

## CHAPITRE 10

# ***Certitude scientifique et précaution***

.....

L'un des sous-entendus du discours de la santé publique, discours relayé par une fraction significative des professionnels concernés, est que le besoin ressenti de recourir à une justification éthique, normative ou autre, pour légitimer des interventions qui empiètent de plus en plus sur la vie sanitaire privée des citoyens, découle d'un problème empirique. Il s'agit simplement de l'absence de données fiables, présentant un haut niveau de certitude scientifique, concernant la prévalence des problèmes de santé, leur distribution dans les populations ou l'efficacité des interventions préventives. La plupart des dilemmes éthiques trouveront une réponse lorsque la santé publique pourra compter sur des « évidences scientifiques » sous forme de données épidémiologiques et évaluatives fiables.

En tant qu'entreprise vouée à la gestion rationnelle des risques pour la santé, la santé publique construit la crédibilité de sa mission sur un discours scientiste, alimenté par les données épidémiologiques définissant et mesurant les facteurs de risque, et fondé sur les deux piliers scientifiques que sont la rationalité et l'objectivité. Il en résulte une double domestication des savoirs: d'abord une domestication statistique des informations afin de convaincre la population « bénéficiaire » et l'État mandataire que les interventions proposées sont scientifiquement justifiées par des données épidémiologiques et administratives solides; c'est à ce niveau que s'impose et domine l'evidence-based medicine ; ensuite, une domestication rationaliste de la pensée analytique qui subordonnera à la rationalité utilitariste les diverses formes de rationalités véhiculées par l'humain<sup>1</sup>. Nous croyons donc que plusieurs des enjeux éthiques identifiés dans la seconde partie de cet ouvrage sont alimentés : a) par un déni du principe d'incertitude et la non-reconnaissance de la fragilité des « évidences statistiques » que propose l'épidémiologie dans ses mesures des facteurs de risque; b) par le déni d'un certain niveau d'indétermination des comportements humains reliés à la santé ou, plus précisément, par le postulat voulant que ces agirs soient tributaires d'une seule logique conséquentialiste de type cause-effet ou coûts-bénéfices. À cette étape-ci de notre réflexion, il nous paraît important d'attirer l'attention des acteurs de la santé publique sur les enjeux éthiques qui peuvent découler du premier déni. Ceux associés au second seront traités dans le prochain chapitre.

### **10.1 LA PRÉTENTION À LA CERTITUDE SCIENTIFIQUE**

Levin soutenait de façon provocante que « la demi-vie approximative d'un soi-disant fait de santé est de quatre ans » (Levin, 1987: 58). En dépit de l'exagération évidente, il n'en reste pas moins qu'au cours des dernières décennies plusieurs messages de santé publique, présentés aux populations comme étant fondés sur des vérités, ont été maintes fois révisés. Comme le souligne Weed, « la littérature épidémiologique est remplie d'exemples d'associations entre diverses habitudes de vie et divers problèmes de santé pour lesquels des décennies de recherche n'ont pas

---

<sup>1</sup> Certaines des idées développées dans ce chapitre s'inspirent d'analyses publiées dans le texte suivant : R. Massé, « Analyse anthropologique et éthique des conflits de valeurs en promotion de la santé », 2001.

pu offrir le type d'évidence qui conduirait inexorablement à des conclusions fermes quant aux bénéfices et aux risques » (Weed, 1994a: 187). Pourtant, la promotion de la santé ne semble pas tirer les leçons d'humilité qu'appellent certains dérapages, et aucun critère de vérité ne semble baliser les promesses de bénéfices pour la santé pour ceux qui contrôlent leur alimentation, leur exercice physique ou la gestion du stress (Levin, 1987). Or, « c'est la logique d'incertitude qui introduit le questionnement éthique » (Ricoeur, 1991: 254).

