

CAHIERS

du

GIS Risques Collectifs et Situations de Crise

N°1 - JUILLET 2001

Retour d'expérience : théorie et pratique

**Le rapport de la Commission d'enquête britannique
sur l'Encéphalopathie Spongiforme Bovine (ESB)
au Royaume-Uni entre 1986 et 1996**

Patrick LAGADEC

GIS Risques Collectifs et
Situations de Crise

CAHIERS

du

GIS Risques Collectifs et Situations de Crise

N°1 - JUILLET 2001

Retour d'expérience : théorie et pratique

**Le rapport de la Commission d'enquête britannique
sur l'Encéphalopathie Spongiforme Bovine (ESB)
au Royaume-Uni entre 1986 et 1996**

Patrick LAGADEC



 PUBLICATIONS DE LA MSH-ALPES

Cette publication du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise s'inscrit dans le cadre des publications de la Maison des Sciences de l'Homme-Alpes (UMS1799-CNRS).

Editeurs :

Claude GILBERT, directeur du GIS, CNRS, CERAT, Grenoble
Isabelle BOURDEAUX, CNRS, MSH-Alpes, Grenoble

Conception, maquette, relecture et mise en page :

Isabelle BOURDEAUX

© CNRS - Maison des Sciences de l'Homme-Alpes
BP 47 - 38040 GRENOBLE CEDEX 9
Tel. : 33 (0)4 76 82 73 02 - Fax : 33 (0)4 76 82 73 01
mail : msh-alpes@msh-alpes.prd.fr - <http://www.msh-alpes.prd.fr>

ISBN : 2-914242-03-4
Dépôt légal - 1ère édition : 2001, juillet

**LES CAHIERS DU GIS RISQUES COLLECTIFS
ET SITUATIONS DE CRISE**

Le Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) Risques Collectifs et Situations de Crise fait suite au Programme du CNRS du même nom et associe le CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique), l'INRA (Institut National de la Recherche Agronomique), l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), l'IPSN (Institut de Protection et de Sécurité Nucléaire), le ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement, le ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

L'objectif des *Cahiers du Gis Risques Collectifs et Situations de Crise* est de permettre la diffusion d'analyses dont le format dépasse celui d'un article sans atteindre celui d'un ouvrage et qu'il est intéressant de faire circuler rapidement au sein de la communauté des chercheurs et acteurs concernés, à un titre ou à un autre, par les risques et les crises.

Ces analyses peuvent porter sur des questions, objets et problématiques très divers, l'idée étant de favoriser la diffusion de synthèses, en particulier sur des sujets liant réflexions théoriques et réflexions pratiques. Il pourra s'agir, comme dans ce premier volume, de travaux qui synthétisent et éclairent des textes d'actualité importants dans le domaine des risques et des crises. Pour chacun des *Cahiers*, la part prise par les commentaires et l'analyse des chercheurs est déterminante même si le but visé est aussi de permettre une rapide appropriation du contenu des documents concernés. Il pourra également s'agir de rapports intermédiaires de recherche ou d'autres types de texte que les auteurs souhaiteraient mettre à la discussion à partir d'une formule de publication légère et rapide.

Les propositions de publication seront examinées dans le cadre d'un comité de lecture mis en place au sein du GIS.

Cette publication vient en complément de celles déjà réalisées, sous forme d'actes de séminaires, dans le cadre du Programme Risques Collectifs et Situations de Crise du CNRS, publications qui seront poursuivies dans le cadre du GIS.

Claude GILBERT
Directeur de recherche au CNRS
Directeur du GIS

SOMMAIRE

Le projet général	9
I Positionnement	13
II Démarche	25
III Procédures	33
IV Erreurs de représentation	43
V Information – Communication	51
VI Comités d’experts	69
VII Conduite de crise – conditions générales	83
VIII Conduite de crise – phases critiques	107
IX Difficultés résistantes	131
Annexe : Executive Summary	149

NOTE PRÉLIMINAIRE

Le travail d'analyse a été réalisé par Patrick Lagadec à partir de la version originale du rapport dont les références figurent ci-dessous, dans le respect des règles du Crown Copyright :

**Lord Phillips of Worth Matravers, Mrs June Bridgeman, CB,
Professor Malcom Ferguson-Smith, FRS,
The BSE Inquiry,
House of Commons, London, HMSO, October 2000.**

Crown copyright 2000

Legal notice :

*The material may be reproduced free of charge in any format or medium.
This is subject to the material being reproduced accurately and not being used in a
misleading context. The material must be acknowledged as Crown copyright
and the title of the document must be specified.*

*Any enquiries relating to the copyright in this document should be addressed to:
The Copyright Unit, HMSO, St Clements House, 2-16 Colegate, Norwich, NR3 1BQ*

Ce rapport est disponible sur le site web : <http://www.bse.org.uk>

Les traductions proposées dans ce cahier – conférence de presse et extraits du rapport – ont été réalisées par Patrick Lagadec, avec le souci de rester au plus près du texte original.

Les extraits du rapport, cités entre guillemets et avec la mention des numéros de paragraphes correspondants, sont également matérialisés par la présence de traits verticaux dans la marge.

Les chiffres entre parenthèses au fil des commentaires correspondent également au numéro des paragraphes dans le rapport.

Tous les passages en gras sont soulignés par Patrick Lagadec.

LE PROJET GÉNÉRAL

La nécessité de retours d'expérience sur les grands épisodes de crise est régulièrement soulignée. Le principe de la démarche est de revenir sur les facteurs qui ont construit la dynamique de crise, non pour porter des accusations, mais pour bien comprendre les courants de fond, les enchaînements, les bifurcations qui ont marqué cette construction.

Au nombre des grands travaux de retour d'expérience, figurent notamment le rapport de la commission présidentielle américaine sur l'accident de Three Mile Island¹ ou, plus récemment, le rapport de la commission d'enquête conduite par Roger Nicolet à la suite des tempêtes de pluies verglaçantes qui ont paralysé le Québec (et les provinces voisines) en janvier 1998². Sur le plan national, on peut citer notamment le rapport d'enquête sur l'accident de l'Airbus 320 sur le Mont Sainte-Odile³, les récents rapports parlementaires français autour de la "vache folle"⁴ ou de la "filière alimentaire"⁵ ou encore le rapport Sanson sur les grandes tempêtes qui ont balayé la France fin décembre 1999⁶.

Au cours des années 1998-1999, le Programme Risques Collectifs et Situations de Crise du CNRS a organisé un séminaire spécifiquement consacré à la question du retour d'expérience et, plus particulièrement, à ses conditions de mise en oeuvre. De nombreux témoignages ont pu être réunis – chacune des six séances ayant donné lieu à des actes⁷. Il a ainsi pu être constaté qu'au-delà d'une mode qui conduit à se référer constamment à la nécessité du retour

d'expérience, les mises en œuvre effectives étaient à la fois rares, fortement soumises aux aléas de la conjoncture et plus liées à des initiatives individuelles qu'à des politiques institutionnelles.

Malgré ces difficultés, il semble que les pratiques de retour d'expérience tendent à se multiplier sous des formes de plus en plus variées. Elles commencent même à faire objet de débats, voire de polémiques si l'on se réfère au récent rapport du Sénat sur le problème des farines animales.⁸

C'est la raison pour laquelle il a semblé particulièrement opportun de rendre compte du rapport de la Commission d'enquête conduite par Lord Phillips⁹, publié en octobre 2000. Ce rapport vise à analyser les conditions dans lesquelles des infections par des prions sont survenues en Grande-Bretagne et, plus globalement, les mécanismes de développement d'une situation de crise.

Malgré son caractère très officiel, la procédure suivie par cette commission pour conduire son enquête, assurer la transparence de sa démarche et la publicité des résultats contraste fortement avec les procédures du même type qui peuvent être engagées en France suite à une catastrophe ou une crise de grande ampleur. Selon nous, elle s'inscrit pleinement dans une logique de retour d'expérience même si, comme nous le verrons, elle n'est pas exempte d'un certain nombre de parti-pris ayant fait l'objet de diverses critiques.

A travers la présentation de ce type de rapport – travail de présentation analytique qu'il conviendrait de systématiser – il s'agit donc tout la fois de rendre compte de pratiques de retour d'expérience en développement et de mettre cette analyse à la disposition de tous ceux – chercheurs, responsables, juristes, membres de commissions d'enquête, journalistes, groupes d'intérêt, membres d'associations, etc. – qui sont concernés par le champ de la prévention, du pilotage, de l'analyse des risques collectifs et des situations de crise.

Un tel travail devrait notamment permettre :

- de prendre rapidement connaissance de l'essentiel du contenu des retours d'expériences retenus pour examen ;
- d'approfondir la réflexion sur les conditions et pratiques de la démarche de retour d'expérience ;
- de développer plus encore les références théoriques et opérationnelles sur les problèmes de prévention et de pilotage des risques et des crises.

Pour atteindre ces objectifs, le choix a été fait de retenir une présentation de synthèse organisée autour des quelques axes clés qui se dégagent de l'examen du cas spécifique. Pour chacun de ces points forts, sont successivement présentés :

- un rappel des références acquises,
- les principaux apports du retour d'expérience analysé,
- quelques "extraits" du rapport.

Je tiens à remercier Claude Gilbert et Isabelle Bourdeaux pour leurs conseils tout au long du travail et leurs lectures attentives des différentes moutures de ce texte ; Olivier Godard pour ses éclairages sur le principe de précaution et ses remarques sur la première version du texte ; Philippe Baralon pour la vérification de certains points techniques de traduction ; Claude Henry, Erwann Michel-Kerjan, Chantal Poujouly pour leur aide et leurs suggestions. Je suis naturellement seul responsable des erreurs contenues dans ce cahier.

Patrick LAGADEC

Directeur de recherche à l'École Polytechnique
Laboratoire d'Econométrie

Notes

¹ *Report of the President's commission on the accident at Three Mile Island*, New York, Pergamon Press, 1979.

² *Pour affronter l'imprévisible – Les enseignements du verglas de 98*, Rapport de la commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998, Les Publications du Québec, 1999. Voir aussi le "Point de vue de Bernard Sinclair-Desgagné" sur ce travail, in Séminaire du Programme Risques Collectifs et Situations de Crise du CNRS, Actes de la seizième séance, 16 mars 2000, CNRS.

³ *Rapport de la commission d'enquête sur l'accident survenu le 20 janvier 1992 près du Mont Sainte-Odile (Bas Rhin) à l'Airbus A 320 immatriculé F-GGED exploité par la compagnie Air Inter*, Bureau Enquêtes-Accidents, Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement, Inspection Générale de l'Aviation Civile et de la Météorologie, F-ED920120, 1994

⁴ *De la "vache folle" à la "vache émissaire"*, Evelyne Guilhem (Président), Jean-François Mattéi (Rapporteur), Mission d'information commune, Rapport n°3291, Assemblée Nationale, 1997.

⁵ *Transparence et sécurité de la filière alimentaire française : bilan et propositions*, Félix Leyzour (Président), Daniel Chevallier (Rapporteur), Commission d'Enquête, Assemblée Nationale, n° 2297, 2000.

⁶ "Évaluation des dispositifs de secours et d'intervention mis en œuvre à l'occasion des tempêtes des 26 et 28 décembre 1999", Rapport d'étude de la mission interministérielle, juillet 2000.

⁷ Actes des 6 séances du Séminaire "Retours d'expérience, apprentissages et vigilances organisationnels. Approches croisées", publiés par le Programme Risques Collectifs et Situations de Crise du CNRS, en 6 volumes, en 1998 et 1999, et disponibles auprès du GIS Risques Collectifs et Situations de Crise.

⁸ Sénat : Rapport d'information 321 (2000-2001) de MM. Gérard Deriot, Jean Bizet : *Farines : l'alimentation animale au cœur de la sécurité sanitaire*, 17 mai 2001.

⁹ Lord Phillips of Worth Matravers, Mrs June Bridgeman, CB, Professor Malcom Ferguson-Smith, FRS : *The BSE Inquiry*, House of Commons, London, HMSO, October 2000.

I – POSITIONNEMENT

1. Références

L'exercice du retour d'expérience comporte deux dangers opposés.

- Le premier : l'examen rapide, centré sur les seules difficultés techniques et logistiques. Dans la mesure où les plus grandes difficultés de la dynamique de crise tiennent aux questions non techniques – de nature organisationnelle et culturelle – cette première limitation vide largement de son sens la démarche de retour d'expérience.
- Le second : l'examen tout entier coulé dans une thèse simple et globalisante, couplée à la désignation de boucs émissaires. L'explication se prétend suffisante pour rendre compte de toutes les turpitudes identifiables. Là encore, l'exercice s'avère détourné de sa mission, qui est d'approcher les nœuds de difficultés, en multipliant les angles d'observations sans se contenter de lois générales d'explication et de condamnation, certes séduisantes mais largement insuffisantes, voire trompeuses.

Dans le cas d'une affaire aussi sensible que celle de l'ESB (Encéphalopathie Spongiforme Bovine), le second écueil est d'emblée le plus sérieux. Des verrous sont en effet rapidement placés sur ce type d'affaire : la cause est entendue et, s'il y a enquête, on attend d'abord de celle-ci qu'elle conforte les lectures communément partagées, solidement cadencées dans un "politiquement correct" et un "médiatiquement correct" ne laissant plus de marge à la compréhension de la complexité.

Échapper aux ornières communes exige une grande rigueur, qui doit s'imposer dès l'entrée dans le dossier, dès le choix des méthodes, tout au long de l'enquête ; et encore en sortie de démarche, lorsque cette dernière en arrive au stade ultime des conclusions rendues publiques. Ce moment final est critique car, alors, les attentes (qui ont leur part de vérité) exposent plus encore au risque de lectures expéditives (et à son corollaire : le risque de dénonciation du rapport pour cause de complaisance si les condamnations déjà posées n'apparaissent pas consolidées par l'enquête).

Depuis plusieurs années, en France, des représentations s'étaient imposées sur l'affaire de l'ESB : la cause de la catastrophe est l'allègement au Royaume-Uni, pour des raisons d'économie, des pratiques de chauffage lors de la fabrication des aliments pour le bétail. Et tout le reste découle du libéralisme sauvage de l'ère thatchérienne. Le travail britannique permet d'aller au-delà de ce verdict rapide.

2. Le rapport Phillips

1) Une commission de haut rang, pour une enquête sur une crise majeure : des conclusions en décalage avec l'attente sociale immédiate

Le 26 octobre 2000 était présenté à la presse le rapport de l'enquête conduite de janvier 1998 à octobre 2000 sur le problème de l'ESB au Royaume-Uni au cours de la période 1986-1996, soit les dix années ayant précédé l'annonce, le 20 mars 1996, d'une possible transmission de la maladie bovine à l'homme. L'attente collective – nationale et internationale – était extrêmement forte : quelles étaient les explications d'un tel drame ?

On attendait à l'évidence des mises en accusation à la mesure du fiasco : catastrophe pour la santé animale et toute la filière, inconnues majeures en santé publique, tensions extrêmes sur le plan médiatique, accusations internationales. On attendait la mise en cause directe du fonctionnement de tout un système administratif et gouvernemental ; la mise en cause d'un libéralisme débridé. Les titres du journal *Le Monde* des 26 et 27 octobre 2000 reflètent bien cet état d'esprit : "Londres publie un rapport accablant sur la maladie de la 'vache folle'." ; "Dix ans d'erreurs, de manipulations et de trahison de l'opinion" ; "Irresponsabilité de hauts fonctionnaires et de directeurs d'administration."

La commission avait été mise en place par le Premier ministre Tony Blair en décembre 1997 et placée sous la présidence d'un éminent juriste, Lord Phillips of Worth Matravers.

Le 26 octobre 2000, son président livre donc les conclusions de l'enquête. Son intervention médiatique s'articule autour des lignes forces suivantes :

- voici les certitudes les plus communément répandues sur l'affaire ;
- voici les résultats du travail de la commission : il y eut des insuffisances, mais elles ne sont pas celles que l'on a le plus souvent mises en avant ;
- voici les leçons à tirer.

Étonnement, déception sans aucun doute : point de condamnation radicale, à la mesure des angoisses suscitées par l'affaire ; un travail pharaonique, qui semble inviter les destinataires – eux aussi – à un très lourd travail. Décalage sans doute trop grand : le rapport ne fait pas recette dans les médias. Ce que l'on attend, collectivement, ce sont d'abord des désignations simples, et non une invitation à un examen exigeant. D'emblée, on mesure la difficulté d'adoption de la démarche de retour d'expérience.

On notera que le fait de confier la présidence à un juriste explique sans doute en partie l'extrême attention donnée tout au long de la démarche à la rigueur des procédures, à l'équité dans les examens et jugements – c'est là une qualité tout à fait majeure du rapport. Il est possible que cela explique aussi les réserves dans les jugements plus globaux (tout de même bien en retrait au regard de ce que le rapport précise dans le corps du texte), la timidité de l'examen sur les questions internationales.

On regrettera qu'aucun élément ne soit donné sur les auteurs principaux du rapport, ni sur les membres de la commission. Dans la mesure où la commission pose l'obligation pour tout expert de se situer, il aurait été souhaitable que l'on dispose de telles précisions.

2) Un travail de très grande ampleur

Près de trois années d'enquête. 3 000 dossiers, 75 000 pages de documents examinés ; 138 journées d'audition organisées ; 1 000 documents, venant de plus de 630 témoins, publiés sur Internet ; plus de 11 700 lettres, e-mails et fax traités. Nouveauté, un usage très développé d'Internet, dans un souci d'information maximale ; le site fut très prisé, avec plus de 1,5 millions de consultations.

Le “Rapport” de la commission se présente sous la forme d’un volume de base (volume 1) qui donne l’essentiel des résultats et méthodes de l’investigation, et de quinze volumes complémentaires¹. L’examen sera ici limité au volume central du rapport, intitulé : *Findings and Conclusions* (Vol. 1).

Nous avons là un problème de base pour tout retour d’expérience sur les grandes crises contemporaines : le caractère colossal de la tâche à remplir. Dans la mesure où de tels retours sont indispensables, cela suppose que des moyens importants soient alloués aux analystes ; la question des crises n’étant pas encore suffisamment reconnue comme justifiant pareil effort, nous avons là une contradiction dont il ne faut pas se masquer la difficulté. Probablement ne faut-il pas se limiter exclusivement à ces grandes enquêtes mais diversifier les formes de retour d’expérience (rapports, notes, examens internes, jeux à plusieurs partenaires, débats très ouverts sur la base de travaux partiels, etc.), ce qui suppose la connaissance des avantages et limites de chacune des options possibles.

3) Un rapport difficile, qui suit des lignes de crête exposées

Le point d’étonnement majeur, lorsque l’on prend connaissance du rapport Phillips, est donc bien le décalage entre ce qui était attendu et ce que l’on peut lire. On passe de “l’évidence” d’irresponsabilité marchande, permettant de conclure sans autre forme de procès... à l’examen ouvert d’une situation complexe. On passe du jugement global... à l’étude d’entomologiste permettant de séparer : conditions générales et problèmes spécifiques ; tendances lourdes et bifurcations accidentelles ; problèmes posés par des systèmes et problèmes posés par des comportements individuels ; difficultés que l’on aurait dû anticiper et difficultés qui ne pouvaient l’être, etc. On ne se fixe pas sur la dénonciation de telle ou telle entité, tel ou tel responsable, même si les observations sévères ne manquent pas.

La qualité du travail frappe d’entrée de jeu, et tout au long du rapport. Tout en étant acéré sur bien des points, le rapport est une invitation constante (ou presque) au questionnement : les pièges véritables sont au-delà des évidences. Tout en étant acerbe dans certaines de ses critiques et ses recherches d’exactitude (“M. Intel nous a indiqué que sa lecture des événements était la suivante : “[...]” ; cette lecture est fausse”), le rapport fait toujours montre d’une grande maîtrise dans ses jugements. C’est là une réussite remarquable.

Mais, comme nous l'avons suggéré ci-dessus, un tel rapport, si précis, si fouillé, peut aussi poser question.

Dès lors que l'on prend pour fil rouge l'examen ultra-rigoureux d'un dossier aussi complexe, on rencontre le risque de fournir un compte rendu d'enquête à ce point foisonnant, riche... qu'il en devient touffu, et peut-être même difficile à lire par le plus grand nombre. On regrettera notamment que le rapport Phillips ne fournisse pas de chronologie globale et résumée, qui permettrait de prendre rapidement connaissance de l'affaire, de ses points saillants, des erreurs majeures qui ont été commises. On regrettera l'impossibilité de se faire une vision bien structurée de l'affaire : il faut "tout" lire pour comprendre les ressorts réels de la crise, et lorsque l'on a "tout" lu, une impression de contradictions désordonnées ressort de l'ensemble. Une difficulté voisine, renforcée encore pour un lecteur étranger, est liée à l'absence de carte des acteurs impliqués.

Ne pas donner des clés de lecture simples ou tout au moins bien structurantes, c'est effectivement contraindre chacun à entrer dans les mille et un méandres de la crise. Question : qui peut y consacrer le temps et l'attention nécessaires ? À l'inverse, donner de telles clés, notamment cette chronologie simplifiée toujours attendue, c'est s'exposer à de nombreux risques : lectures et condamnations expéditives (des acteurs, ou du rapport) ; illusion de compréhension de l'affaire, qui ne peut se résumer à quelques dates ou à quelques têtes de chapitre.

Nous sommes ici sur un point de méthode important. Notre formation intellectuelle nous conduit à attendre des synthèses, permettant de cerner les lignes forces d'une situation ; les éléments spécifiques sont spontanément traités comme des épiphénomènes, à caractère "anecdotique", peu intéressants dès lors qu'ils ne viennent pas consolider des thèses explicatives plus générales. Il se trouve, précisément, que la dynamique de crise ne s'inscrit pas dans ce schéma : événements singuliers, bifurcations accidentelles, incohérences apparentes des acteurs, juxtapositions ou interactions de logiques contradictoires, ne permettent pas de compréhensions simples. C'est d'ailleurs bien pour cela que la crise est difficile à anticiper, à prévenir, à piloter. Et c'est pour cela que toute attente finale de lecture simple constitue un contre-sens, qui n'est que le prolongement des pièges ayant prévalu au moment de la crise elle-même.

Autre dilemme, voisin : pointer des insuffisances sans toujours les replacer dans leur univers de complexité, c'est risquer de consolider des dynamiques de bouc émissaire ; tout mettre en œuvre pour échapper à cette ornière, c'est risquer l'excès inverse : certes pas le "white-wash" mais peut-être le "grey-wash". Et l'on perçoit sans doute dans le corps du rapport des contradictions entre, d'une part, des remarques souvent nettes, voire brutales, sur des erreurs flagrantes qui ont été commises, et une présentation générale des résultats de l'enquête qui peut apparaître bien en retrait.

Compliquons encore. À côté de l'examen statique des résultats, il faut introduire un examen dynamique, plus pédagogique et politique. Toute expression un peu rapide, en matière de responsabilité, sera une large brèche, qui risque fort d'être immédiatement exploitée en termes de recherche de bouc émissaire. Cela peut inviter à une prudence d'expression, excessive au regard de l'analyse froide. D'une façon générale, un tel travail est situé dans un contexte sensible ; on progresse sur des lignes de crête et il n'est pas aisé de concilier toutes les exigences contradictoires. Une dissonance entre les précisions données et les conclusions globales peut être à la fois une solution et un risque de conduire à la confusion. Certes, il peut aussi y avoir biais politique : par exemple, le souci de ne pas explorer un point délicat (comme ici, peut-être, la question des exportations de produits à risques).

La marche sur les crêtes ne saurait être linéaire et optimale sur tous les paramètres.

Ajoutons que le problème posé au sujet du rapport de la commission d'enquête vaut aussi pour ce cahier. Une première version de notre texte, qui épousait la dynamique du rapport Phillips, se révéla à la fois trop volumineuse pour entrer dans le format de ces cahiers et trop "touffue" pour répondre à l'objectif ici recherché : un texte permettant de prendre rapidement connaissance des éléments essentiels d'un retour d'expérience. Le choix a donc été fait de reprendre le texte dans un esprit et un format plus conforme au projet, en dépit de la perte en informations que ceci ne manque pas de comporter.

4) Un retour d'expérience sur un domaine globalement non stabilisé

Autre point délicat pour tout retour d'expérience sur ce type de crise aujourd'hui : même avec le recul dont a bénéficié la commission, les connaissances des phénomènes restent parcellaires et sujettes à évolution forte. Dès

lors, les analyses elles-mêmes sont exposées à des instabilités, voire à des ruptures, dans leur contexte d'interprétation. Il peut y avoir changement, éventuellement considérable, dans l'interprétation scientifique des origines de l'ESB²; il peut y avoir des surprises dans l'échelle finale des bilans, alors même que les grilles d'analyse du pilotage de la crise ne peuvent être tout à fait les mêmes si l'on a affaire à une maladie susceptible de causer quelques centaines de victimes sur trente ans... ou plusieurs dizaines de milliers sur quinze ans.

3. Extraits

Nous retiendrons ici la présentation que Lord Phillips fit de son rapport lors de la conférence de presse le 26 octobre 2000. Cette déclaration donne bien la tonalité générale de l'investigation et de ses résultats. On trouvera par ailleurs, en annexe, l'*executive summary* du rapport lui-même.

*Conférence de presse du 26 octobre 2000,
intervention de Lord Phillips*

«Bonjour Mesdames et Messieurs,³

Depuis une semaine, j'ai lu un grand nombre d'articles dans les journaux sur ce qu'il y a dans notre rapport. Maintenant, je voudrais vous donner notre version. Le Gouvernement a publié aujourd'hui notre rapport sur l'ESB. C'est un document de grande longueur et je voudrais prendre quelques instants pour résumer nos réponses à certaines des questions qui ont le plus souvent été posées à propos de l'ESB.

1. Quelle est l'origine de l'ESB ?

Depuis des siècles, les ovins ont connu une maladie appelée la tremblante du mouton. Beaucoup de gens ont eu l'impression que cette maladie fut transmise au bétail, et que l'ESB était la tremblante du mouton chez les bovins. C'était là une vue rassurante, parce que la tremblante du mouton ne contamine pas l'homme. Nous ne pensons pas que l'ESB est la tremblante du mouton chez le bovin.

L'ESB est une maladie nouvelle, et plus violente que la tremblante. Personne ne sait pourquoi la première vache ou les premières vaches ont attrapé l'ESB, mais nous croyons qu'à partir de cette source unique l'infection s'est large-

ment répandue dans les troupeaux britanniques avant que quiconque ne réalise qu'une maladie nouvelle avait émergé. Cela est arrivé en raison d'une pratique courante, depuis très longtemps, de préparer de l'alimentation animale à partir de morceaux qui ne sont pas utilisés dans la consommation humaine. Des abats de bovins contaminés par l'ESB ont probablement infecté la nourriture d'un très grand nombre de bovins, et les abats en provenance de ce bétail ont contaminé la nourriture d'un nombre encore plus grand d'animaux. C'est par cette voie que l'ESB s'est répandue, comme dans une chaîne épistolaire, et des milliers de vaches ont ainsi été contaminées avant que les premiers cas aient été diagnostiqués. Les changements dans les méthodes de fabrication des farines de viandes destinées à l'alimentation animale n'ont rien à voir avec le développement de la maladie.

2. Est-il certain que les victimes du nv-MCJ ont attrapé l'ESB ?

Nous le pensons. Des scientifiques ont analysé les deux maladies de diverses façons et ont conclu qu'il s'agissait clairement de la même maladie. Comment et quand cette maladie fut transmise à l'homme, cela n'est pas clair.

3. Les pouvoirs publics ont-ils voulu étouffer l'affaire de l'ESB ?

Il y a eu un embargo initial au sein du ministère de l'Agriculture sur la publication d'informations au sujet de l'ESB. Cela a duré environ 6 mois. Après, il n'y eut aucune dissimulation d'informations. Il y eut, cependant, défaillance : le public n'a pas été destinataire d'une information équilibrée au sujet du risque. Le public, de façon réitérée, reçut des réassurances sur le fait qu'il était sans danger de manger du bœuf, sans toujours être averti du fait que cela n'était vrai que parce que les morceaux dangereux avaient été retirés. Le public ne fut pas informé du fait que certaines personnes avaient pu être contaminées avant que cette précaution ait été introduite. Une impression fautive fut donnée selon laquelle l'ESB ne posait aucun risque pour l'homme.

4. L'affaire de l'ESB a-t-elle été traitée correctement ?

L'enquête a porté dans une large mesure sur cette question. La conduite par les pouvoirs publics a fait l'objet d'une attention publique dont je pense qu'elle a été sans précédent. Nous avons conclu que, d'une manière générale, notre système d'administration publique mérite considération [*emerge with credit*] pour la partie de l'affaire que nous avons examinée. Des décisions politiques

saines ont été prises, tout à la fois pour ce qui concerne l'éradication de la maladie animale et pour la protection de l'homme contre ce que l'on croyait être un risque de transmission seulement théorique [*remote*].

- L'alimentation fut rapidement identifiée comme une source d'infection.
- L'alimentation du bétail par des farines animales fut interdite.
- Tout animal présentant des signes d'ESB fut abattu et détruit.
- Les morceaux susceptibles de porter l'infection si une vache était en incubation d'ESB furent identifiés et interdits, tant pour la consommation humaine qu'animale.
- Les produits utilisés comme composants par l'industrie du médicament et des cosmétiques furent changés.
- Des guides de pratiques furent donnés en matière de risques professionnels.

Ces précautions furent prises alors que la plupart des scientifiques pensaient qu'il était très peu probable que l'ESB pouvait être transmissible à l'homme.

Mais il y eut des insuffisances

- On a attendu que les scientifiques apportent toutes les réponses, quand parfois ce n'était pas leur rôle effectif.
- La liaison entre le ministère de l'Agriculture et le ministère de la Santé⁴ ne fut pas toujours adéquate.
- Ces défaillances se traduisirent par des délais dans l'introduction de mesures vitales pour protéger la santé humaine.
- On ne sut pas mesurer qu'une toute petite quantité de matériau infecté pouvait transmettre la maladie et, de ce fait, le danger représenté par la viande séparée mécaniquement ne fut pas identifié ; des mesures de précaution inadéquates furent prises pour prévenir la contamination chez les équarrisseurs et chez les fabricants d'alimentation animale.
- Dans les abattoirs, l'enlèvement des organes à risques des carcasses ne fut pas toujours réalisé, et la pratique consistant à récupérer mécaniquement tout morceau resté attaché à la carcasse pour usage dans l'alimentation humaine continua à être autorisée.
- Il y eut une défaillance importante dans la mise en œuvre des règlements arrêtés pour écarter de l'alimentation animale les morceaux potentiellement dangereux de la vache.

- Un manque de réactivité marqua la prise de précaution concernant les médicaments, les cosmétiques et la santé au travail.

Les raisons de ces défaillances

- Dans de nombreux cas, ces défaillances ont reflété les difficultés des structures administratives et législatives à faire face à l'ESB.
- Dans certains cas, ces défaillances ont été le fait d'individus. Quand la réponse d'un individu est tombée en dessous du niveau qui peut être raisonnablement attendu de quelqu'un occupant sa position, à la lumière des connaissances disponibles au moment des faits, nous l'avons dit. Mais il est crucial que ces critiques soient considérées dans leur contexte : l'ESB a été à la source d'une très grande pression sur les responsables, qui ont travaillé au maximum – et ce sont ceux qui ont le plus travaillé qui étaient le plus exposés au risque de commettre une erreur occasionnelle.

L'objet de l'enquête

- Nous avons toujours dit, de la façon la plus claire, que l'objet de notre enquête était d'établir des faits, non des fautes [*fact-finding, not fault-finding*].
- La principale motivation pour identifier ce qui s'est mal passé dans l'affaire de l'ESB a été de rechercher quelles leçons on pouvait tirer du dossier pour l'avenir.

Quelles sont les leçons ?

En voici quelques-unes que nous considérons comme importantes.

- Les EST sont des maladies déconcertantes et abominables. Il ne faut pas les prendre à la légère. Une approche de précaution est essentielle.
- La santé animale et la santé humaine sont étroitement inter-reliées. Un système de veille adéquat sur les maladies animales est une protection essentielle et pour l'homme et pour l'animal. La collaboration entre ceux qui ont en charge la santé animale et ceux qui sont responsables de la santé humaine est essentielle.
- Les EST mettent en question la pratique du recyclage des protéines animales, tout particulièrement au sein des mêmes espèces. D'autres pays devraient méditer sur notre expérience.
- Les comités d'experts sont une ressource intéressante, mais les avis recherchés doivent être soigneusement fléchés et les avis reçus doivent faire l'objet d'évaluations critiques approfondies. Les ministères doivent conserver en leur sein des ressources appropriées pour être en mesure de satisfaire ces exigences.

- Les législations tant nationales qu’européennes doivent être réexaminées pour s’assurer que des mesures de précaution peuvent être prises pour protéger la santé humaine en situation d’incertitude.
- Un audit des voies d’infection est une première étape vitale dans le traitement d’une zoonose.
- La confiance du public ne peut être établie que si les communications sur les risques sont franches et objectives. En particulier, il doit y avoir ouverture sur les incertitudes.
- Les victimes et leurs familles ont des besoins spéciaux qui appellent une prise en charge spéciale.”

Notes I

¹ Vol. 2 : Questions scientifiques ; Vol. 3 : Les premières années, 1986-88 ; Vol. 4 : Le Southwood Working Party, 1988-89 (premier comité d’experts) ; Vol. 5 : La santé animale, 1989-96 ; Vol. 6 : La santé humaine, 1989-96 ; Vol. 7 : La médecine et les cosmétiques ; Vol. 8 : La nouvelle variante de MCJ [MCJ : Maladie de Creutzfeldt-Jacob] ; Vol. 9 : Pays de Galles, Ecosse et Irlande du Nord ; Vol. 10 : Impact économique et commerce international ; Vol. 11 : Les scientifiques après Southwood ; Vol. 12 : L’élevage ; Vol. 13 : L’industrie et les contrôles ; Vol. 14 : Les responsabilités pour la santé humaine et animale ; Vol. 15 : Le gouvernement et l’administration publique ; Vol. 16 : Références.

² Voir “Selon des scientifiques britanniques, le mouton serait à l’origine de la maladie de la vache folle – cette hypothèse contredit la défense du gouvernement britannique à propos de l’émergence de l’ESB”, *Le Monde*, 29-30 avril 2001, p.10.

³ Comme souvent dans les textes de retour d’expérience, on peut observer ici ou là des lourdeurs, des tournures étrangement alambiquées qui marquent la difficulté de traiter de sujets tout à la fois complexes (dans le décryptage des points examinés, il faut à chaque instant rendre compte de très nombreux facteurs) – et sensibles (le plus essentiel étant le plus souvent le moins toléré).

⁴ *Ministry of Agriculture, Fisheries and Food (MAFF) and Department of Health.*

II – DÉMARCHE

1. Références

Le principe de la démarche de retour d'expérience est de revenir sur les facteurs qui ont construit une situation difficile, non pour porter des accusations, mais pour bien comprendre les courants de fond, les enchaînements, les bifurcations qui ont marqué la constitution d'une dynamique de crise.

L'intérêt d'un tel retour est multiple :

- établissement, autant qu'il est possible, des "faits" scientifiques et techniques, au-delà des représentations hâtives ;
- compréhension en profondeur des facteurs relatifs aux cultures, aux comportements organisationnels, aux logiques de pilotage en vigueur¹ ;
- préparation de l'avenir, grâce à une meilleure intelligence des problèmes à corriger et des voies nouvelles à ouvrir ;
- identification aussi des zones de difficultés résistantes, pour lesquelles on reste le plus démuné : inconnues scientifiques, sur-complexité, effets d'opinion irrépressibles, etc. Ce dernier point n'est pas mentionné pour nourrir un quelconque pessimisme, mais bien pour stimuler la recherche, prôner la nécessaire modestie en ces domaines, ne pas succomber à l'illusion d'une boîte à outils simplistes en matière de crise.

Le retour d'expérience peut même participer à la gestion immédiate de la crise : montrer le sérieux des conduites que l'on adopte pour comprendre

les erreurs et améliorer en permanence les compétences collectives est plus important pour refonder la confiance qu'une incantation quotidienne relevant de la seule "communication de crise".

2. Le rapport Phillips

L'introduction du rapport est consacrée à l'exposé de la démarche. L'accent est ainsi mis, d'emblée, sur les procédures encadrant l'investigation, non sur le contenu événementiel du dossier. Il ne s'agit pas d'abord de raconter mais de se doter de logiques d'examen. Le juge dispose de textes ; le pilotage d'un retour d'expérience suppose de se doter pareillement de références : des références adaptées à la complexité des dossiers, et au but ultime qui consiste à mettre au jour des complexités systémiques, non à identifier des culpabilités individuelles (ce qui n'est cependant pas exclu si cela s'avère une composante à retenir).

La commission précise sa démarche au travers des points suivants :

1) Une logique de questionnement, nette et déterminée

Il y a un écart étonnant, souligne le rapport, entre le traitement de l'affaire de la vache folle et les compétences qui sont celles de la Grande-Bretagne en matière de santé animale et humaine. Et c'est bien sur cet écart qu'il convient de porter son attention. Deux questions-clés sont privilégiées. Quelles erreurs ont marqué le pilotage du dossier sur dix années ? Pourquoi un tel fiasco le 20 mars 1996, lorsque le ministre de la Santé a annoncé qu'il y avait présomption de passage de l'ESB à l'homme ? (7)

2) Une investigation elle-même résolument ouverte sur le terrain de l'information publique

La question de l'information est cruciale en temps de crise. Elle l'est aussi pour un retour d'expérience sur un sujet aussi sensible. Le choix a été fait, dès le début et tout au long de l'enquête, d'une information la plus ouverte possible, par les moyens les plus efficaces possibles, à destination du plus grand nombre. En d'autres termes, la commission s'applique à elle-même les exigences que l'on était en droit d'attendre des pouvoirs publics depuis le début de l'affaire. (12)

3) Une recherche de responsabilité prenant en compte la complexité organisationnelle

La commission explicite, d'emblée également, le point sensible des mises en cause individuelles. Au-delà des efforts d'explication du passé et de recherche d'enseignements pour l'avenir, souligne le rapport, un drame exige naturellement de tirer au clair les engagements de responsabilité. Mais, si l'on veut éviter les dynamiques de bouc émissaire, il est nécessaire de bien prendre en compte la réalité systémique des environnements organisationnels contemporains, même s'il faut prendre garde à ce que la globalité de l'examen ne disculpe trop rapidement de réelles insuffisances individuelles ou de groupe.

Dès lors, le retour d'expérience doit nécessairement s'intéresser au fonctionnement de systèmes organisationnels particulièrement complexes. Sont ici dans le champ d'examen : un grand nombre de ministères (à commencer par ceux de l'Agriculture, de la Santé, du Commerce, de l'Environnement, de l'Économie et des Finances) ; les services du Premier ministre ; les autorités locales ; l'agriculture et l'élevage, bien entendu ; les industries de transformation de la viande, les industries de fabrication de nourriture animale, l'industrie agroalimentaire ; l'industrie pharmaceutique ; etc. (17) Très vite d'ailleurs, on sort des organigrammes clairs pour entrer dans des domaines plus incertains, échappant aux quadrillages organisationnels habituels. Les pratiques de poolage, la dissémination extrême d'un même produit vers d'innombrables destinations techniques et géographiques, le problème des abats qui ne font pas l'objet d'une traçabilité remarquable, conduisent brutalement à des univers très mal balisés.

Cela posé, la commission retient des règles de conduite intéressantes pour tout examen a posteriori des actions individuelles :

- prendre en considération les circonstances qui prévalaient au moment des faits ;
- s'interroger pour savoir si ce qui est reproché à une personne est véritablement en dessous de la norme attendue d'une personne exerçant ce type de responsabilités ;
- dans l'affirmative, indiquer avec précision ce qui peut être reproché à la personne en question. (30)

Toujours pour prévenir des mises en cause expéditives, le rapport (dans le chapitre de résumé des points forts et des points faibles de la conduite de la crise – “*What went right and what went wrong?*”) souligne avec beaucoup d’intelligence tout ce qu’il faut avoir à l’esprit pour éviter d’entrer dans un processus de recherche facile de bouc émissaire. Il est utile de reprendre ces éléments de démarche ici :

- par construction, un rapport de retour d’expérience pointe les insuffisances ;
- on risque de perdre de vue tout ce que les personnes ont fait de bien ;
- on ne prend pas en compte la charge de travail très importante de ces personnes dans le cours de l’affaire ;
- ceux qui ont été les plus actifs sont naturellement ceux qui s’exposent aux critiques les plus nombreuses ;
- ceux qui ont opté pour le secret, point de critique important, l’ont fait dans la mesure où ils étaient insérés dans une culture organisationnelle de cette nature. (1245-1259).

