

froideur et de détachement [Fressoz, 2012]. Au milieu du XIX^e siècle, la reproduction mécanique de la nature constitue certes un puissant révélateur du triomphe de l'objectivité scientifique, mais la transformation des valeurs épistémiques avait été préparée en amont par la mobilisation des savants comme experts.

En France tout particulièrement, étant donné le contexte historique de la constitution de l'expert objectif et son rôle dans l'imposition d'un mode de vie technologique sous l'égide d'un État modernisateur, il est naturel que les débats environnementaux et technologiques contemporains suscitent une remise en cause de cette forme particulière de production de savoirs et que les modes alternatifs d'expertise, dialogiques, participatifs et hybrides, promus depuis une trentaine d'années, renouent avec certains aspects de l'ancien régime de l'expertise [Roqueplo, 1997 ; Callon, Lascoumes et Barthe, 2001].

Jean-Baptiste FRESSOZ

Renvois :

Conflit d'intérêts, Évaluation des risques, *Evidence-based medicine*, Procéduralisation.

Bibliographie :

CALLON (Michel), LASCOUMES (Pierre) et BARTHE (Yannick), *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil, coll. « La couleur des idées », 2001.

CARVAIS (Robert), *La Chambre royale des Bâtiments. Juridiction professionnelle et droit de la construction à Paris sous l'Ancien Régime*, thèse de droit, université Panthéon-Assas Paris-II, 2001.

DASTON (Lorraine) et GALISON (Peter), *Objectivité*, Paris, Les Presses du réel, 2012.

FRESSOZ (Jean-Baptiste), *L'Apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique*, Paris, Seuil, 2012.

LICOPPE (Christian), *La Formation de la pratique scientifique. Le discours de l'expérience en France et en Angleterre (1630-1820)*, Paris, La Découverte, 1996.

MARGAIRAZ (Dominique), « L'invention du "service public" entre "changement matériel" et "contrainte de nommer" », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 52 (3), 2005, p. 10-32.

RISKIN (Jessica), *Science in the Age of Sensibility: The Sentimental Empiricists of the French Enlightenment*, Chicago (Ill.), Chicago University Press, 2002.

ROQUEPLO (Philippe), *Entre savoir et décision, l'expertise scientifique*, Paris, Institut national de la recherche agronomique, coll. « Sciences en question », 1997.

SHAPIN (Steven) et SCHAFFER (Simon), *Léviathan et la pompe à air*, Paris, La Découverte, 1993.

...

➤ ORGANISATION INTERNATIONALE

Quand des organisations internationales se dotent de capacités d'expertise, il semble aller de soi qu'elles s'équipent avant tout de moyens leur permettant de traiter des problèmes entrant dans leur domaine de compétence. Ce fut par exemple le cas de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou les différentes menaces de pandémie (H5N1, H1N1, etc.). Mais c'est également ainsi qu'elles réussissent à se positionner comme des acteurs incontournables de la gouvernance mondiale, que ce soit dans le cadre de projets de coopération, de gouvernance

des risques [Brender, 2014] ou de gestion des crises. La mobilisation de l'expertise scientifique, notamment en termes d'évaluation du risque, est d'autant plus une compétence clé de ces institutions qu'elles disposent ainsi d'un outil dont l'apparente neutralité autorise des prises de pouvoir dans des domaines sensibles où elles doivent composer avec les autorités nationales voire régionales.

Mais si l'expertise a permis à ces organisations de faire valoir une légitimité d'action, de se positionner stratégiquement dans un domaine donné et donc de drainer les ressources financières nécessaires à leur survie ou leur développement, elle leur a aussi fait courir le risque de s'exposer aux critiques mettant en cause leur indépendance ou leur crédibilité comme en témoignent les controverses survenues lors de l'évaluation de la grippe H1N1 par l'OMS. Cela résulte notamment des exigences croissantes de transparence de la part des États et du « rendre compte » (*accountability*) envers les parties prenantes au sens large, mais également de la qualité, de la fiabilité et de l'indépendance des évaluations mobilisées par les organisations internationales dans la gouvernance des risques. L'usage de l'expertise est donc soumis à des tensions contradictoires, le cas de l'OMS étant à ce sujet particulièrement intéressant.