### 10.1.1 La quête d'un savoir rationalisé

La médecine sociale et préventive conforte ses certitudes en misant sur un savoir cohérent, organisé dans des cadres conceptuels opérationnels. Son pouvoir reposera donc sur un premier fondement qu'est la rationalisation des connaissances et la production d'un savoir spécialisé présenté sous forme de données « scientifiques ». L'épidémiologie, discipline mandatée pour cet exercice, s'attaquera à la tâche de produire un savoir organisé en fonction d'une vision ordonnée du monde. Tel problème de santé sera d'abord défini et mesuré en fonction de critères objectifs sous forme de taux, avec comme dénominateur, le nombre idéal de citoyens en bonne santé dans une population donnée, et comme numérateur, ceux qui présentent le problème de santé concerné. La rhétorique de la quantification jouera ici un rôle central pour consacrer la scientificité des résultats. L'épidémiologie tirera sa légitimité éthique du respect de la double obligation « de faire avancer le savoir scientifique et d'améliorer, de protéger et de restaurer la santé publique par le biais de l'application de ce savoir » (Coughlin et Beauchamp, 1996: v). Elle jouera un rôle central dans la construction des « vérités » et des « faits » relatifs à la maladie, aux facteurs de risque et aux populations touchées (Petersen et Lupton, 1996: xiii). En tant que champ privilégié du savoir expert, elle produira et présentera la santé sous forme de graphiques, chartes, statistiques qui en faciliteront la gestion en la rendant plus « gouvernable » (ibid.: 15).

Ainsi, plutôt que de recourir explicitement à une justification morale de sa gestion des risques, la santé publique en appelle à une idéologie de la scientificité qui postule qu'il est possible de produire des données objectives de prévalence, d'incidence, d'efficacité, de rapports coûts-bénéfices et d'en faire découler des décisions d'action non biaisées. Dans un récent manuel destiné à la formation des professionnels œuvrant à la promotion de la santé dans des milieux multiculturels (Huff et Kline, 1999), les auteurs proposent que la façon la plus sûre de garantir le respect des principes éthiques de base (justice, respect de l'autonomie de la personne, bienveillance, non-malfaisance) est de fonder les décisions d'intervention de santé publique sur des données épidémiologiques solides et sur une évaluation rigoureuse des rapports coûts-bénéfices. Cette scientificité reposera, de plus, sur une utilisation maximale des modèles rationalistes de prédiction des comportements (ex.: Health Belief Models, théorie de l'action raisonnée). La modélisation systématisée des interrelations entre facteurs de risque est présentée comme un préalable pour éviter des interventions chaotiques, inefficaces et, de là, non éthiques. À aucun moment, les auteurs ne soulèvent la question de la violence inhérente à l'imposition d'une forme de rationalité utilitariste, qui fait de l'individu un homo economicus dédié à la maximisation des retombées de ses comportements et à la minimisation des risques, et qui fait fi des savoirs, des logiques et des rationalités alternatives qui peuvent être valorisées dans d'autres cultures. Sans y voir une stratégie consciente d'occultation des enjeux éthiques, nous avançons qu'un tel recours aux savoirs rationalisés contribue à masquer, sous un discours de scientificité, une entreprise morale de gestion des comportements et de l'espace social (Massé, 1999a).

### 10.1.2 Forces et limites des données et des modèles épidémiologiques

Les critères retenus pour estimer la qualité d'une relation de causalité entre facteurs de risque et problèmes de santé font l'objet d'un large consensus. Les principes, résumés par Weed (1994a), sont la régularité des résultats, la force de l'association entre une exposition à un facteur de risque et un problème de santé, la plausibilité et la cohérence de l'hypothèse sous-jacente, la force de la probabilité que l'exposition ait précédé la maladie (temporalité) et l'existence d'évidences expérimentales mettant en cause des analyses cas-témoins randomisées. Pourtant, en dépit du respect de ces critères, cet épidémiologiste n'en croit pas moins que « les méthodes de l'inférence causale sont des méthodes qualitatives [générant des données quantitatives] fondées sur des listes de critères et de règles associées que l'analyste sélectionne subjectivement et applique ensuite à des résultats publiés de recherches épidémiologiques » (Weed, 1994a: 192). L'objectivité et la certitude ne sont pas des mythes, mais des idéaux vers lesquels on doit tendre, sans prétendre pour autant les atteindre. Il en résulte que les recommandations énoncées par la santé publique concernant les modifications d'habitudes de vie, « quoique fondées en partie sur des évidences scientifiques, ne sont pas strictement scientifiques, mais plutôt des jugements chargés de valeurs concernant ce qui doit être fait dans certaines circonstances. Elles sont, de là, des décisions morales comportant des orientations empiriques considérables » (Weed, 1994a: 193).