4) Une attention aux interprétations faisant barrage à l’examen ouvert

L’introduction au rapport n’élude pas le point difficile identifié au chapitre précédent : les vues spontanément partagées par le plus grand nombre sur les causes du drame. Ainsi, est-il souvent dit que toute cette affaire est due au fait que l’agriculture industrielle a voulu transformer des herbivores en carnivores ; que, pour des raisons de libéralisme sauvage, on a cessé de chauffer comme il convenait les produits bovins entrant dans la composition des farines. Le rapport traite de ces points dès l’introduction : il les replace dans leur contexte et rejette toute conclusion simple. Le soin de discuter techniquement ces éléments revient aux experts du domaine. Sur le plan de la méthode, il faut souligner l’intérêt, dans un retour d’expérience, de se saisir d’emblée des raisonnements que l’on considère comme des blocages pour une interrogation vraiment ouverte des questions posées. (107)

5) Une clarification des pièges

Pour engager une réflexion approfondie sur un terrain aussi complexe, il est utile, d’entrée de jeu encore, de montrer à quel point les défis ont été lourds. C’est parce que la situation comportait des pièges redoutables qu’un système pourtant performant jusque-là a pu connaître un tel échec. Et c’est bien sur cette confrontation d’un système, jusqu’alors performant du point de

vue de la sécurité, à une situation non conventionnelle émergente que l'analyse peut être la plus féconde. Car il s'agit bien, aujourd'hui, de transformer nos systèmes opérationnels et de pilotage, dans leurs multiples volets, pour que les problèmes à haut degré de surprise puissent recevoir une attention et des réponses appropriées. Il s'agit bien de repenser des logiques et des pratiques de nouvelles défenses en profondeur, et non de se contenter de pourfendre "une" pratique spécifique ou "un" acteur particulier. Clarifier d'emblée quels étaient les pièges de la situation apparaît donc particulièrement utile dans toute démarche de retour d'expérience. (108-110)

3. Extraits²

Un questionnement net et résolu

1. «Au mois de décembre 1986, une nouvelle maladie animale fut découverte par le *State Veterinary Service*. Elle fut rapidement connue sous le nom d'Encéphalopathie Spongiforme Bovine ou ESB. Elle causait des changements irréversibles au cerveau du bétail, qui prenait une consistance spongieuse, et était invariablement mortelle. Le public l'appela "maladie de la vache folle".»

2. «Dix ans durant, les pouvoirs publics assurèrent :

- qu'il n'y avait aucune preuve que l'ESB put se transmettre à l'homme ;
- qu'il était hautement improbable que l'ESB pose quelque risque que ce soit pour les humains ; et
- qu'il était sans danger de manger du bœuf.»

3. «Puis, le 20 mars 1996, Stephen Dorrell, Secrétaire d'Etat à la Santé, prit la parole au Parlement et annonça que dix jeunes personnes avaient contracté un nouveau variant, terrible et invariablement mortel, de la maladie de Creutzfeldt-Jacob, nv-MCJ, et qu'il était probable que cela était en lien avec l'ESB. D'autres cas de nv-MCJ allaient suivre. Pour septembre 2000, on avait relevé plus de 80 cas et la fréquence avec laquelle ces cas étaient rapportés semblait s'accroître.»

5. «En 1986, le Royaume-Uni avait une réputation mondialement reconnue pour sa compétence et son efficacité en matière de santé animale et de traitement des maladies animales graves.»

6. «Le Royaume-Uni avait aussi une réputation établie de longue date, en matière de santé publique, pour traiter les survenues de maladies humaines.»

7. «Qu'est-ce qui a mal fonctionné après l'émergence d'une maladie dégénérative du cerveau du bétail, l'ESB, en 1986 ? Pourquoi l'annonce en 1996 que les humains avaient probablement été frappés par cette maladie du cerveau laissa-t-elle les responsables de la santé publique et le monde entier sous le choc, apparemment non préparés, et le public désorienté ?»

10. «Quelles leçons porte cette chaîne d'événements catastrophiques pour l'action publique ?»

Un souci majeur d'information sur la démarche engagée

12. « L'un de nos objectifs, lorsque nous avons mis en œuvre notre enquête, fut de conduire nos investigations de façon aussi ouverte que les bonnes pratiques nous invitaient à le faire, et que les technologies modernes nous le permettaient. Tout document significatif que nous recevions devait être rendu accessible à tous. Les déclarations des témoins et les transcriptions des auditions ont été rendues accessibles à tous, gratuitement, via Internet. Sous des formes plus conventionnelles, des centaines de dossiers complets rassemblant des matériaux factuels ont été mis à la disposition de ceux qui souhaitaient en prendre connaissance en nos bureaux. Nous avons mis dans le domaine public un corpus unique de documents officiels et nous nous sommes efforcés de faire la lumière sur toute une gamme de processus de politique publique, qui restent normalement de l'information interne.»

La question de la responsabilité individuelle : une approche non passionnelle

20. «Les mécanismes à travers lesquels sont prises les décisions politiques gouvernementales sont complexes. Les décisions importantes incluent la préparation de l'information et des avis à présenter à un ministre, préparation qui implique souvent un grand nombre de responsables. Il est aisé, après coup, de prétendre qu'une hypothèse n'aurait pas dû être faite, ou qu'une décision était inappropriée, malavisée ou tardive, ou qu'il y eut une défaillance coupable dans la prise de décision, étant donné ce qu'était la situation. L'opinion publique, tandis que les événements se déroulaient et se muiaient en crise, a porté de nombreux jugements de valeur comme ceux-là. Tous les jours ou

presque, l'ESB fait l'objet dans les médias de mises en cause sur le thème d'une faillite caractérisée des pouvoirs publics – ce qui se traduit par l'usage courant de l'expression "le scandale de l'ESB". Nous pensons que l'on nous a demandé de considérer le caractère adéquat ou non de la réponse à l'ESB de telle sorte que ces accusations, dans la mesure où elles portent sur la période qui nous concerne, puissent recevoir une attention à la fois juste et non passionnelle.»

21. «Pour les années ici examinées, la plupart des responsables qui eurent à relever le défi posé par l'ESB méritent le respect. Mais nous avons trouvé que, sur un certain nombre de volets, la réponse à l'ESB fut inadéquate. Il y a des leçons à retenir des événements qui se sont déroulés au long de ces années. Nous voulons souligner qu'il est plus important d'identifier ces leçons que d'examiner si ces personnes doivent être critiquées. Néanmoins, toute identification de défaillance conduit nécessairement les gens à demander si des personnes individuelles doivent être mises en cause. Nous avons accordé une attention aiguë à cette question.»

22. «Le fait de penser qu'une action fut une réponse inadéquate à l'ESB ne signifie pas nécessairement que ceux en charge de cette action doivent être mis en cause. Une action peut n'avoir pas été appropriée parce qu'elle ne faisait pas usage de ce qui était pourtant connu à l'époque. Mais critiquer une personne n'est équitable que si, étant donné les connaissances de cette personne particulière, elle aurait dû agir différemment.»

23. «Nous avons engagé notre travail en partant de l'hypothèse qu'il devrait être possible d'identifier ceux qui avaient eu une responsabilité en matière de décisions politiques, de mise en application de ces politiques, de communication publique – activités qui, conjointement, ont fait la réponse à l'ESB.»

24. «En pratique, nous avons constaté que la détermination de la responsabilité individuelle était difficile. Pour une part, cela est dû au passage du temps, ce qui a altéré la mémoire des faits, au minimum peu sûre et fréquemment inexistante. Pour une autre part, cela est dû à la complexité des processus administratifs.»

25. «Notre enquête nous a conduit à considérer de manière approfondie :
- la relation entre ministres et fonctionnaires ;
 - la relation entre les départements ministériels ;
 - la relation entre les fonctionnaires et les spécialistes sous contrat dans les ministères ;
 - la relation entre les autorités publiques et les experts ;
 - la relation entre l’administration centrale et l’échelon local.»
27. «Quand on considère la responsabilité individuelle, on doit avoir à l’esprit cette structure, la façon dont marchent les systèmes administratifs.»
28. «Et aussi les contraintes pesant sur les conseillers comme sur les décideurs : contraintes de la loi, des ressources, des politiques gouvernementales établies ; contraintes des intérêts légitimes des industries agricoles et autres, comme aussi celles des consommateurs.»
30. «Quand nous avons considéré le caractère approprié ou non des actions des personnes individuelles, nous avons gardé à l’esprit les dangers de l’analyse après-coup. Quand, après avoir bien considéré toutes les circonstances prévalant au moment des faits, nous avons conclu que la réponse d’une personne individuelle était en dessous de la norme attendue d’une personne exerçant ses responsabilités, nous avons indiqué que la personne en question était en faute. Nous l’avons fait dans un langage clair, en indiquant que la personne “aurait dû” ou “n’aurait pas dû” agir d’une façon particulière. Là où nous n’avons pas exprimé de critique expresse, personne ne devrait être impliqué. Pour éviter tout malentendu, une liste de critiques individuelles peut être trouvée en annexe 2 de ce volume, avec référence indexée des endroits dans le rapport où le point est discuté.»
- 

Notes II

¹ Comme l’a souligné par exemple la commission présidentielle d’enquête sur l’accident nucléaire de Three Mile Island (TMI, 1979) ces facteurs non techniques représentent 80 % des facteurs pouvant expliquer la dérive en crise.

² Conclusions extraites de l’Executive Summary, p. xvii.

III – PROCÉDURES

1. Références

Au-delà de l'approche globale, se pose la question des modalités pratiques des retours d'expérience : comment opérer pour que la démarche ne soit pas trahie ? quelles procédures suivre pour que le travail réponde aux exigences de rigueur voulues ?

Sur le pilotage des grands dossiers de risque – la consultation des populations notamment – une très grande importance est accordée aux questions de procédures (le “*Technology Assessment*” des années 1970, les “conférences de citoyens” des années récentes¹). Pour le retour d'expérience sur les crises, cependant, il n'existe pas de réflexions aussi avancées – ce qui reflète naturellement le fait que ces pratiques restent encore très peu développées. À titre de contribution, on peut toutefois rappeler quelques repères de base sur les difficultés de l'exercice et sur les logiques de procédures à retenir² :

Difficultés

Défauts de traces. Il y a le plus souvent peu de traces objectives comme des enregistrements, des livres de bord. Et, bien sûr, appréciations, tonalités, éléments relationnels, constructions mentales, dynamiques globales, qui sont autant de facteurs-clés, restent par nature difficiles à saisir.

Oubli et reconstruction. Très rapidement, les éléments importants sont effacés des mémoires et réécrits. Ces mécanismes jouent avec d'autant plus de force pour les questions les plus sensibles.

À chaque étape de la démarche, de nouveaux problèmes. Dès la première étape d'audition des personnes, le recueil des données se fait sur fond de grande épreuve pour les acteurs. Même une écoute respectueuse ne fera pas disparaître les blessures encore vives. À l'étape de la validation des notes soumises aux interlocuteurs rencontrés, on devra faire face à des reconstructions importantes, différentes selon les interlocuteurs, qui rendront le travail d'interprétation d'autant plus complexe. On risque à tout moment, et jusqu'à la fin, des rejets expéditifs.

Le risque de générer une nouvelle crise. On ne travaille pas sans risque alors que le processus de cicatrisation est en cours. Et l'analyse peut révéler des faits qui, en dépit de l'esprit de la démarche, risquent fort de conduire à des lectures de condamnation.

Les difficultés de l'examen trans-organisationnel. Les crises sont rarement des épisodes à un seul partenaire. Il va donc falloir opérer des retours d'expérience sur plusieurs organisations. Cela va multiplier les problèmes, notamment celui de cultures fortement hétérogènes, certaines violemment hostiles à tout examen ouvert. Et, pourtant, les crises naissent bien, le plus souvent, aux interfaces entre organisations. Ne pas pouvoir travailler à ce niveau, c'est se priver de puissants facteurs d'amélioration.

Une contradiction majeure : retour d'expérience/action de la justice. La démarche de retour d'expérience suppose une grande ouverture à l'examen critique ; l'essentiel est de comprendre au mieux les dysfonctionnements - dans le but de parvenir à la meilleure prévention dans les systèmes complexes. Chacun hésitera à se lancer dans des démarches d'analyse ex-post particulièrement ouvertes si l'on sait que tout peut nourrir une mise en accusation directe.

Modalités pratiques

En tout premier lieu, étant donné le caractère sensible de l'exercice, il faut s'assurer que la demande de retour d'expérience est légitimée au plus haut niveau de l'organisation.

Une personne ou une petite cellule recevra mission, non d'établir un "rapport d'inspection", mais d'animer un travail collectif de retour d'expérience.

Ce travail suppose des entretiens individuels, des réunions de groupe, de nombreuses vérifications de documents. Étant donné le problème de la reconstruction des faits, l'examen doit être engagé le plus rapidement possible, et il faut d'abord s'attacher à déconstruire les représentations d'après-coup.

À la suite de chaque entretien, des notes doivent être rédigées, puis validées par les personnes rencontrées afin que la construction de la connaissance soit la plus exacte possible.

L'auscultation doit notamment porter sur la qualité de nombreux processus : préparations antérieures ; grandes logiques et univers mentaux de référence ; réflexes initiaux, processus d'alerte et de mobilisation ; informations opérationnelles transmises et reçues ; communications établies en interne ; communications développées avec les autres entités responsables ; communications avec les médias et autres acteurs extérieurs ; réseaux de relations déployées ; interactions aux interfaces, expertise sollicitée et obtenue ; questionnements mis en œuvre ; positionnements arrêtés par les états-majors ; leaderships exercés ; nécessaires corrections des trajectoires, des anticipations, des initiatives, etc. Il faut s'interroger aussi sur les facteurs favorables, les facteurs pénalisants qui ont marqué l'épisode.

On s'efforcera de construire les enseignements essentiels de l'expérience sous le triple aspect des outils, des procédures et, plus profondément, des cultures des entités concernées.

Quelques règles de base seront observées : rigueur extrême dans l'examen, association des intéressés à la démarche, vérification scrupuleuse des points avancés. Le tout conduisant à un document largement diffusable et à des décisions sur les trois volets identifiés : outils, procédures, normes plus fondamentales de fonctionnement.

La méthode doit être adaptée à chaque cas particulier et devra faire l'objet d'ajustements en cours de processus.

L'exercice de retour d'expérience connaît aujourd'hui de nombreuses transformations, qui l'éloignent encore davantage du rapport d'enquête. On peut songer, par exemple, à faire rejouer les épisodes par les acteurs, à faire jouer des séquences spécifiques par d'autres équipes, en présence des premiers acteurs ; ou encore à organiser des séances très largement ouvertes aux différents publics concernés pour faire partager les enseignements de chacun³. Le rapport Phillips s'inscrit dans le cadre le plus classique des retours d'expérience : une commission, un rapport dont la vocation est d'expliquer l'enchaînement des événements.

2. Le rapport Phillips

Les éléments de procédure retenus par la commission Phillips⁴ frappent par un certain nombre d'exigences que les enquêteurs s'imposent à eux-mêmes :

- l'extrême rigueur qui marque tout le processus, divisé en étapes,
- la codification de ces processus (même s'ils évoluent),
- le respect de procédures contradictoires (comme on le fait en matière de justice),
- la recherche constante de vérification, de validation, de croisement des avis, affirmations, etc.
- la publicité en continu de tous les documents, de toutes les avancées réalisées,
- l'énoncé clair des conclusions, et la publication de ces conclusions,
- le refus des condamnations hâtives des acteurs, et l'énoncé là encore de règles conduisant à un jugement négatif, comme l'énoncé précis de ce qui peut être reproché à tel ou tel.

De façon opérationnelle, les procédures retenues sont plus précisément les suivantes.

1) *Une démarche de connaissance rigoureuse et ouverte*

Un large appel initial aux personnes pouvant avoir des informations à fournir à l'enquête ; il leur est demandé de prendre contact avec le Secrétariat de la commission. D'emblée, un processus ouvert est donc engagé.

Une formation initiale des membres de la commission sur les divers aspects du problème de l'ESB (des visites de terrain sont également organisées).

Une publication initiale des procédures que la commission se propose d'adopter, dans le but de recevoir des commentaires. Puis la publication d'une *déclaration* précisant les procédures qui seront effectivement suivies. Les ajustements de procédures ne sont pas exclus.

La collation d'une documentation initiale, avec l'appui de cellules appelées "Unités de Liaison", mises en place dans les différents ministères concernés. Cette documentation est publiée sous l'appellation *Documents de référence initiaux*. La logique est de distinguer une première phase consacrée à la recherche des faits et une seconde consacrée aux clarifications nécessaires.

L'identification de deux catégories d'acteurs : ceux qui ont simplement eu un rôle périphérique, et à qui il est demandé d'apporter leurs connaissances ;

ceux qui ont eu un rôle direct et plus central, et qui seront appelés comme témoins ; dans l'intervalle, il est demandé à ces derniers de faire parvenir à la commission une déclaration situant leur action au cours de la crise.

Des auditions de témoins, ouvertes au public. Les déclarations des témoins sont diffusées avant l'audition et font l'objet d'un examen critique de la part de personnes choisies par la commission. L'ensemble est ensuite débattu en séance.

La sollicitation, tout au long de l'enquête, d'un grand nombre de personnes pour apporter des éléments complémentaires d'information.

La diffusion très large, tout au long du processus, des documents et témoignages recueillis.

La diffusion très large, au fur et à mesure, de projets de documents intermédiaires intitulés *Repérages factuels provisoires – Drafts Factual Accounts, DFA*. Ces DFAs permettent de rendre compte de l'avancée de la réflexion et de l'accumulation des éléments d'information.

Ces premiers documents appelèrent corrections et furent diffusés sous une forme révisée, la seconde mouture étant qualifiée de *Revised Factual Accounts – RFAs*. Ces RFAs, eux aussi, firent parfois l'objet de révisions.

2) *Un souci constant d'équité, mais aussi d'ouverture*

Les procédures sont publiées.

Les critiques émises sur les déclarations préalables des témoins, de même que tout élément venant contredire ces critiques, sont portés à la connaissance de ces témoins.

Pour respecter l'exigence d'information publique, il est posé par principe que la confidentialité ne peut pas être la logique de travail.

3. Extraits

Construire la représentation la plus exacte des événements

1340. «Lors de notre première audition, en janvier 1998, nous avons demandé à toute personne qui pensait avoir un témoignage pertinent à apporter de bien vouloir prendre contact avec le Secrétariat de l'Enquête.»

1347. «Une partie plus rébarbative, mais essentielle, du processus d'enquête fut l'analyse de la documentation. Des membres du Secrétariat allèrent en

équipe dans les ministères pour se plonger dans leur documentation. Ces équipes examinèrent environ 3 000 dossiers, et identifièrent environ 75 000 pages de documents intéressantes pour l'enquête. Des documents furent aussi fournis par les entreprises, les scientifiques des associations professionnelles, ou d'autres personnes. L'analyse de ces documents et la demande de matériaux complémentaires sur des points soulevés par ces documents furent un processus continu.»

1351. «Au début de l'enquête, nous avons publié un certain nombre de documents de travail, y compris un glossaire, un index des personnes, une chronologie situant les principaux événements⁵. De façon plus ambitieuse, en décembre 1998, la commission commença à publier des projets de comptes rendus factuels [*Drafts Factual Accounts* – DFAs] sur des volets de l'histoire de l'ESB et du nv-MCJ. Ces projets furent mis en ligne sur notre site et adressés aux témoins. Leur but était de nous aider à obtenir une vue générale de l'affaire pour aider tous ceux qui étaient concernés ou intéressés à porter attention à toute erreur ou omission importantes contenues dans les projets. Ces projets n'étaient pas définitifs. Nous avons reconnu, avant de les publier, qu'ils pourraient contenir des erreurs ou des oublis. Nous avons souligné que ces projets devaient être traités ni plus ni moins que comme des documents de travail, dont le but était de parvenir à des données pertinentes de façon neutre.»

1352. «A la suite de la publication de cette première tranche de projets, des témoins nous firent part d'un certain nombre de préoccupations. Ils étaient particulièrement préoccupés par le fait que ces *drafts* exigeaient des corrections substantielles, qu'ils contenaient par endroit des erreurs ou qu'ils pouvaient induire en erreur. Après avoir pris en considération ces observations, nous avons produit des projets révisés [*Revised Factual Accounts* - RFAs] à partir de nombreux projets, prenant en compte les observations reçues des témoins, comme nous les avons d'ailleurs sollicitées. Les versions révisées, produites avec l'aide des témoins et d'autres personnes concernées, permirent des améliorations considérables et cela nous aida grandement dans l'établissement de la chronologie des événements. D'autres projets furent publiés au long de l'enquête. Des mises à jour des projets [DFAs] comme des projets révisés [RFAs] furent produites dans certains cas pour prendre en compte des commentaires et attirer l'attention sur des informations pertinentes supplémentaires.»

1353. «Nous pensons que les DFAs, les RFAs et les mises à jour ont aidé une grande partie de ceux qui ont été sollicités. Nous n'avons pas pu produire des DFAs pour tous les volets de l'affaire, mais cette méthode permet de rassembler une masse d'informations sous une forme permettant son appréhension et son examen. Ces projets ont permis aux témoins de rafraîchir leur mémoire des événements sur lesquels ils souhaitaient apporter des commentaires.»

Publications des procédures

1356. «Nous avons donné des indications sur les procédures que nous nous proposons d'adopter lors de notre audition préliminaire au mois de janvier 1998. Nous avons considéré comme important de recevoir des commentaires sur nos projets de procédures, et c'est pourquoi nous avons précisé en détail ces procédures dans un document, ouvert à consultation, mis au point par le secrétaire de la commission d'enquête à la fin de ce même mois. Après avoir recueilli les commentaires sur ce document de consultation, nous avons publié une déclaration précisant quelles étaient les procédures que nous entendions suivre.»

1357. «Des déclarations complémentaires sur nos procédures, en relation avec des aspects ultérieurs de notre travail, furent publiées au long de l'enquête. Nous n'avons pas considéré que nos documents de déclaration de procédures (*Statements on Procedures Documents*) étaient une expression inflexible de nos procédures. Nous étions ouverts à des changements, en fonction des perceptions et des circonstances, et il y eut des changements. Les déclarations étaient simplement un guide utile pour ceux qui participaient à notre travail ou qui le suivaient.»

Limitation de la confidentialité

1360. «Un grand nombre de préoccupations furent soulevées par les témoins. En particulier la question de la confidentialité des critiques potentielles que nous souhaitions explorer avec les témoins et les réponses de ces témoins. Nous avons conclu que nous ne pouvions garantir cette confidentialité. Nous avons indiqué dans le *Statement of Procedures Document* que ni les lettres indiquant nos préoccupations, ni les réponses du témoin ne seraient traitées comme des documents sur lesquels le témoin avait un droit de confidentialité. Des éléments de l'une comme de l'autre pourraient être rendus publics lorsque cela apparaîtrait nécessaire pour la conduite équitable et appropriée de l'enquête.»

Information des témoins, information publique

1361. «Les personnes exposées à des critiques potentielles étaient naturellement soucieuses d'être informées de toute information qui pourrait venir contredire ces critiques potentielles. Nous avons utilisé les FDAs, les RFAs, et les mises à jour pour assurer que les témoins étaient bien destinataires des informations pertinentes. Notre secrétariat s'est préoccupé de bien suivre l'information des personnes en question. Nous avons clarifié, dans nos procédures sur la phase 2, que si un document était fourni à l'enquête et que la confidentialité était maintenue, nous ne retiendrions de ce document aucun élément pouvant supporter une critique potentielle. Si une information confidentielle pouvait raisonnablement permettre à une personne de contredire une critique potentielle, nous examinerions avec cette personne quelles procédures devaient être adoptées pour traiter l'information en question.»

1362. «Pour nous assurer que toute l'information soit bien dans le domaine public, nous avons demandé que les réponses aux critiques potentielles soient accompagnées par une déclaration, destinée à être publiée, qui clarifierait tous les points factuels sur lesquels celui qui avait reçu une lettre de critiques potentielles souhaitait se fonder, en plus des informations déjà publiées par l'enquête. Tout le monde ne suivit pas cette procédure. Le secrétariat a dû déployer beaucoup d'efforts sur ce point. Dans certains cas, pour s'assurer que certains faits nouveaux arrivaient bien dans le domaine public, l'enquête dut publier une déclaration de l'information apportée par un témoin, en l'absence d'approbation formelle de ce témoin.»

Ajustement des procédures dans le cours de l'enquête

1363. «À l'origine, nous avons envisagé une étape finale qui aurait donné à ceux participant à l'enquête un temps relativement réduit pour faire des soumissions écrites. Comme la phase 2 progressait, nous avons pensé qu'il serait plus utile de procéder différemment : dès qu'un volet particulier apparaîtrait suffisamment couvert, on écrirait à ceux qui faisaient face à des critiques potentielles pour indiquer tous les points réglés et suggérer un délai dans lequel des commentaires additionnels sur les critiques potentielles devaient être fournis.»

1364. «En novembre 1999, nous sommes arrivés à la conclusion que le temps était venu de réduire le poids pour les ressources de l'enquête et de changer nos procédures. Il nous est apparu que les nouveaux commentaires n'exigeaient pas nécessairement de déclaration devant être publiée. Nous avons toutefois pris en considération le fait que de nouvelles données pouvaient venir contredire des critiques potentielles et, dans ce cas, que les personnes concernées devaient être averties. Ceci ne posa pas de difficultés. Mais il y eut des critiques ensuite. Certains encourant des critiques firent savoir qu'ils tenaient à ce que leurs *Additional Comments* soient publiés. Nous avons examiné, au cas par cas, si nous devions nous éloigner des procédures envisagées, mais la réponse fut négative.»

Notes III

¹ Pierre-Benoît Joly, Claire Marris, Gérard Assouline, Juliette Lemarié, "Quand les candidates évaluent les OGM : nouveau modèle de 'démocratie technique' ou mise en scène du débat public", *Annales des Mines. Responsabilité et Environnement*, avril 1999, p.12-21. Daniel Boy, Dominique Donnet-Kamel et Philippe Roqueplo, "Un exemple de démocratie participative : la "Conférence de citoyens" sur les organismes génétiquement modifiés", *Revue Française de Sciences Politiques*, 50 (4-5), Août-Octobre 2000, p. 779-809.

² Patrick Lagadec, *Apprendre à gérer les crises*, Paris, Les Editions d'Organisation, 1994, p. 87-94.

³ Voir en particulier les travaux de Bertrand Robert, communication à paraître dans le cadre des travaux de l'European Crisis Management Academy, colloque de Stockholm, novembre 2001.

⁴ Annexe 1 du volume 1.

⁵ On retrouve bien dans le rapport final le glossaire et l'index des personnes ; mais, comme indiqué précédemment, on ne trouve pas de chronologie de synthèse.

IV – BIAIS DE REPRÉSENTATION

1. Références

Dans le champ des risques et des crises, les problèmes posés par les erreurs de représentation ou par la prégnance de représentations non remises en question sont parmi les plus pénalisants. Il y a là toute une gradation de situations. Les fiabilistes travaillant sur les relations hommes-machines ont mis à jour des circonstances où l'opérateur se fait une image totalement erronée – et l'erreur est vérifiable – de l'état du système : par exemple, un train d'atterrissage n'est pas sorti, une série d'alarmes (codifiées) se déclenche, chacune de ces alertes est interprétée comme un bruit intempestif sans signification ; une hypothèse générale est posée : tout va bien et les signaux reçus sont tous des erreurs. Le crash finit par déchirer cette construction cognitive¹.

Infiniment plus complexes, et sans doute moins bien étudiées, sont les situations dans lesquelles il n'y a pas encore de réalité déjà bien constituée ; elle ne le sera qu'après-coup. L'opérateur doit pourtant se faire une représentation de l'état du système. Le problème est de conserver une liberté d'analyse de cette représentation, pour ne pas se faire piéger dans une vision prématurément rigidifiée.

En crise, la surprise, le stress collectif, la complexité systémique bien plus élevée encore que dans le rapport homme-machine peuvent conduire à des problèmes majeurs de représentation.² Jusqu'à ce que des déflagrations importantes se produisent (dans l'affaire de l'ESB, l'intervention ministé-

rielle à la Chambre des Communes, le 20 mars 1996) pour opérer les prises de conscience nécessaires au réajustement des perceptions – et donc aux principes d’action. Jusque-là, les représentations établies apparaissent comme inscrites dans un ordre naturel (qu’il ne vient à l’idée de personne de questionner) ; et si une question émerge timidement, à la marge du système, la réplique est massive : “les références admises sont validées par des lustres d’expérience et par tout ce que la meilleure science comme le plus évident bon sens enseignent sur l’état du réel”. Dès lors, les signaux, nécessairement non conventionnels s’il y a forte surprise, ont tendance à être rejetés ; la veille classique révèle ses limites : elle sert surtout à repérer des écarts indubitables dans les séries de données habituelles.

Il faut aussi souligner l’importance des explications initiales : elles ont le plus souvent une influence extrême sur le formatage des représentations – qui sont très rapidement figées, tant il est très difficile de revenir ensuite sur ces représentations initiales (surtout si elles ont été rassurantes, ce qui est fréquent en raison de l’inquiétude ressentie).

Les pathologies d’enfermement dans l’erreur frappent plus spécifiquement les petits groupes de décision ; elles ont été étudiées par les analystes des crises et sont connues sous le vocable de *Groupthink*³ : tout est mis en œuvre pour se protéger de l’irruption intempestive de données ne cadrant pas avec les schémas de lecture utilisés pour se représenter le réel (dans les cas simples) ou les états possibles du réel (dans les situations non stabilisées). C’est précisément pour briser ce syndrome d’enfermement que sont préconisées la prise de recul, l’existence d’observateurs stratégiques dans les cellules de crise, la mise en place de cellules nationales de réflexion (autant de leviers fréquemment rejetés, notamment parce qu’ils obligent à introduire une distance critique, qui produit un grand inconfort pour qui n’est pas rompu à cette pratique).

2. Le rapport Phillips

Un mot revient constamment dans le rapport : *belief*. De façon récurrente, la commission fait de cette “croyance” la matrice des réactions de l’ensemble des acteurs. C’est elle qui va entraîner, comme souvent, une sous-estimation systématique de la gravité potentielle de la situation⁴. Sur le

mode classique : “ce ne peut être bien grave ; ne soyons pas pessimistes ; le pire n’est jamais sûr ; si c’était grave, ça se saurait” ; etc. D’où un *business as usual* si commun.

Quelle était cette croyance fondatrice ? : «l’ESB n’est pas un risque pour l’homme ; tout au plus, peut-être, un risque théorique [*remote*⁵]». Et l’on passe vite du “théorique” au “tout à fait théorique”, puis au “négligeable”, puis au “négligé”. Bref, si l’on met ensemble l’expérience habituelle (qui n’est pas faite de surprises à chaque instant), la crainte du fantasme pur et simple, et les exigences opérationnelles pressantes, le risque finit pas devenir “inexistant”.

Bien sûr, il pourrait y avoir des occasions de questionnement. Mais la pression du quotidien, la faible habitude culturelle à se poser des questions, la difficulté extrême qu’il y aurait à s’en poser avec d’autres que ceux de son propre service, etc. conduisent à tuer dans l’œuf tout questionnement, ou à réduire bien vite toute velléité d’interrogation. Cette prégnance des convictions, de la croyance, joue un rôle capital, bien souligné dans le rapport : «Au plus profond d’eux-mêmes, ils avaient la conviction que cela n’arriverait jamais» [*In their heart of hearts they felt that it would never happen*].

Le rapport est truffé d’exemples montrant à quel point, sur toutes les facettes du problème, cette croyance latente affectait les lectures, freinait les prises de conscience et les actions, bloquait le questionnement, détournait les flux d’information, en imprimant un *tempo* inapproprié à la gravité de la situation. Ainsi :

- Santé humaine : «La grande majorité *croyait* que l’ESB n’était pas une menace pour la santé humaine» (234 ; 1176).
- Risque professionnel : «Le tempo très lent de l’action, vint [entre autres] de la *croyance* au sein du *Health and Safety Executive* (HSE) que l’on n’agissait que pour des raisons politiques et médiatiques» (10).
- Santé animale – contaminations croisées : «L’Union des industriels de l’alimentation animale *croyait* que la quantité d’aliments destinés aux porcs et à la volaille qui pourrait se retrouver dans l’alimentation des ruminants du fait d’une contamination croisée dans les usines de fabrication n’était pas un sujet de préoccupation.» (1196)

- Cette dynamique est présente sur tous les fronts :
- on omet de s’interroger sur la dose minimale d’infectiosité des matériaux pour les transmissions inter-animaux (1195),
 - chez les fabricants d’aliments pour animaux, on part du principe que les problèmes de contamination par cette voie ne devraient pas se poser, et on se contente de prendre, tardivement, quelques demi-mesures (1197),
 - en matière de santé humaine, on omet d’interroger les scientifiques de façon un peu rigoureuse sur les risques présentés par les viandes séparées mécaniquement et, là aussi, sur les quantités minimales suffisantes pour une contamination (1198) ; la croyance est établie que l’interdiction des matériaux à risques spécifiés ne répond pas à des exigences scientifiques (606), etc.

Protégée par cette croyance de fond qu’il n’y a rien de bien grave dans la préoccupation qui se fait jour, l’action stratégique reste totalement décalée au regard des risques encourus.

Cimentant le tout, une crainte commune s’imposait : «l’irrationalité du public», «l’hystérie collective» ; «Tous avaient peur que le public réagisse de façon irrationnelle» (1178).

Ces deux ancrages de fond construisent une barrière très difficile à passer. Le problème préoccupant n’est bien sûr pas qu’il y ait des systèmes de représentation – il y en a nécessairement – mais qu’il n’y ait pas de capacité à examiner ces systèmes de façon critique, que les hypothèses posées ne soient pas réexaminées, y compris lorsqu’une commission d’experts a indiqué à quel point on serait en situation grave si ces hypothèses venaient à se révéler fausses.

3. Extraits

«In their heart of hearts they felt that it would never happen»

1. «La rigueur avec laquelle les mesures politiques furent mises en œuvre pour la protection de la santé humaine fut affectée par la *croyance* de beaucoup, jusqu’au début de l’année 1996, que l’ESB n’était pas une menace potentielle pour la vie humaine».

1176. «Nous sommes arrivés à la conclusion que la grande majorité de ceux qui furent impliqués dans la réponse du pays à l’ESB *croyaient*, subjective-

ment, que cette maladie n'était pas une menace pour la santé humaine. Ils étaient intimement persuadés que cela n'arriverait jamais – l'ESB n'était pas, potentiellement, une question de vie et de mort pour les humains – et cette conviction était partagée par beaucoup de ceux qui purent voir, objectivement, que le risque potentiel était là. Au plus profond d'eux-mêmes, ils croyaient que cela n'arriverait jamais.»

1178. «[...] la plupart de ceux qui étaient impliqués dans le traitement du dossier de l'ESB *croyaient* que l'ESB ne posait aucun risque pour l'homme [...]».

La théorie de la tremblante... si rassurante

192. «La conclusion selon laquelle l'ESB était transmise à partir d'un mouton infecté par la tremblante fut généralement acceptée. C'était une conclusion rassurante. Des moutons affectés par la tremblante avaient été consommés par les humains depuis 200 ans ou davantage, et apparemment sans effet dommageable apparent pour la santé. Il était probable que la tremblante chez les bovins se révélerait de la même façon sans danger pour l'homme. Bien que, au fil des ans, des preuves s'accumulèrent qui discréditaient la théorie de la tremblante, cela ne fut jamais explicité clairement à destination du public et la plupart des gens ont encore à l'idée que les bovins ont contracté l'ESB à partir de nourriture contaminée par la tremblante.»

Des croyances molles, qui se répandent, jusqu'à la chute abrupte

210. «Quelle attention fut accordée, au moment de l'introduction de l'interdiction des abats bovins spécifiés dans l'alimentation des ruminants (1988), à la question de la quantité de matériaux infectés nécessaire pour transmettre la maladie ? Quelle attention fut portée à la question de savoir si une contamination croisée pourrait poser un risque d'infection ? L'un des témoins pour l'UKASTA (*UK Agricultural Supply Trade Association*) fit état d'assurances répétées, venant du ministère de l'Agriculture, jusqu'en 1994, selon lesquelles une grande quantité d'aliment contaminé serait nécessaire pour infecter une vache.»

211. «Nous n'avons trouvé aucune preuve spécifique permettant de savoir quand et par qui de telles assurances furent données. Un grand nombre de

fonctionnaires au ministère de l'Agriculture ont fait état de leur représentation selon laquelle une grande quantité de matériaux infectés était nécessaire pour provoquer une contamination. Certains experts [du Laboratoire Vétérinaire Central] nous disent qu'ils n'avaient aucune idée de ce que serait cette quantité minimale. Ce fut la surprise générale quand fut connu le résultat des expérimentations et que l'on sut qu'un seul gramme pouvait suffire à contaminer.»

Piège des représentations initiales, blocage du questionnement

1150. «Il faut féliciter M. Wilesmith (*Head of Epidemiology*, Laboratoire Vétérinaire Central) pour son identification rapide [fin 1987] des FOV [Farines de viande et d'os] comme source directe d'infection. Sa contribution personnelle dans la réponse au défi de l'ESB fut de la plus grande valeur. Sa déduction sur les raisons probables de l'infectiosité des FVO était raisonnable, mais fausse. Il est dommage que son explication – la théorie de la tremblante du mouton – fut l'une de celles qui apportèrent une réassurance infondée selon laquelle l'ESB avait toute chance de se comporter comme la tremblante et donc ne serait pas transmissible à l'homme.»

1151. «Bien que les théories de M. Wilesmith (*Head of Epidemiology*, Laboratoire Vétérinaire Central) aient présenté des insuffisances de plus en plus apparentes aux scientifiques au fur et à mesure que l'on en apprenait davantage sur l'ESB, aucune réévaluation de ces connaissances initiales ne reçut jamais quelque publicité que ce fût.»

1209. «Beaucoup de ceux qui lurent le rapport Southwood⁶, ou qui furent informés de ses conclusions, omirent de prendre en considération le fait que :

- Quand il décrit le risque posé par l'ESB à l'homme comme théorique, le groupe de travail voulait indiquer que les précautions qui étaient raisonnablement praticables devaient néanmoins être prises pour traiter le risque.
- La qualification comme *théorique* du risque lié aux produits de santé et à l'exposition professionnelle était formulée en prenant pour hypothèse implicite que les autorités responsables avaient été alertées du risque potentiel et prenaient effectivement des mesures appropriées pour traiter ce risque.
- Les conclusions du groupe de travail sur le risque n'étaient fondées que sur des données très limitées et étaient des inférences tirées de la connaissance de la tremblante du mouton et de la MCJ.

– Le groupe de travail mesurait la possibilité que ses conclusions pussent être fausses, et que, dans cette hypothèse, les implications en seraient extrêmement graves.»

1185. «Le rapport du groupe d’experts (SEAC⁷) remis en 1994 aurait pu être l’occasion d’une réévaluation publique sur le risque de la transmission de l’ESB à l’homme, à la lumière de ce qui avait été appris depuis le rapport Southwood. Le rapport du SEAC aurait dû remplacer le rapport Southwood comme document de référence. Il aurait dû être conseillé à quiconque cherchait une analyse du risque faisant autorité. Mais le message qu’il comportait sur ce risque fut minoré et il semble avoir disparu sans laisser de trace.»

Notes IV

¹ René Amalberti, Catherine Fuchs, Claude Gilbert dir., *Risques, erreurs et défaillances. Approche interdisciplinaire*, CNRS, Publications de la MSH-Alpes, 2001 (Actes de la première séance du séminaire “Le risque de défaillance et son contrôle”, Programme Risques Collectifs et Situations de Crise du CNRS-ACI Cognitique du Ministère de la Recherche). Jean-Louis Nicolet, Annick Carnino, Jean-Claude Wanner, *Catastrophes ? Non merci ! La prévention des risques technologiques et humains*, Paris, Masson, 1989.

² Henry Kissinger rapporte ainsi, dans ses Mémoires, comment les diverses composantes de l’administration américaine lurent la percée des lignes israéliennes en 1973 comme le résultat d’un piège israélien, en dépit de maints signaux d’alerte indiquant “clairement” qu’il ne s’agissait pas du tout de cela, bien au contraire. «Chaque responsable politique connaissait tous les faits.[...] [Mais] la conception que nous avons de la rationalité nous empêchait de prendre au sérieux l’idée que quelqu’un allait déclencher une guerre impossible à gagner, pour restaurer le respect de soi, de son peuple. Nous n’avions pas les moyens de nous prémunir contre nos idées préconçues [...]. La faille était d’ordre intellectuel. [...] Certes, il y avait des questions qui ne demandaient qu’à être posées pour nous conduire

au cœur du sujet. Mais personne ne les posa, pas même moi, et c'est ce qui semble rétrospectivement inexplicable.» (Henry Kissinger, *Les Années orageuses*, Paris, Fayard, 1982, p.530-538).

