

LE PRINCIPE DE PRECAUTION

Dès le 18^{ème} siècle, dans une communication à l'Académie royale des sciences (1760), à propos de la polémique entre les adversaires et les partisans de l'inoculation de la petite vérole (la variole actuelle maintenant éradiquée) **d'Alembert** préconise un modèle méthodologique fondé sur un calcul de probabilités, de morale et de politique concernant « *le risque de mourir de la petite vérole naturelle quarante fois plus grand que celui de mourir par l'inoculation* » et conclut : « *l'inoculation mérite d'être encouragée. Voilà ce me semble le parti que doit prendre le gouvernement sur cet important objet* ».

Cette méthodologie a encouragé ses élèves, en particulier Laplace qui devint fondateur de la théorie des probabilités et c'est à P. Louis que revient la première application raisonnée de la « *méthode numérique* » à la clinique et à la thérapeutique (1825-1845) très approuvée par A. Trousseau, sans oublier le livre méconnu de Gavaret : « *Principes généraux de statistique médicale* » (1840), application poursuivie également par l'Institut national d'hygiène (Professeur Bugnard), et par l'OMS ...

La protection de la santé publique et de la personne humaine, les règles générales d'hygiène, les maladies contagieuses, les épidémies et les fléaux sociaux ont été, ensuite au début du 19^{ème} siècle, l'objet de préoccupations qui ont motivé l'intervention de médecins comme Villermé (1782-1863) en France, fondateur des premières Annales d'hygiène publique et de médecine légale, Virchow (1860-1902) en Allemagne, proclamant : « *le médecin est l'avocat naturel des patients et la question sociale relève de ses compétences* » (réformes médicales) ou de philosophes comme Auguste Comte à qui nous devons cette affirmation : « *science, d'où prévoyance, prévoyance, d'où action* » et **la prévoyance** a bien été à cette époque la grande inspiratrice des premières lois dites sociales. Ne lit-on pas dans les Annales d'hygiène publique : « *la médecine n'a pas seulement pour objet d'étudier et de guérir les maladies, elle a des rapports intimes avec l'organisation sociale ; quelquefois, elle aide le législateur dans la confection des lois, souvent, elle éclaire le magistrat dans leur application et toujours elle veille avec l'administration, au maintien de la santé publique* ».

Le ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (1920), a été le premier ministère à se préoccuper des mesures de surveillance sanitaire (grossesse, enfance, maladies contagieuses, ...). Secondairement, la grande affaire des ministères de la santé et des affaires sociales a été la protection du risque inhérent à différentes pathologies : accidents du travail, premiers dispensaires de pédiatrie (1900), maladies professionnelles (1919), dépistage de la tuberculose, vaccinations et application de la loi française sur les assurances sociales (1930) ... dans la mesure où il apparaissait que tout risque, grâce aux progrès scientifiques, pouvait être identifié, quantifié et établi d'une manière relativement rationnelle ; la prévoyance franchissait un nouveau pas dans un dispositif dit de **prévention** en s'étendant à l'ensemble du système de protection sociale : dépistage du cancer, médecine du travail, PMI, administration pénitentiaire, maladies sexuellement transmissibles, emploi des radioéléments ... comme au sein des collectivités, sans oublier la pharmaco-hémo-matério-vigilance ... complétées par les arrêtés préfectoraux et municipaux édictant des dispositions conformément aux articles L.1, 2 et 4 du code de la santé publique dans le cadre de la protection sanitaire de la collectivité locale.

Il est apparu ces dernières années (1992) que les progrès scientifiques ne permettant pas de maîtriser les risques de manière rationnelle dans le domaine de l'environnement, et que dans cette situation de risques, il était indispensable d'adopter « *des mesures de précaution* », des dispositions ont été arrêtées dans ce sens et figurent principalement dans :

- ✓ le Traité de Maastricht (7 février 1992) article 130R, dans le cadre de la politique de l'Union Européenne dans le domaine de l'environnement : « *la politique de la Communauté dans le domaine de l'environnement est fondée, ... sur les principes de précaution et d'action préventive, ... de correction, par priorité à la source, et du pollueur payeur.* »
- ✓ la déclaration de Rio sur l'environnement et le développement (juin 1992) : « *En cas de risques, de dommages graves ou irréversibles, l'absence de certitude scientifique absolue ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures effectives visant à prévenir la dégradation de l'environnement.* »

- ✓ la loi relative au renforcement de l'environnement, dite loi Barnier (2 février 1995) : « *le principe de précaution, 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.* »

Il est important de souligner que c'est à partir de la notion de protection dans le domaine de l'environnement que ce concept du **principe de précaution** est apparu et qu'il a été repris par le Conseil d'Etat en l'appliquant à la profession médicale sous forme d'un principe dit **principe de précaution** : « *vertus et limites du principe de précaution* » dans : réflexions sur le droit à la santé, rapport public du Conseil d'Etat 1998 (pages 256 à 260).