Prenant donc un recul critique par rapport à sa discipline, Weed croit encore que « la façon dont les recommandations de santé publique sont déterminées, considérant le niveau d'incertitude scientifique, est un problème méthodologique qui n'a reçu que peu d'attention en épidémiologie » (Weed, 1996: 77). Ce niveau d'incertitude, non ou mal assumé, tient à la faiblesse des fondements épistémologiques du savoir épidémiologique. L'identification d'une série de facteurs significativement corrélés avec un problème de santé donné (exemple des 23 facteurs de risque associés au cancer du sein) et le bricolage de modèles multivariés décrivant mécaniquement les patterns d'interrelations entre ces facteurs, ne peuvent tenir lieu de méthode. La structure théorique qui explique les liens entre facteurs de risque et maladie est généralement inconnue. Les modèles d'inférences causales publiés dans les revues d'épidémiologie, et sur lesquels la santé publique fonde l'identification des facteurs de risque ciblés, sont affectés par un « biais de souhaits » (Weed, 1997) qui, en dépit ou en raison de la complexité des calculs statistiques, conduit divers chercheurs à des conclusions divergentes sur les mêmes problématiques. À la conjugaison d'une pluralité de facteurs de risque d'ordre génétique, comportemental, ancrés dans une multiplicité de facteurs sociaux et culturels, l'épidémiologie n'a pas encore réussi à confronter des modèles théoriques aptes à en expliquer les interactions au-delà des matrices de corrélations. Ainsi, souligne Weed, « les épidémiologues sont presque toujours ignorants de la structure théorique à l'intérieur de laquelle s'articulent les associations facteurs-maladie, d'où le terme d'une épidémiologie de la boîte noire » (Weed, 1996: 81).

Krieger et Zierler (1999) abordent de façon intéressante ce problème de la théorisation en définissant la théorie épidémiologique en conjugaison avec les théories de la causalité et les théories de l'erreur. Alors que les théories de la causalité se rapportent aux conceptions des modes d'interrelations entre des « effets de causalité » (notions de cause suffisante ou nécessaire, d'effet additif ou multiplicatif) et que les théories de l'erreur expliquent la distribution de la marge d'erreur entre les composantes des devis méthodologiques (biais d'échantillonnage, de mesure des variables, erreurs randomisées de classification, etc.), elles définissent les théories épidémiologiques comme étant les « interrelations cohérentes entre concepts qui expliquent la santé d'une population [...] [et qui] font des suppositions philosophiques et idéologiques quant à

savoir pourquoi [...] certaines populations – et pas seulement certains individus – sont plus malades que les autres » (Krieger et Zierler, 1999: 46-47). Elles donnent en exemples les théories qui expliquent la maladie par des facteurs biomédicaux, culturels, liés au mode de vie ou les théories postulant une production sociale (inégalitaire) de la maladie. Le problème de l'incertitude se situe, pour ces auteurs, au niveau d'une prise en considération des incertitudes méthodologiques (théories de l'erreur) et des incertitudes des modèles de causalité (théories de la causalité) dans la détermination du niveau de certitude postulé par les modèles. Dans la mesure où ce sont ces théories épidémiologiques qui « déterminent ce que nous savons, ce que nous considérons comme accessible à la connaissance, et ce que nous ignorons » (ibid., 1999: 49), c'est à ce niveau que doivent être analysés les enjeux éthiques en santé publique.