³ Pathologie spécifique des groupes homogènes culturellement et soumis à forte pression lors des crises : illusion d'invulnérabilité, qui encourage à des décisions extrêmement risquées ; foi sans borne dans sa propre moralité, qui pousse à ignorer les implications des décisions prises ; rationalisation, permettant d'écarter toute signal d'alerte ; vues stéréotypées des partenaires, trop ignorants ou stupides pour qu'il soit besoin de traiter avec eux ; autocensure, illusion d'unanimité, pression sur les déviants, gardiens de la pensée, qui permet de ne pas remettre en question les hypothèses adoptées. Voir les travaux de I. Janis ; ou in P. Lagadec, *La Gestion des crises*, Paris, McGraw Hill, 1993 (p.85-86).

⁴ Mais attention : on pourrait fort bien subir cette pathologie dans l'autre sens, la surestimation systématique.

⁵ Dans tout le texte, je traduis le terme "*remote*" par "théorique". La Commission Phillips relève que le qualificatif fut employé par le Comité Southwood, qui ne l'explicita pas (265). L'adjectif n'est pas autrement explicité par le rapport. Entend-il risque mineur ? négligeable en pratique ? irréel ? peu plausible ? Le point essentiel est sans doute de noter que, très rapidement, le terme "*remote*" s'imposa et, comme souvent en crise, ne fut jamais discuté. Il en va régulièrement ainsi des expressions ou des chiffres qui permettent de "classer" une difficulté majeure. Le flou est précisément ce qui permet au vocable de jouer tout son rôle rassurant.

⁶ Premier groupe de travail scientifique, mis sur pied par le *Chief Medical Officer*, qui se réunit quatre fois en 1988 et 1989, et avait pour mission "d'apporter des avis sur les implications de l'ESB et des sujets s'y rapportant", selon ses termes de références, particulièrement vastes (249). Son rapport fut remis en février 1989 et couvrit les questions de santé humaine et animale (250).

⁷ SEAC : *Spongiform Encephalopathy Advisory Committee*, mis en place le 3 avril 1990 par le ministre de l'Agriculture, des Pêches et de l'Alimentation pour conseiller le ministère de l'Agriculture et le Département de la Santé sur les questions concernant les encéphalopathies spongiformes (293).

V – INFORMATION COMMUNICATION

1. Références

La question de l'information sur le risque doit être abordée immédiatement, et non reléguée en fin d'examen. L'information n'est pas une concession à la marge pour satisfaire des besoins de l'opinion, mais bien une composante à part entière de la conduite de la crise – y compris pour des raisons directement opérationnelles. Qui n'est pas préparé à une information de haute qualité du début à la fin d'un épisode de crise risque fort d'être rapidement privé de toute capacité d'intervention efficace.

Précisons davantage :

- sauf préparation adéquate, les acteurs sont souvent pris par une crainte fondamentale : l'opinion va inévitablement basculer dans la panique, l'hystérie collective si l'on diffuse une information non "rassurante" ; l'idée est largement partagée – et s'impose vite en situation de crise – que l'on ne saurait donner d'informations au public qu'après avoir acquis des certitudes scientifiques et si les éléments à communiquer sont "rassurants" ;
- les réticences liées à l'information jouent dans les liaisons qui devraient être établies entre entités responsables : d'entrée de jeu, ce qui freine les mises en alerte, les diagnostics initiaux ; tout au long du processus, ce qui gêne considérablement les concertations et prises de décisions collectives ;
- les inquiétudes sur l'information influent aussi sur les formulations d'avis d'experts, qui risquent de manquer de netteté et donc d'être mal interprétées ;

– ces réserves conduisent finalement à la construction de logiques de défiance, à des situations irrécupérables en termes de crédibilité – ce qui a rapidement des conséquences dépassant le seul échec médiatique.

L'expérience enseigne que les lignes à suivre sont, dans l'écrasante majorité des cas, exactement opposées aux logiques spontanément suivies. Il s'agit avant tout, par une communication dont le contenu informatif sera immanquablement faible au début, de poser trois actes politiques majeurs :

- la démonstration de sérieux : les responsables sont bien à la barre et n'ont pas déserté ; ils ont engagé des actions ; ils suivent des procédures qui ne relèvent pas seulement de l'improvisation ;
- la reconnaissance du problème (ou tout au moins du fait qu'un problème apparaît possible à certains) : cela ne sera pas "arraché" aux responsables ;
- la reconnaissance des interlocuteurs : c'est là l'essentiel. On ne demande pas au décideur de faire un miracle, on exige cependant de lui qu'il ne se moque pas des personnes et des groupes concernés.

Cette triple démonstration de compétence, d'ouverture dans l'information et dans la procédure sociale suivie est la seule voie de réponse qui permettra véritablement de prévenir le développement de l'angoisse. Et cette règle est fortement accentuée dans le cas d'une menace réelle ou supposée pour la santé publique. Les réflexes d'antan risquent d'autant plus de revenir en force : "Vous n'avez rien" ; "Vous vous inquiétez pour rien". Réaction immédiate de celui qui est persuadé qu'il y a un problème : "Ils savent que c'est dangereux et, s'ils démentent, c'est que ce doit être très dangereux ; il est impossible de leur faire confiance". La perte de crédit, surtout lorsque le terrain est celui de la santé, disqualifie les responsables. Personne ne fera plus confiance sur rien. Et, même, des non-malades pourront finir par développer des pathologies par stress (ce qui ajoute à la confusion). On ajoutera que la communication doit naturellement ne pas se borner au seul monde médiatique. Certaines cibles doivent recevoir une attention toute particulière : en premier lieu les victimes, qui auront droit à l'attention et au respect ; et, dans un cas mettant en cause la santé publique par exemple, les membres de la profession médicale. On gardera au moins à l'esprit que le communiqué réflexe "Tout est sous contrôle", après des décennies d'affirmations hâtives de la part des responsables, sera immanquablement décrypté comme signi-

fiant : “Sauve qui peut”. Aggravant encore cette trajectoire, il arrive fréquemment que les officiels se laissent aller à des déclarations ahurissantes, que l’on peut qualifier de “cartons rouges” et qui les disqualifient instantanément et définitivement.

D’un point de vue plus positif, il faudrait s’interroger sur le type de communication nécessaire pour que les déclenchements d’alerte, d’abord au niveau des opérateurs du risque, puissent avoir quelque efficacité. Là aussi, on voit l’importance d’une information de qualité. Dans le domaine des accidents et des crises, une alerte ne peut être efficace que lorsqu’elle est nette, spécifique et répétée.¹ La tendance à l’esquive, à la minoration, à la non-clarification pousse à ôter toute force aux alertes. Dès lors, qu’il y ait eu telle ou telle mise en garde ne doit pas égarer l’analyste : l’essentiel est le contexte général dans lequel s’inscrit l’alerte.

On voit bien ici comment peut fonctionner un piège pour le travail d’expertise ex-post : si celui-ci se contente de têtes de chapitres, de checklists hâtives, il sera vite satisfait de constater qu’il y a eu des “alertes”. Mais il passera à côté de l’essentiel : le contexte dynamique était tel que ces alertes ne pouvaient pas être efficaces. Et deux niveaux sont encore possibles dans cette difficulté : l’incompétence, ou une certaine tendance à la manipulation (plus ou moins marquée).

2. Le rapport Phillips

La commission d’enquête identifie les problèmes suivants en matière de communication :

- une angoisse fondamentale des responsables à l’égard de l’information due au public ;
- un secret initial ;
- une tendance constante à minorer le risque, à mettre l’opinion “sous tranquillisant”.

Plus précisément, on retiendra du rapport quelques points saillants :
– Les conceptions de l’information qui étaient celles des acteurs concernés ont provoqué des problèmes directement opérationnels en raison de freins déterminants à l’échange d’informations entre entités responsables : retard de diagnostic (1192), retard dans la politique d’abattage (1193), retard en matière de sécurité des médicaments (1194).

- La difficulté à communiquer sur les risques suspectés tenait aussi au fait que les risques en cause étaient parfois ressentis comme intolérables. Cette déstabilisation personnelle n'est pas toujours aussi bien soulignée dans la littérature.
- Les responsables ont anticipé l'idée d'une exagération médiatique et ont ajusté en conséquence leur message : on construit ainsi de l'inextricable ;
- Lorsque l'on a communiqué, on a gommé du message tous les points posant difficulté, et l'on a construit le fiasco final ;
- En ne reculant pas devant une certaine forme de manipulation, on a construit de la polémique, pour éviter le débat (1182) ;
- La rétention de l'information tenait aussi à deux causes générales : les guérrillas interministérielles ; la peur de porter atteinte aux intérêts agricoles ;
- Il y a bien eu des "cartons rouges" en matière de communication, en l'occurrence une montée aux extrêmes dans la négation du risque de la part du directeur technique de la *Meat and Livestock Commission* (filrière bovine). Il indiqua en substance : que l'on pouvait manger, sans risque aucun (645), des quantités faramineuses de cervelle d'une vache au pic de sa maladie ; qu'il n'y aurait aucun risque à manger du bœuf, même si aucune mesure n'avait été appliquée (654). L'hyperbole dans l'affirmation de risque nul peut à tout moment déclencher des hyperboles symétriques, ingérables : "quand vous aurez des preuves à 100% de l'innocuité de toutes les parties du bœuf, nous reviendrons à la consommation".

Une tonalité générale du rapport peut être regrettée sur cette question de la communication. Il est dit et répété qu'après les six premiers mois de secret, les autorités n'ont pas eu recours à la rétention d'information. En réalité, au sein du rapport lui-même, si l'on dépasse les présentations de synthèse, on relève à l'inverse combien la tendance dominante fut bien la rétention d'information ou la mise en scène de présentations rassurantes (740-788-794-805-1179-1295, etc.). C'est là l'un des exemples (avec celui des exportations) sur lesquels le rapport semble manquer de sa rigueur habituelle. Le rapport aurait pu également noter que le secret n'a peut-être duré que six mois, mais que les dynamiques de crise n'obéissent pas à des logiques arithmétiques : engager une affaire par le secret a des conséquences qui risquent fort d'être définitives ; à la moindre occasion, le manquement initial est rappelé et dénoncé. On peut même préciser : le secret risque fort de déclencher des exigences en matière de transparence absolue, ce qui ne manquera pas d'appa-

raître ingérable (comment publier un rapport avant qu’il ne soit terminé ? comment faire connaître à tout moment toute hypothèse formulée en tout lieu ?).

On note à l’inverse avec beaucoup d’intérêt les considérations de la commission sur les politiques à suivre en matière d’information – y compris sur les sujets les plus délicats – : la tentation de rétention d’informations peut être forte ; il faut savoir y résister. La prise de position de Sir Robert May est particulièrement intéressante. Cela ne veut pas dire que les situations soient simples à piloter et la commission ne le cache pas, lorsqu’elle soulève notamment le problème des risques en matière de vaccination.²

3. Extraits

Points faibles

Intuition géniale, angoisse irrépressible

172. «**A la fin de 1986**, des pathologistes du Laboratoire Vétérinaire Central (CVL) identifièrent la possibilité que les bovins aient développé une encéphalopathie spongiforme qui était transmissible de la même manière que la tremblante chez le mouton. M. Bradley, chef du Département de Pathologie, en fit la remarque dans une note à ses collègues :

“Si la maladie se révèle être une tremblante bovine, elle aura des **répercussions sévères** sur le commerce à l’exportation et peut-être aussi **sur l’homme**”.»

173. «Un témoin rendit compte d’une réunion avec M. William Rees, le *Chief Veterinary Officer* (CVO), qui venait juste d’entendre l’information, par ces mots : “**steam coming out his ears**”.»

Le secret et sa conséquence : le frein à la collecte d’informations

176. «Au cours de la première moitié de 1987, il y eut une politique qu’un Inspecteur du Service Vétérinaire décrit comme “**une suppression totale de toute information sur le sujet**”. En mars 1987, une proposition de publication au sujet de l’ESB dans la lettre d’information du Service Vétérinaire (*Vision*), ne fut pas menée à bien. [...]»

177. «Les événements, après mars 1987, traduisirent une politique de restriction de la dissémination de l’information au sujet de l’ESB. La raison principale de cette attitude était l’inquiétude concernant “les effets possibles sur les

exportations et les implications politiques” si des informations venaient à sortir sur la découverte d’une possible EST [Encéphalopathie Spongiforme Transmissible] dans les troupeaux britanniques. La publication d’informations sur l’ESB intervint finalement en juin. Mais pas dans *Vision*, qui était lu par les Inspecteurs Vétérinaires, non seulement en Angleterre et au Pays de Galles mais aussi en Ecosse. Non, l’information fut donnée par une lettre circulaire qui fut adressée aux [seuls] Inspecteurs généraux vétérinaires [*Senior Veterinary Investigation Officers*], en Angleterre et au Pays de Galles. La circulaire décrivait les signes cliniques et la pathologie, et appelait à la notification de cas similaires à un Inspecteur Général au siège du Service Vétérinaire. La circulaire spécifiait **qu’il ne fallait pas consulter les instituts de recherche ni les départements universitaires, ni publier quoi que ce fût au sujet de l’ESB, ni discuter la question à des réunions sans autorisation préalable**. Un projet de lettre, par un Inspecteur Général, pour publication dans le *Veterinary Record*, décrivant les signes cliniques et la pathologie de l’ESB fut bloqué : la permission de soumission au journal fut refusée.»

181. «Au cours de la seconde moitié de 1987, les restrictions d’information sur l’ESB furent progressivement assouplies. [...] En octobre, des articles sur la maladie apparurent dans la presse agricole et dans la presse nationale.»

180. Conclusion : «S’il y avait eu une politique d’ouverture plutôt que de secret, cela aurait conduit à un taux plus élevé de notifications de cas au ministère de l’Agriculture dans la première partie de 1987. Cela, en retour, aurait pu conduire à une meilleure appréciation de l’échelle croissante du problème, et à la prise de contre-mesures plus précoces.»

Rétention d’information et lignes de démarcations administratives

370. «Lorsque le 20 août [1990] on apprit que l’ESB avait été transmise à un porc de façon expérimentale, M. Meldrum (*Chief Veterinary Officer*, 1988-97) et M. Gummer (ministre de l’Agriculture, 1989-93) furent d’accord sur le principe que cette information devait être tenue confidentielle jusqu’à ce que l’avis du SEAC [comité d’experts] soit obtenu. Une réunion d’urgence du SEAC se tint le 7 septembre.»

373. «A cette occasion, M. Gummer était déterminé à ce que la nouvelle ne sorte pas, aussi longtemps que le ministère de l’Agriculture ne serait pas en

mesure d'annoncer une position en réponse. La tâche d'élaborer une réglementation appropriée fut prise en charge par les juristes du ministère de l'Agriculture, sur la base d'instructions données par des fonctionnaires réunis dans ce qui était devenu l'*Animal Health and Veterinary Group*, mais sans aucune autre consultation. Bien que la mise en œuvre d'une interdiction des abats bovins spécifiés pour la nourriture des animaux impliquât, et cela allait avoir une importance cruciale, les pratiques dans les abattoirs, **le responsable en charge de la viande et de l'hygiène ne fut pas consulté**. Des instructions furent données pour que les *Territorial Departments* au Pays de Galles, en Ecosse et en Irlande du Nord soient informés "au dernier moment et de telle façon que le minimum de personnes soient dans la confidence".»

Une opinion mise sous tranquilisant

1179. «A partir de décembre 1986, date à laquelle M. Bradley [*Head of Pathology Department, Laboratoire Vétérinaire Central*] classifia sa première note concernant l'ESB comme "Confidentielle", jusqu'au message rassurant du *Chief Medical Officer* en date du 20 mars 1996, et qui se terminait par la déclaration : "Pour ma part, je continue à manger du bœuf comme constituant d'une alimentation variée et équilibrée", les fonctionnaires et les ministres suivirent une approche dont l'objet était en quelque sorte de mettre l'opinion sous tranquilisant [*sedation*]. Au cours du premier semestre de 1987, il y eut des restrictions dans la communication d'informations au sujet de l'ESB. Par la suite, il n'y eut aucune tentative pour cacher des faits au public. **L'approche ne fut pas conçue pour tromper. Elle répondait simplement au souci de redresser l'équilibre qui, autrement, on le craignait, serait quelque peu affecté par une couverture médiatique alarmiste.**»

1180. «Les exemples de cette approche sont légions. Ainsi :

- Les déclarations réitérées selon lesquelles "il n'y a aucune preuve que l'ESB soit transmissible à l'homme", et qui n'expliquaient pas qu'une telle preuve mettrait des années avant d'émerger.
- Le rappel réitéré de l'évaluation du rapport Southwood indiquant que "les risques pour l'homme sont tout à fait théoriques [*remote*]", qui continua longtemps après que les hypothèses faites par ce groupe de travail aient été invalidées.»

1181. «La campagne de réassurance se focalisa particulièrement sur la sécurité du bœuf. Les *Chief Medical Officers* successifs firent des déclarations

non fondées selon lesquelles il était sans danger de manger du bœuf. Et ils le firent, non pas parce qu'ils étaient convaincus que l'ESB n'était pas transmissible par l'alimentation, mais parce que les organes bovins qui pouvaient être contaminants n'étaient pas autorisés à entrer dans la chaîne alimentaire. Cela ne fut pas clarifié pour le public, qui passa de l'assertion : "il est sans danger de manger du bœuf" à cette autre : "l'ESB ne pose aucun risque pour l'homme".»

L'expulsion de la dissidence, la voie de la polémique pour éviter le débat

1182. «La ligne officielle, selon laquelle le risque de transmissibilité était théorique et le bœuf était sans danger, ne reconnut la validité possible d'aucune autre appréciation. **On eut tendance à traiter les scientifiques dissidents par la dérision, à les jeter dans les bras des médias et à les condamner à des déclarations exagérées sur les risques. Dès lors, les vues exprimées sur les risques devinrent polarisées. La polémique remplaça le débat.**»

Des angoisses partagées par les responsables, par les scientifiques

1184. «L'angoisse des ministres et des fonctionnaires, au premier chef soucieux d'éviter à tout prix de provoquer quelque alarme, était partagée par les comités scientifiques. Le *Southwood Working Party* nous déclara qu'il ne voulait pas susciter des inquiétudes inutiles chez ceux qui avaient pu être infectés par l'ESB avant que l'on ait pris des mesures de précaution. Il fit sienne la préoccupation de ceux qui étaient en charge de donner un avis sur la sécurité des médicaments et qui soulignaient que le Rapport du groupe de travail ne devait pas suggérer que les vaccins posaient quelque risque que ce fût. De fait, le Rapport donna l'impression qu'**en toutes circonstances** le risque de transmission de l'ESB apparaissait théorique. Certes, il comportait des mises en garde indiquant qu'il y avait peu d'éléments sur lesquels s'appuyer et que, si l'on en arrivait à montrer que leur évaluation était dans l'erreur, les implications qui en découleraient seraient extrêmement sérieuses. Cependant, ces mises en garde furent rapidement perdues de vue. Dès lors, par exemple, le comité de la Sécurité des Médicaments indiqua sa position dans une déclaration : "le CSM est d'accord avec le *Southwood Working Party* pour considérer que le risque d'infection pour l'homme par la voie des produits médicaux est théorique [*remote*]"»

Une anesthésie certes non générale, mais une confiance promise à la destruction
1187. «Nous ne suggérons pas que tous furent anesthésiés par la présentation officielle du risque. Certains furent sceptiques et les médias ne furent pas longs à le relever : alors même que le ministère de l'Agriculture persistait à prétendre que le risque pour l'homme était théorique, le ministère prenait [paradoxalement] une série de mesures dont le but était de réduire ce risque [...]»

Les conséquences opérationnelles d'une restriction de l'information

1186. «Quel fut l'effet de la campagne de réassurance ? Les mesures de précaution que le Gouvernement introduisit pour faire face à la possibilité que l'ESB fût transmissible à l'homme exigeaient application et diligence dans leur mise en œuvre et leur contrôle. Mais **on ne pouvait attendre cette rigueur si les responsables en charge n'étaient pas eux-mêmes convaincus de la réalité du risque et de l'importance des mesures de précaution pour la protection de la santé humaine.** En écoutant ceux qui étaient en charge de l'application des règlements relatifs aux abats spécifiés dans les abattoirs, nous avons trouvé des preuves indiquant que l'ESB n'y était pas considérée comme un risque pour la santé humaine. Des autorités locales firent état de la confusion existant chez leur personnel sur la ligne à suivre. Nous avons aussi noté des domaines dans lesquels les procédures administratives de réponse à l'ESB n'avancèrent que très lentement – par exemple la préparation de guides sur les risques professionnels ou la dissection des yeux de bovins. Dans le cas des médicaments et des cosmétiques, une attitude laxiste fut suivie, par exemple dans l'utilisation des stocks jusqu'à épuisement. Nous pensons **que le manque de diligence dans l'application des règlements et le manque de réactivité dans d'autres domaines de la réponse à l'ESB furent attribuables, en partie, au succès des efforts constants qui furent faits pour s'assurer que les informations au sujet de l'ESB ne provoquent pas de préoccupation dans le public.**»

1191. «Certaines des réponses à l'ESB furent inadéquates parce que ceux qui étaient en charge de ces mesures ne furent pas tenus au courant des connaissances au moment où celles-ci auraient dû inspirer leurs décisions.»

1192. «Le premier exemple en date de ce dysfonctionnement fut le délai qu'il fallut pour découvrir l'ampleur de la maladie et des pertes dans le cheptel, conséquence des restrictions imposées à la diffusion d'informations au premier semestre 1987 par le Laboratoire Vétérinaire Central.»

1193. «Un autre exemple fut le délai avant de décider d'introduire une politique d'abattage et d'indemnisation, qui venait du fait que les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture n'informèrent pas le ministère de la Santé au sujet de la maladie ; pour cette même raison, on ne put obtenir le concours du ministère de la Santé dans la prise en considération des implications de l'ESB pour la santé humaine.»

1194. «Un troisième exemple fut le délai avant de prendre en considération les produits bovins dans les médicaments à destination humaine, qui résulta du même défaut de communication entre le ministère de l'Agriculture et celui de la Santé.»

743. «Le 1^{er} novembre [1994], M. Don Curry, le président de la MLC [*Meat and Livestock Commission*], écrivit une lettre aux termes incisifs à M. Hogg [ministre de l'Agriculture] [...]. Il écrivait :

“Nous détectons une attitude chez les industriels qui les conduit à dire : **“Vous nous avez dit que la maladie n'était pas une menace pour l'homme ; dès lors, pourquoi avons-nous besoin de ces contrôles ?”**»

Le “carton rouge” en communication : les réassurances absurdes

645. «En janvier [1990], *The Independent* cita des scientifiques du NPU [*Neuropathogenesis Unit*, Edinburgh] reconnaissant qu'il y avait une “possibilité théorique” selon laquelle l'ESB pourrait migrer de la vache à l'homme, et le commentaire de l'un de ces experts selon lequel il ne mangerait pour rien au monde du ris de veau, de la rate ou de la cervelle. M. Colin Maclean, Directeur Technique de la *Meat and Livestock Commission* répliqua : **“Un homme devrait consommer une quantité faramineuse de cerveau pur de vache au moment où elle est au pic de la maladie”** pour atteindre l'équivalent de dose nécessaire pour contaminer une vache. Il aurait dû résister à cette exagération absurde.»

La réassurance, contre vents et marées

L'épisode de la transmission de l'ESB à la souris

646. «À cette date [début 1990], le Professeur RM Barlow du *Royal Veterinary College* était parvenu à réaliser la transmission par voie orale de l'ESB à la

souris ; en outre, les résultats préliminaires des expérimentations au *Central Veterinary Service* avaient démontré que l'inoculation à des bovins de matériaux infectés par l'ESB avait transmis la maladie. Le ministère de l'Agriculture reporta l'information publique des résultats de l'expérimentation sur la souris au 1^{er} février 1990 pour des raisons de présentation. Le ministère considérait qu'il était essentiel d'annoncer en même temps les résultats des deux séries d'expérimentation. Le communiqué de presse du ministère de l'Agriculture fut examiné par M. Andrew [*Permanent Secretary*³] et M. Gummer [ministre]. Il concluait par ce commentaire :

“Les résultats concernant l'ESB apportent donc des preuves supplémentaires selon lesquelles l'ESB se comporte comme la tremblante du mouton, une maladie qui a été présente chez le mouton sur plus de deux cents ans sans aucune trace de risque quelle qu'elle soit pour la santé humaine”.

Ainsi, la première transmission orale de l'ESB à une autre espèce était présentée comme rassurante. Tout le monde ne le jugea pas ainsi. Un responsable qui visita le NPU [*Neuropathogenesis Unit*, Edinburgh] en janvier déclara : “Les chercheurs à qui j'ai parlé sont à l'évidence très troublés par la capacité de cette maladie à franchir les espèces. Si elle peut passer du bovin à la souris, alors qu'en est-il de l'homme ?”.

La tonalité de la presse contrasta avec la déclaration du ministère de l'Agriculture, en rapportant des vues exprimées par le Dr. Helen Grant, consultante en neuropathologie :

“Mon sentiment spontané est que certaines personnes génétiquement sensibles peuvent avoir été contaminées en consommant des produits à base de viande”.»

647. «À partir de mars 1990, les médias commencèrent à donner une visibilité majeure aux vues du Professeur Richard Lacey, professeur de microbiologie clinique à l'université de Leeds. *Today* le cita qui prédisait :

“Dans les années à venir, nos hôpitaux seront remplis de milliers de personnes qui iront, lentement et dans la souffrance, jusqu'à la folie avant de mourir”.»

648. «Au mois d'avril [1990], le *County Council* d'Humberside interdit le bœuf de ses cantines scolaires. D'autres autorités scolaires allaient suivre cet exemple. Alors vint l'épisode du chat.»

L'épisode du chat

649. «Le 6 mai 1990, les fonctionnaires des ministères de l'Agriculture et de la Santé rapportèrent à leurs ministres que l'Université de Bristol avait diagnostiqué une encéphalopathie spongiforme de "type tremblante" chez un chat domestique. C'était une bombe. Le public avait toute chance de conclure que le chat avait contracté l'ESB en mangeant du bœuf contaminé. Et si cela pouvait arriver à un chat, pourquoi l'homme ne pourrait-il pas connaître le même sort ? Il était bien trop tôt pour sauter à pareille conclusion. Il était possible qu'il y ait toujours eu des cas sporadiques d'encéphalopathie spongiforme féline (FSE), restés non identifiés. Toutefois, si un chat avait contracté l'ESB par la nourriture, c'était là un sujet de préoccupation. La MCJ avait été transmise expérimentalement à un chat par inoculation, mais les essais pour transmettre la tremblante n'avaient pas abouti. Il y avait donc là une indication que l'ESB pourrait être plus virulente que la tremblante.»

650. «Le 10 mai, M. Gummer [ministre de l'Agriculture] [...] rencontra des fonctionnaires pour discuter de la manière de rendre publique la nouvelle sur ce chat. [...] M. Meldrum [*Chief Veterinary Officer*] "confirma l'hypothèse du ministre selon laquelle il n'y avait probablement aucun lien entre ce cas et l'ESB" [compte rendu du *Principal Private Secretary*]. [...] Il n'y avait aucune base pour un tel degré de réassurance et M. Meldrum aurait dû être plus prudent.»

651. «M. Meldrum se trouva sous la pression des médias pour s'exprimer sur les implications de cette nouvelle donnée. Il souligna que c'était le premier cas connu de FSE et qu'il n'y avait aucun lien connu avec d'autres encéphalopathies animales, mais que les investigations continuaient. Les risques pour l'homme n'étaient pas plus grands qu'avant ce diagnostic ; **le chat n'était pas une cause d'inquiétude.**»

653. «Une couverture médiatique intense s'en suivit. Le *Sun* publia un article indiquant que l'ESB pourrait être la plus grande menace sur la santé humaine depuis la Peste Noire. On rapporta que le bœuf britannique avait été interdit en Russie et dans les cantines scolaires britanniques du nord au sud.»

654. «À nouveau, le MLC [*Meat and Livestock Commission*] se précipita dans la mêlée avec trop de vigueur. M. Colin Maclean [Directeur technique

de la MLC] était en charge du texte d'une vidéo qui devait être distribuée aux autorités locales ; le texte suggéra, ce qui était faux, qu'il serait nécessaire de manger une quantité inimaginable de cerveau et de moelle épinière pour courir un risque. Dans un communiqué de presse, il déclara que "**même si aucune action n'avait été engagée à la suite de l'apparition de la maladie, on considérerait qu'il n'y avait aucun risque pour les consommateurs à manger du bœuf**". Nous ne croyons pas que M. Maclean avait l'intention de tromper, mais ces deux déclarations pouvaient avoir ce résultat. Nous pensons qu'il aurait dû être plus prudent.»

655. «Les déclarations officielles importaient davantage. Le ministère de l'Agriculture publia deux communiqués de presse le 15 mai, et M. Gummer [ministre] fut personnellement responsable des termes employés. Ces communiqués étaient directement focalisés sur la sécurité du bœuf. M. Gummer fit des déclarations non équivoques aux termes desquelles il était sans danger de manger du bœuf – mais précisa que cette affirmation était fondée en raison de la politique d'abattage et d'indemnisation, et en raison de l'interdiction des MRS [Matériaux à Risques Spécifiés], qui procuraient une protection pour le consommateur contre tout risque théorique qui existerait en l'absence de ces mesures. Ces précisions étaient cruciales, et de ce fait nous ne critiquons pas ces communiqués de presse.»

656. «Le jour suivant [16 mai 1990], les informations de la nuit de la BBC montrèrent à la **télévision M. Gummer qui tentait de faire manger un beefburger à sa petite fille de quatre ans**, Cordelia. Nous savons que M. Gummer avait été mis au défi par un journal de démontrer sa confiance dans le bœuf, d'apporter pareille démonstration. M. Gummer dut choisir entre deux options aussi mauvaises l'une que l'autre. Il peut sembler, après coup, qu'il était pris dans une situation où il ne pouvait que perdre, mais ce n'est pas un sujet sur lequel il devrait être critiqué.»

657. «Sir Donald Acheson [*Chief Medical Officer*] fut pressé par le ministère de l'Agriculture d'ajouter son propre message de réassurance en faisant savoir qu'il était sain de manger du bœuf. Son chargé de presse lui dit qu'étant donné la pression médiatique il était essentiel qu'il fasse une déclaration. Il put discuter les termes de sa déclaration avec trois membres du SEAC [...]

Puis, il publia le communiqué de presse suivant, le 16 mai [1990] :
“J’ai consulté, pour avis, les meilleurs experts scientifiques et médicaux du domaine. J’ai encore discuté la question avec eux aujourd’hui. Ils m’ont continuellement indiqué, par le passé, qu’il n’y avait aucune justification scientifique conduisant à ne pas manger de bœuf britannique et cela continue à être leur avis. Je n’ai par conséquent aucune hésitation à dire que le bœuf peut être consommé sans danger, par tout le monde, aussi bien les adultes que les enfants ou les malades dans les hôpitaux”.
Plus tard, lors d’une interview à la télévision, il déclara : “Il n’y a aucun risque à manger du bœuf britannique”.»

658. «Sir Donald nous a dit que, lorsqu’il apprit la nouvelle du chat, il “fut profondément inquiet quant aux implications possibles de franchissements supplémentaires de barrières d’espèces par l’ESB”. Il nous a dit que sa déclaration au sujet de la sécurité du bœuf fut faite, comme l’avait fait M. Gummer, “sur l’hypothèse confiante selon laquelle l’interdiction des MRS avait été complètement appliquée”.»

659. «Contrairement aux communiqués de presse de M. Gummer, ceux de Sir Donald n’expliquaient pas que sa confiance à propos de la sécurité du bœuf reposait sur le retrait de tous les MRS. Il ne donnait aucune indication de quelque préoccupation que ce fût au sujet du chat. C’était une déclaration, nous le ressentons ainsi, qui avait toute chance de donner à penser, non seulement que le “bœuf est sans danger” mais que “l’ESB ne présente aucun risque pour la santé humaine”.»

661. «La déclaration catégorique de Sir Donald [*Chief Medical Officer*], selon laquelle il était sans danger de manger du bœuf, allait établir un modèle. Les inquiétudes du public au sujet des dangers liés à l’ESB furent traitées par des déclarations visant seulement à donner l’assurance qu’il était sans danger de manger du bœuf. Le public eut tendance à comprendre ces assurances comme signifiant que l’ESB ne présentait aucun risque pour l’homme. Il était naturel que l’on ait cette perception. Il ne faut pas s’étonner alors que, lorsque le 20 mars 1996 le Gouvernement annonça qu’il y avait probablement un lien entre l’ESB et le nv-MCJ, beaucoup ressentirent qu’ils avaient été trompés.»

674. «Nous avons eu des témoignages d'un grand nombre de scientifiques indiquant que la transmission de l'ESB au chat fut un événement qui changea leur croyance au sujet de l'ESB, à savoir que cette affection ne représentait pas pour l'homme un risque plus sérieux que celui posé par la tremblante. Le public ne fut jamais informé du fait que l'évaluation du risque par les scientifiques avait changé. En chaque occasion, quand se manifestaient les inquiétudes du public au sujet de l'ESB, on y répondit par les mêmes refrains – “Il n'y a aucune preuve que l'ESB soit transmissible à l'homme” ; “il est sans danger de manger du bœuf”. La communication du risque de l'ESB a été défectueuse.»

Restriction d'information et conflits d'intérêts : des facteurs aggravants, mais un problème général

1189. «C'est dans ce domaine de la communication sur le risque que nous percevons la plus grande force de l'argument selon lequel il n'était pas satisfaisant d'avoir un unique ministère pour protéger tout à la fois les consommateurs et les producteurs. Le rôle double du ministère de l'Agriculture signifie que ses fonctionnaires et ministres étaient particulièrement sensibles aux réactions alarmistes des consommateurs, qui causeraient tort aux producteurs. Nous notons cependant que les fonctionnaires du ministère de la Santé, qui n'étaient pas confrontés à ce conflit potentiel d'intérêts concernant l'alimentation, se montrèrent tout aussi soucieux que leurs collègues de l'Agriculture de présenter l'information d'une manière calculée de façon à causer le moins d'inquiétude possible.»

La ligne fondamentale : “rassurer le public”

740. «Deux jours après [25 octobre 1995], le Dr. Calman [*Chief Medical Officer*, Ministère de la Santé] rencontra M. Parker [*MAFF Permanent Secretary*] pour “exprimer son inconfort au sujet de la position concernant l'ESB”. Le Dr. Calman indiqua qu'il “ne pouvait pas être aussi affirmatif qu'il l'avait été par le passé” s'agissant de la sécurité du bœuf. Dans une note confidentielle, il indiqua :

“L'enjeu demeure, cependant, que l'incertitude s'est renforcée, et non l'inverse. Une action urgente est nécessaire pour rassurer le public sur le fait que toutes les mesures sont prises et ont été prises pour minimiser tout risque possible”.»

Le fiasco final

1188. «Qu'ils soient anesthésiés ou sceptiques, les gens réagirent de la même façon à l'annonce du 20 mars 1996. Ils ressentirent que les pouvoirs publics n'avaient pas dit la vérité au sujet du risque de l'ESB sur l'homme : le public avait été trompé.»

115. «La réaction du public fut qu'il avait été trompé, délibérément trompé, par les pouvoirs publics.»

Perspectives

Le traitement de l'incertitude et de la communication en matière de risque

1294. «**Tout au long de l'affaire de l'ESB, l'approche de la communication du risque fut marquée par la peur profonde de provoquer une angoisse publique irrationnelle. Cela ne s'est pas seulement appliqué au Gouvernement, mais aux comités d'experts, aux responsables de la sécurité des médicaments, aux Chief Medical Officers, à la Meat and Livestock Commission.** Tous les témoins étaient d'accord avec l'idée qu'il ne devait pas y avoir de rétention d'information vis-à-vis du public, mais certains soutinrent l'idée d'un contrôle sur la façon de faire la diffusion de l'information. M. Meldrum (*Chief Veterinary Officer*, 1988-1997) dit qu'il était souhaitable de diffuser l'information "de façon ordonnée" – de telle façon qu'on puisse s'assurer que l'ensemble de l'information était rassemblée, et que l'on puisse éviter une perte de maîtrise du processus.»

1295. «M. Brian Dickinson, qui fut membre du *Food Safety Group* du ministère de l'Agriculture, exprima ainsi ses vues :

“Étant donné la vivacité du débat public sur le sujet à cette époque, nous étions conscients du fait qu'il fallait en quelque sorte accompagner le mouvement [*slightly leaning into the wind*]. On ne pouvait pas se planter là, donner une vue totalement impartiale et objective de la situation. Il y avait un danger plus grand d'être mal compris, d'un côté ou de l'autre, et nous avons été enclins à faire des déclarations d'une tonalité plus rassurante qu'il aurait pu être bon de le faire dans l'idéal”.

1296. «Nous pensons que c'est là une description fidèle de l'approche générale de communication sur le risque qui fut suivie. Nous avons vu qu'elle

provoqua un scepticisme croissant et, le 20 mars 1996, la perception selon laquelle le Gouvernement avait trompé le public.»

1297. «En discutant ce point avec nous, Sir Robert May, *Chief Scientific Adviser*, exprima le point de vue suivant :

“On peut parfois avoir la tentation de retenir des informations pour qu’il soit possible de mener une discussion interne et d’arriver à la formation d’un consensus de telle sorte qu’un message simple puisse être exprimé à l’extérieur. Mon opinion est très ferme : il faut résister à cette tentation, et **c’est tout le processus, désordonné, par lequel se construit la compréhension scientifique, avec toutes ses contradictions, qui doit être ouvert à l’extérieur**”.»

1298. «Cette opinion reçut le support de représentants d’organisations de consommateurs. Ils soulignèrent le besoin de débats scientifiques ouverts. Mme Sheila McKechnie, directrice de l’Association des Consommateurs, souligna le besoin de développer une culture de la confiance. Elle commenta :

“Il n’y a pas d’attitude plus infantilisante que celle consistant à retenir de l’information en arguant du fait que les gens pourraient réagir de façon irrationnelle à cette information”.»

1299. «Elle observa que les organisations construisent leur crédibilité par l’ouverture.»

1300. «Tout le monde fut d’accord pour dire que les pouvoirs publics avaient eu un problème de crédibilité. Un certain nombre de ministres nous dirent qu’ils avaient perdu leur crédibilité vis-à-vis du public, et qu’il leur avait été nécessaire de recourir à des experts indépendants pour apporter du crédit à des déclarations publiques sur le risque.»

1301. «L’expérience que nous avons acquise à travers cette longue enquête nous a conduit à la conclusion ferme qu’une politique d’ouverture est l’approche correcte. Dans une situation d’incertitude, quand ils répondent au public, ou lorsque les médias exigent un conseil, **les pouvoirs publics doivent résister à la tentation d’essayer d’apparaître comme ayant toutes les réponses**. Nous pensons que les inquiétudes sur la nourriture ou les inquiétudes sur les vaccins viennent du sentiment que les pouvoirs publics pratiquent

la rétention d'information. Si les doutes sont exprimés clairement et analysés de façon ouverte, le public est capable de répondre de façon rationnelle et sera plus susceptible d'accepter réassurances et avis au moment où il sera possible de les fournir – et si cela peut être effectivement le cas. Nous notons, par exemple, que le SEAC et le ministère de l'Agriculture ont rendu public le fait qu'une recherche est conduite sur la question de savoir si l'ESB est passée au mouton. Nous observons que cela n'a pas conduit à un boycott de la viande d'agneau.»

Enseignements (1301)

- «Pour établir la crédibilité, il est nécessaire de générer de la confiance.
- La confiance ne peut être générée que par l'ouverture.
- L'ouverture exige la reconnaissance de l'incertitude, quand elle existe.
- Les mesures de précaution ne doivent pas être refusées au motif que le risque n'est pas prouvé.
- Il faut faire confiance au public en posant pour principe qu'il répondra de façon rationnelle à l'ouverture.
- L'investigation scientifique des risques doit être ouverte et transparente.
- Les avis et modes de raisonnement des comités d'experts doivent être rendus publics.
- La confiance du public envers les *Chief Medical Officers* est précieuse et ne doit pas être mise en danger.
- Tout avis donné par un *Chief Medical Officer* ou par un comité d'expert doit être, et être perçu comme objectif et indépendant du gouvernement.
- Le rôle, s'il y en a un, du *Chief Veterinary Officer*, dans des déclarations publiques en relation à des risques pour la santé humaine, doit être clarifié.»

Notes V

¹ Thomas E. Drabek, *Human System Responses to Disaster – An Inventory of Sociological Findings*, New-York, Springer-Verlag, 1986 (p.74).