L'EXPERTISE OU COMMENT S'IMPOSER SANS RIEN IMPOSER

L'OMS a développé des capacités en termes de production, de centralisation et de restitution de l'information, mais également de constitution et de mobilisation de réseaux d'experts internationaux. Ces derniers peuvent se réunir en consultations techniques sur un moyen ou long terme, ou plus ponctuellement lors de situations de crise, notamment dans le cadre de la gestion des maladies émergentes.

En mobilisant cette expertise, l'OMS a édicté des normes, des recommandations, des procédures et des protocoles d'action dont

le niveau de précision et de contrainte varie. Par exemple, le Codex Alimentarius, développé par l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (en anglais, Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO) et l'OMS, est devenu une référence mondiale non seulement pour les consommateurs mais aussi pour les producteurs de nourriture [WHO et FAO, 2006]. Dans le domaine de la santé publique, l'adoption du Règlement sanitaire international (RSI) révisé en 2005 [OMS, 2008] et entré en vigueur le 15 juin 2007 met en place des règles communes à caractère obligatoire en matière d'identification, de notification, d'évaluation et de traitement des risques et urgences de santé publique de portée internationale (USPPI) qui s'appliquent aussi bien à l'OMS qu'aux 194 États membres. L'annexe 2 du RSI décrit notamment le processus d'évaluation du risque, de la détection d'un événement à sa notification. Toutefois, bien qu'obligatoire, ce règlement ne décrit pas de règles de mise en œuvre, ni de mesures de contrainte envers les États qui ne le respecteraient pas comme ce fut le cas lors de la pandémie H1N1 [Wilson, Brownstein et Fidler, 2010]. En parallèle, l'OMS émet des recommandations, telles que des protocoles d'évaluation du risque ou des mesures sanitaires pour réduire la propagation d'une maladie, qui n'ont pas force de loi dans les États membres, lesquels restent libres de les appliquer ou non. Malgré ces limites, l'OMS a su utiliser l'expertise pour s'affirmer en tant qu'acteur central dans la gouvernance des risques sanitaires. Elle l'a fait en développant des structures et des capacités d'action – programmes de coopération, extension de son système de laboratoires de référence et de ses réseaux de surveillance de plus en plus pointus, développement de moyens d'information et d'intervention, notamment pour ce qui concerne les missions d'experts sur le terrain –, ainsi qu'en élaborant des référentiels d'action, qui prennent la forme de cadres d'analyse, procédures ou

guides, et de recommandations de mesures à adopter avec leurs effets escomptés.

L'OMS a notamment repris en 2002 les principes d'analyse de risque développés dans le *Red Book* [National Research Council, 1983 ; OMS, 2002]. Dans ce cadre, elle a ajouté à la dimension « évaluation » une dimension « réponse » tant au travers de protocoles d'action d'urgence génériques que de procédures spécifiques à certaines maladies. Ces fondements ont fourni les bases nécessaires à l'OMS pour jouer un rôle clé dans la gestion du SRAS en 2003, du risque de pandémie avec la grippe aviaire H5N1 dès 2003 et de la grippe A H1N1 en 2009.

LES RISQUES DE L'EXPERTISE

Bien que réussissant à s'affirmer *via* ces différents événements sanitaires, l'OMS a été confrontée à diverses difficultés. Lors de l'épisode du SRAS, la mise en place de réseaux virtuels d'experts en virologie, épidémiologie et traitement clinique, parallèlement à l'envoi de 300 spécialistes sur le terrain, a contribué à découvrir rapidement le virus du SRAS, à affiner l'évaluation du risque et les mesures de contrôle de l'épidémie ainsi qu'à promouvoir le développement de traitements plus adaptés. Mais cette nouvelle forme de coopération en matière de recherche s'est heurtée à la concurrence entre scientifiques dans leur course à la publication. Il n'a pas été possible, comme cela était prévu, de parvenir à une mise en commun dont le bénéfice aurait été partagé – une première publication de l'équipe de Hong Kong suite à la découverte du virus ayant été suivie de celles des Américains et des Européens.

Les principales difficultés ont cependant été moins liées au travail d'expertise ou aux problèmes posés par des innovations dans ce domaine – travail en réseaux virtuels par exemple – qu'au

recrutement des experts, à leur statut et aux garanties données quant à leur indépendance. L'OMS définit un expert comme toute personne possédant des qualifications et/ou une expérience pertinente et utile pour les activités de l'institution [WHO, 2010]. Elle dispose ainsi de réserves de compétences internationales mobilisables en fonction des risques sanitaires à traiter.