La tâche est, faut-il le reconnaître, titanesque; ces facteurs de risque étant, par nature, autant biologiques que sociaux et culturels, cette structure théorique devra intégrer des théories relevant tant de la biologie moléculaire que de la psychologie comportementale et tant de la sociologie des rapports sociaux que de l'anthropologie des représentations de la santé. Il est admis par les épidémiologistes que: « étant donné l'état actuel du développement de la théorie en épidémiologie, [ce défi] semble une tâche difficile et à très long terme » (Weed, 1996: 82). Pourtant, il faut reconnaître que, par l'ampleur des moyens utilisés et le nombre de personnes concernées, les programmes de santé publique devraient pouvoir compter sur un niveau plus élevé de certitude scientifique que les interventions cliniques individuelles en cabinet (McCormick, 1996).

### **10.1.3 Reconnaissance des zones d'incertitude par les professionnels**

Comme l'ont rapporté plusieurs des professionnels rencontrés dans le cadre de notre recherche, les décisions de santé publique sont généralement prises en zone d'incertitude relative. Ils disposent rarement de données conduisant à la certitude dans l'analyse des interactions postulées entre facteurs de fragilisation, de protection et de risque. Ils sont parfaitement conscients des limites méthodologiques incontournables inhérentes à la recherche. Les cas connus de certitudes annoncées, puis pondérées, voire totalement contredites par certains experts – quant aux effets néfastes sur la santé cardiovasculaire du beurre par rapport à la margarine, aux effets cancérigènes des lignes électriques à haute tension ou des fumées polluantes émises par certaines usines sur les citoyens vivant à proximité, aux effets de l'amiante dans les murs des écoles ou aux recommandations liées à la consommation du sel, d'aliments riches en cholestérol ou en fibre –, montrent bien que les certitudes d'aujourd'hui peuvent rapidement devenir les erreurs de demain.

Pour certains, la question de l'incertitude est toujours omniprésente : « d'abord, la certitude absolue est rare en santé publique. Nous n'avons pas d'autres choix que d'accepter un certain niveau d'incertitude. Et dès qu'il y a incertitude, il y a possibilité d'enjeux éthiques au niveau des conséquences des interventions. » Ce qui n'empêche pas d'autres de soutenir qu'« en santé publique, en contexte d'incertitude sur l'efficacité nette des interventions, on doit s'abstenir ». Le cas probablement le mieux analysé est celui de l'impact de la forte teneur en cholestérol sanguin sur la santé cardiovasculaire. Après plus d'une décennie de sensibilisation de la population à ses méfaits, diverses études en sont venues au contraire, dans les années 1990, à suggérer que les efforts pour réduire le taux de cholestérol pouvaient causer plus de mal (augmentation des taux de mortalité pour diverses conditions non cardiovasculaires) que de bien (voir Petersen et Lupton, 1996: 44-45 pour une analyse détaillée de cet exemple). Les enjeux

éthiques impliqués ici ne sont pas d'abord ceux découlant de l'identification des « faux » positifs; ce phénomène est inévitable dans le contexte de l'évolution scientifique. Le problème éthique soulevé est d'abord, selon Olivier, que les multiples études contestant l'hypothèse acceptée des méfaits du cholestérol n'ont pas percé dans les publications scientifiques majeures avant la dénonciation faite en éditorial du prestigieux *British Medical Journal* (Olivier, 1992). Le problème éthique fondamental est alors celui de l'aveuglement de la médecine et de la santé publique face aux « certitudes » scientifiques.