² Voir infra chapitre IX.

³ Directeur Général de l'Administration de ministère.

VI – COMITÉS D'EXPERTS

1. Références

Dans les crises émergentes, la question de l'expertise est encore plus délicate et centrale que dans la seule analyse des risques. De véritables ruptures sont apparues, et notamment :

- la situation fréquente, non plus seulement de l'incertitude, mais de l'ignorance ;
- l'impossibilité pour le décideur de bénéficier des résultats de l'expertise, ou tout au moins d'un minimum de résultats, avant de devoir informer, sinon trancher ;
- le caractère ouvert de l'expertise, le décideur n'ayant plus de monopole dans l'accès à la connaissance ;
- l'exigence d'une séparation entre l'expertise et la décision, entre l'estimation du risque et la gestion du risque ;
- mais avec la difficulté que la simple expression publique de l'expert (à laquelle il ne peut plus se soustraire) n'est pas sans effets sur le citoyen ni sur les marges de manœuvre du politique.

Ceci exige d'autres rapports entre expertise et décision. En premier lieu, le politique doit passer des commandes d'une autre nature à l'expert : moins dans l'optique de dire le vrai, de donner des résultats sûrs et définitifs permettant de légitimer une stratégie, mais désormais bien plutôt dans l'optique

de cerner : les risques potentiels, les surprises possibles, les limites de connaissance, les pièges à éviter, les connaissances vraiment sûres, etc. L'expert, de son côté, doit apprendre à pointer très rapidement ses incertitudes : "Le premier message à faire passer doit concerner les limites des connaissances à disposition" souligne ainsi le Dr. Dominique Dormont.¹

Autre piste désormais indispensable : mailler les différents domaines d'expertise, en se gardant bien de se borner à considérer les expertises purement théoriques. L'expertise sur les conditions opérationnelles concrètes ne doit pas être négligée comme ce fut le cas dans le dossier de l'ESB au Royaume-Uni où l'on finit par se rendre compte que la séparation mécanique des viandes ne relevait pas de la perfection chirurgicale (il restait donc inévitablement des résidus à risques sur les morceaux envoyés dans l'alimentation humaine – 274 ; 616) ; que les abattoirs et autres usines de transformation de la viande avaient des pratiques de sécurité et de qualité à ce point dégradées que des hypothèses académiques étaient rapidement peu en rapport avec la réalité ; que le faible niveau de contrôle ne permettait pas de garantir ce que les études théoriques prenaient pour donnée de base à savoir que toute décision sur les pratiques devenait ipso facto une réalité opérationnelle.

Le terrain est en transformation profonde. Hier, le modèle était plutôt celui de l'expert individuel auquel le décideur demandait de dire le vrai, et en toute discrétion. L'expert eut longtemps tendance à "rassurer", à minorer les estimations de risques, et plus encore à masquer les incertitudes et les limites de ses dires (comme si identifier ces limites était vécu comme une atteinte à l'honneur de la science). Désormais, l'expert est d'abord confronté à l'incertitude ou à l'ignorance, aux médias, et potentiellement à la justice ; il est situé dans des comités ou plus encore des Agences qui ont leurs propres logiques institutionnelles. Il reste beaucoup à faire pour mieux comprendre les nouvelles conditions de l'expertise et des rapports décideurs-expertise-médias-citoyens ; et ce, non pas seulement sur le papier, mais bien en situation de crise – avec toutes les surprises liées précisément aux dynamiques de crise. De nombreux retours d'expérience seront nécessaires pour éclairer ces difficultés et améliorer constamment les dispositifs et plus encore les aptitudes effectives des acteurs – en situation.

Un des grands intérêts du rapport Phillips est de s'arrêter longuement sur ce volet rarement étudié avec autant de précision.

2. Le rapport Phillips

1) Les pièges pour les Comités d'experts

Se faire piéger sur des évidences : un comité d'experts doit prendre garde à ne pas passer à côté d'un risque évident, qui aurait pu et dû être traité par d'autres que lui et qui exige intervention immédiate. Ainsi, le premier comité d'experts réuni, le comité Southwood, sut-il immédiatement faire savoir que l'on devait arrêter sans attendre l'entrée des carcasses de bêtes malades dans la filière alimentaire. La commission indique que ce type de mesure aurait dû être pris par les ministères eux-mêmes. (252)

Accepter sans examen des pans d'expertises importés, proposés par un de ses membres : ce défaut de rigueur a été porté au débit du travail du comité Southwood. (260)

Le risque de l'affirmation générale non motivée : la commission Phillips souligne le degré de rigueur extrême que doit s'astreindre à observer un comité d'experts dans ce type de situation. Toute hypothèse, toute affirmation non vérifiée ou non située dans ses limites d'incertitudes, risque d'ouvrir la voie à des défaillances graves. Tout avis suggérant des mesures de précaution doit également être motivé : il ne suffit pas de demander que l'on prenne davantage de précaution pour les petits pots de bébés pour penser avoir fait son travail ; il est intéressant de vouloir protéger les bébés, mais il faut justifier les raisons de ces recommandations spécifiques. (265)

La crainte d'effets de panique : prendre position sur un risque hypothétique peut à juste titre être inquiétant pour des experts. Il y a la crainte d'être poursuivi pour sous-estimation du risque. Il y a la crainte inverse : celle de déclencher des effets en chaîne – effets d'opinion, effets économiques, effets judiciaires (pour sur-réactions), etc. –, conduisant à la confusion, à des comportements hyperboliques, etc. Le comité Southwood, de l'avis de la commission Phillips, ne se sortit pas au mieux du problème. Ce que dénonce la commission d'enquête est le retrait de ces experts dans une tonalité vague, se voulant plus ou moins "rassurante". (278)

L'explicitation des limites de fiabilité des expertises : la commission Phillips indique que le comité Southwood mentionna certes les limites possibles de son expertise, mais de façon insuffisamment nette. Ceci conduisit rapidement à l'occultation totale de ces réserves – d'autant que ceux qui reçurent les rapports n'étaient pas non plus enclins à rechercher dans les expertises autre chose que les éléments leur permettant de classer le dossier. Tout ce qui peut couvrir une attitude de retrait dans le confort, dans l'absence de questionnement sera utilisé, bien au-delà de ce que peuvent supposer les rédacteurs d'un avis, d'une expertise. (284-285).

2) *L'usage inapproprié des comités d'experts*

Il ne suffit pas de sacrifier à la règle de mettre en place un comité ; encore faut-il que le pilote sache piloter l'usage qu'il fait de tels appuis.

De nouveaux motifs d'évitement : l'ornière est de trouver dans ces initiatives de nouveaux motifs d'évitement ; on subit alors les inconvénients supplémentaires qui vont de pair avec la mise en place de tels comités : retards et enfermements dans les avis donnés (surtout si l'on est déjà en position médiatique délicate). (1220)

Le politique ne doit pas abdiquer : lorsque le SEAC [*Spongiform Encephalopathy Advisory Committee*] recommanda un plan au sujet du désossement, le 20 mars 1996, le gouvernement l'adopta sans examen, sans savoir si ce plan était viable du point de vue opérationnel comme du point de vue politique. (1223) Ce plan se révéla instantanément non opérationnel et dut être revu.

3) *Enseignements opérationnels*

Le rapport fournit (1290) des indications de premier intérêt sur des questions particulièrement à l'ordre du jour désormais et touchant à :

- la mise en place, la composition des comités,
- les rapports comité d'experts / échelon politique,
- la forme des avis rendus,
- la communication des avis,
- l'examen critique de ces avis.

C'est probablement la première fois que de telles recommandations de méthodes opérationnelles sont ainsi données sur le pilotage de l'expertise. Cela nous conduit à les reprendre intégralement ci-après.

3. Extraits

Pièges pour les Comités d'experts

Le piège des évidences

252. «Bien que le Groupe de travail [Southwood] prit plus de temps que prévu pour produire un rapport, il ne perdit pas de temps pour faire des recommandations intermédiaires. On lui avait demandé de se prononcer sur les matériaux provenant de bêtes contaminées et on lui avait dit que ces animaux étaient normalement abattus pour la consommation humaine, de la même manière que les animaux sains. Les membres du comité Southwood nous dirent qu'ils avaient été horrifiés par cela et furent d'avis qu'il leur revenait de stopper ces pratiques immédiatement. En conséquence, après leur première réunion, le 20 juin 1988, Sir Richard [président] écrivit à M. Andrews [*Permanent Secretary*, Ministère de l'Agriculture] en recommandant que les carcasses des animaux cliniquement affectés soient détruites par incinération ou une méthode comparable. L'enlèvement de la tête n'était pas une sécurité adéquate puisqu'elle n'était pas la seule source d'infection. Cette recommandation fut acceptée et appliquée. Ces mesures se révélèrent d'une importance cruciale pour protéger l'homme, et aussi les animaux, du risque d'infection par l'ESB. Il faut féliciter le Groupe de travail pour son action prompte et déterminée.»

Accepter sans examen des pans d'expertises importés

254. [...] «M. Wilesmith [Chef du Département d'Epidémiologie du Laboratoire Vétérinaire Central], qui avait été sollicité pour agir comme expert auprès du comité, rédigea des sections du rapport.»

258. 259. M. Wilesmith rédigea les chapitres relatifs aux causes de l'ESB et aux développements de la maladie. Dans le chapitre sur les causes, il s'inscrivit dans la ligne de la théorie de la tremblante du mouton et dans l'explication du changement intervenu dans le processus de transformation. Dans le chapitre sur les projections à attendre, il minimisa grandement les risques liés aussi bien au recyclage de l'ESB que la possibilité de transmission maternelle.

260. «Le Groupe de travail ne pensa pas qu'il était dans son rôle d'effectuer une étude critique des conclusions de M. Wilesmith. Nous ne suggérons pas qu'il aurait dû le faire. Le Rapport ne fit rien, cependant, pour dissiper l'impression donnée que les conclusions en question avaient été forgées ou avalisées par les membres du Groupe de travail. Dans leur lettre d'accompagnement aux ministres, publiée avec le Rapport, le comité remercie M. Wilesmith et d'autres encore pour leur assistance, et ajoute : "Le Rapport, cependant, demeure le nôtre". Nous pensons que le Groupe de travail aurait dû préciser que la section du Rapport traitant de l'épidémiologie avait été fournie par M. Wilesmith et qu'elle était fondée sur des données que le groupe n'avait pas été en mesure d'évaluer de façon critique. Il se trouve que le rapport apporta du poids à un grand nombre de conclusions épidémiologiques qui allaient ensuite se révéler fausses, la plus significative étant l'explication par la tremblante du mouton. Ce fut cette théorie qui donna à tant de gens la fausse assurance qu'il était très improbable que l'ESB soit transmissible à l'homme.»

Le risque de l'affirmation générale, non motivée

261. «Extrait : Le *Southwood Working Party* indiqua ainsi, notamment, que "le risque de transmission de l'ESB à l'homme apparaissait théorique" [*remote*].»

264. «Le Groupe de travail déclara cependant : "Nous considérons que les fabricants de nourriture pour bébés devraient éviter l'usage d'abats et de thymus en provenance de ruminants".»

265. «Il y a un grand nombre de points sur lesquels le Groupe de travail ne s'explique pas dans son rapport :

- Que veut-il dire quand il indique que le risque de transmission de l'ESB à l'homme apparaît "théorique" ?
- Pourquoi considère-t-il que le risque apparaît théorique ?
- Pourquoi recommande-t-il que les bovins affectés soient abattus et détruits ?
- Pourquoi a-t-il fait la recommandation sur les aliments pour bébés ?
- Pourquoi n'a-t-il recommandé aucune autre précaution pour protéger les aliments à destination des humains en raison d'animaux infectés de façon pré-clinique ?»

269. «Pourquoi le risque fut-il considéré comme théorique ? Notre lecture du Rapport nous a conduits à conclure que le Groupe de travail avait choisi la facilité, certes bien confortable, en s'inscrivant dans la théorie de la tremblante du mouton. [...]»

270. «Le Groupe de travail nous a confirmé que c'était bien là sa référence. Mais il a souligné qu'il n'avait pas fait l'hypothèse que l'ESB se comporterait comme la tremblante. Il reconnut la possibilité selon laquelle, que la source de l'infection soit ou non la tremblante, l'ESB dans le bétail pourrait se comporter de façon plus virulente que la tremblante chez le mouton. En raison de cette possibilité, il aurait fallu prendre des précautions raisonnables contre le risque possible de manger de la viande contaminée par l'ESB.»

271. «Le Groupe de travail conclut que les précautions raisonnables contre le risque possible de manger de la viande contaminée par l'ESB incluaient le retrait des animaux malades de la chaîne alimentaire, mais qu'aucune précaution autre que la recommandation pour les aliments pour bébés n'était à envisager pour le problème des animaux infectés de façon pré-clinique.»

272. «Nous avons un certain nombre de critiques à faire sur cette partie du Rapport du Groupe de travail. En premier lieu, il ne clarifia pas le fait qu'en décrivant le risque comme théorique, son intention était d'indiquer que des mesures devaient être prises pour réduire le risque à un niveau aussi faible que possible. Nous pensons qu'il aurait fallu apporter cette précision.»

273. «En second lieu, nous ne considérons pas que le Groupe de travail a correctement appliqué le principe ALARP [*As low as reasonably practicable*]. Les animaux qui avaient développé des signes cliniques de la maladie devaient être abattus et détruits. Cependant, aucune mesure ne fut prise pour protéger quiconque, hormis les bébés, du risque de consommer des parties d'animaux potentiellement infectés mais ne montrant pas encore de signes cliniques. Il est vrai que l'infectiosité de la plupart des tissus contaminants – le cerveau et la moelle épinière – s'accroît de façon significative peu avant que les signes cliniques ne commencent à se manifester. Il est vrai également qu'il y a des raisons de penser que les bébés puissent être plus exposés à l'infection que les adultes. Mais nous ne considérons pas que ces différences justifiaient une

approche traitant le risque de manger de la cervelle ou de la moelle épinière d'un animal en phase d'incubation de l'ESB comme un risque pour lequel il n'y avait raisonnablement aucune précaution à prendre.»

274. «Nous croyons qu'une partie du problème du Groupe de travail était qu'il n'était pas dans une position qui lui aurait permis de parvenir à un avis fondé sur la façon dont devait s'appliquer le principe ALARP. **Il n'était pas informé de la pratique de récupération mécanique des viandes, qui arrachait de la colonne vertébrale les résidus restés attachés après le retrait de la viande – des résidus qui ont toute chance d'inclure des éléments de moelle épinière.** Les membres du groupe n'avaient pas non plus à l'esprit, nous le pensons, qu'il était "*reasonably practicable*" d'identifier et de retirer les tissus potentiellement infectés dans le cours des process dans les abattoirs.»

275. «Dans ces circonstances, nous ne critiquons pas le Groupe de travail pour ne pas avoir recommandé les mesures de précaution que le ministère de l'Agriculture allait ensuite mettre en place – l'interdiction des abats spécifiés. Nous pensons qu'il aurait dû souligner que les bovins en phase pré-clinique d'infection entraînent dans la chaîne alimentaire humaine, que certains tissus de ces bêtes étaient potentiellement contaminants, et **qu'il fallait s'efforcer d'identifier les mesures pratiques et raisonnables pour prévenir la consommation de ces tissus, et pas seulement pour les bébés, mais pour tout le monde.**»

Les experts et la crainte d'effets de panique

276. Résumé : le comité Southwood, traitant des risques dans le domaine des produits de santé, a qualifié le risque de théorique tout en recommandant l'attention des autorités concernées pour que les actions appropriées puissent être prises.

277. «Le Groupe de travail nous a dit qu'il avait décrit ces risques comme théoriques uniquement parce qu'il avait reçu l'assurance que des actions avaient été engagées pour les traiter. Il avait initialement considéré que certains produits de santé contenant des matériaux d'origine bovine, produits qui étaient injectés, pourraient représenter un risque relativement élevé de transmission. Avec l'assistance du Dr. Pickles [*Principal Medical Officer*, Ministère de la Santé et l'un des membres du secrétariat du comité Southwood], le comité

avait engagé toutes les démarches appropriées pour obtenir des fonctionnaires en charge de la sécurité des produits de santé qu'ils commencent à engager des actions pour prendre en considération ces risques. Le comité Southwood avait l'intention d'inclure dans le Rapport des détails sur certaines des mesures qui pouvaient être prises en considération pour empêcher l'agent de l'ESB d'entrer dans la fabrication des médicaments. Cependant, en réponse à des inquiétudes exprimées par des fonctionnaires en charge de l'autorisation des médicaments, le comité se laissa persuader – au motif que des actions étaient engagées – de **mettre un bémol sur ces sujets dans son rapport** et de ne faire aucune mention de ces mesures.»

278. «L'action menée par le Groupe de travail, assisté du Dr. Pickles, pour mobiliser ceux qui étaient responsables de la sécurité des produits médicaux fut digne de louanges. Le Groupe de travail nous déclara qu'il était **soucieux d'éviter de soulever, par son Rapport, des inquiétudes** au sujet de la sécurité des vaccins qui conduiraient à une inquiétude envers la vaccination, ce qui pourrait avoir pour conséquence d'exposer les enfants à un risque bien plus élevé qu'à celui posé par l'ESB. Nous comprenons ce souci. Il a conduit, cependant, à ce que le Rapport donne au lecteur une fausse impression en ce qui concerne l'estimation du risque lié aux produits de santé. Le comité n'aurait pas dû permettre cela. Il aurait pu l'éviter, sans créer d'inquiétude sur les vaccins, en disant simplement qu'il avait été préoccupé par les implications que l'ESB pouvait avoir sur certains produits médicaux, et qu'il avait fait état de ces préoccupations au comité sur la sécurité des médicaments et au comité des produits vétérinaires, qui avaient engagé la prise en charge de ces problèmes. **Malheureusement, la rédaction du Rapport allait donner à certains de ceux qui étaient en charge des produits médicaux, humains et vétérinaires, l'impression qu'il n'y avait là qu'un risque théorique même si aucune mesure de correction n'était apportée.**»

279. Résumé : la même logique prévalut en matière de risque professionnel. On identifie le risque, on attire l'attention des responsables concernés, on s'assure que le risque est pris en considération, on est inquiet des risques de soulever de l'inquiétude, et on se borne à dire que le risque est théorique. Et l'on ne mesure pas que le fait de poser que le risque est théorique aura, en retour, un effet très peu mobilisateur. Jugement du rapport Phillips : «**Comme**

pour les médicaments, nous considérons que le Groupe de travail n'aurait pas dû utiliser des mots qui donnaient l'impression que, même en l'absence de mesure de précaution, les risques étaient théoriques.»

La question cruciale de l'explicitation des limites de fiabilité des expertises

284. «L'estimation du risque par le Groupe de travail était, nécessairement, fondée sur des données très limitées. Au mois d'août 1988 Sir Richard Southwood, en réponse à un correspondant médical, écrivit :

“Mes collègues et moi-même avons fait diverses recommandations largement fondées, je dois l'admettre, sur des suppositions et des parallèles à partir du savoir existant sur la tremblante et la MCJ”.

Dans une section de résumé du Rapport, le Groupe de travail écrivit :

“Nos délibérations ont été limitées par la pauvreté des données disponibles. Des travaux de recherche complémentaires dans ce domaine sont nécessaires”. Dans leurs conclusions générales, après avoir observé qu'il était hautement improbable que l'ESB puisse avoir quelque implication sur la santé humaine, le Groupe de travail ajouta cette mise en garde :

“Toutefois, si notre estimation de ces vraisemblances est inexacte, les implications en seraient extrêmement graves”.»

285. **«Malheureusement, cette mise en garde et le caractère préliminaire des conclusions du Groupe de travail ne furent pas perçus comme tels, ou furent perdus de vue. Jusqu'en 1996, le Rapport Southwood fut cité comme s'il apportait une démonstration scientifique certaine, plutôt qu'une opinion provisoire, du fait que tout risque de l'ESB pour l'homme était théorique.»**

L'usage inapproprié des comités d'experts

Savoir piloter les comités scientifiques : recul, responsabilité, initiative, clarté

1220. «Les Comités consultatifs ont un rôle vital à jouer pour assister les pouvoirs publics dans la formulation d'une politique. Cependant, si l'on saisit pour avis des comités qui ne se réunissent que périodiquement, cela peut ralentir le processus de prise de décision. Nous souhaitons attirer l'attention sur les principes suivants :

– Il ne faut faire appel aux comités que lorsque leur expertise est réellement requise ;

- L'avis sollicité doit être clairement ciblé de telle sorte qu'il entre bien dans le champ d'expertise du comité ;
- L'avis donné doit être réexaminé pour s'assurer qu'il est soigneusement fondé ;
- L'avis doit être traité comme tel, et non pris pour une ligne politique qui s'impose de façon impérative.»

1221. «Ces principes ne furent pas toujours suivis dans l'affaire de l'ESB. Ainsi :

- Pour résoudre la question de savoir si des bovins montrant des signes d'ESB pouvaient être autorisés à entrer dans la chaîne alimentaire humaine, la question essentielle était de savoir si l'on pouvait être certain que cela n'impliquait aucun risque. Il n'était nul besoin de mettre sur pied le *Southwood Working Party* pour cela. Les fonctionnaires de l'Agriculture auraient été en mesure de parvenir par eux-mêmes à la conclusion ferme et correcte, même à partir de l'information limitée à disposition, qu'une telle politique n'était pas sans risque. Et si les fonctionnaires de la Santé avaient été impliqués pour examiner le risque pour l'homme depuis le début, nous pensons qu'ils seraient allés dans le sens de cette conclusion. La décision de référer la question à un groupe de travail entraîna un délai de plus de trois mois.
- Les conclusions du *Southwood Report* ne furent pas réexaminées. Ses recommandations ne furent pas traitées comme des avis, mais comme des mesures de précaution ne souffrant d'aucune discussion, qui devaient ou ne devaient pas être prises.
- Les avis du *Southwood Working Party* continuèrent à être cités comme traduisant les mesures de précaution indiscutablement édictées par la science, longtemps après que certaines hypothèses sur lesquelles le Groupe de travail s'était appuyé eurent été démontrées comme erronées.
- Le SEAC [*Spongiform Encephalopathy Advisory Committee*] fut mis sur pied, comme comité à temps partiel, pour conseiller l'Agriculture et la Santé sur "des sujets concernant les encéphalopathies spongiformes". L'étendue de ces termes de référence eut pour conséquence l'extrême variété des sujets sur lesquels on sollicita l'avis du SEAC. Immédiatement, il devint une pratique normale de rechercher l'avis du SEAC pour toute décision politique qui devait être prise en relation avec l'ESB, sans même que l'on prenne la peine de déterminer les volets de la question sur lesquels le SEAC était effectivement

qualifié pour donner des avis, ou de cibler le type de conseil attendu. Davantage : une fois que l'avis du SEAC était rendu, ses recommandations tenaient à être traitées comme des impératifs d'action.»

1222. [Résumé] : Le SEAC fut sollicité de manière vague pour donner un avis sur le fait de savoir "si quelque action ou recommandation était nécessaire en rapport avec les pratiques dans les abattoirs". Cela donna lieu à un avis que les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture auraient été les plus à même de donner eux-mêmes ; avis peu sûr, et qui conduisit les responsables à penser que le SEAC n'était pas préoccupé par les pratiques des abattoirs concernant les défaillances inévitables dans le retrait de la moelle épinière avant que la viande séparée mécaniquement soit séparée des vertèbres.

Le politique ne doit pas abdiquer

1223. «Les scientifiques n'ont pas automatiquement le contrôle de la confiance du public, tout particulièrement quand ils sont en désaccord entre eux, et quand les enjeux en question ne les conduisent pas à des réponses simples par oui ou par non, mais impliquent des considérations sur le caractère acceptable ou inacceptable de risques particuliers pour le public. La prise de décision ne relève pas d'un processus purement scientifique.»

1224. «**Jusqu'au mois de mars 1996, moment où furent prises des décisions politiques, le report du gouvernement sur le SEAC pour répondre à des questions de nature politique était devenu une pratique si établie que les fonctionnaires et les ministres avaient pris l'habitude d'attendre de voir ce que le SEAC avait à dire au lieu d'engager leur propre exploration des options politiques dans le cadre d'un dispositif d'urgence.**»

Enseignements opérationnels

1290. *Mise en place, composition des comités*

- «Les domaines sur lesquels les avis sont demandés à un comité consultatif doivent être identifiés aussi précisément que possible avant la mise en place du comité.
- Les termes de référence doivent spécifier avec toute la précision possible le rôle du comité.
- La composition du comité doit inclure des experts du domaine des questions qui sont susceptibles d'être posées.

- On doit donner à ceux qui sont invités à se joindre au comité une estimation réaliste de l'engagement requis.
- Un non-spécialiste peut jouer un rôle utile dans un comité d'expert.
- Le Gouvernement doit rechercher des avis du côté des professions et autres institutions qui sont les plus qualifiées pour donner des conseils sur les meilleurs candidats.
- Les conflits potentiels d'intérêts ne doivent pas empêcher la sélection de personnes qui sont les mieux qualifiées, mais ces conflits d'intérêts doivent être déclarés et enregistrés.
- Quand un sujet particulier implique un conflit d'intérêts possible pour un membre, cela doit être déclaré.
- Quand la charge de travail d'un comité est considérable, il est raisonnable que les non-fonctionnaires soient rémunérés.
- Il sera souvent souhaitable que le secrétariat soit assuré par un ministère pour conforter un canal de communication dans les deux sens.
- Le secrétariat doit alors, comme dans tous les cas, veiller avec attention à respecter l'indépendance du comité.»

Les rapports comité d'experts / échelon politique

- «Lorsqu'une décision politique est urgente, il faut s'interroger sur le point de savoir si suspendre la décision dans l'attente de l'avis du comité d'experts est la meilleure démarche.
- Il faut s'interroger dès le départ sur la façon dont le comité peut contribuer à la décision politique.
- Le Gouvernement doit savoir que si un comité est sollicité pour donner un avis sur des options politiques, il pourra ensuite ne pas y avoir d'autre possibilité que de suivre l'avis rendu.
- Il peut être approprié de demander au comité d'énoncer une série d'options politiques, avec les implications de chacune d'elles.
- Lorsqu'un avis est demandé sur les implications d'options politiques, le mieux est de passer alors par un dialogue entre le Gouvernement et le comité.
- Lorsqu'un avis est demandé qui ne touche qu'à des points spécifiques dans une option politique, points qui sont dans le champ particulier d'expertise du comité, les questions doivent être formulées de façon précise.
- Lorsqu'un ministère a des inquiétudes au sujet des implications pratiques d'un avis qu'un comité peut donner, celles-ci doivent être indiquées clairement au comité.

- Lorsqu'un comité est sollicité pour donner un avis en matière de risk-management, il sera généralement utile pour le comité de suivre une démarche formelle fondée sur les principes reconnus en matière d'évaluation du risque.»

La forme de l'avis rendu

- «L'avis sera en principe rendu par écrit.
- L'avis devra être donné en des termes pouvant être compris par un non-spécialiste.
- L'avis devra établir clairement les raisons conduisant aux conclusions.
- Les hypothèses sous-jacentes doivent être clarifiées.
- L'avis doit identifier la nature et l'étendue de toute zone d'incertitude.
- Lorsque cela est approprié, l'avis doit identifier des options politiques différentes et les implications de chacune.»

Communication de l'avis

- «L'avis du comité, ainsi que tout document nécessaire à la compréhension approfondie de l'avis, doit être adressé à toutes les instances publiques concernées.
- Normalement, l'avis doit être rendu public par le comité.
- Les comptes rendus du comité doivent être aussi ouverts que possible, eu égard aux exigences de confidentialité.»

Examen critique de l'avis

- «Les ministères doivent garder en leur sein une expertise propre suffisante pour garantir que l'avis et ses fondements sont bien compris et évalués.
- L'avis donné par un comité doit être examiné de façon critique par ceux qui le reçoivent pour être sûr que l'avis est bien compris et qu'il apparaît fondé.
- Lorsque le raisonnement d'un avis n'apparaît pas clair, une clarification doit être obtenue du comité.»

Notes VI

¹ «L'expertise dans les grands épisodes de crises et de ruptures», in P. Lagadec, *Ruptures créatrices*, op.cit. p.342.

VII – CONDUITE DE CRISE CONDITIONS GÉNÉRALES

1. Références

Le pilotage des crises ne se borne pas à la mise en place de quelque plan et outil d'urgence, complété par quelque concession en matière de communication. La prise en charge des univers de crise passe, en premier lieu, par la mise en place de conditions générales favorables. Au nombre de ces conditions :

- une prévention de qualité des risques ;
- une préparation des acteurs à anticiper, non seulement l'accident connu, mais des risques non conventionnels ;
- des logiques de fonctionnement échappant aux cloisonnements classiques qui interdisent toute action transverse efficace – à un moment où, précisément, les crises sont d'emblée de nature transverse ;
- des capacités stratégiques permettant rapidement de prendre en charge des problèmes sortant des cadres habituels et appelant un recul, un niveau de décision plus élevé que dans le "*business as usual*", une animation forte d'actions à têtes multiples ;
- des capacités partagées de réactivité, permettant de réagir rapidement à des dynamiques de dérives ;
- des capacités de communication ouverte mais, plus profondément, l'aptitude à tisser rapidement les liens voulus avec nombre d'acteurs inhabituels, pour une prise en charge commune de problèmes inédits : cela ne s'acquiert

pas par quelques séances de “*media-training*”, mais ressort de transformations culturelles engagées de façon déterminée et professionnelle.

Le schéma habituel, dont il faut tout faire pour sortir, est celui du cloisonnement aggravé. Le stress, les enjeux, la perte des repères conduisent en effet toute entité non préparée à renforcer encore, de façon extrême, ses lignes de démarcations internes et externes. Là où il faudrait un partage d’informations, d’intuitions, il n’y aura que repli, silence, attente. Le cloisonnement conduit les organisations à se terrer, à l’abri des certitudes molles du passé, de textes décalés qui semblent pouvoir protéger de toute mise en cause formelle, dans l’attente que la crise s’empare brutalement du terrain – l’essentiel étant, non pas que cette crise soit jugulée, mais que l’entité que l’on conduit ou dont on relève ne soit pas mise en cause (une crise générale étant donc moins inquiétante qu’un dysfonctionnement particulier).

De façon plus positive, il faudrait être capable de mettre en action des actions rapides de maillages appropriés pour lier tous les acteurs et secteurs intéressés, en fonction des problèmes potentiels posés, non pas des cartes d’acteurs et de problèmes légués par l’histoire.¹

2. Le rapport Phillips

Un intérêt du rapport est précisément qu’il permet d’enrichir la réflexion sur ces conditions générales souvent moins étudiées par les spécialistes de l’urgence et des crises.

1) Une sécurité de base très insuffisante, en particulier sur des maillons “secondaires”, qui vont se révéler critiques dans la diffusion du mal

L’enquête pointe un décalage massif entre les exigences de sécurité les plus élémentaires et la réalité observée, notamment dans le secteur des abattoirs et des unités de transformation fournissant l’alimentation animale : «une situation lamentable» (457). Ces secteurs peu rentables étaient en théorie sous le contrôle des autorités locales, peu pressées d’exercer leurs responsabilités. Si, dans ce type de configuration, se pose un problème de sécurité, il y a tout lieu de craindre que rien ne pourra arrêter le mal. Surtout si le bon sens est pris à revers en matière de risque : en l’espèce, le fait que le recyclage de

matériaux de faible valeur va se révéler une terrible machine à répandre le mal. Pire : si un seul gramme de ces matériaux est contaminant, la faille dans le système engendre des conséquences dramatiques. La conjugaison d'un tableau général défaillant et d'un risque nouveau impossible à diagnostiquer sur la base de la seule expérience courante conduit au fiasco. Et l'on redécouvre, trop tard, la loi selon laquelle la sécurité d'une chaîne ne vaut que ce que vaut son maillon le plus faible.

2) Une sécurité en retard d'une guerre : l'impréparation au non-conventionnel

Un autre piège était dans l'impréparation à un théâtre d'opérations inédit. On était habitué (mais cela n'est pas propre à ce secteur) à considérer des urgences répertoriées, claires, immédiates, spécifiques. L'ESB présentait **un tableau de risques non conventionnel** : une longue incubation (5 ans) ; un seul animal malade par troupeau, ce qui cadre mal avec la notion d'épidémie ou, plus exactement, de mal généralisé ; pas de diagnostic possible avant l'apparition de signes cliniques ; des signes cliniques semblables à ceux d'autres maladies ; une transmission possible à l'homme, mais avec une incubation encore plus longue. (108) Il fallut donc dix ans pour mesurer vraiment les enjeux et prendre le problème à bras le corps.

On était habitué à traiter des **problèmes circonscrits**. De façon classique, on prend un à un les problèmes, chacun dans son compartiment, chacun à partir de logiques bien reconnues et seulement lorsque la nécessité de s'en préoccuper ne peut plus être niée. Or, ici, les problèmes sont immédiatement trans-disciplinaires, trans-administratifs, trans-frontières – et largement inconnus. La faille est évidente : les recommandations pour des approches globales ne peuvent être entendues. Ce fut ainsi le cas lorsqu'il fut demandé en 1989 (comité Tyrell²), comme priorité absolue, qu'il y ait une investigation détaillée sur la destination des tissus et produits à risque, disséminés par des cheminements encore inconnus. Cette recommandation ne fut jamais mise en application (1203). **Il fallut dix ans pour percevoir la nécessité d'une approche globale.**

On était habitué à rejeter hors du champ de la réflexion et de l'action les **externalités**. Or, elles ne peuvent plus être prises comme des problèmes hors territoire à considérer, des problèmes d'aval pouvant être ignorés, etc. **La question des abats est la dernière à être prise en considération.**

3) *Vide stratégique*

Dans aucune entité, et encore moins à un niveau global, on ne met en place de capacités de réflexion en recul chargées de l'anticipation, des liens à établir, des ruptures à penser ; partout, on rechigne à solliciter clairement les niveaux décisionnels les plus élevés – sauf lorsqu'il est trop tard. Au lieu de se placer dans des logiques de pilotage stratégique, on en reste à des logiques de gestion au jour le jour, et à de la "gesticulation" quand on est condamné à devoir faire quelque chose. C'est là, naturellement, une raison importante du refus de communiquer. Lorsque l'esquive, l'attente molle, le repli sont au cœur de l'action stratégique, il n'y a ni pilotage ni communication possibles.

En particulier, le rapport Phillips relève une absence de recul aussi bien pour l'examen des voies de transmission que pour l'utilisation des stocks de vaccins à risque jusqu'en 1992 (on reste entre fonctionnaires, sans en référer au ministre –1232), ou encore pour la question des déchets.

Cette défaillance de prise en charge stratégique se détecte bien dans les rapports établis entre décideurs et experts. Ainsi, M. Gummer, ministre de l'Agriculture (1989-93), arrêta-t-il le principe décisionnel suivant – tout de même un peu court : solliciter le comité d'experts, se borner à appliquer son avis. (372)

4) *Cloisonnement*

Le rapport est une mine pour la réflexion sur les cloisonnements administratifs. Les coupures furent la règles :

- entre Laboratoire Vétérinaire Central (CVL) et Unité de Neuropathogénèse (NPU) : dès l'origine, alors qu'il était crucial de comprendre la nature des problèmes identifiés, il aurait fallu soumettre la question aux experts du domaine (NPU). Le CVL ne rechercha pas cette collaboration avant juin 1987 (175) ;
- entre Agriculture et Santé : le rapport note que l'on aurait gagné des mois dans l'abattage et l'indemnisation des éleveurs s'il y avait eu collaboration entre ces deux ministères. De même, pour les médicaments, rien ne fut fait en commun avant janvier 1989 ;
- entre Agriculture et Commerce : pour les cosmétiques, il n'y eut pas de "guidelines" pour les professionnels avant 1994 ; là aussi, on a épuisé les stocks avant d'agir avec rigueur ;

- entre l'échelon national et l'échelon local ;
- entre l'échelon décisionnel local et les divers acteurs locaux ;
- au sein d'une même entité : par exemple au sein du ministère de la Santé (entre la médecine et la pharmacie, entre anciens et nouveaux médicaments, etc.). (889)

Quant aux maillages à établir d'urgence, le rapport identifie un contre-exemple tout à fait remarquable. Très tôt (septembre 1987), une conversation informelle et anecdotique a lieu entre deux personnes situées de chaque côté de la frontière Agriculture/Santé. Il est vaguement fait l'hypothèse que ce petit échange entre deux portes signifie que chacun des deux grands systèmes est bien au fait des enjeux. Et l'on en reste là.

Plus grave, lorsque l'on se décide à l'ouverture vers un "partenaire", c'est moins pour partager un pilotage nécessairement commun que pour "mouiller l'adversaire", lui faire endosser une responsabilité que l'on ne tient pas à prendre soi-même, ou l'utiliser. C'est ainsi que l'Agriculture sollicite la Santé, non pour mettre à plat les enjeux de santé, mais pour conforter sa position en matière d'indemnisation des éleveurs : une prise de position de la Santé peut permettre d'arracher une décision moins défavorable du ministère des Finances.

Il faut attendre mars 1996 – après l'explosion de la crise – pour que l'on engage réflexion et action globales sur les risques liés à l'ESB.

5) *Des cultures incapables de se mouvoir dans des univers de crise*

Les examens proposés par le rapport donnent la mesure de l'ampleur des difficultés à vaincre :

- les systèmes d'intervention sont parcellisés, lents à repérer un problème, encore plus lents à y porter remède. Plus la situation est grave, plus on affine les procédures à suivre. Un système "Rolls-Royce" comme le qualifie joliment la commission (632 ; 1217) : deux ans et demi pour une circulaire sur les risques de dissection des yeux de bovins dans les écoles ;
- l'analyse comme l'action sont marquées par : la confusion, le manque de rigueur, l'évitement devant les clarifications nécessaires (un problème non clarifié est un problème de moins à prendre en charge) ;
- on ne se pose donc pas la question de la dose minimale contaminante pour la transmission de la maladie au bétail : «Il fut simplement posé par hypothèse que toute contamination serait trop faible pour poser problème» (1214) ;

- on ne se pose pas la question de la dose minimale contaminante pour la transmission à l'homme ;
- on n'examine pas avec rigueur le problème des voies d'infection, qu'il faudrait poser de façon globale ;
- On en arrive à des échafaudages assez stupéfiants, construits sur l'ignorance et l'évitement, satisfaisants du point de vue du confort mais propres à générer des défaillances majeures.

En résumé : il faut beaucoup de temps pour aller véritablement examiner ce qui se passe sur le terrain ; quand cela est fait, les liaisons entre organismes freinent l'information interne ; s'il y a identification de problèmes, le réflexe immédiat est de tenir l'information comme destinée à rester interne ; s'il faut en parler à l'extérieur, on précise que les problèmes sont en voie d'être réglés ; si la suite ne se révèle pas plus favorable, on souligne en défense que... le risque nul n'existe pas. Tout cela est logique pour un risque bien connu et faible ; si l'on est confronté à un défi non conventionnel de grande envergure, le décalage entre les exigences et les aptitudes apparaît bien pénalisant.

3. Extraits

1) Des insuffisances majeures en matière de sécurité de la filière

448. «[En juillet 1994] M. Fleetwood [*Senior Veterinary Officer*] réalisa une étude informelle par téléphone sur la quantité de MRS [Matériaux à Risques Spécifiés] reçus par les principales unités de transformation [*rendering plants*] britanniques. Il compara cette quantité à celle qui aurait dû être générée par l'abattage des animaux. Chaque semaine, il manquait 400 tonnes aux 1 200 tonnes qui étaient la moyenne attendue à cette période de l'année. Il conclut que "les contrôles sur les MRS ne fonctionnaient pas".»

453. «Dans les trois premières semaines de juin [1994], sous la conduite de M. Fleetwood, le *Veterinary Field Service* engagea un contrôle national, qui donna lieu à des inspections surprises approfondies de chaque abattoir connu pour traiter des matériaux bovins. M. Fleetwood en résuma les résultats : "L'impression générale de ce regard rapide sur cette industrie est qu'il existe **une violation répandue et flagrante de la réglementation** exigeant le marquage par coloration³ des MRS. Dans la mesure où cela peut refléter l'attitude

générale de l'industrie en matière de maîtrise des MRS, cela est préoccupant. Bien que les problèmes concernant la séparation des produits soient moins répandus, il y a des motifs pour suspecter que les tissus à haut risque (cerveau et moelle épinière) ont été mélangés à d'autres produits dérivés et transformés pour la consommation animale [...]. Une attitude négligente pour ce qui concerne la séparation et la mise en déchet semble également répandue et conduit probablement à des accidents dans le cours de cette mise en déchet".»