« *en situation de risque, une hypothèse non infirmée devrait être tenue provisoirement pour valide, même si elle n'est pas formellement démontrée.* » Conseil d'Etat (1995) ;

- ✓ « *ce nouveau concept (valeurs et limites du principe de précaution) se définit par l'obligation pesant sur le décideur privé ou public de s'astreindre à une action ou de s'y refuser en fonction du risque possible. Dans ce sens, il ne lui suffit pas de conformer sa conduite à la prise en compte des risques connus. Il doit en outre apporter la preuve, compte tenu de l'état actuel de la science, de l'absence de risque.* » Conseil d'Etat (1998) valeurs et limites du principe de précaution ;

et secondairement étendu à tout ce qui concerne la sécurité sanitaire, c'est-à-dire finalement : à la Santé.

- ✓ Il est non moins important de signaler également qu'il existe entre les déclarations et les lois sur l'environnement et les décisions du Conseil d'Etat des différences notables ;
 - dans le domaine écologique, il s'agit de prévenir du risque de « *dommages graves et irréversibles* », « *à un coût économiquement acceptable* » ; ces deux notions ne sont pas de nature à penser que la médecine puisse être assimilable à la stricte notion d'environnement ;
 - dans le domaine médical, il s'agit du « *risque possible* » ou « *connu* », non qualifié et sans proportionnalité de type économique et du devoir d'apporter « *la preuve de l'absence de risque* ».

Cette conception nouvelle de l'exigence du devoir d'apporter la preuve de l'absence de risque en médecine justifie la plus grande réflexion dans la gestion du risque en pratique quotidienne.

GESTION DU RISQUE

Le rapport du Conseil d'Etat reconnaît aussi que « *le devoir de précaution se distingue de la simple obligation de prudence ou de diligence* » et « *s'écarte de la notion de prévention qui impose la prise en compte de risques connus même si leur probabilité est faible.* » Un certain nombre de remarques s'impose.

- ✓ la **prévention** reste une démarche rationnelle, la décision étant adaptée à la nature, à la gravité et à la probabilité du risque connu et identifiable ;
- ✓ la **précaution** répond au « *probable* », à l'hypothétique, à l'impondérable dans un contexte de grande incertitude

« *en adoptant des mesures de précaution à l'encontre de risques qui ne sont même pas probabilisables.* » (Martin G.J. Précaution et évolution du droit. Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines. Maison des sciences de l'homme et INRA, Paris 1987) ;

en confrontant le décideur « *au domaine de l'incertain* » (Mme Rémond-Guilloud, « La vie des sciences », 1993 n° 4) ;

et dans la pratique à « *demander l'impossible* » (Godard O. - Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines. Paris : Maison des sciences de l'homme et INRA, édition 1997).

Aboutissant à des situations pour le moins exorbitantes, condamnant le décideur à l'obligation de « *s'astreindre à une action ou à s'y refuser en fonction du risque possible* », présent et futur, alors que « *le risque est au cœur de la médecine* » comme le dit le Professeur David, tant par la maladie elle-même que par la thérapeutique et toute intervention médicale, sans ignorer l'incontestable exigence de la pratique quotidienne, confrontée à la progression des progrès techniques.

En effet, le danger est grave si le principe de précaution devait conduire le médecin à une attitude d'abstention fautive au regard de l'obligation de soins scrupuleusement respectée « *en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et s'il y a lieu, de concours appropriés* » (code de déontologie, article 33) et cela quelles que soient les circonstances, en particulier en cas de détresse vitale.

Est-il imaginable qu'un malade puisse douter un seul instant que celui à qui il se confie soit contraint de marchander une parcelle de sa chance à guérir ou à survivre ?

S'agirait-il alors, par une assurance illusoire de sécurité, de répondre à une société de plus en plus avide des avancées scientifiques par trop médiatisées ou de chercher « *à imposer une obligation spécifique à la médecine, une sorte de devoir de connaissance de l'inconnu* » (Professeur G. David, Bulletin de l'académie nationale de médecine, 1998, 182, n° 6) ce qui laisserait supposer qu'à l'obligation de moyen se substituerait l'obligation de résultat ?

Encore faut-il ajouter, comme le fait remarquer le Professeur Cara, que la référence aux données **actuelles** de la science « ne correspond pas forcément à des données **acquises**, » ce qui ne peut que renforcer par précaution, le domaine de l'incertain, et le doute qu'on ne puisse jamais confirmer l'absence de tout risque virtuel des données actuelles de la science.

Le principe de précaution, faisant du « sécuritaire » une priorité absolue, ne risque-t-il pas d'entraîner un frein à toute entreprise, une inhibition du progrès thérapeutique, une paralysie de l'innovation, une abstention décisionnelle regrettable, bref un immobilisme dommageable, dans tous les domaines y compris dans la recherche et dans le domaine du médicament alors que pour signaler tout effet indésirable, sont mis en place des dispositifs de pharmacovigilance, coordonnés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Institut de veille sanitaire, et que personne n'ignore que le rapport bénéfice/risque n'est jamais définitif ?

Dans ces conditions, la qualité des informations au patient n'en est que plus sensible, dans les choix diagnostiques et thérapeutiques, sachant que le médecin doit au patient « *une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* » (code de déontologie, article 35) et cette exigence concerne même « *les risques majeurs, de nature à avoir des conséquences mortelles, invalidantes ou esthétiques graves, à répercussions psychologiques ou sociales, fussent-ils exceptionnels* » (rapport Sargos, 1997) bien que cette information puisse être limitée « *pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience* » (code de déontologie, article 35).

