix ans, les émergences et les résurgences épidémiques, les nouvelles exigences des malades et de la popula-

tion, l'éclairage médiatique des ratés et des erreurs d'appréciation et de jugement, les débats sur l'aléa thérapeutique ont provoqué une prise de conscience forte et vitale des politiques sur l'importance de ces enjeux sanitaires. L'administration de la santé a été réorganisée, des moyens sans précédent ont été débloqués pour la surveillance et la recherche en santé publique, des systèmes d'alerte ont été mis en place, des agences spécialisées ont été créées. La santé publique reste néanmoins dans notre pays un concept difficile à appréhender par les politiques comme par la population. ■

Michèle Barzach

Ancien ministre,
conseil en stratégie de santé