455. «Cette exigence [coloration des MRS] était fréquemment inobservée. **Les opérateurs des abattoirs ne remplissaient pas leurs obligations légales, et les autorités locales ne faisaient pas appliquer ces obligations.**»

456. «Nous avons suggéré qu'une raison de cet état de fait était que la réglementation était conçue pour protéger la santé humaine – et l'on ne voyait pas comment le défaut de marquage par coloration pouvait conduire à ce que les MRS se retrouvent dans la chaîne alimentaire humaine. Cela peut expliquer, mais ne peut pas excuser, le non-respect des obligations réglementaires. Mais il y avait bien d'autres raisons :

– Les contraintes budgétaires avaient pour conséquence que certaines autorités locales n'employaient pas un nombre suffisant de personnes pour réaliser les inspections des abattoirs de façon satisfaisante. Il n'était pas non plus aisé de recruter du personnel. C'était particulièrement difficile dans les cas des OVS [*Official Veterinary Surgeons*] – qui auraient dû être les membres les plus importants des équipes de surveillance. Les vétérinaires n'avaient pas particulièrement de goût pour le secteur des abattoirs et nous avons des preuves que, quand il était possible de recruter des vétérinaires, souvent à l'étranger, leur niveau de compétence était parfois limité.

– Il y avait souvent de la réticence, de la part des opérateurs d'abattoirs, des Inspecteurs des Viandes, ou des uns et des autres à la fois, à ce que les vétérinaires – dont la fonction et l'utilité étaient mises en question – soient placés à la tête de la hiérarchie de l'inspection.

– Il y avait un manque de personnel d'encadrement efficace. Les Inspecteurs des Viandes étaient souvent laissés à eux-mêmes, sans supervision, et tendaient à quasiment faire partie du personnel de l'usine : ils en arrivaient même à être impliqués dans la découpe ou la préparation, au lieu de se maintenir à distance pour jouer leur rôle d'inspecteurs.

– Les autorités locales étaient souvent réticentes à toute sur-réaction concernant les abattoirs, qui apportaient de l’emploi local et un service local aux éleveurs, et qui opéraient en limite de rentabilité.

– Dans le cadre de l’initiative gouvernementale de dérégulation, il y avait une culture de réglementation homéopathique [*“light touch” regulation*]. Au même moment, il y avait **une campagne médiatique qui clouait au pilori les agents de contrôle employés par les autorités locales – en les traitant de “bureaucrates sortis tout droit de l’enfer” ou de “petits Hitler”.**»

457. «**Plus de la moitié des usines visitées en juin 1995 ne remplissaient pas les exigences légales sur le point du marquage par coloration, 60 sur les 435 usines ne séparaient pas les MRS des autres matériaux de façon correcte. 16 ne les séparaient pas du tout. Telle était la situation, lamentable, que trouva à son arrivée M. Douglas Hogg quand il remplaça M. Waldegrave comme ministre de l’Agriculture le 5 juillet 1995.**»

2) *L'impréparation au non conventionnel*

Déchets ?

12. [*Executive Summary*] «Les systèmes généraux de traitement des déchets, comme voie potentielle de transmission de l’ESB, ne reçurent qu’une attention limitée de la part de ceux qui traitaient l’ESB avant 1996. La question ne fut présentée ni au *Southwood Working Party*, ni au *Tyrell Committee*, ni au SEAC [*Spongiform Encephalopathy Advisory Committee*] – ni traitée par ces comités. Chacun d’eux plaida pour un réexamen systématique de la destination de tous les matériaux bovins. Si cela avait été effectivement réalisé, on aurait pu identifier les enjeux liés à la question des déchets.»

Cheminevements inconnus ?

1203. «Le comité Tyrell (1989) recommanda, comme priorité absolue, qu’il y ait une investigation plus détaillée sur la destination de tissus et produits de bovins (et d’ovins) qui pouvaient conduire à une infection en étant disséminés par ces cheminevements encore **inconnus**. Cette recommandation ne fut jamais mise en application. Si elle l’avait été, on aurait pu prêter attention à des voies de contamination potentielle pour les humains et les animaux – qui furent, au moins initialement, oubliées.»

3) *Vide stratégique*

Sollicitation insuffisante du niveau ministériel

1232. «Il nous apparaît qu'une clarification nette de ce que l'on attendait en matière d'information du haut management et vers les ministres aurait aidé dans la gestion de l'ESB et des médicaments. Par exemple, si les ministres avaient été explicitement sollicités pour examiner la question de savoir si des stocks existants de vaccins devaient continuer à être utilisés, alors que des remplacements en substituts garantis "propres" étaient disponibles, nous pensons qu'ils auraient porté une attention précise au suivi de ce problème. Cela aurait pu avoir une influence sur le rythme des événements et aurait peut-être conduit à se débarrasser bien plus rapidement des matériaux suspects.»

Les options politiques attendues des Comités d'Experts

372. «M. Gummer [ministre de l'Agriculture] avait décidé d'adopter le principe d'action suivant : les décisions sur la ligne d'action à adopter au regard de tout développement nouveau devaient toujours être référées au SEAC [comité d'experts], et l'avis du SEAC devait être suivi.»

4) *Cloisonnement*

On reste entre soi, et on se rassure

Plus on est à l'épicentre, moins on doute

222. «Pour la fin juillet [1987], 46 cas probables d'ESB avaient été identifiés, impliquant 18 troupeaux. [Deux hauts responsables (*Permanent Secretary* et *Parliamentary Secretary*)] du ministère de l'Agriculture avaient exprimé leurs préoccupations au sujet de la santé humaine. Le *Chief Veterinary Officer* (M. Rees) ne partageait pas ces craintes. Le directeur du CVL [Laboratoire Vétérinaire Central] pensait qu'il était hautement improbable que l'ESB puisse poser un risque à la santé humaine.»

*La moindre bribe de liaison avec l'externe
est tenue pour suffisante et satisfaisante*

224. «À la mi-septembre, le *Chief Veterinary Officer* [CVO] prépara un rapport de situation pour le ministre [de l'Agriculture]. Ce rapport incluait une affirmation selon laquelle le ministère de la Santé était au courant du problème. Le Directeur du CVL [Laboratoire Vétérinaire Central] avait dit au CVO, en effet, que son adjoint en charge des médicaments vétérinaires, avait discuté

de l'ESB avec des collègues du ministère de la Santé à une réunion [...]. Il est regrettable que le CVO n'ait pas expliqué la nature limitée de la communication qui avait eu lieu. Il y avait eu une discussion informelle, en marge de cette réunion, mais l'information au sujet de l'ESB n'avait pas dépassé ce cadre à l'intérieur du ministère de la Santé.»

*On ne connaît pas grand chose,
mais les réponses rassurantes sont déjà en batterie*

225. «À cette date [septembre 1997], il y avait 73 cas suspectés, dans 36 troupeaux, à travers 11 comtés. Dans une note argumentaire “Questions/Réponses” pour les médias en octobre, celui qui dirigeait la Division de santé animale, inclut le point suivant :

“Q : Est-ce que la maladie peut se transmettre à l'homme ?

R : Il n'y a aucune preuve qu'elle soit transmissible à l'homme”.»

226. «Le 11 novembre 1987, il répéta ce commentaire dans un point de situation pour [l'un des hauts fonctionnaires du ministère de l'Agriculture], en ajoutant que l'on pouvait trouver une réassurance sur ce point en établissant une analogie avec la tremblante du mouton.»

L'alerte vient de l'extérieur

227. «Le 4 décembre 1987, Lord Montagu of Beaulieu [propriétaire foncier] écrivit au ministre de l'Agriculture pour exprimer ses préoccupations sur le fait que du bétail contaminé par l'ESB était abattu pour la consommation humaine. Il suggéra :

“Peut-être est-ce un cas où le ministère devrait rendre obligatoire la déclaration de la maladie et payer une indemnisation à la hauteur de la valeur complète des animaux infectés”.»

228. «Il semble que ce fut cette lettre qui servit de catalyseur pour une prise en considération formelle par les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture de la question de savoir s'il fallait entreprendre quelque action au cas où l'ESB serait transmissible à l'homme. Le 15 décembre, le CVO [*Chief Veterinary Officer*] présida une réunion de fonctionnaires du ministère. Il fut décidé qu'une note devait être préparée pour clarifier les options pour les ministres.»

La presse peut contribuer à l'insouciance

228. «Le 29 décembre, un article dans *The Times*, intitulé : “*Mystery Disease Strikes at Cattle*”, observa qu’il n’y avait aucune indication que la maladie était transmissible à l’homme. Pour la fin de l’année, 370 cas suspects avaient été rapportés et 132 avaient été confirmés.”

Accident : la note lucide

229. «La note [décidée le 15 décembre (228)] fut réalisée pour le 16 février 1988. Dans son résumé d’accompagnement, le responsable de la santé animale remarquait :

“Nous ne savons pas d’où est venue cette maladie, nous ne savons pas comment elle se répand et nous ne savons pas si elle peut passer à l’homme. Ce dernier point m’apparaît l’aspect le plus inquiétant du problème. Il n’y a pas de preuve que les gens peuvent être infectés, mais nous ne pouvons pas dire qu’il n’y ait pas de risque”.

C’était là une analyse fine de la situation en ce qui concernait la santé humaine. L’analyse de cette facette de l’ESB n’allait pas être améliorée ni même enrichie de façon significative par les scientifiques qui allaient considérer le problème dans les mois à venir.»

231. «L’option recommandée était une politique d’abattage des animaux affectés, avec paiement d’indemnisation, dont le principal avantage était de permettre au Gouvernement de répondre aux critiques en termes d’implications pour la santé humaine. La proposition prenait bien la peine de souligner que le paiement de l’indemnisation était approprié en raison du fait que la mesure serait prise principalement pour des raisons de santé publique, et non pour éradiquer la maladie.»

L’Agriculture retranchée dans ses murs

233. «**Il est remarquable que les fonctionnaires du ministère de l’Agriculture aient préparé leur note d’options, dont la recommandation était fondée essentiellement sur une évaluation du risque pour la santé humaine, sans impliquer quiconque du ministère de la Santé.**⁴ Les préoccupations de l’été 1987 des deux hauts fonctionnaires du ministère, couplées au développement de l’épidémie, appelaient un examen conjoint de l’Agriculture et de la Santé, avec l’assistance d’experts des EST, sur la question de la possible

transmission à l'homme. Si cette voie avait été suivie, nous avons peu de doutes qu'une proposition faite conjointement par les ministres de l'Agriculture et de la Santé aurait été dans la même tonalité que celle soumise au seul ministre de l'Agriculture ; mais une approche ouverte aurait eu autrement plus de poids que ne pouvaient en fournir les seuls fonctionnaires de l'Agriculture sur la question des risques et des incertitudes pour la santé humaine. Cela aurait même pu impliquer aussi les responsables des autorisations dans le domaine des médicaments à destination des animaux et des humains ; ils auraient pu examiner les problèmes qu'ils avaient en commun.»

234. «Nous avons recherché des explications pour le défaut d'ouverture au ministère de la Santé. Nous avons trouvé que les véritables raisons étaient **i) la croyance de la part de certains que l'ESB était un problème de santé animale, non de santé humaine ; ii) un degré de réserve interministérielle qui conduisit des responsables vétérinaires à conclure que l'ESB était leur problème, et qu'il devait être résolu sans assistance extérieure – ou interférence – du ministère de la Santé.**»

Déjà en interne, un monde de cloisons très peu propice au traitement de problèmes transverses

889. «L'ESB était intrinsèquement un sujet piégeant pour le ministère de la Santé. La question avait des implications qui traversaient les différents compartiments administratifs, les branches de la médecine et de la pharmacie, et qui affectaient aussi bien les médicaments sur le marché que les nouveaux médicaments, encore non autorisés».

Quand on s'ouvre, ce n'est toujours pas avec la plus grande netteté

Le problème qui inquiète : l'indemnisation, pas la santé

235. «Le ministre de l'Agriculture (M. MacGregor) avait eu auparavant des responsabilités au Trésor. Nous pensons que les fonctionnaires de l'Agriculture anticipèrent qu'il aurait des réserves envers une politique conduisant à devoir payer des indemnités sur fonds publics aux éleveurs pour l'abatage de leurs animaux malades. Sur ce point, ils furent dans le vrai. La réaction initiale de M. MacGregor à la proposition fut "très prudente". Il exprima la crainte que si des indemnités étaient payées pour l'abatage de bétail

touché par l'ESB, on réouvrirait tous les dossiers où l'on avait ordonné la destruction de récoltes malades, et cela sans indemnisation.»

236. «La réaction de M. MacGregor à une politique qui impliquerait le paiement d'indemnités fut défavorable, mais il fut cependant d'accord pour que l'on recherche l'avis du *Chief Medical Officer* (CMO). Cependant, sa réaction affecta la façon dont on se rapprocha du CMO, Sir Donald Acheson. L'intention avait été de lui dire que l'Agriculture souhaitait introduire une politique d'abattage et d'indemnisation, et de lui demander ses conseils sur le fait de savoir si l'ESB posait ou non un problème pour l'homme. Si cette approche avait été adoptée, nous pensons que, probablement, Sir Donald Acheson aurait couvert la politique proposée par l'Agriculture. Il se trouve que les choses prirent une tournure différente.»

237. «Il est regrettable que M. MacGregor ne partagea pas le point de vue de ses fonctionnaires sur les mérites de la politique d'abattage et d'indemnisation.»

*Quand on consulte la Santé, c'est pour résoudre un dilemme financier,
pas pour une question de santé*

238. «M. Andrews [*Permanent Secretary*, Agriculture] écrivit à Sir Donald Acheson [CMO, Santé] le 3 mars 1988. Il décrivit la nature de l'ESB. C'était la première fois que Sir Donald entendait parler de la maladie. Ensuite, M. Andrews souleva la question de savoir si l'ESB pouvait être transmissible à l'homme. Il écrivit :

“Il serait très utile, de ce fait, d'avoir votre avis sur la position que nous devrions prendre sur les implications possibles sur la santé humaine et sur la façon dont nous devrions traiter les questions concernant les risques pour la santé humaine”.»

239. «Cela mettait la balle dans le camp de Sir Donald pour savoir quelle action recommander ; et cela sans aucune alerte préalable. La réaction de Sir Donald fut de décider d'une réunion interministérielle pour considérer la question.»

La Santé réunit un comité...

240. «Les personnes présentes à cette réunion ne furent pas en mesure de parvenir à une position ferme sur le point de savoir si l'ESB posait ou non un risque pour la santé humaine. Il y eut accord pour recommander au ministre

de la Santé de mettre sur pied un petit groupe d'experts pour donner un avis sur les risques et les mesures préventives possibles. Sir Donald fit le commentaire qu'il pensait hautement probable que cet avis serait que les carcasses d'animaux affectés ne devaient pas entrer dans l'alimentation humaine.»

... alors que la réponse est évidente

241. «Nous estimons cette décision regrettable. Les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture étaient parvenus à l'idée que, sauf si l'on pouvait être sûr que les animaux malades ne posaient aucun risque pour l'homme, ces derniers ne devaient pas être abattus pour être ensuite consommés. Le *Southwood Working Party*, mis sur pied sur la recommandation de Sir Donald, allait adopter la même position, immédiatement, dès sa première réunion. Ce n'était là rien de plus que du simple bon sens. Le fait de renvoyer le problème à un groupe d'experts ne pouvait qu'entraîner de longs délais supplémentaires. Une réponse meilleure et plus robuste eût consisté à recommander que la pratique de consommer du bétail malade cesse sur le champ. Nous avons conclu, cependant, qu'il serait injuste de critiquer Sir Donald pour la ligne d'action qu'il suivit. Il fut mis dans une position impossible : on lui demandait un avis, sans préavis, sur une politique aux conséquences importantes. Ceux à qui il demanda leur appui firent part de leur sentiment d'incertitude. Dans ce contexte, nous trouvons que la décision de recommander que la question soit rapportée à un groupe d'experts était dans le spectre des réponses raisonnables qui étaient ouvertes à Sir Donald.»

Alertes externes

242. «Il en résulta un retard, cependant. Plus de trois mois allaient passer avant que soit constitué le comité Southwood, et qu'il se réunisse. Durant cette période, le ministère de l'Agriculture fut l'objet de pressions croissantes pour qu'il s'engage dans quelque action. Le 22 avril 1988, un article en première page du *Farming News* accusa le ministère de sous-estimer gravement l'extension de l'ESB et fit référence à l'inquiétude sur le fait de savoir si la maladie représentait un danger pour l'homme. A cette date, il y avait 421 cas confirmés, dans 352 troupeaux.»

La "vraie" question : trouver un habillage pour le financement

243. «M. MacGregor [ministre de l'Agriculture] continuait à s'opposer à toute suggestion selon laquelle les pouvoirs publics devraient financer un plan d'abat-

tage obligatoire. Il accepta une recommandation : que l'ESB devienne une maladie à déclaration, mesure conçue pour donner au ministère de l'Agriculture une meilleure image de l'incidence de la maladie et le pouvoir, si nécessaire, d'imposer des contrôles sur le déplacement des animaux. **L'ESB devint une maladie à déclaration en juin 1988, par le même texte que celui qui introduisait l'interdiction des abats bovins spécifiés pour la nourriture des ruminants. Le taux de déclaration sauta, instantanément, de 60 cas par mois à 60 cas par semaine.** [...] En ce qui concernait l'abattage obligatoire, des discussions furent menées avec les industriels pour explorer les possibilités d'un plan d'indemnisation financé par eux. Il leur fut dit qu'il n'était pas question d'apporter un financement public. La réponse de l'industrie fut qu'il revenait aux pouvoirs publics de financer l'indemnisation si une mesure obligatoire d'abattage était prise.»

Alertes externes

244. «Le 4 juin 1988, un article du *British Medical Journal*, co-signé par un médecin et un diététicien, souligna que, si l'ESB était transmissible à l'homme, il faudrait peut-être des années avant que ne succombent des personnes contaminées». [...]

La course de lenteur a consommé six mois

245. «Le 20 juin, le *Southwood Working Party* se réunit pour la première fois. Ses membres furent horrifiés d'apprendre que des animaux atteints de l'ESB entraient dans la chaîne alimentaire. Le lendemain, Sir Richard Southwood écrivit à M. Andrews [*MAAF Permanent Secretary*] pour recommander que les carcasses d'animaux atteints de l'ESB soient condamnées et détruites. Les fonctionnaires autour de M. MacGregor conseillèrent à ce dernier d'introduire l'abattage obligatoire et une indemnisation gouvernementale selon la loi sur la santé animale de 1981 – et cela à 50% de la valeur de l'animal. M. MacGregor écrivit à M. John Major, au Trésor, pour lui recommander, certes avec réserve, le paiement d'une indemnisation à ce niveau».

246. «Au même moment, Sir Donald Acheson [*Chief Medical Officer*] fit savoir à M. David Mellor, *Minister of State* pour la Santé [1988-89], que la destruction des carcasses des animaux cliniquement affectés était essentielle du point de vue des risques pour l'homme. **C'est sur cette base que le consentement du Trésor fut donné pour le paiement d'une indemnisation.**

M. MacGregor avait indiqué que le coût de cette mesure serait autour de 250 000 £ par an, en prenant l'hypothèse que les cas continueraient à suivre le rythme de 60 nouveaux cas par mois. Il ne pouvait encore être au courant de l'augmentation de ce taux, consécutive à l'obligation toute nouvelle de déclaration.»

247. Le texte prévoyant l'abattage obligatoire et la destruction des animaux souffrant d'ESB entra en vigueur le 8 août. **Près de six mois s'étaient écoulés depuis que les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture avaient recommandé cette ligne d'action pour la première fois.**

4) *Une culture d'esquive*

*La question de la dose minimale
pour la transmission de l'infection dans le bétail*

1196. «Quand fut prise l'interdiction des abats bovins spécifiés pour la nourriture des ruminants, certains fonctionnaires au sein du ministère de l'Agriculture avaient à l'esprit qu'une vache devrait manger une quantité substantielle de matériaux infectés pour contracter l'ESB. Cette impression était partagée par l'association britannique des producteurs d'aliments (UKASTA). Elle croyait que la quantité de nourriture pour porcs et volailles qui pourrait se retrouver dans les aliments des ruminants en raison d'une contamination croisée dans les usines de fabrication de farines n'était pas un sujet de préoccupation. Ce besoin de considérer le problème de la contamination croisée de l'aliment pour ruminants ne fut pas identifié ou pris en charge avant 1994.»

1197. «Quand l'interdiction de l'usage des matériaux à risques fut promulguée en 1990, aucun de ceux qui étaient concernés ne mesura à quel point la contamination des FVO [Farines de viande et d'os] par des matériaux à risques dans les équarrissages donnait un pouvoir contaminant à ces farines, ni que cela était une menace pour le bétail en raison d'une contamination croisée dans les usines de fabrication d'aliments. On fit quelques progrès pour établir un code de traitement des carcasses en vue de réduire la contamination, mais cela sans aucune urgence : deux années s'écoulèrent entre le moment de l'interdiction et le moment où le code fut en place. Même cela ne fut pas suffisant pour empêcher une contamination de grande ampleur. Il fallut attendre le résultat d'expérimentations en 1994 pour que la décision soit prise de contraindre

les unités de transformation de la viande à traiter les matériaux à risques dans des installations séparées.”

*La question de la dose minimale
pour la transmission de l'infection à l'homme*

1198. “La question de savoir quelle était la quantité contaminante minimale de produits à risques était tout à fait importante en matière de sécurité alimentaire. C’était un point crucial dans toute évaluation du risque potentiel de contamination de la nourriture destinée à l’homme du fait des pratiques dans les abattoirs, par exemple en ce qui concernait le retrait de la cervelle et la production de viande récupérée mécaniquement.”

1199. «En 1989, alors que les règlements sur les matériaux à risques spécifiés étaient en préparation, la sécurité des viandes récupérées mécaniquement fit l’objet d’attention, mais nous avons conclu que cette attention fut inadéquate. Les scientifiques ne furent pas interrogés sur la quantité minimale susceptible de provoquer l’infection. **On fit l’hypothèse que toute contamination par de la moelle épinière de viande séparée mécaniquement était probablement insuffisante pour être significative.** Dans l’année qui suivit les fonctionnaires du ministère de l’Agriculture adoptèrent une approche similaire sur la question de la contamination qui pourrait être liée au détachement de la tête et au retrait du cerveau.”

1200. «L’avis ferme du SEAC [*Spongiform Encephalopathy Advisory Committee*] selon lequel il n’était pas acceptable de retirer de la tête le cerveau avant la viande, donne quelque indication sur le fait que le comité considérait qu’une petite quantité de contaminant pouvait poser problème. Mais le comité ne clarifia jamais cela expressément et son document sur la sécurité du bœuf pouvait donner l’impression – fausse – que seule une quantité substantielle de matériaux infectés poserait un risque de transmission par voie orale.»

Sur la question des voies d'infection

1202. [Résumé] : de grandes quantités de moelle épinière ont continué à se retrouver dans l’alimentation humaine, comme ingrédient des viandes séparées mécaniquement.

1203. «Le comité Tyrell [mis en place en 1989 pour faire des recommandations en matière de recherche] recommanda, comme priorité absolue, qu'il y ait une investigation plus détaillée sur la destination de tissus et produits de bovins (et d'ovins) qui pouvaient conduire à une infection en étant disséminés par des cheminements encore inconnus. **Cette recommandation ne fut jamais mise en application.** Si elle l'avait été, on aurait pu prêter attention à des voies de contamination potentielle pour les humains et les animaux – qui furent, au moins initialement, oubliées.»

1206. «Jusqu'en 1995, les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture ne perçurent pas que la gélatine dérivée des bovins entrant dans la nourriture animale en quantité importante comme ingrédient d'aliments recyclés, et ceci en violation de l'interdiction sur l'alimentation des ruminants.»

1207. «L'incertitude prévalut tout au long de la période sur l'utilisation des produits bovins dans les cosmétiques.»

1208. «Aucune considération ne fut donnée à la question des eaux usées des abattoirs ou des effluents des installations de récupération de matériaux à risques spécifiés qui pouvaient poser des risques de contamination par l'ESB.»

Application des politiques

1213. «Nous avons identifié trois occasions dans lesquelles un manque de rigueur dans l'application d'une politique eut des conséquences négatives. La première concerne l'introduction de l'interdiction des abats bovins spécifiés pour la nourriture des ruminants. En raison de la longueur de la période d'incubation, des années seraient nécessaires avant qu'une faille dans l'interdiction devienne manifeste. La technique consistant à bâtir un barrage de protection, et à rechercher ensuite les fuites, ne pouvait s'appliquer. Il fallait accorder une attention rigoureuse pour s'assurer que le barrage serait bien étanche, et cela dès le début. La question des possibles contaminations croisées dans les usines de fabrication d'aliments aurait dû être prise en compte. Il aurait fallu obtenir des avis sur la quantité de contaminants qui pouvait suffire pour une infection. Cela aurait conduit à attirer l'attention des industriels concernés, et de leur association professionnelle, sur le fait que le phénomène de contamination croisée devait être prévenu ; et l'on aurait aussi attiré l'at-

tention sur l'urgence de développer un test qui détecterait les protéines de ruminants dans des aliments composés.»

1214. «La seconde occasion fut lorsque la question de la sécurité des viandes séparées mécaniquement fut soulevée dans le cadre de l'examen d'une interdiction des MRS dans l'alimentation humaine. Les enjeux critiques de la contamination des viandes séparées mécaniquement et de la quantité minimale de matière qui pourrait infecter ne furent pas pris en considération. **Il fut simplement posé par hypothèse que toute contamination serait trop faible pour poser problème.** Dès lors, aucune indication ne fut donnée aux autorités locales ou au *Veterinary Field Service* sur l'importance d'un retrait de la totalité de la moelle épinière.»

1215. «Dans ces deux cas, le manque de rigueur a conduit ceux qui avaient en charge l'application de la politique adoptée à ne pas faire le nécessaire pour obtenir des informations, qui étaient disponibles et étaient indispensables pour arrêter les bonnes décisions opérationnelles.»

1216. «Le troisième cas est relatif à la préparation de l'instruction [*Order*] qui allait donner effet à l'interdiction des abats bovins spécifiés pour la nourriture des ruminants. Les termes du décret étaient dans une forme telle que ce décret ne pouvait pas être mis en application. Un examen rigoureux aurait conduit à la conclusion que ce n'était pas une interdiction pour laquelle on pouvait compter sur un autocontrôle et qu'il fallait mettre au point des règlements [*Regulations*] qui pourraient être appliqués.»

*Echafaudages étonnants pour se rassurer collectivement
en recyclant des hypothèses sans fondements*

634. «Les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture savaient [...] qu'un degré de contamination de la colonne vertébrale du fait de la moelle épinière était inévitable. **Certains membres du SEAC [comité d'experts], dont le Dr. Tyrell, adoptèrent l'hypothèse qu'un enlèvement propre de la moelle épinière était facile à réaliser et que, donc, on pouvait atteindre l'objectif voulu dans la pratique.** C'est sur la base de cette hypothèse qu'ils rendirent leur avis indiquant qu'il n'y avait aucun besoin de quelque action que ce fût. **Les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture, cependant, comprirent que le SEAC indiquait**

que le degré de contamination décrit dans le document [du ministère de l'Agriculture] comme "inévitabile" ne soulevait aucune inquiétude.»

Un cas d'évitement exemplaire :

les risques liés à la récupération mécanique de la viande

596. «En juin 1989, une note circula au sein du ministère de l'Agriculture indiquant qu'un abattoir avait arrêté de produire des VRM [Viandes Récupérées Mécaniquement] à partir des os de bovins parce qu'il ne pouvait garantir que tous les tissus du système nerveux central (SNC) seraient bien ôtés de la colonne vertébrale. **Cela ne stimula aucune considération détaillée.** Des opinions furent exprimées selon **lesquelles la quantité de SNC impliqués avait toute chance de ne pas être significative.**»

597. «Le processus de consultation organisé dans le cadre de l'interdiction des MRS à destination de la consommation humaine apporta d'autres alertes sur le danger selon lequel la colonne vertébrale serait contaminée avec des résidus de moelle épinière. Certains de ceux qui furent consultés répondirent que l'enlèvement complet de moelle épinière était une impossibilité opérationnelle. Une des réponses soulignait que "l'os résiduel traité de façon hydraulique pour produire la viande retirée mécaniquement inclurait des fragments de moelle épinière".»

598. «Une réunion se tint au ministère de l'Agriculture le 27 septembre 1989 pour examiner les réponses à la consultation. [...] Il n'y avait aucune représentation du ministère de la Santé. Aucun des témoins n'a quelque souvenir que ce soit de ce qui fut dit en relation à la VRM au cours de cette réunion. Un compte rendu du ministère de l'Agriculture indique :

"L'interdiction proposée sur les abats spécifiés était en elle-même une mesure de prudence extrême, qui allait bien au-delà de ce que recommandait le rapport Southwood. Même si un peu de tissus serait contenu dans la VRM, ce serait minimal et ne présenterait pas de risque significatif. Aucune action ne devrait être prise concernant les VRM".»

599. «M. Ron Martin, Adjoint du *Chief Medical Officer* au ministère de l'Agriculture d'Irlande du Nord, rédigea aussi un compte rendu de la réunion, qui rendit compte comme suit de la discussion sur les VRM :

“Le possible danger mis en avant par ceux qui furent consultés fut reconnu et discuté durant la réunion et on exprima un souci quant au caractère illogique de ce qui avait été fait ; en particulier, on souligna le gros risque qu’il y avait à devoir reconnaître les dangers possibles de matériaux autres que ceux listés dans la proposition d’interdiction. **On se mit d’accord pour ne pas soulever le problème**”.»

600. «La question des VRM était complexe. Dans les années qui allaient suivre, le ministère de l’Agriculture prépara un document sur le sujet qu’il soumit à l’attention du SEAC. La quantité de travail illustre bien ce qui aurait été exigé si le sujet avait reçu la considération nécessaire en 1989. Pour parvenir à une décision raisonnée sur les VRM, il était nécessaire d’évaluer :

- la quantité de moelle épinière qui pouvait être laissée attachée à la colonne vertébrale et récupérée par VRM ; et
- la quantité minimale de moelle épinière qui pourrait représenter une dose contaminante pour l’homme.»

601. «**Ceux qui étaient présents à la réunion n’étaient pas en position pour apporter des réponses définitives à ces questions, mais ils étaient en position pour identifier le fait que de telles questions devaient être posées. Ils ne les identifièrent pas.** Une partie du problème apparaît avoir été que personne ne décida qu’il était de sa responsabilité personnelle de soulever la question de savoir si les VRM constituaient un risque pour la santé humaine.»

605. «[...] Il apparaît qu’il y a eu une hypothèse générale selon laquelle, si de la moelle épinière entrait dans de la VRM, cela se ferait dans des quantités trop petites pour représenter une menace.»

606. «L’examen des réglementations proposées en matière de MRS [Matériaux à Risques Spécifiés] était un exercice d’équipe et le défaut d’analyse rigoureuse du problème de la VRM fut un échec collectif. Nous pensons que cet échec s’explique dans une large mesure par la **croissance** générale selon laquelle l’interdiction des MRS était une mesure de prudence extrême qui allait au-delà des recommandations des scientifiques. Dans pareil contexte, il est aisé de comprendre la réaction selon laquelle le fait de ne pas avoir enlevé un petit morceau de moelle épinière avait peu de chance d’être considéré comme ayant quelque importance. Cela n’excuse pas, cependant, l’absence

d'évaluation rigoureuse du risque qui était requise pour parvenir à des décisions saines en matière de choix d'orientation.»

607. «Le problème posé par la VRM n'aurait pas dû être écarté lors de la réunion du 27 septembre 1989. Il aurait dû, au minimum, être identifié comme appelant une considération supplémentaire.»

615. «On ne comprit jamais que, une fois enlevés, les MRS pourraient trouver leur voie jusqu'à la chaîne alimentaire humaine. [...] La chose importante était que les MRS fussent enlevés proprement de la carcasse, sans contaminer la viande.»

616. «Ce n'était pas là, cependant, une tâche aisée. [...] Il était inévitable que, dans le cours du processus, la moelle épinière soit parfois endommagée et que des fragments de celle-ci restent coincés ou cachés entre les vertèbres. Il aurait fallu une habileté et un soin de la plus haute précision de la part des Inspecteurs des Viandes pour s'assurer qu'aucune carcasse estampillée comme bonne du point de vue sanitaire ne contenait des restes de moelle épinière. Habileté et soin ne furent jamais constatés à ce degré d'exigence au cours de la période qui nous intéresse. Les Inspecteurs des Viandes étaient souvent pressés, et arrêter une chaîne de production pour une inspection n'était guère populaire. Personne ne souligna le fait qu'enlever la moelle épinière pouvait être une question de vie ou de mort, et le problème ne fut pas considéré de ce point de vue.»

5) *La bureaucratie en majesté*

La bureaucratie précautionneuse
"The best being the enemy of the good"

1217. «La production de documents écrits par les fonctionnaires et par les comités consultatifs va souvent de pair avec un processus élargi de consultation et un raffinement dans les procédures de révision de projets. C'était là un système "Rolls-Royce", qui tendait à entraîner des délais démesurés. Ceux qui étaient consultés étaient tentés de suggérer des améliorations de rédaction, qui devraient donner lieu à un nouveau round de consultation. Or il ne s'agissait pas là de modifications d'importance significative pouvant justifier les délais qu'ils ont causés.»

1218. «Un domaine dans lequel cela fut particulièrement sensible fut la préparation des recommandations en matière de mesures et de pratiques de précaution. En certaines occasions, cela prit des mois, ou même des années, après qu'une décision ait été prise pour que celle-ci soit transformée en une recommandation écrite, et que l'application de ce texte soit effective. Par exemple, **il fallut deux ans et demi pour que la recommandation du SEAC sur la dissection des yeux de bovins fût notifiée aux écoles, et plus de trois ans pour édicter de simples mises en garde concernant le risque professionnel ou encore des conseils élémentaires à destination de certains commerces à hauts risques.**»

1234. «Des projets étaient mis et remis en circulation pour toucher un grand nombre de responsables, qui pouvaient avoir quelque contribution à ajouter. Les propositions étaient raffinées, polies, et complétées par des notes au fur et à mesure qu'elles montaient la hiérarchie vers le ministre. Le processus pouvait prendre un temps très long.»

1235. «Quand on percevait une urgence, il était possible de couper à travers la bureaucratie et de parvenir rapidement à une décision. Mais cela présentait des dangers spécifiques. L'insistance de M. Gummer (ministre de l'Agriculture) pour que le Gouvernement annonce sa réponse à l'avis du SEAC sur la transmission de l'ESB à un porc en même temps que l'on publiait l'avis en question, conduisit à des décisions préparées "en secret et dans la précipitation", sans les consultations normales. Une précipitation similaire, pour un motif similaire, conduisit à l'annonce d'une réponse qui allait se montrer non viable au mois de mars 1996.»

Les règles d'étiquette

1238. «Le second problème concerne la différence relative de statut du CVO [*Chief Veterinary Officer*] et du CMO [*Chief Medical Officer*]. Nous notons que le CVO est un responsable qui jouit d'une haute considération sur la scène internationale, mais nous devons comprendre par ailleurs des témoignages que nous avons recueillis que, selon les conventions du monde de la fonction publique, le CVO est seulement d'un rang équivalent à celui de CMO-adjoint. Nous pensons qu'il est important que cela ne pose aucun obstacle à la liaison directe entre le CVO et le CMO.⁵»

Notes VII

¹ J'en reste ici à une présentation des plus succinctes. Pour approfondir, voir par exemple P. Lagadec, *Ruptures créatrices*, op. cit.

² Le Comité Southwood avait recommandé la mise sur pied d'un comité consultatif en matière de recherche. Le Comité Tyrell, créé en février 1989, répond à ce souhait. (286)

³ Procédé destiné à marquer de façon indélébile, à l'amont, les morceaux à retirer de la chaîne alimentaire.

⁴ C'est précisément ce type de remarque qui conduit à ressentir un certain décalage entre les analyses détaillées et la tonalité des lectures de synthèse fournies par la Commission.

⁵ Au-delà de l'élégance de l'annotation, il faut souligner les conséquences de ces cultures stratifiées si prégnantes dans nos pays. Ces codes de l'honneur donnent lieu à des comportements souvent étonnants ; mais il faut aller plus loin : en crise, précisément, l'importance donnée à l'observation encore plus marquée des stratifications est aussi le reflet d'un intense besoin de protection, de mise à l'abri – traduction d'une faible préparation à assumer ses fonctions pour les situations non habituelles. On retrouve naturellement ce type de problème en France, comme le note par exemple le rapport Sanson, déjà cité : «le renforcement des zones [de défense] continue à se heurter à des *réticences culturelles*. Il reste perçu par les préfets comme susceptible de remettre hiérarchiquement en cause leurs pouvoirs dans leurs départements, pouvoirs qui sont appréciés de façon sourcilleuse par eux. Le corps préfectoral s'emploie donc, plus ou moins consciemment, à une interprétation a minima de la réglementation. Cette réticence courante a été renforcée par le fait que leur interlocuteur [à la Zone de défense] est le plus souvent un préfet délégué, normalement plus jeune qu'eux dans le grade» (op.cit. p. 60).

VIII – CONDUITE DE CRISE PHASES CRITIQUES

1. Références

L'exigence première, en matière de crise, est de préparer les systèmes aux univers faits de surprises non conventionnelles, de problèmes transverses, de difficultés hors échelle classique, de cartes d'acteurs bouleversées, de lignes de crêtes extrêmement exposées, de bifurcations pouvant conduire à des sauts inquiétants dans des domaines pour lesquels on ne dispose pas de logiques de repérage. Cela suppose des outils spécifiques, mais bien davantage encore des organisations et plus encore des cultures configurées pour ces situations qui ne ressortent pas de l'urgence spécifique, prise en charge par des services spécialisés.

Lorsque ce travail sur les cultures a pu être sérieusement mis sur le métier, il est alors possible d'engager les préparations opérationnelles : schémas d'organisation rapide ; entraînement aux différents rôles à tenir ; entraînement au pilotage des cellules de crise et plus encore des réseaux de cellules de crise ; développement de compétences d'observation stratégiques ; entraînement à la confection de tableaux de bord stratégiques ; perfectionnement des compétences spécifiques pour les dirigeants (compétences qu'ils n'ont appris nulle part dans leur formation), etc.

Le rapport Phillips n'apprend rien là dessus : la pauvreté de la préparation de base ne pouvait laisser aucune chance aux acteurs dans les phases les plus délicates de l'épisode. Il faudra se reporter à d'autres retours d'expé-

rience, sur d'autres affaires, cette fois traitées par des systèmes un peu mieux préparés¹, pour nourrir ce volet de la réflexion. Mais le rapport est particulièrement riche en matière de constats négatifs : le travail d'entomologiste de la commission apporte une mine d'informations pour documenter les pièges possibles et à éviter.

2. Le rapport Phillips

Le cas de l'ESB au Royaume-Uni est caractérisé par une longue montée des problèmes, jusqu'au 20 mars 1996 – moment où l'orage éclate. Nous avons examiné au chapitre précédent les conditions générales qui portaient en germe le fiasco. Le rapport permet aussi, ce qui est infiniment précieux, un travail à la loupe sur cette construction.

Il n'y a naturellement pas de séparation entre les deux réflexions : la crise est heure de vérité. L'ensemble des lignes de failles que nous avons examinées se manifestent, s'aiguisent et se conjuguent pour rendre très difficile le pilotage dans les phases les plus aiguës et plus encore lorsque l'on arrive à des bifurcations majeures, comme ici le 20 mars 1996 :

- il y avait séparation entre ministères... la tension et l'inquiétude ne font que renforcer les logiques de tranchées ;
- tendance forte à ne pas donner à la Santé la place qui aurait dû lui revenir... le ministère de l'Agriculture reste dans son bunker ;
- difficulté à faire remonter les informations... la viscosité devient extrême ;
- faible écoute de l'externe... on en arrive à une surdité étonnante ;
- pauvre réactivité... on tend à s'inscrire dans des logiques d'attente encore plus prononcées – jusqu'à la tétanisation ;
- tendance à transformer les scientifiques en inspirateurs premiers des politiques... on se met clairement à la remorque des groupes d'experts – sans préparer aucune réponse politique d'urgence ;
- manque de rigueur... on continue à naviguer dans des logiques d'évitement, de reconstruction de la réalité, de mélange de rôles ;
- tendance forte à rassurer... on continue dans la même veine, en dépit de l'accumulation des signaux, de plus en plus stridents et massifs. Et cela jusqu'à la capitulation.