Le RSI prévoit également dans son article 48 la création d'un comité d'urgence issu de cette liste d'experts en santé publique. Le directeur général en choisit les membres pour leurs compétences et leur expérience tout en tenant compte d'une représentation géographique équitable. Ceux-ci signent un accord de confidentialité, déclarent leurs conflits d'intérêts et ne sont pas rémunérés pour leur consultation. De telles structures ont vraisemblablement déjà officié pour le SRAS et la grippe aviaire H5N1 mais ce n'est qu'avec la pandémie H1N1, en 2009, qu'un comité d'urgence a formellement été constitué pour la première fois.

Suite aux controverses post-crise, la liste de ses membres a été publiée : il était composé de 15 experts et d'un conseiller, en provenance d'universités, de ministères de la Santé, d'instituts de recherche, d'hôpitaux, d'un représentant de l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) et d'un consultant en médecine aéronautique¹. Le comité représentait toutes les régions du monde avec quatre participants d'Amérique du Nord, quatre d'Asie, trois d'Europe, deux d'Amérique du Sud et respectivement un pour l'Australie et l'Afrique. Dans l'esprit des responsables de l'OMS, cette diversité – tant en termes de qualifications, d'expérience, de provenances institutionnelle ou encore géographique – était perçue comme un moyen de neutraliser les intérêts corporatistes ou nationaux dans l'élaboration de recommandations se voulant à la pointe

1. http://www.who.int/ihr/emerg_comm_members_2009/fr/#

du progrès mais aussi les plus équilibrées possible en termes d'impacts sociaux et économiques pour les États membres.

Mais l'OMS n'a pas échappé par la suite à la critique lors de la révélation en 2010 des activités de consultant du conseiller du comité d'urgence du RSI pour les laboratoires pharmaceutiques Roche et GlaxoSmithKline [Cohen et Carter, 2010]. Il en avait déjà été de même lors du recours à des experts externes dans le cadre d'un fonctionnement *multi-stakeholder* initié à l'occasion de la gestion de la grippe aviaire H5N1 avec, par exemple, la présence d'un représentant du groupe Roche – producteur du Tamiflu, l'un des principaux antiviraux contre cette grippe – pendant une réunion technique sur le protocole d'endiguement en mars 2006.

Ces différents événements ont attisé les controverses, conduisant l'OMS à reconnaître l'existence de potentiels conflits d'intérêts tant au niveau de l'Organisation que par rapport aux experts externes. Il en a résulté la mise en œuvre de divers dispositifs, ces acteurs externes devant déclarer les sources potentielles de conflits d'intérêts professionnels et financiers que l'OMS étudie, évalue et peut sanctionner par l'exclusion d'une réunion ou d'un groupe.

LES BIAIS D'UN RETOUR D'EXPÉRIENCE

La pandémie H1N1 a été la première crise sanitaire mondiale régie par le RSI révisé [Wilson, Brownstein et Fidler, 2010 ; WHO, 2011]. C'est également la première qui a donné lieu à de vives controverses portant notamment sur la dépendance des experts vis-à-vis des grands groupes pharmaceutiques et la disproportion des mesures prises – et donc des coûts engendrés – par rapport aux risques réellement encourus [Conseil de l'Europe, 2010].

L'OMS a essentiellement tiré des leçons de cette expérience sur deux plans. La nécessité de déclarer les conflits d'intérêts et de