#### **10.1.4 La santé publique menottée par l'obsession de la certitude?**

Une question se pose alors : quel niveau de preuve doit-on atteindre concernant l'efficacité d'une intervention préventive avant de la mettre en place ? Certains professionnels considèrent que « la santé publique craint tellement de s'avancer en l'absence de preuves scientifiques indiscutables, qu'elle en devient abusivement "éthique" et s'expose aux critiques des autres acteurs sociaux qui nous perçoivent comme passifs ou trop prudents » . Cet impératif de rigueur scientifique les placerait même dans une position de faiblesse par rapport à certaines entreprises privées (ex.: compagnies de tabac, producteurs d'aliments naturels, etc.) qui n'ont pas les mêmes scrupules face aux demi-vérités ou aux affirmations reposant sur des fondements scientifiques flous. Devant l'ampleur des moyens déployés, par les compagnies de tabac, en publicité, en lobbying auprès des gouvernements, en manipulation, falsification ou camouflage des données scientifiques, certains professionnels ont l'impression que l'industrie du tabac mène une guerre où tous les moyens seront employés. Si l'on s'en tient à l'avis d'un professionnel reconnaissant qu'« une guerre ne peut pas être éthique [... et qu'] il y a quelque chose de contradictoire entre les buts à atteindre et les moyens que la santé publique se donne », la santé publique devrait-elle laisser de côté certains scrupules relatifs à la certitude scientifique ?

Mais au-delà des incertitudes découlant de l'identification des rapports de causalité entre facteurs de risque et maladie, c'est principalement l'absence de certitude devant l'efficacité des programmes d'intervention, voire de leur adéquation aux fins visées, qui semble préoccuper le plus les professionnels québécois.

Plusieurs interventions sont mises en œuvre un peu mécaniquement, du simple fait qu'on les pratique depuis longtemps ou du fait que les promoteurs avaient plus de charisme ou de crédibilité que d'autres. Donc, sur un plan éthique, nous en venons souvent à nous questionner sur le bien-fondé du choix des interventions que nous mettons en place. On en vient même à se questionner sur la pertinence de notre travail.

Un tel questionnement s'impose dans le cas de programmes contrôlés par la santé publique elle-même (ex.: la lutte à la fièvre des foins par l'éradication de l'herbe à poux ou la lutte au tabagisme chez les adolescents), mais aussi dans le cas de fonds donnés à des organismes communautaires (ex.: ceux qui gèrent les programmes de prévention de la violence conjugale, problème pour lequel on trouve très peu de programmes qui ont fait l'objet d'une évaluation). Dans le cas des programmes de prévention, ou de « post-vention », du suicide, « c'est moins l'évaluation positive des interventions qui motivent leur application, que la pression du milieu pour qu'il se fasse quelque chose, quoi que ce soit ». La rationalité utilitariste et la certitude statistique font alors place à des considérations politiques locales. En effet, plusieurs interventions seraient retenues par la santé publique plus sur la base d'une notion d'efficacité théorique,

postulée à partir des résultats escomptés théoriquement par les théories sous-jacentes, que sur la base de véritables évaluations empiriques.

## **10.2 IMPLICATIONS ÉTHIQUES ET POLITIQUES : MIRAGE DE LA CERTITUDE ET DÉSOCIALISATION DES FACTEURS DE RISQUE**

Les implications éthiques de ce mirage des certitudes épidémiologiques sont importantes. Une première réside dans le fait que les données épidémiologiques ne manquent pas de faire l'objet d'usages sociaux et politiques qui seront déterminés par les valeurs véhiculées par les administrateurs du système de santé publique. Même en admettant que les données portant sur les facteurs de risque ou sur la distribution de la maladie soient neutres, l'usage qui en sera fait n'aura pas ce caractère. L'épidémiologie deviendra une stratégie centrale utilisée pour invoquer ou reproduire les jugements moraux sur la valeur des individus et des groupes sociaux. Ainsi, si les épidémiologistes ont la responsabilité morale d'informer la population des risques auxquels elle est exposée, ils ont aussi la responsabilité de reconnaître et de faire connaître le degré d'incertitude inhérent à ces recherches. L'épidémiologie et la santé publique ne doivent donc pas être dupes des enjeux politiques qui se cachent derrière l'absence de recul critique face aux indicateurs quantitatifs permettant de définir les facteurs de risque et les populations cibles. L'exercice du pouvoir en matière de santé publique repose sur des coefficients de régression, de détermination ou de corrélation qui pointent d'un doigt statistique les « variables » concernées. Ces coefficients servent « à établir les paramètres des politiques publiques en alimentant, tant les libéraux que les conservateurs, d'évidences "scientifiques" définissant qui se comporte bien ou mal, de même que les forces causales qui se cachent derrière ces conduites » (Abbott, 1992: 79). Les facteurs sociaux, économiques et culturels, multiplexes et largement indéterminés, sont réduits à l'état de variables empiriques qui morcellent la réalité vécue en entités décontextualisées et positionnent ces « variables indépendantes » totalement en marge du cadre des rapports sociaux asymétriques qui déterminent la surexposition de certains sous-groupes à des environnements et à des conditions d'existence à risque pour la santé. Un tel savoir épidémiologique est susceptible de contribuer à dépolitiser et à désocialiser les rapports du citoyen à la maladie. Le caractère moral de la pratique de l'épidémiologie est évident à travers les usages qui seront faits, par divers groupes d'intérêts, de ses données de recherche, usages qui « seront déterminés par les valeurs sociales, lesquelles déterminent les façons dont les études seront interprétées mais aussi l'assignation des priorités pour l'action » (Miles, 1998: 1136). La santé publique devra donc toujours être à l'affût de telles dérives interprétatives, la société étant trop souvent en quête de boucs émissaires symbolisant la déviance et la marginalité.