Les situations de crise ont tendance à déclencher des logiques de l'extrême – particulièrement déstabilisantes pour des acteurs préparés aux seules situations normales, difficiles même à concevoir pour un analyste n'ayant jamais examiné de l'intérieur une situation de crise². Dès lors, on doit s'attendre à découvrir des réactions pour le moins surprenantes. Nous en choisirons deux, à mettre en exergue de cet examen :

– L'incapacité du ministère de l'Agriculture à nouer les liens voulus avec le ministère de la Santé, alors même que l'on atteint le bord du gouffre : 673. «Dans les années qui allaient venir [1990-1996], le ministère de la Santé continua à tenir un rôle de second plan dans le traitement des risques alimentaires liés à l'ESB – à tel point que, dans les derniers jours précédant le 20 mars 1996, **il ne vint pas à l'esprit de M. Hogg [ministre de l'Agriculture, 1995-1997] [...] que le ministre de la Santé et son secrétaire d'Etat devaient être au minimum consultés sur les mesures appropriées pour accroître la protection de la santé publique.**»

– L'obstination dans la logique "Je rassure". Le 20 mars 1996, et après la capitulation de son ministre à la Chambre des Communes, le *Chief Medical Officer* – donc premier haut fonctionnaire du ministère de la Santé – déclarait encore, pathétique :
1179. «Pour ma part, je continue à manger du bœuf [...].»

Pour la clarté de l'examen, le plus pertinent est de suivre maintenant pas à pas le film reconstruit par l'important travail de recoupement de la commission. L'objectif n'est pas de dire que la situation était simple ; il est de démonter les mécanismes indiquant qu'il était impossible pour un tel milieu, non préparé, d'apporter une réponse adaptée au défi rencontré. Comme le dit la commission dans son examen ultime – Qu'est-ce qu'une planification de crise aurait pu apporter ? (846) – il n'était pas possible d'annihiler les difficultés. On aurait pu néanmoins mieux anticiper et prévenir le sentiment de trahison qui fut ressenti par le plus grand nombre. Ce n'est certes là qu'un problème de crédibilité – mais il se trouve qu'il est crucial, y compris dans le domaine opérationnel, pour la conduite des crises contemporaines.

3. Extraits

Pour la lisibilité du cahier, et la contrainte de longueur de ce texte, nous nous concentrons ici sur les points saillants en accompagnant les extraits choisis de commentaires résumant la dynamique.

Film des événements :

L'évitement exténuant jusqu'à la capitulation

1) 1990-1994 : L'émergence de la question critique – le passage de l'ESB à l'homme ; des autorités immédiatement rassurantes, et qui se positionnent sur le mauvais terrain

Pour répondre au premier cas connu du public (*Lancet*, 6 mars 1993), le *Chief Medical Officer* [CMO, ministère de la Santé] indique qu'il est sans danger de manger du bœuf (719). Du côté du ministère de l'Agriculture, on note qu'il n'a pas été facile d'obtenir du CMO qu'il réponde aux spéculations de la presse – ce qui signifie, indique le rapport, mobiliser la Santé pour participer à la défense de l'industrie du bœuf (723). Le rapport note que le CMO aurait dû prendre davantage garde à rester dans son rôle, qui n'est pas de défendre les intérêts économiques de la filière bovine (724). Deux autres cas se manifestent à l'été 1993 (un éleveur, une jeune fille de 15 ans) ; la commission ne relève pas d'erreur particulière dans les commentaires officiels, si ce n'est une tonalité manquant quelque peu de réserve (729). Mais, et nous allons ici plus loin que le rapport dans l'analyse, les autorités sont d'emblée dans l'erreur car elles s'inscrivent dans le registre : "je sais, je rassure, je protège le bœuf". D'emblée aussi (alors même qu'il n'y pas beaucoup de travail commun entre l'Agriculture et la Santé), la Santé se laisse entraîner dans une défense du bœuf.

2) 1995 : montée des cas, montée de l'inquiétude ; montée en ligne des officiels : "le bœuf est sans danger"

Dans la seconde moitié de 1995, le public apprend les décès par MCJ d'un troisième puis d'un quatrième éleveur de vaches laitières ; deux cas supplémentaires concernant des adolescents sont diagnostiqués. Trois de ces cas sont confirmés. Les scientifiques de l'Unité de surveillance de la MCJ sont

inquiets au sujet des cas de MCJ chez les jeunes. Le Professeur Collinge [*Imperial College*, Londres], qui conduisait des expérimentations sur l'ESB [...], identifie ces cas comme extraordinaires et exprime la crainte qu'ils pourraient traduire la transmission de l'ESB à l'homme. Lors d'une réunion avec le Dr. Calman [*Chief Medical Officer*], à la fin du mois d'octobre, il lui fait part de ses craintes (765). Pour la fin de l'année, dix cas de patients âgés de moins de 50 ans sont signalés à l'Unité de Surveillance de MCJ [CJDSU].

La pression des événements s'accroît. Des voix autorisées se lèvent de plus en plus à l'extérieur des milieux officiels pour souligner les motifs d'inquiétude : le 1^{er} décembre 1995, Sir Bernard Tomlinson, professeur émérite de pathologie à l'université de Newcastle, déclare lors d'une interview à la radio qu'il ne mangerait pas de beefburger et que tous les abats devraient être retirés de la consommation publique. Ses déclarations reçoivent une large couverture de presse. *The Times* reprend ainsi ses propos :

767. «Je suis devenu plus prudent, à cause des cas récents de MCJ chez les fermiers et les adolescents. Il semble y avoir là plus que des coïncidences. Mon sentiment est qu'il est possible que l'ESB soit transmissible à l'homme.»

En réponse, les autorités s'enferment dans un discours, supposé rassurant, sur le mode "aucun risque possible avec ce qui est désormais dans la chaîne alimentaire". (768)

L'Association des cantines scolaires municipales est submergée d'appels de parents et de directeurs d'écoles inquiets ; en réponse, elle conseille de substituer de la dinde, du poulet ou du porc au bœuf. (771) En réponse, le Dr. Robert Kendall, *Chief Medical Officer* pour l'Ecosse, fait une déclaration publique :

772. «Les experts scientifiques indépendants, conseillers du Gouvernement, disent avec constance qu'il n'y a **aucune preuve** qu'il soit dangereux de manger du bœuf ou d'autres nourritures dérivées du bœuf. Mon avis est donc que l'on continue à manger ce que l'on veut, comme auparavant.»

Ce même 7 décembre, le Premier ministre se porte en première ligne, pour rassurer, et déclare :

774. «qu'il y a une nouvelle fois un degré préoccupant d'inquiétude dans le public au sujet de l'ESB et que le Gouvernement doit y apporter une réponse

immédiate et cohérente. L'élément-clé de cette réponse doit continuer à être l'assurance donnée par les experts du Gouvernement qu'il n'existe **aucune preuve** selon laquelle la maladie puisse se transmettre à l'homme.»

Le 8 décembre, *The Independent* rapporte que 1 150 écoles ont retiré le bœuf de leurs menus ou offraient d'autres plats. (771)

Sur la défensive, les officiels organisent une campagne de réassurance, en faisant pression sur le principal comité d'experts : ministre et secrétaires d'Etat de l'Agriculture se réunissent le même après-midi pour discuter de la suite. Ils décident d'utiliser le SEAC [*Spongiform Encephalopathy Advisory Committee*] pour tenter de faire passer le message que le bœuf est sans danger (775). Et le SEAC finit par adresser aux ministres de la Santé et de l'Agriculture une lettre "conforme" aux plus vives attentes de l'Exécutif :

772. «Sur la base des mesures prises, le SEAC a un haut degré de confiance sur le fait que le bœuf arrivant dans les magasins est sans danger à consommer».

3) *Janvier-Février 1996 : signaux stridents, mobilisation maximale de mécanismes tueurs d'alerte*

Tonalité générale : jusqu'au bout, rassurer

Le ministère de la Santé, souligne le rapport, a une obsession : obtenir du comité d'experts des réponses rassurantes exploitables (784). Le lobby de la viande, de son côté, se mobilise pour obtenir d'un expert du SEAC – consultant auprès du lobby – que le SEAC apporte des réponses proches d'un modèle calé sur des réassurances maximales. (785) Le ministère de l'Agriculture met au point un dépliant d'information, destiné à consolider la filière bovine : «aucune preuve de lien entre l'ESB et la MCJ ; le comité d'expertise indépendant considère que le bœuf britannique est sans danger» (791). La représentante du ministère de la Santé aux travaux du SEAC rencontre des fonctionnaires du ministère de l'Agriculture le 28 février et plaide le lendemain pour un dépliant co-signé avec l'Agriculture auprès du CMO-Adjoint (ministère de la Santé). Ce dernier a la sagesse de considérer qu'il y a quelque risque à le faire ; il craint que des affirmations catégoriques ne se révèlent fausses. (792) Le projet de dépliant avortera ; il est présenté au ministre de l'Agriculture le jour même où sort le premier rapport suggérant l'existence

d'un nouveau variant de MCJ. (793) Le temps bureaucratique n'est décidément pas le temps de la crise.

La commission note avec justesse que l'idée de cette collaboration avec le ministère de l'Agriculture, pour mettre au point un matériel publicitaire, montrait que la personne représentant le ministère de la Santé au sein du SEAC n'avait aucune perception de l'orage qui se préparait ; et qu'il en allait de même pour les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture qui présentaient ce document publicitaire «au moment même où le tonnerre commençait à gronder». (794).

Le SEAC se réunit le 5 janvier 1996

Le directeur de l'Unité de surveillance de la MCJ souligne que son inquiétude tient au fait que les cas observés sur des personnes jeunes sont survenus sur une courte période (796). Il y a donc questionnement de la part du patron de la veille. Toutefois, la représentante du ministère de la Santé au SEAC (le Dr. Wight), dans le compte rendu qu'elle adresse au *Chief Medical Officer*, prend la liberté d'ajouter :

798. «Bien qu'il y ait eu une augmentation significative de l'incidence au Royaume-Uni dans ce groupe d'âge au cours de la période de surveillance récente, cela n'est pas sans précédent dans le monde.»

Pathologie classique : on donne une information dérangeante, mais on ajoute immédiatement un commentaire ou un détail de nature à tuer les réflexes de questionnement et de mobilisation. L'esprit recherche spontanément des éléments rassurants ; le premier élément rassurant que l'on trouve justifie que l'on se garde de toute inquiétude. Et plus la situation est potentiellement inquiétante, plus le mécanisme s'impose. Tandis qu'à l'extérieur, c'est le plus souvent le mécanisme inverse qui se met en place : tout signal préoccupant conduit à une lecture "catastrophiste" de la réalité. Les deux mécanismes se renforcent l'un l'autre.

La commission indique :

799. «Le "cluster" de cas de jeunes observé dans une si brève période de temps était sans précédent dans le monde, même dans un seul pays, et il n'y avait jamais eu de tels cas sporadiques au Royaume-Uni jusque-là. L'indication du Dr. Wight selon laquelle "ce n'est pas sans précédent dans le monde" était de nature à égarer et encourageait une fausse réassurance.»

Ajoutons ceci à la remarque de la commission : utiliser la voie unique d'un compte rendu, tuer le message d'alerte par des considérations rassurantes dans le texte envoyé par les canaux habituels... a peu de chance de produire quelque effet de mobilisation – surtout si l'état initial du milieu n'est guère favorable au questionnement.³

Le SEAC se réunit à nouveau le 1^{er} février.

La préoccupation du directeur de l'Unité de surveillance de la MCJ au sujet des cas de personnes jeunes ayant contracté la maladie s'était accrue : même s'il était encore trop tôt pour parvenir à un jugement définitif, ces personnes partageaient tout à la fois un nouveau schéma de symptômes cliniques et une nouvelle pathologie. (801) Il est évident que l'on arrive à une bifurcation :

803. «Le Professeur Smith [membre du SEAC] confirma la suggestion du Professeur Collinge selon laquelle ces cas étaient très significatifs en termes statistiques. La préoccupation du Professeur Pattison concernant les cas de personnes jeunes fut portée au compte rendu. Le Professeur Collinge nous a dit qu'il réitéra la préoccupation qui était la sienne : **cela avait toute chance de signifier une transmission de l'ESB à l'homme.**»

Une bombe est même annoncée :

803. «**Le Dr. Will [Directeur de l'Unité de surveillance de la MCJ] dit au SEAC qu'il avait l'intention de publier deux articles scientifiques, dont l'un au sujet des cas de MCJ affectant des personnes jeunes.**»

Tout observateur aurait dû recevoir ces informations comme signaux d'alerte stridents pour les hauts décideurs : avec cet article, on allait passer à de la mise sur la scène publique, sous une signature des plus autorisées. Il fallait [si ce n'était pas déjà fait...] immédiatement se mettre en posture de crise dans les ministères. Mais l'expérience enseigne qu'un milieu humain non préparé est capable de ne pas percevoir les signaux les plus forts.

804. «M. Eddy [Ministère de l'Agriculture, *Head of Animal Health Division*, Secretariat du SEAC] adressa un compte rendu de la réunion à M. Hogg [ministre de l'Agriculture], Mme Browning [*Parliamentary Secretary*], M. Packer [*Permanent Secretary* du ministère], M. Carden [*Head of MAFF's Food Safety Directorate*] et M. Meldrum [*Chief Veterinary Officer*]. Nous pensons qu'il

aurait dû inclure une alerte claire sur les préoccupations qui avaient été exprimées au sujet des cas de jeunes. Un lien pourrait être prouvé entre ces cas et l'ESB. Il n'en fit rien. Il mentionna les articles que le Dr. Will s'apprêtait à publier comme susceptibles de soulever des problèmes – **qui étaient essentiellement des problèmes de présentation.**»

Remarquable exemple de note tueuse d'alerte. La bombe – sur le fond – est présentée comme un simple problème de “présentation” – de forme. S'il ne s'opère pas de changement en profondeur, visant à faire acquérir une culture de crise, on peut se demander quel signal serait de nature à déclencher une alerte dans un milieu comme celui-là.

805. «Le Dr. Wight [représentante du ministère de la Santé au SEAC] adressa une note à Sir Kenneth Calman [CMO] au sujet de la réunion, avec copies au Dr. Metters [*Deputy Chief Medical Officer*] et au Dr. Rubery [*Undersecretary* du ministère de la Santé], entre autres. Une fois encore, son compte rendu était inadéquat : il ne sut pas exprimer de façon satisfaisante les préoccupations des membres du SEAC au sujet des cas de jeunes. En décrivant les conclusions qui pouvaient être tirées de ces cas, **elle utilisa un langage qui suggérait qu'il n'y avait, en réalité, aucune probabilité de lien entre l'ESB et un nouveau variant de MCJ.** Nous inclinons à penser que c'était là, en fait, une perception toute personnelle du Dr. Wright. Cela expliquerait qu'elle ait été en faveur d'une communication rassurante, qui allait persister jusqu'à la fin du mois. Bien qu'une lecture attentive de son compte rendu de la réunion de février aurait dû alerter le lecteur sur le fait que des victimes jeunes étaient source de préoccupation, le Dr. Wight aurait dû clarifier le point afin qu'il n'y ait pas le moindre doute, en se référant aux préoccupations exprimées par les Professeurs Pattison et Collinge.»

5) Mars 1996 : l'orage se prépare

Le SEAC se réunit à nouveau, le 8 mars. Un expert de l'Unité de surveillance de la MCJ fait un exposé indiquant que la pathologie identifiée chez les jeunes diffère des cas rares de MCJ chez les jeunes survenus à l'étranger. (808) Plus tard dans la journée, M. Mike Skinner [représentant du ministère de la Santé au secrétariat du SEAC depuis janvier 1996] adresse une note

à Sir Kenneth Calman [CMO] et M. John Horam [*Parliamentary Undersecretary*, Ministère de la Santé]. Il les informe que le SEAC a conclu que l'exposition à l'ESB dans la décennie 1980 était une explication probable pour les nouveaux cas de MCJ. (809)

La grenade est dégoupillée. Réaction ? Elle reste inscrite dans les logiques administratives. On se presse lentement, en commençant par laisser passer le week-end : Sir Kenneth Calman reçoit la note de M. Skinner le lundi 11 mars. Après avoir discuté ce point avec ses collègues, il décide de monter une réunion avec le ministère de l'Agriculture. Cette réunion se tient le 13 mars. (810)

Du côté du ministère de l'Agriculture, le représentant de ce ministère au SEAC adresse, le 12 mars, à M. Packer [*Permanent Secretary* du ministère], une note sur les conclusions du SEAC. À partir de là, a indiqué M. Packer à la commission, «le rythme des événements devint frénétique, tandis qu'il devenait chaque jour évident que l'on serait rapidement au centre d'une crise nationale majeure». (811)

Enfin, **le 13 mars, on se réunit. Les politiques attendent des experts qu'ils rendent un avis clair sur les faits, et sur les mesures à prendre ; le Gouvernement suivra ces recommandations :**

814. «Le 13 mars, Sir Kenneth Calman [CMO] et d'autres fonctionnaires du ministère de la Santé rencontrèrent M. Packer [*Permanent Secretary* du ministère], M. Meldrum [*Chief Veterinary Officer*] et des fonctionnaires du ministère de l'Agriculture. Le Professeur Pattison [Président du SEAC] était également présent. M. Packer conseilla au Professeur Pattison que le SEAC examine quel type d'action le comité pensait appropriée. Si le comité faisait une recommandation, il y avait toute chance qu'elle soit suivie par le Gouvernement. **Il ajoutait que le scénario du pire n'impliquait pas que les règles en vigueur avaient besoin d'être changées.** Dans une note à M. Hogg le même jour, M. Packer indiqua que certains membres du SEAC songeaient apparemment à recommander une interdiction de la consommation venant de bêtes âgées de plus de deux ans. Il mit en question le caractère proportionné d'une telle mesure au regard de la réduction de risque. Il ajouta :
"Toutefois, les craintes sur le scénario pessimiste quant aux conséquences économiques des recommandations du SEAC seraient de nature académique. Si le SEAC et le CMO font des communiqués reconnaissant la possibilité de transmission ESB/MCJ, je suis certain que la réaction du public et du marché

sera telle que les effets politiques et économiques seraient une catastrophe d'ampleur inédite au Royaume-Uni dans le domaine de l'alimentation. La consommation de bœuf aurait toute chance de chuter immédiatement à une faible part de son niveau précédent".»

815. «Dans des discussions ce jour-là et le lendemain, M. Packer et M. Hogg tombèrent d'accord sur le fait qu'il était nécessaire **d'obtenir un avis clair de la part du SEAC sur les faits et sur les mesures que le Gouvernement devrait prendre**. Ils furent aussi d'accord sur le point qu'ils devaient "éviter de chercher à influencer de quelque façon que ce fût" les conclusions auxquelles le SEAC parviendrait. Le 14 mars, M. Hogg écrivit au Professeur Pattison [Président du SEAC] pour lui demander de soumettre l'avis du SEAC aussi rapidement qu'il serait en mesure de le faire de façon confiante.»

Nous sommes là très près du modèle à ne pas suivre dans les relations Décideurs/Experts. On va tenter de faire jouer aux experts le rôle des décideurs : à eux d'assumer le fardeau de l'ambiguïté ; à eux non seulement de donner un éclairage scientifique mais encore de prescrire des mesures qui ne sont pas de leur ressort. Après avoir attendu que les faits aient projeté dans la crise, on attend que les experts prennent en charge la sortie de crise.

6) 16 mars, 18 mars 1996 : l'orage va éclater

Le SEAC tient une nouvelle réunion le 16 mars. En matière médicale, l'inquiétude se renforce :

816. «Le Dr. Will [Directeur de l'Unité de surveillance de la MCJ] donna des détails sur neuf cas confirmés et trois cas suspects de MCJ chez de jeunes patients. Trois neurologues indépendants avaient confirmé que ces cas formaient "une catégorie distincte, contrairement à ce qui avait été le cas précédemment en matière de MCJ".»

En ce qui concerne les mesures de précaution à prendre, deux options sont discutées : l'interdiction pour les bêtes âgées de plus de 30 mois d'entrer dans la chaîne alimentaire humaine ; l'exigence que la viande provenant d'animaux de plus de 30 mois soit totalement désossée et que les tissus nerveux et lymphatiques apparents soient retirés. (816) La discussion reste sans conclu-

sion. Le SEAC souhaite avoir davantage de temps pour étudier les mesures à prendre. Pour l'heure, il en revient à son champ de responsabilité : l'expertise médicale, non la conduite décisionnelle. Il se met d'accord pour une déclaration aux ministres, qui reflète bien ses propres inquiétudes :

817. « Cette déclaration notait qu'il s'était avéré impossible d'expliquer de façon adéquate les cas de MCJ chez les sujets jeunes, et poursuivait : "C'est là est un motif de préoccupation. D'après les données actuelles, l'explication la plus plausible en ce moment est que ces cas sont liés à une exposition à l'ESB avant l'introduction de l'interdiction des MRS [Matériaux à risques spécifiés] en 1989". »

Voilà donc l'exécutif bien embarrassé. Les experts ne lui livrent pas la solution opérationnelle et, de surcroît, ils demandent du temps : « il devint clair que le SEAC ne pourrait parvenir à une opinion arrêtée avant d'avoir complètement évalué les options en présence ». (812) D'autre part, ils l'informent que le plus plausible est bien qu'il y a eu passage à l'homme. La question ayant été mal posée, les acteurs ne jouant pas leur rôle, on ne fait qu'alourdir le terrain.

Le ministre de l'Agriculture, M. Hogg, tente alors de faire valoir un plan d'action qu'il a lui-même concocté. Il en discute le 18 mars avec ses fonctionnaires. Il suggère une interdiction sur les bêtes de plus de 30 mois. Mais il se heurte immédiatement aux résistances :

819. « Et M. Packer [*Permanent Secretary* du ministère], et M. Meldrum [*Chief Veterinary Officer*] contestèrent le fait que le plan des 30 mois était **proportionné** et plaidèrent contre toute action avant d'avoir reçu l'avis du SEAC. M. Hogg dit qu'il n'était pas disposé à se reposer sur l'interdiction des MRS comme unique ligne de défense alors que les contrôles n'étaient pas mis en œuvre parfaitement. Il voulait "la ceinture et les bretelles". [...] »

Au bord du gouffre, l'homme politique veut agir ; les deux hauts fonctionnaires veulent attendre, attendre l'avis des experts, et surtout rester rationnels. Ces exigences sont louables, à ceci près que les insuffisances dans le traitement du dossier jusque-là ne laissent plus cette marge de manœuvre. D'autant plus que les experts ne sont pas non plus bien inscrits dans le temps de la crise : le calendrier des réunions du comité d'experts ne semble pas exactement fixé en fonction de l'urgence – et même ceux qui ont dégoupillé la grenade, en annonçant que le plus plausible est que la maladie est passée à l'homme, ne modifient pas leur rythme.

819. «En début d'après-midi, M. Hogg eut une réunion avec le Professeur Pattison [Président du SEAC], qui lui dit que le SEAC ne serait pas en mesure d'émettre un avis avant sa prochaine réunion, qui était programmée pour les 23/24 mars. Il exprima son avis personnel : la proposition de M. Hogg de plan des 30 mois était "justifiable, logique et non irrationnelle".»

Le ministre utilise la voie sur laquelle il est libre : la voie gouvernementale.

820. «Avant sa rencontre avec le Professeur Pattison, M. Hogg avait signé une lettre au Premier ministre, qui devait être adressée conjointement par lui-même et par M. Dorrel [ministre de la Santé]. Cette lettre expliquait le développement des événements à cette date et indiquait qu'une analyse détaillée sur ce qu'il faudrait faire dépendait en partie des recommandations du SEAC et des conclusions politiques qui en seraient tirées. Avant que M. Major ait vu la lettre, M. Hogg informa M. Michael Heseltine, *Deputy Prime Minister*, de la teneur de cette lettre. **M. Heseltine fut tout simplement atterré**⁴. Il posa des questions au sujet des implications de l'abattage du troupeau national dans son intégralité, et interrompit une réunion de M. Major pour attirer son attention sur la lettre conjointe.»

821. «Plus tard dans la journée, M. Hogg adressa une seconde lettre au Premier ministre. Celle-ci exposait sa proposition de plan des 30 mois. Elle soulevait la possibilité d'un retrait de tous les produits bovins de la chaîne alimentaire et proposait une enquête judiciaire⁵ portant sur la réaction des pouvoirs publics à l'ESB.»

822. «En début de soirée, M. Hogg et M. Dorrell se réunirent, accompagnés de leurs fonctionnaires. M. Hogg informa M. Dorrell de sa proposition d'interdiction concernant les bêtes âgées de plus de 30 mois et sur l'enquête judiciaire. Les implications pour le ministère de la Santé des conclusions du SEAC furent discutées. Entre autres implications, des enquêtes sur la sécurité des produits autres que la nourriture – tels que les vaccins – et qui avaient des composants bovins.»

823. «Tard dans la soirée, M. Hogg, M. Dorrel et d'autres membres du Gouvernement rencontrèrent le Premier ministre. Il fut décidé de convoquer une

réunion ministérielle le lendemain et d'inviter le CMO [*Chief Medical Officer*], le CVO [*Chief Veterinary Officer*] et le Professeur Pattison [Président du SEAC] à donner leur avis.»

Trajectoire classique. Le ministre de l'Agriculture, enfin convaincu qu'il va tout de même falloir se décider à agir, va rencontrer les mêmes pathologies d'évitement de la part de ses collègues : à la réunion ministérielle du 19 mars, ses propositions sont globalement rejetées. Plus précisément, autre pathologie de crise, rien n'est énoncé avec précision. La défense contre la crise exige toujours un flou protégeant chacun de l'inconfort de la situation et des risques d'une décision. En gros, on s'en remet aux experts, qui ne se réuniront pas tout de suite, mais que l'on encourage vivement à se réunir rapidement. Ici encore le travail de la commission Phillips est remarquable dans la radioscopie de la dynamique d'évitement.

824. «A la réunion ministérielle du matin du mardi 19 mars, comme M. Hogg nous le dit, ses recommandations furent globalement rejetées par ses collègues et il accepta la décision de la réunion, bien qu'il pensait qu'elle était erronée. Ce rejet n'est pas clairement apparent si l'on se réfère au compte rendu de la réunion. Ce qui est clair, c'est que le Professeur Pattison ne serait pas conduit à donner un avis spécifique avant la réunion du SEAC, programmée pour le week-end. Après une longue discussion, il fut décidé que des informations complémentaires de la part du SEAC étaient nécessaires pour permettre au Gouvernement de faire une déclaration ayant quelque substance. "Une réunion rapide du SEAC serait par conséquent encouragée".»

Il faut donc que les experts agissent dans l'extrême urgence (ce qui n'est sans doute pas dans leur culture), contrairement aux politiques (qui devraient être en mesure de jouer effectivement des partitions dans l'urgence absolue). Il faut que les scientifiques trouvent rapidement les mesures à arrêter, ce qui n'est pas leur rôle. On joue les équilibristes, et l'on termine dans l'impuissance – le gouvernement s'offrant toutefois le luxe de faire savoir qu'il a vraiment besoin d'une position des experts pour le lendemain 10h30 :

825. «[La pression exercée] se traduisit, vers 16 heures dans l'après-midi, par la réunion à Londres des Professeurs Pattison, Almond, Smith et Collinge, et du Dr. Will [membres du SEAC], et par l'établissement d'une liaison téléphonique avec M. Bradley [*Head of Pathology Department, Central Veterinary Laboratory*]) et le Dr. Kimberlin [membre du SEAC] à Paris⁶, où ils partici-

paient à une rencontre de l'Office International des Epizooties. Différentes options furent longuement discutées. Tard ce soir-là, aucune conclusion n'avait été trouvée, mais on avait reçu un message indiquant que le Gouvernement avait besoin d'un avis pour 10h30 le lendemain matin. La réunion fut suspendue jusqu'à 8 heures le lendemain matin.»

7) 20 mars 1996 : l'orage éclate – l'éclair médiatique frappe ; les officiels tentent de suivre

Dans une telle partie de chaises musicales, les médias ont toute chance de rafler la mise en s'invitant comme juge-arbitre. Ils font en effet irruption le 20 mars au matin.

826. «Le 20 mars, il devint clair que les informations au sujet de l'ESB avaient fui. "Les officiels : La vache folle peut vous tuer", annonçait à la "une" *The Mirror*. D'autres journaux rapportaient aussi l'affaire : le Gouvernement allait annoncer la possibilité que l'ESB pouvait être transmise à l'homme.»

La bataille de l'information est donc perdue dans une large mesure.

827. «Le SEAC se réunit à nouveau à 8h. Pour 9h30, le comité s'était mis d'accord sur une déclaration. Après avoir dit que 10 cas de MCJ chez des sujets jeunes avaient été identifiés, la déclaration poursuivait :

"D'après les informations à disposition, et en l'absence de toute alternative crédible, l'explication la plus plausible à cet instant est que les cas sont liés à une exposition à l'ESB avant l'interdiction des MRS (Matériaux à risques spécifiques) en 1989. La MCJ demeure une maladie rare et il est trop tôt pour prédire combien il y aura de cas supplémentaires, s'il y en a, de cette nouvelle forme".»

Le comité poursuivait en faisant les recommandations suivantes :

«a. Les carcasses des bêtes âgées de plus de 30 mois doivent être désossées dans des usines agréées supervisées par le *Meat Hygiene Service* et les rebuts doivent être classifiés comme MRS.

b. Interdiction de l'utilisation de FVO [Farines de viande et d'os] dans l'alimentation des autres animaux d'élevage.

c. Le HSE [*Health and Safety Executive*] et l'ACDP [*Advisory Committee on Dangerous Pathogens*], en consultation avec le SEAC, doivent réexaminer d'urgence leurs avis à la lumière de ces conclusions.

d. Le comité doit considérer de façon urgente quelles recherches supplémentaires sont nécessaires.

Le comité ne considère pas que ces éléments le conduisent à réviser son avis sur la sécurité du lait.

Si les recommandations indiquées ci-dessus sont appliquées, concluait le comité, le risque de consommer de la viande de bœuf a maintenant toute chance d'être extrêmement limité".»

Le 19 mars au matin, l'Exécutif rejetait globalement cette mesure sur les animaux de plus de 30 mois ; le 20 mars au matin, il capitule :

828. «Le Cabinet se réunit à 10h45 pour examiner la déclaration du SEAC et une déclaration que Sir Kenneth Calman [*Chief Medical Officer*] avait préparée. Il fut décidé que les recommandations du SEAC seraient acceptées en totalité. Il fut également décidé que M. Dorrell et M. Hogg devraient faire des déclarations à la Chambre des Communes.»

8) 20 mars : la capitulation – les déclarations ministérielles à la Chambre des Communes

829. «Cet après midi-là, M. Dorrell fit la première déclaration à la Chambre. Il exposa les conclusions de l'Unité de Surveillance de la MCJ sur un nouveau variant de la MCJ chez des personnes jeunes et la conclusion du SEAC selon laquelle l'explication la plus vraisemblable était que ces cas étaient liés à l'exposition à l'ESB avant l'interdiction des MRS en 1989. Il expliqua les recommandations que le SEAC avaient faites, indiqua que le Gouvernement les avait acceptées en totalité et les appliquerait aussitôt que possible. Il en vint alors à une question que Sir Kenneth Calman [CMO] avait soulevé le matin même – celle de savoir si les enfants couraient plus de risque que les adultes de contracter la MCJ. Il déclara :

“Il n'y a à présent aucune preuve en matière de sensibilité due à l'âge, et les données scientifiques sur les risques de développer la MCJ chez ceux qui ont consommé de la viande dans leur enfance n'ont pas changé, même avec ces conclusions. Toutefois, les parents seront inquiets au sujet des implications pour leurs enfants, et j'ai demandé au comité d'experts [SEAC] d'apporter des avis spécifiques sur cette question lors de sa prochaine réunion”.»

830. «M. Hogg suivit, avec sa propre déclaration. Il confirma que le Gouvernement avait accepté les recommandations du SEAC, à savoir que les carcasses des animaux de plus de 30 mois devaient être désossées dans des usines spé-

cialement agréées, contrôlées par le MHS [*Meat Hygiene Service*], et que tous les rebuts seraient retirés des chaînes alimentaires, tant humaines qu'animales. En outre, M. Hogg expliqua qu'il avait donné des instructions pour que les contrôles existants dans les abattoirs et autres installations liés à la viande soient plus rigoureusement appliqués. Il souligna que si le public acceptait "le meilleur avis que nous avons" – le bœuf et les produits bovins pouvaient être consommés avec confiance –, il pensait qu'il n'y aurait alors aucun dommage pour le marché du bœuf britannique.»

9) *Signe d'impréparation : dans les 24 heures, les mesures annoncées sont dénoncées et il faut les revoir*

Jusqu'au bout, le système connaîtra les affres de l'impréparation aux crises : l'évitement constant, les mauvaises répartitions de rôle conduisent à prendre des décisions qui éclatent au visage dès qu'elles sont énoncées – ce qui ne fait qu'aggraver le sentiment général de défiance à l'extérieur, et d'impuissance désespérante en interne.

831. «Nous en arrivons à la fin de la période couverte par cette enquête. Nous devons, cependant, retenir encore que le 3 avril 1996 M. Hogg annonça au Parlement que le plan des 30 mois [interdiction des bêtes de plus de 30 mois], qui avait sa faveur, avait été mis en place plutôt que le plan du désossement recommandé par le SEAC. La raison principale de ce changement de stratégie était que le schéma du désossement ne suffisait pas à alléger les craintes des consommateurs. En outre, **dans les 24 heures après l'annonce du Gouvernement qui acceptait l'avis du SEAC, les supermarchés firent clairement savoir qu'ils n'étaient pas désireux de vendre de la viande d'animaux âgés de plus de 30 mois.** Un autre problème, plus secondaire, était que la capacité des usines de désossement n'était pas suffisante [...]. Il se peut aussi qu'une motivation supplémentaire pour ce changement fut qu'il pourrait aider l'Union Européenne à revenir sur l'interdiction, qui venait d'être imposée, sur tout le bœuf britannique.»

Quelle planification de crise ?

832. «Nous nous sommes demandé si ces problèmes que rencontra le Gouvernement dans ses choix d'option stratégique n'auraient pas pu et n'auraient

pas dû être anticipés. Cela nous conduit à la question de savoir dans quelle mesure il y eut quelque planification d'urgence que ce fût dans les mois qui ont conduit au 20 mars.»

Le rapport relate des alertes ; il mentionne des affirmations diverses selon lesquelles chacun était mobilisé pour faire face. Mais il démonte ces assertions. Et il tranche : le système ne s'est pas montré en mesure de faire quelque planification de crise que ce soit. Certes, indique-t-il, cela n'aurait pas changé les faits. Mais on aurait pu au moins éviter le sentiment de trahison, la perte de crédit qui fut la première conséquence des déclarations finales du 20 mars 1996. On mesure ici la qualité du travail de la commission – et le courage de ses analyses.

1) Des clairvoyances qui tombent dans le vide

833. «Le 24 janvier 1996, à la réunion du “Panel Consommateur” du ministère de l'Agriculture mis sur pied par M. Gummer, le ministère déposa un document qui incluait des détails sur de récentes victimes, jeunes, de MCJ. Le Dr. Godfrey, membre du panel, rédigea une réponse [...]. Il commenta : “Si ce “cluster” très limité est dû à des gens ayant été contaminés, d'autres cas sont vraisemblables, peut-être de nombreux cas. Il semble préférable pour le gouvernement de planifier maintenant pour cette possibilité hautement improbable. Cette planification devrait inclure : a) la recherche d'avis en matière de statistiques sur ce qui constituerait une donnée significative appelant à intervenir ; b) la recherche des avis à donner aux consommateurs. L'objectif devrait être de rechercher ces avis avant que ne se déclenchent les réactions que l'on peut prévoir à ce qui serait une tragédie majeure, mais aussi une affaire médiatique majeure ; c) l'examen des actions qui devraient être engagées, dans cette situation hypothétique, pour rendre à nouveau sans danger le bœuf qui pourrait être consommé. Cela coûterait à l'évidence cher et serait techniquement difficile, mais possible”. Ses observations étaient très sensées.»

2) Des souvenirs de mise en alerte maximale...

834. «Dans sa première déposition devant nous, M. Carden [*Head of MAFF's Food Safety Directorate*] donna le compte rendu suivant de la réaction au sein

du ministère de l'Agriculture à la note de M. Eddy [*MAFF Head of Animal Health Division, SEAC Secretariat*], le 6 février :

“Ceux d’entre-nous qui reçurent le rapport du 6 février de M. Eddy furent conscients que l’on pouvait être à la veille d’un changement de très grande portée dans l’image que nous avions de l’ESB. Mon souvenir est que, à partir de ce moment et jusqu’à ce que le SEAC parvienne à une vue définitive le 20 mars 1996, nous nous sentîmes à un haut degré d’alerte. Nous – je me réfère à moi-même et au cercle des gens au sein des pouvoirs publics où les informations étaient délibérément confinées – prêtâmes une attention extrêmement précise à chaque nouvelle indication en provenance des experts-clés. Mais, pendant plus d’un mois, les indications provisoires tirées de la réunion du 1^{er} février du SEAC étaient tout ce que nous avions à disposition. Les indications de mauvaises nouvelles restaient incertaines, et nous vivions dans le suspense”.

835. «Dans une autre déclaration, il ajouta :

“Les résultats du Dr. Will [Directeur de l’unité de surveillance de la MCJ, membre du SEAC] furent la première indication ferme montrant que l’équilibre de probabilité pourrait se déplacer en faveur de l’ESB, qui serait effectivement transmissible à l’homme (contrairement à ce qui était généralement cru au ministère de l’Agriculture jusqu’alors), et que l’une des voies suspectées de transmission – l’ingestion de bœuf – avait soudain gagné du terrain sur les autres voies qui avaient davantage attiré l’attention à l’automne 1995...

Moi-même et mes collègues au ministère de l’Agriculture avons consacré beaucoup de temps et d’énergie dans les premiers mois de 1996 à surveiller chaque nouvelle indication sur ce qui se passait ; nous sommes passés à un état d’alerte maximale au fur et à mesure que les événements se déroulaient, nous avons discuté et évalué chaque nouveau développement intensément ; avec le ministère de l’Agriculture et le ministère de la Santé en liaison très étroite tant au niveau des fonctionnaires que des ministres, et cela à toutes les étapes”.

3) ...*qui ne correspondent pas à la réalité*

Nous avons ici une démonstration de la rigueur du travail de la commission d’enquête, de sa capacité à ne pas s’en laisser conter – et à le dire. On obser-

vera la difficulté des retours d'expérience, toujours sujets, si l'on n'y prend garde, à des reconstructions expéditives, pouvant n'avoir aucun rapport avec la réalité.

836. «C'est précisément ce que nous aurions espéré comme réaction à la note de M. Eddy. Nous avons critiqué M. Eddy pour ne pas avoir attiré l'attention, dans cette note, sur la préoccupation exprimée par les membres du SEAC au sujet des jeunes victimes de la MCJ. En dépit de cela, nous considérons que le contenu de sa note aurait dû mettre en alerte, sur le mode décrit par M. Carden. Elle ne le fit pas. **Le souvenir de M. Carden sur la réaction à la note de M. Elly est faux.** Quelle que soit l'impression que fit la note de M. Eddy sur ceux qui la lurent, **elle ne conduisit aucun d'entre eux à engager quelque action que ce fût.**»

837. «En dépit des insuffisances dans la note de M. Eddy, à la lecture de cette note, M. Hogg et Mme Browning [*Parliamentary Secretary*] auraient dû chercher à en discuter les implications avec M. Packer [*MAFF Permanent Secretary*], M. Carden et M. Meldrum [*CVO*]. De même, à la lecture de cette note, ces fonctionnaires, après discussion entre eux, auraient dû soulever ses implications avec Mme Browning et M. Hogg. Chacune de ces cinq personnes aurait dû considérer l'action qui aurait été requise au cas où les scientifiques indiqueraient que l'ESB avait probablement été transmise à l'homme, et elles auraient dû reconnaître le besoin, pour le ministère de l'Agriculture et le ministère de la Santé, de se poser conjointement la question de ses implications, par exemple en recherchant l'avis de Sir Kenneth Calman, et en établissant une discussion entre M. Hogg et M. Dorrell. **La note de M. Eddy semble avoir été traitée par tout le monde comme une information sur des sujets qui n'appelaient tout simplement ni action ni discussion.**»

838. «M. Hogg nous a dit, non sur la base de ses souvenirs mais d'une reconstruction, qu'il croyait qu'il devait avoir travaillé son plan des 30 mois pendant des mois, et en avoir discuté avec M. Packer [*Permanent Secretary* du ministère] et d'autres fonctionnaires. M. Packer donna à ce témoignage un support évasif quand il s'y référa en parlant de vagues souvenirs de discussions avec les ministres et d'autres sur la question du "what if?". **Nous sommes convaincus qu'il n'y eut aucune discussion de cette nature au sujet**

du plan des 30 mois. M. Hogg ne décida de rien là-dessus jusqu'à très peu de jours avant le 18 mars, lorsqu'il présenta le plan à ses fonctionnaires. **Il n'y eut aucune discussion entre M. Hogg et ses fonctionnaires avant le 8 mars** sur les options qu'il faudrait considérer au cas où il serait prouvé que l'ESB avait été transmise à l'homme.»