prendre les décisions adéquates a été réitérée, après que le comité d'examen du RSI de l'OMS a levé l'accusation de la dépendance de l'institution vis-à-vis du secteur privé [WHO, 2011]. De même, l'OMS s'est-elle attachée, en révisant ses procédures, à régler ses relations avec ses différents interlocuteurs. Sans remettre en cause l'intégration de représentants de la société civile et du secteur privé suite à la pandémie H1N1, elle s'est efforcée de légitimer leurs interventions dans ses activités. Le Pandemic Influenza Preparedness Framework en est un exemple. Cet accord, entré en vigueur en 2011 et qui réunit l'OMS, les États, l'industrie pharmaceutique et d'autres parties prenantes, fixe des principes de partage des souches de virus et d'accès aux vaccins et médicaments pour les pays en voie de développement lors de pandémies. Il établit les contributions de chaque partenaire en toute transparence, mais n'a pas de caractère contraignant. De même, l'OMS a clarifié son rôle par rapport aux États, notamment en insistant sur l'intégration des parties prenantes au niveau de la gouvernance nationale des risques [*Ibid.*]. Par contre, il n'est pas certain que la réflexion sur la façon d'aborder les futures crises sanitaires mondiales et notamment le rôle des experts (internes et externes) dans la préparation des scénarios de gestion des risques sanitaires ait reçu la même attention. Les retours d'expérience effectués en interne ont pourtant mis en évidence que les résultats de certains modèles – notamment ceux de l'épidémiologie – devaient être utilisés avec précaution [*Ibid.*], compte tenu de la faible quantité de données disponibles en début de pandémie, de leur fiabilité et des hypothèses sous-jacentes au modèle utilisé. Ce fut le cas avec des évaluations très contrastées, allant de 2 millions à 1 milliard de pertes en vies humaines pour une potentielle pandémie issue du H5N1 [Brender, 2014]. L'OMS avait quant à elle annoncé 2 à 7 millions de morts pour rapidement revoir à la hausse son estimation de 2 à 50 millions [WHO, 2004].

Or, rien ne montre clairement comment les experts seront amenés à jouer – ou non – un rôle dans la gestion d'une future pandémie et sur quelles bases [WHO, 2013 et 2011].

Par ailleurs, l'OMS a révisé et simplifié le plan de pandémie, notamment dans la gestion de ses phases [WHO, 2013]. Ce document prévoit également un processus d'évaluation de la sévérité en fonction de critères prédéfinis suite aux critiques formulées lors de la pandémie H1N1. Toutefois, sa modularité en fonction de la sévérité d'une future pandémie et de son évolution au fil du temps n'est pas établie, de même que le rôle du comité d'urgence dans l'évaluation de cette sévérité et son implication dans le conseil au directeur général pour le changement de phase. Enfin, l'OMS n'a pas amendé le RSI mais a ajouté 200 experts supplémentaires à la liste de ceux mobilisables et étendu de 53 à 72 le nombre de catégories de compétences. Il semble donc, de manière assez paradoxale, que la crise résultant des critiques de la gestion de la menace de pandémie associée au H1N1 ait principalement eu pour effet de déplacer les interrogations de l'OMS sur un plan politique. Alors que l'expertise est au cœur du travail de légitimation effectué par cette organisation internationale, c'est essentiellement à travers ses possibles impacts d'ordre politique qu'elle est appréhendée – conflits d'intérêts des experts, « risques » de controverse, rapports avec les États, etc. Il en résulte une occultation des problèmes spécifiques de l'expertise dans des situations de forte incertitude alors même que les conditions d'intervention des experts (réseaux virtuels) changent considérablement.

Nathalie BRENDER et Claude GILBERT

Renvois :

Conflit d'intérêts, Controverse, Crise, Évaluation des risques, Indépendance, Transparence.

Bibliographie :

- BRENDER (Nathalie), *Global Risk Governance in Health*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2014.
- COHEN (Deborah) et CARTER (Philip), « WHO and the Pandemic Flu "Conspiracies" », *BMJ*, 2010.
- CONSEIL DE L'EUROPE, *Gestion de la pandémie H1N1 : nécessité de plus de transparence*, Strasbourg, Assemblée parlementaire, Résolution 1749, 24 juin 2010.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL, *Risk Assessment in the Federal Government : Managing the Process*, Washington (D. C.), National Academy Press, 1983.
- OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (en ligne : <http://www.who.int/whr/2002/fr/index.html>).
- OMS, *Règlement sanitaire international (2005). Deuxième édition*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (en ligne : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419_fre.pdf).
- WHO, *Estimating the Impact of the Next Influenza Pandemic : Enhancing Preparedness*, Genève, World Health Organization, 2004.
- WHO, SARS. *How a Global Epidemic Was Stopped. Western Pacific Region*, Genève, World Health Organization, 2006.
- WHO, « Expert Advisory Panels and Committees », Genève, World Health Organization, 2010 (en ligne : http://www.who.int/rpc/expert_panels/Factsheet_EAP2010.pdf).