Une seconde implication éthique de cette construction rationaliste des savoirs est liée à l'entreprise d'information fondée sur ces certitudes. La frontière est parfois mince entre informer la population et la convaincre. Informer est louable; convaincre porte les ferments d'un paternalisme abusif et d'une agression contre l'autonomie. Or, le rôle de l'éthique n'est-il pas justement de rechercher un juste rapport à l'incertitude dans le cadre des prises de décision (Malherbe, 1996a)? Certains professionnels de notre enquête soulignent, d'ailleurs, que la santé publique risque de se muer en entreprise de « conviction » en recourant à des informations qui présentent un niveau relativement élevé d'incertitude, mais que l'on doit vendre comme des vérités dans le cadre d'un marketing socio-sanitaire. Les risques d'abus et de dérapages dans la manipulation des données de l'evidence-based preventive medicine sont bien présents. Un tel mirage de la certitude, alimenté par la rationalisation des savoirs, risque de servir un paternalisme un peu trop bienveillant.

Enfin, si nous acceptons qu'« une plus grande conscience des risques ne change pas seulement la façon dont les gens pensent la santé, la maladie et la mort [mais] plus profondément, et plus sérieusement, changent les valeurs humaines, l'identité personnelle et notre vision de la vie » (Forde, 1998: 1157), nous pouvons aussi soutenir avec Forde que « la croisade morale et coercitive pour une plus grande conscience des risques et une vie saine peut trop aisément prendre la forme d'un impérialisme culturel favorisant la conformité » (ibid., 1998: 1155). L'analyse des enjeux éthiques en santé publique passe donc par une réflexion de fond sur les limites méthodologiques et épistémologiques de l'épidémiologie. Toutefois, les enjeux éthiques sont encore plus profonds à notre avis. Prescrire avec insistance des comportements sains est-il éthique du seul fait que l'on soit en mesure de certifier, avec un haut degré de fiabilité, que ce comportement est réellement à risque élevé ? Le paternalisme a-t-il à voir avec le seul niveau de certitude des coûts et bénéfices des interventions ou est-il plutôt fonction de l'imposition d'un objectif de vie non partagé par la population cible ? Bref, la question de la démonstration scientifique ne doit pas faire oublier la question de la pertinence. Il existe un risque de dérapage éthique lorsque le mirage de la certitude statistique est invoqué comme seul fondement d'un paternalisme bienveillant et d'une rationalité utilitariste.