839. «**La situation fut exactement la même au ministère de la Santé.** Sir Kenneth Calman [CMO] dit clairement qu'il ne fut pas lui-même impliqué dans quelque planification d'urgence ou des discussions avant mars 1996. Il ajouta :

“Après la réunion en février, clairement, les deux ministères de la Santé et de l'Agriculture, tout particulièrement à travers la Division du Dr. Rubery [*Head of Health Aspects of the Environment and Food Division*], ont et ont dû examiner ces questions ; et, à l'évidence, les ministres ont dû être informés, comme ils le sont toujours quand les choses changent”.»

840. «Le Dr. Rubery, supérieur du Dr. Wight [Ministère de la Santé, observateur au SEAC] nous a dit qu'elle était préoccupée par les cas de MCJ chez les personnes jeunes. Elle parla de réunions fréquentes avec le Dr. Roger Skinner, *Principal Medical Officer* au ministère de la Santé, qui traduisaient ses inquiétudes croissantes et celles de son Département au sujet de ces cas. Elle dit que cette inquiétude se traduisit aussi par “de nombreuses discussions informelles avec le Dr. Wight, le Dr. Skinner, le Dr. Metters [*Deputy Chief Medical Officer*], le CMO et le *Permanent Secretary*”, bien qu'elle ne pût se souvenir d'aucun détail supplémentaire sur ces réunions informelles. **Nous sommes convaincus que le souvenir du Dr. Rubery datant ces réunions de février est faux. Le ministère de la Santé n'était pas en état d'alerte au sujet des implications de ces cas avant mars. M. Dorrell ne fut même pas avisé des conclusions rapportées au SEAC lors de sa réunion de février.** Le Dr. Metters nous a fourni un témoignage écrit après son intervention dans la phase 2 de l'enquête [...], dans lequel il fait référence à des discussions – qui seraient intervenues à la mi-février, avec le *Permanent Secretary* et Sir Kenneth Calman [CMO] – portant sur des options concernant la prévention, le soin, le traitement. **Nous ne croyons pas que ces discussions puissent s'être tenues avant mars.**»

841. «M. Carden déclara que les ministères de l'Agriculture et de la Santé étaient en relations étroites tant à l'échelon administratif qu'à l'échelon ministériel, à toutes les phases. Nous avons découvert **qu'il n'y avait eu aucune discussion interministérielle** portant sur les possibles implications de conclusions de la CDJSU [Unité de Surveillance de la MCJ] tant au mois de janvier qu'au mois de février. **En vérité, les ministères ne semblent pas avoir commencé à travailler ensemble pour prendre en charge ces questions avant la réunion convoquée par Sir Kenneth Calman, le 13 mars. Et même à ce moment-là, M. Hogg se décida sur la réponse qu'il considérait comme appropriée sans en référer à M. Dorrell [ministre de la Santé] ou à Sir Kenneth Calman [Chief Medical Officer].** Quand nous lui avons demandé s'il n'aurait pas dû discuter le plan des 30 mois avec M. Dorrell, il répondit : "Non, pardonnez-moi, la règle des 30 mois me revenait ; c'était ma politique ; c'était quelque chose qui relevait du ministère de l'Agriculture".»

4) Pourquoi une telle inertie ? Une esquivance du politique, qui se mit à la remorque des experts

842. «Nous avons déjà exprimé le jugement que les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture et les ministres auraient dû consulter Sir Kenneth Calman quand ils eurent connaissance du contenu de la réunion du SEAC en février. De même, nous considérons que lorsque Sir Kenneth et le Dr. Metters reçurent la note du Dr. Wight sur cette réunion, bien qu'elle ait été rédigée en termes anesthésiants, ils auraient dû lancer des discussions avec les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture pour discuter des implications des nouvelles données, et Sir Kenneth aurait dû alerter M. Dorrell.»

843. «Quelle fut la raison de l'inertie de la part des deux ministères avant mars ? M. Carden donna la réponse suivante, quand on lui demanda pourquoi il n'y avait pas eu de contact entre le ministère de l'Agriculture et le ministère de la Santé après la réunion du SEAC le 1^{er} février : "Je pense que les deux ministères auront attendu du SEAC qu'il apporte une vue scientifique plus ferme".»

844. «Ce n'était pas uniquement la vue scientifique du SEAC que les deux ministères attendaient. Pour 1996, la pratique s'était fermement établie d'attendre du SEAC qu'il conseille sur les décisions politiques – à un degré tel que l'on en était arrivé à déléguer ces décisions au SEAC. Des témoins nous ont dit que le Gouvernement n'aurait pas accepté de prendre une décision sans l'avis du SEAC, la planification d'urgence était considérée comme une perte de temps aussi longtemps que l'avis du SEAC n'avait pas été reçu.»

845. «Attendre le SEAC n'était pas une stratégie satisfaisante pour examiner les options politiques. Le choix entre ces options ne se résumait pas simplement à des questions inscrites dans les domaines d'expertise du SEAC. Des considérations politiques plus larges devaient être prises en compte ; ces considérations auraient pu être identifiées et discutées, dans le cadre d'une action d'urgence, en février. De même, il n'y avait aucune raison pour ne pas demander au SEAC de considérer diverses options qui pourraient être adoptées pour réduire le risque de transmissions supplémentaires, et l'on pouvait demander au SEAC ses commentaires sur leur efficacité.»

Notes VIII

¹ Ce qui fut le cas d'Hydroquébec, notamment, dans l'affaire des pluies verglaçantes de 1998 au Québec. Voir : Patrick Lagadec, "Tempête de Verglas, Québec, Janvier 1998", *Préventique-Sécurité*, n° 49, janvier-février 2000, p. 38-41.

² Ce qui n'est pas pour rien dans le rejet du domaine. Comment faire tolérer à un esprit rationnel, rompu aux investigations de haute volée, qu'en situation extrêmement sérieuse on puisse assister : à la paralysie des étages exécutifs, à la disparition de services d'intervention essentiels, au blocage des relations entre acteurs, à des décisions dont on ne sait pas qui a bien pu les prendre, à des consensus instantanés sur des théories et des chiffres dont on ne parviendra jamais à localiser ni l'origine ni la rationalité, à des prises de positions publiques suicidaires, etc. Très généralement, ce type de problème est jugé trop peu sérieux, trop impossible

et pour tout dire offensant pour être pris en considération (comme si la médecine ne s'occupait que de l'amélioration des performances des sportifs de haut niveau). Le problème de l'analyse des crises est précisément de prendre en charge ces tétanisations politiques, organisationnelles, techniques et intellectuelles (ce qui s'apparente à la situation de réanimation lourde) – et cela en dépit de tous les refus opposés à des investigations de cette nature.

³ Si un travail d'apprentissage était engagé, il pourrait être instructif de demander aux acteurs de s'entraîner ainsi à rédiger des messages d'alerte garantissant... la non-mobilisation des destinataires.

⁴ Des risques pour la santé ou bien des implications économiques ?

⁵ Le rapport ne donne pas, tout au moins dans le volume 1, de précisions plus fines sur ce point étonnant : c'est le ministre en charge qui suggère de saisir la justice sur le comportement des pouvoirs publics.

⁶ Les experts autres que britanniques participant à cette réunion furent particulièrement intrigués par le retrait soudain de leurs homologues : une fois encore, une logique de secret, qui contredit le jugement général du rapport indiquant que seuls les six premiers mois donnèrent lieu à restriction d'information.

IX – DES DIFFICULTÉS RÉSISTANTES

A côté de réelles fuites devant la difficulté, qui se manifestent aussi bien par des aveuglements, des omissions que par des conclusions trop confortables, on trouve de réels problèmes sur lesquels on bute et qui ne comportent aucune réponse simple – sauf après coup. L'enjeu doit être de se libérer au mieux des pathologies de base, pour ne maintenir dans le champ opératoire que les problèmes véritablement résistants.

1. Les grandes surprises

Une première difficulté est évidemment celle de la surprise très forte qui peut déboucher sur des problèmes opérationnels démesurés. Dans ce dossier, il y eut ainsi : le fait que la maladie présentait des caractéristiques intrinsèquement piégeantes ; la découverte que l'échelle du mal n'était pas du tout celle que l'on avait à l'esprit ; le problème de la quantité minimale qui pouvait suffire à contaminer – non pas de “grandes quantités”, mais quelque chose de l'ordre du gramme ou du demi-gramme. Dans les trois cas, on était totalement en dehors des schémas mentaux s'imposant spontanément.

108. «Il y a eu toute une série de facteurs qui ont rendu inévitable que, quelles que soient les mesures prises en réponse à son apparition, l'ESB se développe en désastre :

– la maladie avait une période d'incubation de cinq années en moyenne ;

- la maladie tendait à ne frapper qu'un seul animal par troupeau ;
- la maladie avait des signes cliniques semblables à nombre d'autres maladies dans les troupeaux ;
- la maladie ne pouvait être diagnostiquée avant l'apparition de signes cliniques ;
- la maladie était transmissible à l'homme, mais avec une période d'incubation bien plus longue que pour le bétail.»

109. «Ces facteurs ont eu les conséquences suivantes :

- l'émergence de la maladie a bien pu rester non détectée pendant dix ans ou plus à partir du premier cas ; un éleveur n'allait pas demander d'analyse pour un cas isolé. C'est seulement quand, par coïncidence, plusieurs cas se présentèrent dans une même ferme, que la pathologie put être identifiée ;
- avant ce moment où l'ESB fut identifiée comme nouvelle maladie, jusqu'à 50 000 bêtes avaient probablement été infectées ;
- et, durant ce laps de temps, il est probable que quelques-unes des victimes humaines avaient été infectées ;
- il a fallu attendre près de dix ans, après que l'ESB ait été identifiée comme une nouvelle maladie dans les troupeaux, pour que succombent les premières victimes humaines, montrant ainsi, contrairement à ce qui était attendu, que le mal était transmissible à l'homme.»

110. «Étant donné la pratique du poolage et du recyclage des restes d'animaux dans l'alimentation du bétail, pareille séquence d'événements ne pouvait que se développer à partir des premiers cas d'ESB. Il était inévitable que, quelles que soient les mesures prises, des milliers et des milliers de bovins succombent à la maladie dans les années qui allaient venir. Il était inévitable que, si les humains étaient sensibles à la maladie, certains d'entre eux soient infectés avant même que l'existence de la maladie ait été suspectée.»

534. «Au moment où le dispositif d'abattage et d'indemnisation fut introduit, on s'attendait à ce qu'il s'applique à environ 60 bêtes par mois. Au pic de l'épidémie d'ESB, 8 000 cas suspects furent déclarés en un seul mois.»

1195. «[...] le résultat de l'expérimentation du Laboratoire Vétérinaire Central, qui montra, à la fin de 1994, qu'un seul gramme avait pu transmettre l'ESB par voie orale, causa une énorme surprise et inquiétude.»

Deux remarques doivent être faites. D'une part, des milieux mieux préparés seraient bien plus à l'aise pour approcher et traiter les grandes surprises. Le rapport montre bien, sur le point du "gramme", que l'information était bel et bien disponible, depuis des années, et dans le laboratoire le plus officiel.

1195. «Exemple supplémentaire des conséquences néfastes d'une information insuffisante : la question de la dose contaminante minimale pour le bétail. À la fin de 1990, des résultats provisoires des travaux de l'Unité de Neuro-pathogénèse (NPU) sur la transmission de l'ESB au mouton et à la chèvre avaient indiqué qu'un gramme seulement de matériau infecté avait suffi à infecter un mouton. Si les scientifiques de la NPU avaient été interrogés en 1988, ils auraient indiqué que la quantité de matière suffisante pour une transmission par voie orale à un veau pouvait fort bien être très faible.»

D'autre part, l'enjeu majeur des crises aujourd'hui est bien que nous sommes confrontés à de véritables surprises. La question restera très délicate. Cela devrait appeler à des engagements déterminés en matière de préparation, non pas seulement à la "gestion" des crises, mais bien au pilotage en univers de surprises fondamentales.

2. Le traitement des signaux non conventionnels

La commission relève que l'on a bien eu des signaux indiquant que les choses n'étaient pas dans un ordre aussi favorable que ne le laissent percevoir les rapports officiels. Mais ces signaux provenaient de sources non officielles – et ces données non officielles furent écartées.

Certes, il ne s'agit pas de prendre pour signal d'alarme indiscutable tout signal pourvu qu'il soit non officiel mais, en ces matières, il est indispensable de développer des cultures de veille infiniment plus ouvertes. Bien sûr, il ne s'agit pas de déclencher des mobilisations générales sur tout signal faible, mais il faut être attentif aux convergences ou aux répétitions de signaux non conventionnels. Les indications du rapport Phillips montrent clairement que des insuffisances de culture de crise conduisent assez directement au fiasco.

La difficulté est que le traitement des signaux faibles dépend aussi, dans une très large mesure, des hypothèses fondamentales sur lesquelles reposent les cadres d'interprétation de la situation.

477. [...] «Les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture recevaient régulièrement des rapports en provenance de sources non officielles qui, contrairement aux rapports établis par le VFS [*Veterinary Field Service*] indiquaient que l'interdiction des MRS était contournée. Doit-on critiquer ces fonctionnaires pour ne pas avoir réagi avec plus de rigueur à ces rapports ? Leur réaction fut constamment de renforcer les contrôles par le VFS, jusqu'à ce que, finalement, ses propres rapports confirment les rapports non officiels. Une fois encore, nous avons conclu que l'erreur de n'avoir pas répondu avec plus de netteté tient au fait de ne pas avoir concentré l'attention à l'origine sur la possibilité qu'une très petite quantité de matériaux infectés pourrait suffire à transmettre l'ESB aux bovins. Les années passant sans cas de transmission d'ESB aux porcs et à la volaille, il a dû devenir de plus en plus vraisemblable que les inquiétudes qui avaient conduit à l'interdiction des abats bovins spécifiés pour la nourriture des animaux n'étaient pas fondées.»

478. «Quand, en 1994, on perçut que des insuffisances dans la mise en œuvre de l'interdiction des abats bovins spécifiés pour la nourriture des animaux étaient probablement à l'origine de l'infection du bétail, M. Bradley du CVL [Laboratoire Vétérinaire Central] tira la conclusion suivante : “Nous devons rapidement et efficacement réexaminer et, si nécessaire, améliorer la politique des contrôles tout à la fois via le ministère de l'Agriculture et via les autorités locales”. Nous croyons que M. Meldrum [*Chief Veterinary Officer*] et ses collègues parvinrent à la même conclusion. Doivent-ils être critiqués pour ne pas être parvenus à cette conclusion plus tôt ? Une fois encore, nous avons conclu que l'erreur de ne pas avoir répondu plus positivement fut attribuable à cette **erreur originelle : ne pas avoir exploré la question de la quantité minimale qui pouvait infecter. On commit donc l'erreur de ne pas se concentrer sur les questions de contamination croisée** au moment de l'interdiction. En raison de cette erreur, nous ne considérons pas que la manière dont les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture ont exercé leur rôle politique sur l'interdiction des farines contenant des MRS, tombe hors du périmètre des réponses acceptables.»

3. Décision, incertitude

Le rapport permet notamment d'examiner deux questions.

1) *Les limites des mesures prises "au petit bonheur la chance"*

Nous savons que, dans les situations de rupture, attendre d'avoir les preuves voulues pour justifier une ligne de conduite a toute chance de conduire au fiasco. Toutefois, travailler "au petit bonheur la chance" porte aussi en germe bien des difficultés – et cela même si l'intuition s'avère finalement juste. On retiendra avec intérêt les remarques suivantes du rapport.

538. «À partir du 13 novembre 1989, les tissus des animaux malades mais en phase pré-clinique et très vraisemblablement porteurs de la maladie n'auraient plus dû servir dans l'alimentation humaine. Ce jour-là en effet, fut décidée une interdiction de leur usage pour la nourriture destinée à l'homme ("l'interdiction des MRS dans l'alimentation humaine"). L'introduction de cette interdiction, à une époque où la plupart des gens considéraient comme hautement improbable que l'ESB puisse se transmettre à l'homme, fut l'une des mesures les plus perspicaces introduites en réponse à l'ESB – ou, plus exactement, elle aurait pu l'être si elle avait été prise sur la base d'une prévoyance effective. **Mais le processus qui conduisit à son introduction était fortuit, et non pas le résultat d'une évaluation de risque rigoureuse.** [...] Est-ce que cela avait de l'importance que le processus fût de type "au petit bonheur la chance" ? Nous pensons que oui. Tout d'abord, cela conduisit à des retards. En second lieu, cela ne permit pas de souligner l'importance de la mesure, ce qui ne dicta pas sa mise en œuvre rigoureuse.»

2) *La dissymétrie existant entre les autorités et les lanceurs d'alertes.*

Pour les autorités, la règle de base en matière de risque non avéré est de s'assurer qu'il y a bien lieu d'intervenir. Et cette quête de rationalité de l'action devient d'autant plus forte que les enjeux apparaissent importants. La situation la plus inconfortable est la suivante : on est confronté à un risque tenu pour probablement inexistant ou à tout le moins extraordinairement faible ; toute mesure de limitation de ce risque hypothétique s'avérerait d'un coût

démesuré et pourrait donner lieu à des effets en chaîne redoutables ; il y a une pression immédiate ou potentielle forte pour agir. Attendre, et c'est le risque de fiasco. Agir et c'est le risque probablement fréquent, de sur-réactions intempestives.

De son côté, le lanceur d'alertes n'est pas obligé d'attendre que toutes les preuves aient été réunies : une erreur sur un dossier (le risque se révélant finalement nul) n'est sans doute pas bien grave pour lui. Il n'y a pas de solution simple à ce problème que les décideurs rencontrent de plus en plus fréquemment.

Le rapport Phillips donne un exemple intéressant de ce type de problème lorsqu'il examine les alertes autour des premiers cas de MCJ. Ils seront décodés à l'extérieur des cercles officiels comme signaux d'un passage de l'ESB à l'homme. Certes, il sera établi plus tard que ce n'était probablement pas déjà le cas avec ces premiers indices. Mais les lanceurs d'alertes l'emportent finalement si l'on considère la dynamique des événements. Ils avaient peut-être tort sur ces cas, mais la question du passage à l'homme se posait bel et bien. Et la logique fondamentale de la réponse des autorités ne pouvait bien sûr que conforter le succès des lanceurs d'alertes.

719. «Le 6 mars 1993, *The Lancet* publia un article du Dr. Will [Directeur de l'Unité de Surveillance de la MCJ] sur le premier cas de MCJ rapporté chez un éleveur de vaches laitières. Il était mort au mois d'octobre précédent. Il y avait eu un cas d'ESB dans son troupeau. L'article conclut "qu'un lien causal avec l'ESB serait purement hypothétique". Les médias, naturellement, développèrent l'hypothèse qu'il pourrait y avoir un lien entre ce cas et l'ESB.»

720. «Le 11 mars, le CMO [*Chief Medical Officer*] publia une déclaration. Elle réitéra l'assurance, donnée en 1990 par son prédécesseur, Sir Donald Acheson, que le bœuf était sans danger, et sur laquelle nous avons émis des critiques.»

Pour sortir de ces dilemmes, une voie s'impose : ouvrir largement les cercles d'acteurs dans le pilotage de ce type de problème. Et cela en se dégageant du modèle des autorités qui consultent leurs experts, attendent d'avoir des indices sérieux et concordants et, plus encore, des solutions pour envisager une information "rassurante" vers l'externe.

3) *Les limites de la “gestion de crise” : pas de recette miracle*

a) Des avantages certains d’une meilleure compétence

846. «La décision politique majeure prise le 20 mars se révéla, presque immédiatement, non viable. L’option du désossement n’était pas acceptable pour le marché, elle n’était pas non plus praticable. Cette option fut recommandée par le SEAC, soumis à pression énorme, et fut instantanément adoptée par le Gouvernement, sans aucun laps de temps pour examiner ses implications. M. Hogg adopta la position qu’il n’était pas possible de faire l’hypothèse d’une conduite adéquate des opérations dans les abattoirs pour garantir la sécurité de l’alimentation. Il voulait “ la ceinture et les bretelles ”. Les supermarchés adoptèrent la même position. Si le ministère de l’Agriculture, avec l’assistance du SEAC, avait commencé à examiner des options en février dans le cadre d’une réponse d’urgence, il est au moins possible que **l’on aurait anticipé les problèmes** liés à l’option du désossement – problèmes qui obligèrent à revenir sur cette option dès l’instant même où elle fut adoptée.»

847. «Lorsque M. Dorrell fit sa déclaration au Parlement, il fut incapable de répondre à une question évidente. Les enfants étaient-ils plus sensibles que les adultes à l’ESB ? Tout ce qu’il put dire fut qu’il avait demandé au SEAC d’apporter son avis sur ce point. Finalement, le SEAC rendit un avis au terme duquel il n’y avait aucune raison de croire que les enfants étaient sensibles de façon spécifique. Une action d’urgence aurait dû conduire à **anticiper cette question**. On aurait pu demander au SEAC d’y répondre. Si son avis avait été sollicité avant le 20 mars, les parents auraient pu être rassurés plutôt qu’inquiétés.»

b) Des questions

848. «Il y a une question plus fondamentale. Certains considèrent que le plan des 30 mois était une sur-réaction et que le risque d’une transmission de l’ESB à l’homme aurait été convenablement traité par la recommandation du SEAC, le désossement. Nous nous sommes demandé si l’annonce du 20 mars aurait produit un choc moindre :

- si la communication sur le risque au public n’avait pas souffert des défauts que nous avons décrits ;
- si les CMO successifs et le SEAC avaient clairement indiqué qu’ils avaient

des préoccupations croissantes au sujet d'une transmission possible de l'ESB à l'homme, et sur le fait que certaines personnes pouvaient avoir été contaminées avant l'introduction des diverses mesures de précautions prises ;
– si les responsables qui commentaient le risque avaient franchement indiqué que les cas de MCJ chez les éleveurs et les personnes jeunes étaient source d'inquiétude, plutôt que de souligner qu'il était sans danger de manger du bœuf.

Le public aurait-il accepté que la recommandation du SEAC sur le désossement soit une réponse adéquate et, de ce fait, les animaux âgés de plus de 30 mois, après désossement, auraient-ils pu continuer à être vendus et consommés ?»

c) Des avancées à rechercher

849. «Nous n'avons aucun doute sur le fait que, si une approche de la communication sur le risque telle que suggérée ici avait été appliquée, l'annonce du 20 mars aurait constitué un choc moindre, et que le public n'aurait pas ressenti qu'il avait été trompé sur le risque représenté par l'ESB.»

d) Mais de véritables difficultés

849. «Mais nous ne pensons pas que le résultat aurait été différent. En mars 1996, il n'était pas clair que l'interdiction des abats bovins spécifiés pour la nourriture des ruminants avait stoppé la propagation de la maladie chez les bovins. Personne ne savait ou ne pouvait calculer avec assurance combien de bêtes infectées de façon pré-clinique entraient dans la chaîne alimentaire. L'amélioration des pratiques dans les abattoirs en matière de retrait des MRS n'était pas claire. Nous pensons que le public aurait partagé la réaction de M. Hogg : "la ceinture et les bretelles". Même aujourd'hui, après quatre années, et alors que l'on peut bien mieux évaluer ces questions, le plan des 30 mois reste en vigueur.»

4. La proportionnalité des mesures de précaution

Il y a accord aujourd'hui sur le fait d'introduire le principe de précaution lorsqu'il faut décider en situation de forte incertitude sur les risques¹. La difficulté est de se prononcer sur la proportionnalité des mesures si l'on ne veut pas de passage aux extrêmes à tout moment. A priori, cette proportionnalité doit s'entendre de trois manières² :

- en fonction de la gravité du danger, appréhendée à partir d’hypothèses et de scénarios jugés scientifiquement plausibles (toute conjecture énoncée par un scientifique ou un expert ne peut pas être tenue pour plausible) ;
- en fonction du degré de consistance et de plausibilité scientifiques (notion de graduation) des hypothèses : les autorités ne peuvent pas attribuer à une simple conjecture théorique qui ne s’appuie sur aucune donnée empirique ou aucun travail de modélisation le même effet pratique que des hypothèses plausibles qui, bien que non démontrées, sont étayées par un faisceau d’indices empiriques ou un ensemble convergent de travaux de modélisation ;
- en fonction des conséquences économiques et sociales des mesures de précaution envisageables : interdire des biens difficilement remplaçables dans des usages essentiels n’a pas la même signification que l’interdiction de produits pour lesquels il existe des substituts.

Au surplus, pour apprécier cette proportionnalité, il ne suffit pas de prendre en compte les éléments de connaissance et d’ignorance scientifiques : il faut encore intégrer des facteurs opérationnels concernant l’applicabilité effective des mesures envisagées³, leur acceptabilité, etc. Les choix philosophiques, les connaissances théoriques, la définition de schémas généraux de réponses ne sont qu’une partie du problème.

Le rapport Phillips permet de nourrir la réflexion sur cette difficile question.

1) La question des délais de grâce dans l’utilisation des stocks en matière d’alimentation animale

Fallait-il tout interdire dans l’heure, fallait-il autoriser l’épuisement des stocks, fallait-il trouver un compromis ?

201. [Résumé] : le 19 mai 1988, le ministre de l’Agriculture décida que l’on devait interdire l’introduction de viande de mouton dans les aliments destinés aux ruminants. Puis, il fut décidé que cela devait concerner toute protéine animale. Une loi établit cette interdiction les 10-14 juin 1988.

204. «La question se posa, au cours de la consultation, de savoir à quel moment l’interdiction devait prendre effet. Après consultation de ses membres, l’UK Agricultural Supply Trade Association (UKASTA) demanda une période de grâce de 3 mois de façon à permettre à l’industrie de sortir des réseaux de

distribution tous les stocks d'aliments qui avaient déjà été fabriqués. Après avoir pris conseil auprès des vétérinaires du ministère de l'Agriculture, le fonctionnaire du ministère de l'Agriculture qui était en charge de l'application de la loi proposa un délai de grâce de deux mois. Le bureau de presse du ministère de l'Agriculture fut d'avis qu'un délai aussi long conduirait à des accusations concernant le risque d'extension du mal au seul motif de rendre la vie plus confortable à l'industrie. Le ministre, sur l'avis [du haut fonctionnaire responsable du groupe de santé animale], accepta un compromis et décida que l'interdiction prendrait effet le 18 juillet – cinq semaines après la date de la loi.»

205. «Au début, nous avons mis en question l'octroi de cette période de grâce, mais nous avons finalement conclu que nos réserves relevaient du syndrome de la sagesse après coup. L'un des vétérinaires du ministère de l'Agriculture impliqué dans la préparation de l'interdiction nous expliqua ses raisons pour juger qu'un délai de grâce de deux mois était tout à fait acceptable d'un point de vue vétérinaire. Sur la base de l'information alors disponible, il ne lui apparut pas qu'un tel délai pût faire une grande différence. L'industrie avait été exposée à la nourriture contaminée depuis 380 semaines. Quelques semaines de plus ne feraient pas une grande différence.»

206. «En juin 1988, les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture espéraient, sur la base des conseils de M. Wilesmith [Chef du Département d'Epidémiologie du Laboratoire Vétérinaire Central], que le taux d'infection devait s'être stabilisé à environ 60 cas par mois. Le fonctionnaire en charge de l'application de la loi considéra que si aucune période de grâce n'était accordée, les éleveurs et l'industrie auraient dans un premier temps ignoré l'interdiction. Nous trouvons que ces arguments ne manquent pas de force et avons conclu que le compromis sur la période de grâce décidée par le ministre ne pouvait être critiqué. Si l'on avait compris que les bovins étaient contaminés au taux de milliers de cas par semaine, nous n'avons aucun doute qu'une approche très différente aurait été adoptée.»

2) *Proportionnalité et rigueur des contrôles*

Le rapport Phillips revient de façon précise également sur les politiques de sécurité appliquées au maillon de la chaîne qui, très tard, allait se révéler

critique : celui de la transformation des viandes. Le point d'ignorance qui, quand il va s'éclaircir [tout au moins si l'on suit la commission], va entraîner des ruptures considérables, est celui de la quantité minimale de matériaux contaminés que doit consommer un bovin pour contracter la maladie. Là encore, les connaissances acquises, les représentations spontanées, le bon sens sont pris en défaut. Et là encore, la commission d'enquête prend un très grand soin à ne pas incriminer à la hâte les responsables concernés.

479. «L'affaire soulève deux problèmes fondamentaux :

- Aurait-il fallu interdire dès l'origine l'alimentation de tous les animaux avec des farines carnées ? Dans la négative,
- Aurait-il fallu imposer dès l'origine l'exigence d'un traitement des MRS [Matériaux à risques spécifiés] dans des installations spécialisées ?»

480. «La pratique d'alimentation des animaux avec des protéines animales fut examinée, dans le contexte de l'ESB, par le *Southwood Working Party*, par le SEAC et par le *Lamming Committee [Expert Group on Animal Feedingstuff]*, créé en 1991]. Aucun de ces comités d'experts ne considéra que ces pratiques devaient être arrêtées, ni même que la pratique consistant à donner des protéines de ruminants aux porcs et à la volaille dût être stoppée. L'interdiction totale de donner à consommer des farines carnées aux animaux, qui fut imposée suivant la recommandation du SEAC en mars 1996, fut une réaction, et une réaction raisonnable, à l'horreur de la découverte que l'ESB était probablement transmissible à l'homme. La conséquence de cette interdiction fut de faire passer les transformateurs d'un statut de producteurs de sous-produits pouvant être valorisés au statut d'industriels de traitement de déchets. Nous ne considérons pas qu'il y a là un motif pour critiquer les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture, les ministres de l'Agriculture ni les experts conseils qui ne considérèrent pas cette mesure comme justifiée avant 1996.»

481. «Si l'on avait perçu que la présence dans les aliments d'une très petite quantité de matériau contaminant pouvait suffire à transmettre l'ESB, nous avons le sentiment que cela aurait dû conduire à la conclusion qu'il n'était pas judicieux d'utiliser la même installation pour traiter séquentiellement les MRS puis les abats destinés à être incorporés à l'alimentation animale. Nous avons déjà critiqué la non prise en considération, au moment de l'introduc-

tion de l'interdiction des abats bovins spécifiés pour la nourriture des ruminants, de la possibilité qu'une petite quantité pourrait infecter.»

482. «En raison de cette erreur, nous ne critiquerons pas les fonctionnaires du ministère de l'Agriculture pour n'avoir pas insisté sur le fait que les MRS devaient être traités dans des installations spécialisées. Le coût considérable que cela aurait représenté aurait pu raisonnablement être considéré comme disproportionné, si le seul motif de cette mesure avait été la protection des cochons et de la volaille contre ce qui n'était guère plus qu'un risque possible. Dès lors que les perceptions ont changé, en 1994, il faut féliciter M. Meldrum [*Chief Veterinary Officer*] pour avoir insisté sur le fait que l'on devait exiger des transformateurs qu'ils prévoient des installations dédiées s'ils étaient autorisés à traiter les MRS.»

3) Proportionnalité et univers instables

Le rapport Phillips permet d'ouvrir plusieurs champs de réflexion complémentaires.

a) Ne pas créer de situation où l'on a perdu toute marge de manœuvre

Il est clair que si l'on a attendu trop passivement la crise, on se condamne rapidement à ne plus pouvoir réfléchir en termes de proportionnalité : la montée aux extrêmes a toute chance d'emporter le décideur. On en a un exemple caractéristique lorsque, le 18 mars 1996, le retard dans l'action, la perte de crédit, l'accélération des événements ne laissent plus guère de marge de manœuvre. Certes, il faut encore éviter de faire "n'importe quoi", mais les déficits accumulés risquent de peser lourd.

819. «Le lundi 18 mars [1996], M. Hogg discuta avec ses fonctionnaires d'un plan d'action qu'il avait mis au point. Il suggéra qu'il devait y avoir une interdiction sur la vente de bêtes de plus de 30 mois [...]. Et M. Packer et M. Meldrum mirent en cause le fait que le plan des 30 mois était proportionné et plaidèrent contre toute action avant d'avoir reçu l'avis du SEAC.»

b) Ne pas oublier les effets en chaîne possibles

Ce fut notamment le problème dans le domaine des vaccins :

927. «Il y avait deux arguments principaux contre un retrait immédiat des stocks [de produits injectables]. Le premier était la difficulté de se procurer des stocks garantis “propres” pour maintenir le programme de vaccination ou pour apporter une médication vitale. Beaucoup de documents de l’époque soulignèrent la difficulté de remplacer les stocks du jour au lendemain. En particulier, la fabrication de vaccins était un processus exigeant du temps. Pour cette raison, on avait tendance à faire et à conserver des stocks pour un grand nombre d’années.»

908. «Le 13 février [1989], les fonctionnaires du ministère de la Santé se réunirent et se mirent d’accord pour conduire une étude par téléphone auprès de tous les fabricants de vaccins pour enfants [...].»

909. «Vingt-quatre heures après, le ministère de la Santé avait recueilli une masse utile d’informations. [...] Il en ressortait que, dans certains cas, il y avait des stocks considérables, décrits comme “importants”, “de cinq ans”, de “63 000 litres”.»

En restant sur le seul terrain du risque sanitaire, on ne peut pas, pour prendre en charge un risque hypothétique, oublier les risques certains qui seraient créés par un traitement du seul risque émergent. C’est un dilemme bien connu en matière de vaccination. D’autant plus d’ailleurs si, culturellement, l’acceptation de la vaccination reste fragile. Il faut des décennies pour assurer des comportements de sécurité, on peut les perdre aisément en déclenchant des turbulences.

929. «Le Professeur Asscher [Président du comité sur la sécurité des médicaments – CSM] nous dit que l’analyse “risques – avantages” sur les stocks de médicaments lui était apparu comparativement aisée à effectuer parce que le risque, selon le *Southwood Report*, était théorique, et parce que les vaccins étaient très importants pour protéger la santé humaine : “Le jugement du CSM était que le risque associé à l’interruption du programme de vaccination britannique était de loin plus élevé que le risque potentiel de transmettre l’ESB”.»

En univers instable, les cristallisations soudaines de l'opinion sont toujours possibles. C'est bien ce que ressentirent certains responsables britanniques.

928. «Le second argument était qu'une telle action risquait de déclencher une panique générale qui découragerait les parents de faire vacciner leurs enfants, comme cela était arrivé par le passé à la suite d'autres mouvements de 'panique'. En faisant part de son souci que le projet d'interdiction des abats de bovins ne soulève pas d'inquiétudes au sujet des produits pharmaceutiques, Sir Donald Acheson [CMO] nous déclara :

“J'avais à l'esprit un affaiblissement de l'acceptation du vaccin contre la coqueluche – affaiblissement marqué et général qui était déjà arrivé par le passé. Cette résistance avait fait suite à des déclarations publiques inexacts, faite par un scientifique, selon lesquelles l'administration du vaccin comportait un risque significatif d'encéphalite. D'un côté, j'étais conscient du fait que dans la période 1980-1988, en raison d'une vaccination incomplète de notre population d'enfants, il y avait eu **123 décès ayant eu pour cause les oreillons et 50 la coqueluche en Angleterre**, ainsi qu'un nombre bien plus élevé de maladies et de complications à long terme. **En regard, j'avais à prendre en considération le risque théorique d'une maladie mortelle**”.

1178. «Bien que la plupart de ceux qui étaient impliqués dans le traitement du dossier de l'ESB croyaient que l'ESB ne posait aucun risque pour l'homme et comprenaient que les données scientifiques à disposition indiquaient que la possibilité que le risque lié à l'ESB était théorique, ils ne firent pas confiance au public pour adopter une attitude aussi sereine. Les ministres, les fonctionnaires et tout autant les comités scientifiques, tous avaient peur que le public réagisse de façon irrationnelle à l'ESB. Au fur et à mesure qu'arrivaient les données au sujet de la maladie, la peur augmentait – peur que cela ne cause des inquiétudes disproportionnées, que les médias se jettent sur ces données, tout comme les scientifiques dissidents, pour en tirer argument en termes de menace de l'ESB pour l'homme, et que cela conduise à un problème de panique alimentaire ou, encore plus sérieux, à une panique sur la vaccination.»

Il faut avoir l'honnêteté intellectuelle de reconnaître l'existence de vrais problèmes décisionnels lorsque l'on se trouve face à des décisions susceptibles de provoquer des déclenchements de crises majeures, et que les éléments à disposition ne conduisent pas, de façon convaincante, à franchir le

pas. Le décideur est confronté à la situation décrite dans un proverbe chinois : “N’est-ce pas ici que, si je fais un demi-pas dans la mauvaise direction, je vais me retrouver à des milliers de kilomètres ?”.

Le rapport Phillips ne commet pas l’erreur de la reconstruction aisée après coup, de la polarisation sur le seul risque de l’ESB et l’oubli des autres risques.

930. «Nous avons pesé avec soin tous les éléments du dossier qui nous ont été communiqués. Il est clair que l’opinion dominante des experts médicaux à cette époque était que les stocks existants ne devaient pas être retirés immédiatement. Les fonctionnaires du ministère de la Santé acceptèrent cet avis et, selon nous, il était raisonnable qu’ils agissent ainsi. L’expérience avait montré qu’une vaccination incomplète des enfants conduisait à un nombre important de décès qui auraient pu autrement être évités.»

c) Pistes de progrès

Tout en ne versant pas dans l’irresponsabilité, le rapport Phillips souligne que l’on aurait pu piloter autrement le dossier. La première exigence est que l’analyse du risque soit extrêmement rigoureuse, et que l’on ne minore pas les messages non confortables.

921. «Le *Southwood Working Party* avait une préoccupation : éviter une rupture de stock sur les vaccins. Néanmoins, comme nous l’avons indiqué précédemment, il n’aurait pas dû permettre que son rapport donne de son évaluation du risque introduit par les produits médicaux une fausse impression. **Le message qui s’en dégageait était que le risque était théorique, même si aucune mesure corrective n’était prise.** Cette interprétation devint la référence conventionnelle tout à la fois au sein des ministères, dans les firmes pharmaceutiques et chez les autres acteurs hors pouvoirs publics.»

Le second point très délicat concerne la gestion de l’information publique autour de ce problème. L’examen du rapport Phillips est d’une grande finesse.

931. «La décision de ne pas retirer les stocks existants souleva immédiatement un autre dilemme, différent mais directement lié : la question du type d’information qui devait être donnée au public sur les risques associés à l’ESB et le maintien de l’usage des stocks de vaccin existants.»

932. «Le message préparé dans les divers argumentaires Questions/Réponses au moment de la publication du rapport Southwood était que le CSM [comité sur la sécurité des médicaments] et le *Southwood Working Party* étaient d'accord pour dire que le risque de transmission de l'ESB via les produits médicaux était théorique, et qu'il n'y avait aucune raison de mettre en question les stocks existants.»

933. «On avait peur que la publicité sur les mesures prises crée la situation même que l'on voulait éviter. Cela soulevait des questions tout à fois éthiques et pratiques, relevant du jugement plus que de l'expertise scientifique. **Nous pensons que les “paniques” au sujet des vaccins, comme les paniques alimentaires, ont toute chance d'être déclenchées par la croyance, de la part du public, que le dossier n'est pas totalement dévoilé. Une décision, sur un dossier spécifique, de ne pas donner toute l'information dans le but de ne pas inquiéter le public a toute chance de perpétuer, à long terme, la défiance qui conduit aux réactions alarmiste. Nous pouvons comprendre la tentation à court terme, dans le cas de l'ESB, de ne pas dire au public qu'il y avait un certain degré de préoccupation concernant les vaccins. Si l'on prend la vue à long terme, cependant, nous croyons que la politique donnant au public toute l'information sur le risque, même sur le seul terrain pragmatique, est bien la ligne correcte à suivre – qu'il s'agisse de nourriture, de vaccins ou de n'importe quel domaine de risque potentiel. Si nous sommes dans le vrai, l'exigence éthique doit aussi être une exigence d'ouverture.»**

On voit ainsi se dégager une nouvelle ligne de réflexion dans les retours d'expérience. Alors que le travail a consisté le plus souvent, jusqu'à présent, à identifier les points appelant progrès - au regard des connaissances déjà acquises en matière de prévention des risques et de conduite des dynamiques de crises, il faudra à l'avenir accorder une attention forte et spécifique à ce que nous avons nommé ici, en les sortant du fil du rapport pour leur accorder un traitement spécial, “Difficultés résistantes”. Ces difficultés ne sont pas susceptibles de corrections déjà connues. C'est bien sur ces “difficultés résistantes” que les échanges seraient les plus féconds ; ce sont bien elles qui doivent retenir prioritairement l'intérêt des dirigeants et des chercheurs.