### 10.2.1 Dilemme entre les principes d'incertitude et de précaution

Si le principe d'incertitude invite les autorités de santé publique à la prudence, le principe de précaution invite, au contraire, à agir rapidement même devant des risques potentiels faibles et/ou non démontrés. Ce principe de précaution a pris une importance déterminante en Europe, et plus particulièrement en France, dans les dossiers de santé environnementale faisant suite aux épisodes de la « vache folle » et de la fièvre aphteuse. Ce principe prévoit que lorsqu'un événement imprévu crée un risque de dommages graves et irréversibles, il est indispensable de prendre, sans retard, des mesures de prévention, même si les connaissances scientifiques du moment ne permettent pas d'avoir des certitudes. Cette approche fait de l'incertitude la pierre de touche qui définit la protection due à tous les citoyens. Les décisions de sécurité sanitaire ont cette particularité de relever à la fois de l'incertitude et de l'urgence. Voilà pourquoi, selon le Programme de santé 2001 présenté à la Conférence nationale de santé 2001<sup>2</sup> en France, « les autorités publiques doivent disposer d'un dispositif permanent et d'une méthode capable de concilier les deux impératifs. L'association de l'ensemble des intervenants, usagers et professionnels est une nécessité, la transparence des prises de décisions également : ici, l'efficacité rejoint l'éthique.»

Mais comme le rappelle Bernard Kouchner, alors ministre français de la Santé, le principe de précaution peut entraîner des excès : « il ne faut pas céder à la tentation de transformer le nécessaire principe de précaution en un dangereux syndrome de précaution<sup>3</sup> ». Afin d'éviter cela, Kouchner propose d'amorcer un « travail de pédagogie du risque » qui habilitera chacun à répondre aux questions suivantes : « Comment proportionner un danger alimentaire et un risque sur l'environnement ? Comment comparer le coût de mesures destinées à réduire un risque hypothétique, mais potentiellement très grave, au coût de celles qui viseraient à endiguer un risque moins grave mais plus probable ? [...] Cela suppose des approches différenciées et adaptées à chaque secteur. Cette réflexion est d'autant plus nécessaire que le déploiement de moyens

<sup>2</sup> Document disponible au site suivant : [http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/index\\_cns01.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/index_cns01.htm)

<sup>3</sup> Journal *Le Monde*, 20 février 2001.

considérables sur certains risques peut conduire à négliger des risques éventuellement plus menaçants dans d'autres domaines » (Conférence nationale de santé 2001).

L'établissement d'un équilibre entre les principes de précaution (interventionnisme) et d'incertitude (prudence par rapport aux abus de l'interventionnisme) appelle une responsabilité politique partagée. « L'affaire de la vache folle, [suggère Kouchner] est, avant tout, une affaire d'humanité folle, qui pour s'être affranchie d'un principe de précaution élémentaire pour l'alimentation des animaux a déclenché la plus importante crise de santé publique depuis les premiers pas de l'Europe Verte [...] Cette folie humaine a un nom, la dérive productiviste, dont on est parfois bien injuste en n'accusant que les seuls agriculteurs. C'est la société tout entière – vous et moi – qui a contribué au développement irraisonné de cette course effrénée au plus gros, au plus vite et au moins cher<sup>4</sup> ». Il faut donc faire appel à la notion de responsabilité partagée entre les autorités politiques, les scientifiques et les citoyens. Le principe d'incertitude ne concerne alors pas que les politiciens ou les dépositaires du savoir expert, mais l'ensemble de la population. La valeur qu'est la solidarité, invoquée au chapitre 4, est ici encore interpellée.

### 10.2.2 Les risques de l'incertitude

Ainsi, une trop forte subordination au principe d'incertitude ne va pas sans risque. Risque d'abord d'une désespérance qui justifierait l'inaction, la paralysie et le report de décisions qui ne peuvent attendre sans engendrer des conséquences néfastes pour la population ciblée. Plusieurs professionnels se rallient au constat, fait par une équipe œuvrant en santé environnementale, selon lequel « si on attend une évidence scientifique pour agir, on attendra longtemps; or l'inaction pose aussi des problèmes éthiques ». Leeman (1998) donne, en ce sens, l'exemple de l'utilisation qui fut faite des divergences dans les données sur la santé mentale entre deux enquêtes américaines, l'Epidemiologic Catchment Area Study et la National Comorbidity Study, pour justifier la limitation de l'accès au traitement dans certaines zones géographiques.

La santé publique n'a pas toujours besoin d'évidences scientifiques incontestables pour agir. En fait, il faut pondérer le niveau de certitude requis en fonction de la nature de l'intervention et des circonstances. Par exemple, Bradford Hill (1965, cité par Weed, 1994a), suggérait qu'un faible niveau de certitude peut être requis pour justifier de retirer des rayons un médicament potentiellement à risque pour le fœtus des femmes enceintes, alors qu'un niveau moyen de certitude était requis pour des interventions en santé et sécurité au travail, et qu'un niveau élevé de certitude devrait être requis pour justifier des recommandations visant la modification d'habitudes de vie pour une population. Bref, cette démarche, soucieuse d'ajuster une liste de critères aux circonstances, se rapproche, pour Weed, de la démarche casuistique en éthique (et pourrions-nous ajouter, de la démarche inspirée du principisme spécifié proposée dans le présent ouvrage).

## CONCLUSION

L'incertitude ne doit jamais devenir un frein à l'action en sapant la motivation des professionnels de la santé publique qui travaillent dans le cadre d'un mandat clair donné par la population pour la prévention de la maladie. Comme le rappelle Hottois, « rien ne serait plus dangereux dans nos sociétés complexes que la généralisation irresponsable du soupçon jeté sur les

---

<sup>4</sup> Propos tenus dans le cadre de la conférence de clôture d'un colloque franco-britannique de l'Académie des sciences, consacré à l'encéphalopathie spongiforme bovine, rapportés dans *Le Monde*, 17 mars 2001.

communautés scientifiques et sur les experts, associé à un abandon du principe même de scientificité assimilant l'expertise scientifique à une opinion quelconque » (Hottois, 2001: 596). Comme le souligne Anne Fagot-Largeault, un relativisme épistémologique radical serait encore plus néfaste dans les régions de la science où des applications sont possibles. « Quand on cherche si l'hypertriglycéridémie augmente le risque d'athérosclérose, ou dans quelle mesure le tabagisme de la femme enceinte est toxique pour le fœtus, il paraîtrait irresponsable de négliger la gravité d'une erreur éventuelle. On admet généralement que le risque de rejeter une hypothèse vraie (erreur de type I) est plus grave que celui d'accepter une hypothèse fautive (erreur de type II). [...] L'interprétation statistique d'un résultat objectif n'est pas dissociable d'une politique de prudence » (Fagot-Largeault, 1985: 58). Cette dernière en appelle donc à une « philosophie compréhensible du jugement et de la rationalité, qui prene le projet kantien [d'affranchissement de l'éthique de l'homme rationnel face à la science] en y incorporant des considérations d'incertitude » (idem, p. 58), projet philosophique qui reste encore, selon l'auteure, à faire. Il nous faut donc, avec Bourgeault, « contester le bien-fondé d'un discours qui associe à tort, comme nécessairement liées, incertitude et hésitation, incertitude et inaction. [Au contraire], la logique de l'action [...] exige la prise en compte de l'incertitude » (Bourgeault, 1999a: 82). À ceux qui se disent hommes de terrain et d'action, en se définissant en opposition aux intellectuels jugés spécialistes de l'inaction, les professionnels de la santé publique doivent être en mesure de répondre que « c'est précisément quand elle passe à l'action que la certitude prétendue devient dangereuse » (Bourgeault, 1999a: 81). Il nous faut donc faire un plaidoyer en faveur de l'incertitude non pas comme finalité, mais comme moyen; un plaidoyer « pour sa prise en compte avant, pendant et après l'action » (Bourgeault, 1999a: 89).

La prise de conscience de la faillibilité des sources scientifiques de la connaissance doit être vue, non comme une capitulation, mais comme condition de l'ouverture, du questionnement. À l'heure des statistiques de prévalence ou d'incidence, des modélisations statistiques des interrelations entre facteurs de risque et maladies, des devis expérimentaux d'évaluation des impacts des programmes de prévention, le principal défi que la santé publique doit relever est celui du questionnement sur les certitudes. L'incertitude s'impose comme condition obligée de la tolérance par rapport aux anomalies sanitaires et aux comportements à risque et déviants jugés irresponsables.