Notes IX

¹ La loi française 95-101, dite loi Barnier, de renforcement de la protection de l'environnement définit le principe de précaution comme le principe *selon lequel l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement, à un coût économiquement acceptable*".

² Je dois ces distinctions à O. Godard (2001), "Le Principe de précaution, entre débats et gestion des crises", *Regards sur l'actualité*, (à paraître).

³ On doit distinguer ici entre le risque théorique, reflétant les connaissances scientifiques fondamentales, et le risque réel résultant du déploiement du risque théorique dans différentes configurations incorporant des imperfections plus ou moins fortes dans l'application de mesures publiques de prévention ; voir O. Godard (2001), "Risque théorique et risque réel", *La Recherche*, (339), février 2001, p. 86.

ANNEXE : EXECUTIVE SUMMARY

1. «Conclusions essentielles

– L'ESB a causé une maladie mortelle épouvantable pour l'homme. Au moment où nous signons ce rapport, le nombre de personnes décédées ou mourantes, jeunes pour la plupart d'entre elles, est supérieur à 80. Elles et leurs familles ont terriblement souffert. Des familles, dans l'ensemble du Royaume-Uni, se demandent si le même destin les attend.

– Une industrie vitale a reçu un coup brutal, infligeant des maux sévères à des dizaines de milliers de gens pour qui l'élevage est leur mode de vie. Ils ont vu mourir ou abattus et détruits plus de 170 000 de leurs animaux, sans compter l'abattage de précaution et la destruction d'un nombre de bêtes bien plus élevé encore.

– L'ESB s'est développée en épidémie comme conséquence de pratiques d'élevage intensif – le recyclage de protéines animales dans l'alimentation du bétail. Cette pratique, poursuivie sans difficulté depuis des décennies, s'est révélée être une recette pour un désastre.

– Dans les années qui ont précédé mars 1996, la plupart de ceux qui furent responsables de la réponse au défi posé par l'ESB méritent considération. Cependant, il y eut un certain nombre d'insuffisances dans la façon dont les choses ont été faites.

- Au cœur de l’affaire de l’ESB, il y a la question de la gestion du risque - un risque connu pour le bétail, un risque inconnu pour l’homme. Le Gouvernement prit des mesures pour traiter les deux risques. Ce furent des mesures intelligentes, mais elles ne furent pas toujours appliquées et imposées à temps et de façon adéquate.
- La rigueur avec laquelle les mesures furent appliquées pour la protection de la santé humaine fut affectée par la croyance de beaucoup de gens, avant le début de 1996, que l’ESB n’était pas une menace potentielle pour la vie humaine.
- Les pouvoirs publics furent soucieux d’agir dans le meilleur intérêt de la santé humaine et animale. À cette fin, ils recherchèrent et suivirent les avis d’experts scientifiques indépendants – parfois même lorsque l’on aurait pu parvenir à des décisions plus rapidement et de façon satisfaisante en interne.
- Dans le traitement de l’ESB, la politique du ministère de l’Agriculture [MAFF] ne fut pas de pencher en faveur des producteurs agricoles au détriment des consommateurs.
- De temps à autre, des responsables ont montré une absence de rigueur lorsqu’ils avaient à considérer la traduction concrète d’une ligne politique, et cela au détriment de l’efficacité des mesures arrêtées.
- De temps à autre, les processus bureaucratiques se traduisirent par des retards inacceptables dans la mise en œuvre des politiques.
- Les pouvoirs publics prirent des mesures pour assurer une protection contre le risque de l’ESB, qui pouvait être une question de vie ou de mort non seulement pour le bétail mais aussi pour l’homme. Mais cette possibilité d’un risque pour l’homme ne fut pas indiquée au public ni à ceux dont c’était le métier de mettre en œuvre et de contrôler les mesures de précaution.
- Les pouvoirs publics n’ont pas menti au public au sujet de l’ESB. Ils crurent que les risques posés par l’ESB à l’homme étaient théoriques. Les pouvoirs publics étaient soucieux de prévenir une sur-réaction alarmiste à l’endroit de

l'ESB parce qu'ils croyaient que le risque était théorique. Il est maintenant clair que cette campagne de réassurance fut une erreur. Quand, le 20 mars 1996, le Gouvernement annonça que l'ESB était probablement passée à l'homme, le public ressentit qu'il avait été trahi. La confiance dans les déclarations des responsables publics au sujet des risques fut une victime supplémentaire de l'ESB.

– Des cas de nouveau variant de MCJ (nv-MCJ) furent identifiés par l'Unité de Surveillance de la MCJ [CJDSU] et la conclusion selon laquelle ces cas étaient probablement liés à l'ESB fut posée de façon aussi précoce qu'il était raisonnablement possible de le faire. Le lien entre l'ESB et le nv-MCJ est désormais clairement établi, même si le mode d'infection reste non clarifié.

2. L'identification de l'émergence de l'ESB

– Des bovins furent probablement infectés, de façon sporadique, dans les années 1970. Si certains vécurent suffisamment longtemps pour développer les signes de la maladie, ils ne firent pas l'objet de notification auprès du Laboratoire Vétérinaire Central (CVL), qui dépend du *State Veterinary Service* (SVS), ni d'enquête de la part de cet organisme.

– Le Département de Pathologie du CVL enquêta en premier lieu sur la mort d'une vache qui avait succombé de l'ESB au mois de septembre 1985, mais la nature de la maladie qui avait causé cette mort fut masquée par d'autres facteurs et ne fut pas reconnue à ce moment-là. Il n'y a pas lieu de critiquer cela.

– Le Département de Pathologie examina deux autres cas d'ESB à la fin de 1986 et identifia ces cas comme susceptibles d'être une Encéphalopathie Spongiforme Transmissible (TSE) chez les bovins. Il faut se féliciter de cette identification.

– Cette facette de l'histoire démontre tout à la fois les avantages et les limitations du système de surveillance passive opéré par le SVS.

3. La cause de l'ESB

– La collecte d'informations sur le développement de l'ESB fut empêchée dans la première moitié de 1987 par un embargo au sein du SVS visant l'information publique sur la nouvelle maladie. Cela n'aurait pas dû avoir lieu.

– Pour la fin de 1987, M. John Wilesmith, Chef du *CVL Epidemiology Department*, avait conclu que la cause des cas d'ESB qui étaient notifiés était la consommation de farines de viande et d'os qui étaient produites à partir de carcasses d'animaux et incorporées dans l'alimentation bovine. Cette conclusion était correcte. Elle a été produite avec une célérité qui mérite félicitations.

– Les conclusions suivantes de M. Wilesmith – conclusions provisoires qui furent généralement acceptées à ce moment-là comme une base pour l'action – étaient raisonnables mais fallacieuses :

– les cas identifiés entre 1986 et 1988 étaient des cas originels de l'ESB (c'est-à-dire des cas de première génération) ;

– la source de l'infection dans les FVO était les tissus dérivés de moutons infectés par la tremblante du mouton, maladie conventionnelle ;

– les FVO étaient devenues vecteurs de contamination parce que les méthodes de traitement, qui jusque-là inactivaient l'agent conventionnel de la tremblante, avaient été changées.

– Les cas d'ESB identifiés entre 1986 et 1988 n'étaient pas des cas originels ; ils n'étaient pas non plus le résultat d'une transmission de la tremblante. Ils étaient la conséquence du recyclage de bovins infectés eux-mêmes par l'ESB. L'agent de l'ESB fut disséminé par les FVO.

– L'ESB eut probablement pour origine une source nouvelle dans le début des années 1970, peut-être une vache ou un autre animal, qui développa la maladie comme conséquence d'une mutation génétique. L'origine de la maladie ne sera probablement jamais connue avec certitude.

– La théorie selon laquelle l'ESB résultait de changements dans les méthodes de transformation n'a aucune validité. Les méthodes de transformation n'ont jamais été capables d'inactiver complètement les TSE.

– La théorie selon laquelle l’ESB est causée par l’utilisation de pesticides organophosphorés n’a pas de validité, bien que la possibilité existe qu’ils accroissent la sensibilité des bovins à l’ESB.

– La théorie selon laquelle l’ESB est causée par une réaction auto-immune n’est pas valable.

4. Évaluation des risques posés par l’ESB à l’homme

– L’un des traits les plus significatifs de l’ESB et autres TSE est le fait qu’elles soient des maladies à très longues périodes d’incubation. De ce fait, la question de savoir si l’ESB était transmissible à l’homme avait peu de chance de trouver une réponse avec quelque certitude avant de longues années, et les expérimentations scientifiques ne pouvaient que prendre beaucoup de temps. Le pouvoirs publics avaient à traiter l’ESB dans ce contexte d’incertitude sur la transmissibilité de la maladie.

– Les fonctionnaires du ministère de l’Agriculture furent conscients dès l’origine de la possibilité que l’ESB pouvait avoir des implications pour la santé humaine.

– Pour la fin de 1987, les fonctionnaires du ministère de l’Agriculture avaient commencé à être préoccupés par la question de savoir s’il était acceptable que les animaux montrant des signes d’ESB puissent être abattus pour la consommation humaine. Toutefois, on ne demanda pas au ministère de la Santé de collaborer avec le ministère de l’Agriculture pour examiner les implications que pouvait avoir l’ESB pour la santé humaine. On aurait dû rechercher cette collaboration.

– Ce n’est qu’en mars 1988, alors que les fonctionnaires du ministère de l’Agriculture avaient à cette date conseillé à leur ministre que les animaux montrant des signes d’ESB soient détruits et des indemnités versées, que le ministère de l’Agriculture informa le *Chief Medical Officer* (CMO, ministère de la Santé), Sir Donald Acheson, de l’émergence de l’ESB et lui demanda son avis sur les implications possibles sur la santé humaine.

– Sur le conseil de Sir Donald, un groupe de travail d’experts, présidé par Sir Richard Southwood, fut mis sur pied pour fournir des avis sur les implications de l’ESB. Après leur première réunion en juin 1988, le *Southwood Working Party* conseilla que les bêtes montrant des signes d’ESB soient abattues et détruites. Cet avis était d’une importance cruciale pour la protection de la santé humaine. Le Groupe de travail avait des inquiétudes au sujet des risques professionnels sanitaires en relation avec l’ESB et certains des risques posés par les produits médicaux. Il fit connaître ces préoccupations aux autorités responsables. Le 9 février 1989, il soumit un rapport au Gouvernement en pleine connaissance du fait que ce rapport serait publié. Le rapport conclut que le risque de transmission de l’ESB à l’homme apparaissait théorique [remote] et que “il était très improbable que l’ESB aurait quelque implication pour la santé humaine”.

– Cette évaluation du risque était fondée sur les éléments suivants :

– l’ESB était probablement dérivée de la tremblante et on pouvait s’attendre à ce qu’elle se comporte comme la tremblante. La tremblante ne s’était pas transmise à l’homme depuis plus de 200 ans et, de ce fait, l’ESB ne devait pas non plus se transmettre ;

– en ce qui concernait les risques professionnels et médicaux, on pouvait faire confiance aux autorités, qui avaient été dûment informées, pour prendre les mesures nécessaires.

– Le rapport ne clarifiait pas, comme il aurait dû le faire, les fondements de son évaluation des risques. Il indiqua assurément que, si l’évaluation faite était inexacte, les implications seraient extrêmement graves. Cet avertissement fut perdu de vue. Le *Southwood Report*, dans les années suivantes, fut constamment cité comme l’estimation scientifique permettant d’affirmer que les risques posés par l’ESB à l’homme étaient théoriques ; et qu’il n’était besoin d’aucune mesure de précaution autre que celles recommandées par le Groupe de travail.

– Des mesures de précaution furent néanmoins mises en application et elles allèrent bien au-delà de celles recommandées par le Groupe de travail. La sagesse de ces mesures fut démontrée au fil des ans et des faits furent appris au sujet de l’ESB qui jetèrent le doute sur la double théorie qui établissait que

cette maladie était dérivée de la tremblante et qu'elle se comporterait comme la tremblante.

– En mai 1990, on diagnostiqua un chat domestique comme souffrant d'une encéphalopathie spongiforme "de type tremblante". Cela déclencha une large inquiétude publique et médiatique : l'ESB pourrait aussi être transmissible à l'homme. Par la suite, d'autres chats domestiques firent l'objet du même diagnostic. Ces événements déplacèrent la perception de quelques scientifiques sur la possibilité que l'ESB puisse être transmissible à l'homme. Pour 1994, le *Spongiform Encephalopathy Advisory Committee* (SEAC) estima que les risques de transmissibilité à l'homme étaient tout au plus théoriques, seulement en raison du fait que des mesures de précaution avaient été mises en place.

5. Communication du risque posé par l'ESB à l'homme

– Le développement des connaissances sur l'ESB au fil des ans, qui mit en doute la théorie selon laquelle l'ESB se comporterait comme la tremblante, ne fut pas caché au public. Cependant, le public ne fut pas informé de quelque changement que ce fût dans l'appréciation du risque que l'ESB puisse être transmissible à l'homme.

– On donna au public des réassurances répétées selon lesquelles il était sans danger de manger du bœuf. Certaines déclarations commirent l'erreur de ne pas expliquer que les vues exprimées n'étaient fondées que si l'on appliquait bien les mesures de précaution prescrites pour protéger la santé humaine du risque d'une éventuelle transmissibilité de l'ESB.

– L'impression ainsi donnée au public que l'ESB n'était pas transmissible à l'homme constitua un facteur important dans la perception du public qu'il y avait eu trahison quand il fut annoncé, le 20 mars 1996, que l'ESB avait probablement été transmise à des humains.

6. Mesures visant à éradiquer la maladie dans les troupeaux

– Dès que M. Wilesmith eut identifié la FVO comme vecteur probable de l'ESB, les pouvoirs publics introduisirent les mesures appropriées pour pré-

venir le développement de l'infection et pour arrêter la dissémination de l'agent de l'ESB – par une interdiction d'incorporer des protéines de ruminants dans la nourriture des ruminants. Cela eut un effet très important pour réduire considérablement un taux de contamination qui croissait de façon exponentielle. Cela ne permit pas, toutefois, d'en terminer avec l'infection.

– La manière dont les pouvoirs publics introduisirent l'interdiction des abats bovins spécifiés pour la nourriture des ruminants fut influencée par des failles de raisonnement concernant :

- l'échelle de l'infection ;
- la quantité de matériau infectant requise pour transmettre la maladie.

– Ignorant du fait que le taux d'infection avait atteint des milliers de cas par semaine, les pouvoirs publics accordèrent au commerce de l'alimentation du bétail une "période de grâce" de quelque cinq semaines pour permettre d'épuiser les stocks d'aliments existants avant que l'interdiction ne prenne effet. Certains acteurs de l'alimentation animale, à qui l'on octroyait un centimètre, se sentirent libres de prendre un mètre et continuèrent à épuiser les stocks après l'entrée en vigueur de l'interdiction. De leur côté, les éleveurs utilisèrent jusqu'au bout les produits qu'ils avaient achetés. C'est ainsi que des milliers d'animaux furent contaminés après l'introduction de l'interdiction des abats bovins spécifiés pour la nourriture des ruminants, le 18 juillet 1988.

– Il y eut une erreur plus grave : on n'accorda pas une considération rigoureuse à la question de la quantité de matériaux infectants qui pouvait transmettre la maladie. On fit l'hypothèse, fautive, selon laquelle toute contamination croisée touchant l'aliment pour bétail dans les usines de fabrication d'aliments, à partir des aliments pour les porcs et pour la volaille contenant des protéines animales, serait d'une échelle trop réduite pour poser problème.

– En réalité, comme devaient le démontrer des expérimentations ultérieures, une vache peut être contaminée en mangeant une quantité de tissus infectieux aussi petite qu'un grain de maïs. La contamination croisée dans les usines d'aliments eut pour conséquence l'infection continue de milliers de têtes de bétail. Parce qu'il s'écoule, en moyenne, cinq ans après l'infection initiale

pour que les signes cliniques de l'ESB deviennent apparents, ce problème ne fut pas perçu avant 1994.

– À compter de septembre 1990, la contamination de l'aliment pour bétail, à partir d'aliments pour porcs ou pour la volaille, n'aurait plus dû résulter en infection. Parce que, après la transmission expérimentale de l'ESB à un porc, le ministère de l'Agriculture, sur le conseil du SEAC [*Spongiform Encephalopathy Advisory Committee*], introduisit ce même mois une mesure conçue pour protéger les porcs et la volaille de l'ESB. C'était une interdiction portant sur l'inclusion dans l'aliment pour les porcs et la volaille de FVO dérivées de parties de la vache dont on pouvait s'attendre à ce qu'elles soient hautement contaminantes si un animal était en phase d'incubation ou souffrait de la maladie – il s'agissait des "Matériaux à risques spécifiés" ou "MRS".

– Cependant, on ne sut pas apporter l'attention voulue à l'application de cette mesure lorsqu'elle fut introduite. L'interdiction des FVO était inapplicable, et fut largement ignorée. Des abats de bovins infectieux continuèrent à trouver leur voie jusqu'aux aliments pour porcs et volailles et de là, par contamination croisée, jusqu'aux aliments pour bétail.

– Ce n'est qu'en 1994 que la poursuite de la contamination et ses causes commencèrent à être perçues. La réglementation fut révisée et une campagne de mise en application rigoureuse fut lancée pour coïncider avec la prise en charge, en 1995, par un nouveau service national, le *Meat Hygiene Service* (MHS), de l'exercice du contrôle dans les abattoirs – auparavant assuré par les autorités locales. Le succès de ces mesures devient maintenant visible. Ces mesures furent remplacées, après le 20 mars 1996, par l'interdiction totale de l'incorporation de toute protéine animale dans l'alimentation animale.

7. Mesures pour traiter les risques posés par l'ESB à l'homme

Abattage et indemnisation

– L'abattage et la destruction de tous les animaux présentant des signes d'ESB étaient des mesures capitales pour protéger la santé humaine et, incidemment,

la santé animale. Cela empêchait l'utilisation, pour quelque fin que ce fût, d'animaux malades, qui auraient pu, autrement, être envoyés aux abattoirs pour consommation humaine.

– Un dispositif d'abattage et d'indemnisation fut introduit en août 1988, à la suite de l'avis louable du *Southwood Working Party*. S'il y avait eu une collaboration rapide et adéquate entre les ministères de la Santé et de l'Agriculture, cette mesure aurait pu et aurait dû être introduite des mois auparavant.

– Les niveaux d'indemnisation pour les éleveurs furent ajustés à deux reprises, mais à aucun moment ils ne conduisirent à une faille significative dans le respect de l'obligation de déclarer au SVS les animaux présentant des signes d'ESB.

Risques pour l'alimentation

– Le *Southwood Working Party* considéra qu'il fallait prendre toutes les mesures de précaution raisonnablement praticables pour réduire les risques au cas où l'ESB se révélerait transmissible à l'homme. Cependant, cela ne fut pas suffisamment précisé dans le rapport ; de même, le groupe de travail s'en tint à la recommandation [bien générale] selon laquelle les transformateurs ne devaient pas inclure les abats de ruminants et le thymus dans les aliments pour bœufs ; il ne mentionna pas que les risques possibles, liés au fait de consommer des animaux incubant l'ESB mais ne présentant pas encore de signes cliniques de la maladie ("cas pré-cliniques"), appelaient des précautions supplémentaires. C'était là une insuffisance dans son rapport.

– En raison de l'erreur qui consista à ne pas soumettre le *Southwood Report* à un réexamen critique adéquat, les ministères de l'Agriculture et de la Santé ne surent pas identifier cette défaillance. Des inquiétudes concernant les risques pour l'alimentation des cas pré-cliniques furent cependant émises par certains scientifiques, par les médias et par le public. Avec l'accord du ministère de la Santé, le ministère de l'Agriculture réagit en annonçant en juin 1989 que les catégories d'abats de bétail les plus susceptibles d'être infectieux (MRS) devaient être exclus de tout usage pour l'alimentation humaine. L'introduction de cette mesure de précaution vitale était digne de louanges. Toutefois, cette interdiction fut présentée au public dans des termes qui minorèrent son importance comme mesure de santé publique.

– Les ministères de l’Agriculture et de la Santé portèrent une attention précise, en 1989, aux termes de l’interdiction des MRS dans l’alimentation pour l’homme (*Human SBO Ban*), à une exception près. Au cours du processus de consultation, des inquiétudes furent soulevées quant aux difficultés pratiques liées à l’enlèvement de toute la moelle épinière au stade des abattoirs, et à la pratique de récupération mécanique des morceaux de viande qui restaient attachés à la colonne vertébrale pour une utilisation dans la consommation humaine (“viande récupérée mécaniquement”, ou VRM). Cependant, les fonctionnaires du ministère de l’Agriculture rejetèrent ces inquiétudes sans y porter une attention rigoureuse – en particulier, aucun avis ne fut recherché sur la quantité minimale de moelle épinière qui pourrait transmettre la maladie par voie alimentaire.

– Le ministère de l’Agriculture examina en détail les questions de la moelle épinière et des VRM en 1990. Un long document fut soumis au SEAC, le nouveau comité d’experts des pouvoirs publics sur les TSE. Malheureusement, cela résultant d’une défaillance de communication, les fonctionnaires du ministère de l’Agriculture comprirent que les membres du SEAC n’étaient pas préoccupés par l’inclusion dans la nourriture destinée à l’homme de fragments occasionnels de moelle épinière et que, dès lors, aucune action n’était nécessaire. En réalité, l’avis de certains, au moins, des membres du SEAC était fondé sur l’hypothèse erronée que la moelle épinière pouvait être enlevée sans difficulté de la carcasse, dans son intégralité, et le serait donc effectivement.

– Ce fut là l’une des nombreuses occasions donnant des leçons pour l’avenir sur l’usage approprié des comités d’experts par les pouvoirs publics.

– Il fallut attendre 1995 pour voir prendre des mesures en ce qui concerne la VRM. Après la prise en charge par le *Meat Hygiene Service* de l’application de la réglementation dans les abattoirs, des exemples occasionnels de défaillance concernant le retrait de toute la moelle épinière des carcasses furent découverts. Des démarches astreignantes et couronnées de succès furent engagées pour améliorer les niveaux d’application de la réglementation dans les abattoirs. Finalement, au mois de décembre 1995, sur l’avis du SEAC, la séparation mécanique des viandes de la colonne vertébrale du bétail fut interdite.

– Jusqu’en 1995, la VRM fut une voie potentielle d’infection pour l’homme par l’ESB, non seulement en raison du risque d’inclusion occasionnelle de fragments de moelle épinière, mais parce que les matériaux retirés par VRM incluaient les ganglions dorsaux. C’étaient des tissus nerveux périphériques dont on pensait à ce moment-là qu’ils n’étaient pas infectieux, mais dont on a montré depuis qu’ils l’étaient bien, dans les dernières phases de l’incubation.

8. Médicaments

– En dépit du régime hautement réglementé des autorisations relatives aux médicaments, les données systématiques sur les mesures prises en réponse à l’ESB en ce qui concerne ce domaine font défaut.

– L’expérience passée de la transmission de maladies animales par le biais des vaccins, et la transmission de la MCJ par celui des médicaments et des instruments chirurgicaux, montraient que de minuscules fragments de tissus infectés, provenant d’un donneur en apparence bonne santé, pouvaient transmettre une TSE.

– Les fonctionnaires du ministère de l’Agriculture reconnurent en 1987 qu’il y avait un risque que l’ESB puisse se transmettre à travers des produits vétérinaires et ils commencèrent à prendre des mesures pour traiter le risque, ce qui était louable. Ils commirent l’erreur, cependant, de ne pas partager leurs inquiétudes avec ceux qui, au sein du ministère de la Santé, étaient responsables du traitement des médicaments. C’était là une liaison interministérielle inadéquate.

– En apprenant le problème de l’ESB au mois de mars 1988, le CMO [*Chief Medical Officer*], Sir Donald Acheson, chercha à garantir que les risques potentiels liés aux produits médicaux pour l’homme étaient pris en considération. Cependant, la *Medecine Division* (MD) ne rapporta pas le sujet devant ses comités d’expertise avant novembre 1988. Sur ce retard global, deux mois sont attribuables à l’incapacité à accorder au problème la priorité qui convenait.

– La *Medical Division* ne prit pas la mesure de l’inquiétude ressentie par le *Southwood Working Party* concernant les médicaments administrés par injec-

tion et les stocks de ces produits. Ce problème fut renforcé par la rédaction du *Southwood Report*, qui décrivait les risques posés par les médicaments comme théoriques, ne précisait pas clairement que cette évaluation ne tenait que si une hypothèse était satisfaite : la prise de mesures correctives pour traiter le risque.

– [...]

– La production des médicaments, tant pour l'homme que pour l'animal, impliquait des matières de base et des process similaires. Les approches pour l'une et l'autre filière devaient être cohérentes. Pourtant, les ministères de la Santé et de l'Agriculture ne discutèrent pas ensemble des mesures à arrêter avant janvier 1989. Une fois encore, cela reflétait une liaison interministérielle inadéquate.

– La décision de continuer à faire usage des stocks de vaccins, jusqu'à ce que ceux-ci puissent être remplacés, était raisonnable. On ne peut produire des vaccins en une nuit. Un embargo sur les stocks existants aurait conduit à des interruptions, potentiellement de longue durée, dans les programmes de vaccination. L'opinion largement dominante des professionnels à ce moment-là était que des arrêts dans les programmes de vaccination se traduiraient inmanquablement par des décès et des handicaps physiques, à une échelle sans commune mesure avec le risque potentiel lié à l'ESB. De fait, on peut tirer un certain soulagement des résultats de tests pratiqués en 1993 par l'Unité de Neuropathogénèse (NPU), à partir de serum bovin, qui ne conduisirent pas à l'infection des souris.

– Le travail d'identification des produits médicaux qui devaient être concernés par les réglementations fut rendu plus difficile et plus long en raison :

- de bases de données insuffisantes sur les produits autorisés ;
- de la nécessité de faire des enquêtes au cas par cas, sur des milliers de produits ;
- d'un personnel insuffisant ;
- de responsabilités de gestion non clarifiées ;
- d'un désordre administratif lié à la réorganisation qui intervenait à ce moment-là et qui concernait les divisions et agences intéressées du ministère

de la Santé comme du ministère de l'Agriculture. Le personnel des deux agences nouvellement créées – *Medecine Control Agency* (MCA) et *Veterinary Medecines Directorate* (VMD) – travailla avec diligence pour vaincre ces difficultés.

– [...]

– Les décisions prises sur les différents produits médicaux furent raisonnables, mais la célérité avec laquelle furent prises et suivies ces décisions souffrit d'un manque de leadership clair et déterminé au sein du MCA.

– Des modalités de gestion plus efficaces furent adoptées au sein de la Division Achats du ministère de la Santé pour examiner les problèmes liés aux instruments médicaux.

– Les stocks existants d'un petit nombre de vaccins préparés en intégrant du tissu de bovins ont probablement été utilisés jusqu'en 1992, et plus longtemps encore pour des vaccins vétérinaires.

– La décision de continuer à utiliser les stocks de vaccins ne fut pas considérée comme devant être prise ou approuvée par les ministres et secrétaires d'Etat. Si cela avait été le cas, nous considérons que ces derniers auraient accepté l'avis dominant des experts, mais qu'ils auraient été attentifs à une poursuite plus vigoureuse de l'élimination progressive de ces stocks.

– Les responsables du MCA comme du VMD ne semblent pas avoir rendu compte à quiconque de cette question de l'élimination progressive des stocks existants. De la même façon, étant donnée la discrétion entourant la question et son traitement, il n'y eut aucun examen parlementaire ou public de leur action.

9. Cosmétiques

– Les cosmétiques, comme certains médicaments, peuvent être appliqués à la peau, aux yeux ou aux muqueuses mais sont couverts par un régime réglementaire moins strict, sous la responsabilité du *Department of Trade and*

Industry (DTI). La catégorie présentant le risque le plus élevé comprenait des produits exotiques ou de luxe, comme les crèmes anti-âge, qui pouvaient contenir des extraits de cerveau, du matériau placentaire, de la rate et du thymus, traités de façon légère.

– Les ministères de l’Agriculture et de la Santé commirent l’erreur de ne pas alerter le DTI sur la nécessité de prendre en considération le risque représenté par l’ESB pour les cosmétiques, et cela en dépit du fait que le Rapport Tyrrel avait bien identifié ce risque en juin 1989. Cela contribua au retard de plusieurs mois dans l’engagement d’une action pour assurer la sécurité de ces produits.

– Des guides de pratiques furent donnés à l’industrie au mois de février 1990 sur l’initiative du DTI, mais seuls les membres de l’Association des cosmétiques et des produits de beauté en furent destinataires. Ce fut là l’action unique engagée pour traiter le risque lié aux cosmétiques.

– Par la suite, aucune autre initiative ne fut prise par le DTI. Il s’ensuivit une situation confuse tant en matière de responsabilité que de leadership. La responsabilité de l’action aurait dû clairement rester celle du DTI, avec en appui l’expertise du ministère de la Santé.

– En 1991, dans un avis, le SEAC demanda une mise à jour des guides de pratiques pour les cosmétiques, mais le ministère de la Santé omit d’apporter ses conseils au DTI sur cette question ; par la suite, en avril 1992, le ministère de la Santé fit une démarche propre et sans succès en direction de l’association professionnelle des cosmétiques, pour obtenir de l’information détaillée. Le DTI ne revint dans le champ qu’au mois de septembre 1992, lors d’une réunion entre le ministère de la Santé, le ministère de l’Agriculture et l’association professionnelle.

– La confusion sur la responsabilité du pilotage, tout à la fois entre les ministères et au sein du ministère de la Santé, continua par la suite, et la responsabilité pour la mise à jour des guides de pratiques fut finalement, dans les faits, laissée à l’association professionnelle. Le sujet s’enlisa dans des négociations qui traînèrent en longueur au niveau européen ; elles concernaient des

directives européennes. De ce fait, les guides de pratiques de l'association britannique ne virent pas le jour avant 1994.

– Les caractéristiques essentielles du traitement du volet cosmétique de l'ESB furent le manque de leadership déterminé et l'absence de sens de l'urgence. Les fabricants furent laissés libres d'épuiser leurs stocks de produits, et aucun contrôle ne fut engagé pour s'assurer qu'ils avaient modifié la formule de leurs produits. Cela a laissé des questions sans réponses sur le problème des matières utilisées ; de même sur celui du temps durant lequel la production continua sans changement, et sur l'échelle de cette production.

10. Risques professionnels

– La possibilité de contracter la maladie par contact avec des animaux ou des tissus d'animaux malades était un risque professionnel bien reconnu. Les travailleurs, dans une large gamme d'emplois, étaient potentiellement en contact avec des tissus de bêtes contaminées par l'ESB, ou de victimes humaines contaminées. Toutes ces occupations devaient être identifiées et recevoir des guides de pratiques appropriées sur les précautions à prendre pour réduire le risque lié à la l'ESB ou autres TSEs.

– Les retards mis à apporter des conseils aux très nombreuses personnes concernées ont été inacceptables. Finalement, les emplois principalement à risques furent identifiés et des conseils furent donnés. Mais une chronologie détaillée montre que cela prit plus de trois années pour parvenir à émettre des alertes simples et des conseils basiques à destination des emplois les plus évidemment à haut risque.

– Le travail commença en 1991 sur les guides de pratiques à élaborer pour ceux qui traitaient des tissus à risques dans les laboratoires, les hôpitaux et les morgues. Il fallut attendre septembre 1994 pour voir ces guides de pratiques achevés et diffusés. Pendant ce temps, une lettre technique qui suivait une "voie rapide" prit 14 mois pour être préparée.

– Dans un domaine différent, il fallut deux ans et demi pour émettre un avis à destination des écoles sur les risques concernant la dissection des yeux de bovins, bien que le SEAC eût demandé en juin 1990 que cela soit fait.

– Les réponses lentes et erratiques ont montré les faiblesses du système de référence pour le traitement d’une grande variété de menaces liées aux maladies. Le tempo très lent de l’action, en partie attribuable au temps mis à polir et raffiner les avis, fut généré par trois facteurs :

– une défaillance dans les communications : la perception que le Rapport Southwood avait indiqué que le risque de l’ESB pour l’homme était théorique, même en l’absence de mesures supplémentaires, et une croyance au sein du *Health and Safety Executive* (HSE) que l’action n’était engagée qu’en réponse à des pressions politiques et médiatiques ;

– l’absence de réexamen global des voies de transmission, qui aurait pu aider à identifier les problèmes sur lesquels des avis urgents ne pouvaient attendre ;

– la décision d’utiliser les procédures existantes, marquées par leur lenteur, en matière de consultation comme d’élaboration. Cela n’aurait pas dû être fait au détriment de messages d’alerte provisoires, rapides et directs.

– Les erreurs commises dans le traitement des risques professionnels liés à l’ESB et les questions soulevées par ces risques doivent être examinées avec attention par le HSE.

11. Autres voies d’infection

– Il fallait établir toutes les voies d’infection par lesquelles les produits ou sous-produits bovins pourraient venir au contact de l’homme ou des animaux autres que les bovins. Ce besoin fut reconnu par les fonctionnaires du ministère de l’Agriculture de façon précoce comme par les experts du Gouvernement sur l’ESB. Toutefois, l’exercice ne fut jamais mené avant mars 1996. Il en résulta qu’aucune considération coordonnée et globale ne fut portée aux différentes voies par lesquelles l’ESB pourrait contaminer les hommes et les animaux.

12. Maîtrise de la pollution et des déchets

– Le ministère de l’Agriculture était directement responsable du traitement des carcasses de bovins dans le cadre du dispositif obligatoire d’abattage. Des problèmes majeurs se posèrent, liés au grand volume de carcasses et à la

grave sous-estimation initiale du nombre de ces carcasses. Le ministère de l'Agriculture traita cette tâche difficile et impopulaire avec énergie et compétence.

– Le traitement des MRS [Matériaux à risques spécifiés] ne relevait pas de la responsabilité directe du ministère de l'Agriculture et présentait des difficultés de gestion. À l'origine, ces matériaux ne constituaient pas un déchet en tant que tels, pour la raison qu'ils étaient un produit pouvant faire l'objet d'un marché par transformation en suif et FVO [farines de viande et d'os]. Ils ne devinrent pas un déchet contrôlé, devant être traité exclusivement dans des centres agréés, avant l'interdiction des matériaux à risques spécifiés (MRS) et l'avis du SEAC selon lequel ces produits protéinés ne devaient pas être utilisés comme fertilisants agricoles.

– D'autres formes de déchets incluaient le rejet dans les égouts et les rivières. Aucune des précautions usuelles et des conditions imposées par les autorités en charge de l'eau en matière de rejet n'aurait inactivé l'agent de l'ESB.

– Le sang, les déchets des abattoirs et des unités de transformation, y compris les usines qui transformaient les MRS, et les rejets de ces unités pouvaient être répandus légalement comme fertilisants agricoles.

– Certaines des erreurs pour identifier et traiter ces questions rapidement peuvent être attribuées au caractère déficient de l'action réglementaire environnementale à cette époque, et aux confusions transitoires des mesures destinées à rectifier cet état de fait.

– Les systèmes généraux de traitement des déchets, comme voie potentielle de transmission de l'ESB, ne reçurent qu'une attention limitée de la part de ceux qui traitaient l'ESB avant 1996. La question ne fut présentée ni au *Southwood Working Party*, ni au *Tyrell Committee*, ni au SEAC – ni traitée par ces comités. Chacun d'eux plaida pour un réexamen systématique de la destination de tous les matériaux bovins. Si cela avait été effectivement réalisé, on aurait pu identifier les enjeux liés à la question des déchets.

13. L'identification du nv-MCJ

- Le *Southwood Working Party* indiqua que si l'ESB devait se transmettre à l'homme, cela aurait toute chance de ressembler à la MCJ et suggéra la mise en place d'une veille pour identifier des cas atypiques ou des changements dans le tableau de la maladie.
- La tâche de détecter toute variation dans les caractéristiques des cas de MCJ, qui pourrait indiquer une infection par l'ESB, fut confiée à l'Unité de Surveillance de la MCJ (CJDSU), une équipe de recherche composée de scientifiques de haut niveau du domaine médical, dirigée par le Dr. Robert Will, neurologue qui avait une très grande expérience de la MCJ.
- Aucun rôle ne fut dévolu au *Public Health Laboratory Service (PHLS)*, service établi notamment pour la surveillance de maladies nouvelles et existantes.
- La décision de créer une nouvelle équipe spécifiquement dédiée à cette tâche de détection liée à l'ESB fut l'objet de vives critiques en raison de la détection rapide de l'émergence du nv-MCJ par le CJDSU.
- Le SEAC arriva à la conclusion, le 16 mars 1996, que l'explication la plus vraisemblable pour les cas de nv-MCJ chez des personnes jeunes était l'exposition à l'ESB ; cette conclusion a été confortée depuis de façon irréfutable par des preuves scientifiques.
- Il aurait dû être clair pour le ministère de l'Agriculture comme pour celui de la Santé, aux environs de février 1996 au plus tard, qu'il y avait une possibilité sérieuse que les scientifiques concluraient qu'il était probable que l'ESB ait été transmise à l'homme. Les deux ministères auraient dû travailler en commun, en consultation avec le SEAC, pour explorer les options politiques possibles que l'on aurait eu à disposition dans le cas où cela deviendrait réalité.
- Il n'y eut aucune discussion interministérielle ou examen d'options politiques au sein ni de l'un ni de l'autre ministère avant le milieu de mars

1996. On attendit les vues du SEAC, aussi bien sur la question de savoir si les cas de nv-MCJ étaient liés à l'ESB, que sur le type d'action à engager si tel était le cas. Ce fut là une réponse inadéquate.

– Sous la pression intense du Gouvernement, le 20 mars 1996, le SEAC conseilla entre autres que les carcasses des bêtes de plus de 30 mois soient désossées dans des usines agréées contrôlées par le *Meat and Hygiene Service* et que les rebuts soient classés comme MRS.

– Le Gouvernement annonça immédiatement qu'il suivait cet avis. En faisant cela, il fut pris à contre-pied, car cette ligne d'action se révéla ni praticable ni acceptable pour le public. Il fallut introduire à la place une interdiction de la consommation des bêtes de plus de 30 mois.

14. Les victimes et leurs familles

– Les problèmes inusités de diagnostic, de traitement et de prise en charge des premiers cas de nv-MCJ conduisirent à ce que, pour certaines des victimes et de leurs familles, l'horreur tragique de la maladie fut rendue encore plus difficile à supporter, en raison de l'absence de traitement, d'assistance et d'aide appropriés.

– Les victimes du nv-MCJ et leurs familles ont des besoins spécifiques qui doivent être pris en considération.

15. Recherche

– Le *Southwood Working Party* fit des recommandations avisées en matière de recherche, dont la moindre ne fut pas la mise en place d'un comité d'experts pour donner des conseils sur cette question.

– Ce comité, le *Tyrrel Committee*, recommanda rapidement des priorités de recherche qui constituèrent la base d'une large part de la recherche qui suivit.

– Après certains retards initiaux, la recherche sur l'ESB fut financée de façon adéquate par les pouvoirs publics.

- Des tentatives visant à faire accepter qu'un pilote puisse avoir un regard d'ensemble et coordonner la recherche furent engagées par Sir Donald Acheson [*Chief Medical Officer*] mais se heurtèrent à des inquiétudes de la part des *Research Councils* et du ministère de l'Agriculture qui craignaient pour leur indépendance.

 - La coordination de l'effort de recherche est souhaitable pour parvenir à :
 - l'identification des manques en matière de recherche ;
 - la détermination des priorités de recherche ;
 - l'identification des meilleures sources d'assistance en matière d'expertise ;
 - un plan bien construit en matière de financement, et ce dès l'origine ;
 - une concurrence entre les projets de recherche ;
 - le réexamen des projets par les pairs ;
 - des dispositions efficaces pour la fourniture de matériaux cliniques aux chercheurs.

 - Un pilote pour l'effort de recherche aurait pu identifier les domaines suivants, dans lesquels des efforts de recherche auraient pu démarrer de façon plus précoce ou être poursuivis avec plus de vigueur :
 - des expérimentations pour transmettre la tremblante du mouton au bétail, cela pour tester l'hypothèse selon laquelle la tremblante serait à l'origine de l'ESB ;
 - des tests de présence d'ESB chez les ovins ;
 - l'identification de la dose infectieuse minimale pour transmettre l'ESB par voie orale ;
 - l'évaluation de la sensibilité de la souris à l'ESB, cela pour usage dans les expérimentations ;
 - des test ante- et post- mortem pour l'ESB ;
 - un test pour la présence de protéines de ruminants dans les aliments composés ;
 - l'épidémiologie.»
- 

Achévé d'imprimer en juillet 2001
NETPRINT
3 rue Eugène Chavant -38400 ST MARTIN D'HERES
Dépôt légal : 2001, juillet