APPLICATION DU PRINCIPE DE PRECAUTION

Rappelons qu'un principe n'est pas une règle d'application pratique, mais une orientation, c'est-à-dire « **une appréciation des faits pour résoudre un cas concret** » (Conseiller d'Etat Marceau Long).

Cette appréciation trouve son application en matière médicale :

- ✓ dans les décisions individuelles des praticiens ;
- ✓ dans la politique de santé publique.

1. La précaution individuelle du praticien : « *primum non nocere* »

Libéral, hospitalier, médecin du travail, de santé publique, ... aucun médecin ne peut ignorer le premier **principe de précaution**, formulé déjà par Hippocrate : « *Je m'abstiendrai de toute intervention malfaisante et inutile.* »

repris par le code de déontologie médecine :

- ✓ *Article 8 : « Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.*

*Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la **sécurité** et à l'**efficacité** des soins.*

*Il doit tenir compte des avantages, des **inconvenients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.** »*

- ✓ Article 9 : « ... informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »
- ✓ Article 13 : « Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public..... »
- ✓ Article 14 : « Les médecins ne doivent pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner leur communication des **réserves qui s'imposent...** »
- ✓ Article 35 : «Un pronostic fatal ne doit être révélé **qu'avec circonspection...** »
- ✓ Article 39 : « Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salubre ou sans danger un remède ou un procédé **illusoire ou insuffisamment éprouvé....** »
- ✓ Article 40 : « Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient **un risque injustifié.** »
- ✓ Article 49 : « Le médecin appelé à donner ses soins dans une famille ou une collectivité doit tout mettre en oeuvre pour obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie. Il doit informer le patient de ses responsabilités et devoirs vis-à-vis de lui-même et des tiers ainsi que des **précautions** qu'il doit prendre. »
- ✓ article 69 : « chaque médecin **est responsable** de ses décisions et de ses actes. »
- ✓ Article 70 : « ... sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui **dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.** »
- ✓ article 71 : « Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une **installation convenable, de locaux adéquats** pour permettre le respect du secret professionnel et de **moyens techniques suffisants** en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment **veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires.**

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent **compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées.**

Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. »

Le code de déontologie est bien à l'évidence un code de **précaution**, tant à l'égard du médecin que des patients.

Il appartient au médecin de pouvoir justifier, en conscience, le bien-fondé de ses décisions, envisagées par **précaution** dans l'intérêt du patient. Cette précaution ne se limite pas bien entendu aux soins mais doit être abordée également dans le colloque singulier pour convaincre les patients que certaines pathologies dues aux excès : tabac, alcool, alimentation, ne sont pas une fatalité, que les règles hygiéno-diététiques sont une excellente **précaution** pour compléter une thérapeutique et que : « *la santé n'est pas une grâce de la nature mais le fruit d'un effort quotidien* » (Professeur Tubiana).

Dans la pratique, le médecin sera aidé, **précaution** indispensable et obligée, par un certain nombre de structures : évaluation des pratiques professionnelles, évaluation de la qualité des soins, formation médicale continue ... ANAES, conférences de consensus, RMO ... sans oublier la mise en place des réseaux ville-hôpital, de la télémédecine qui peuvent remettre en cause ou améliorer la qualité de la décision médicale : Cf. « Autoroutes de l'information et déontologie médicale » (Conseil national de l'Ordre des médecins, 1996).

L'indispensable pertinence clinique qui doit accompagner chacun de nos actes en pratique quotidienne repose en première intention sur un principe de **précaution**, concernant la justification de nos prescriptions qu'il s'agisse de médicaments, d'examen complémentaires ...

Dans le domaine de la recherche, l'application du **principe de précaution** serait plus contestable dans la mesure où la preuve préalable à l'absence de risque pourrait entraver l'esprit d'innovation, dans un réflexe préjudiciable à tout progrès sans oublier toutefois que la précaution a toujours prévalu pour identifier le risque en pharmacologie, condition fondamentale qui prévaut à la délivrance de « l'autorisation de mise sur le marché » (AMM).

Nous n'ignorons pas non plus que :

- ✓ « *Le médecin [est] au service de l'individu et de la santé publique* » (code de déontologie, article 2), et qu'en conséquence, il doit prendre également en compte l'intérêt général, toute décision devant bénéficier à la collectivité. Le respect des mesures de prévention, des mesures sanitaires, des campagnes de dépistage ... est l'exemple même des dispositions déontologiques pour lesquelles, par **précaution** pour la santé des patients, tout médecin est déontologiquement concerné.
- ✓ Enfin, si le respect du secret professionnel doit rester aussi un **principe de précaution** pour défendre et servir l'intérêt du patient et du médecin, il n'en demeure pas moins que les dispositions légales et jurisprudentielles de dérogations à ce même secret constituent également un **principe de précaution** dans l'intérêt de la santé des citoyens, c'est-à-dire finalement dans l'intérêt de la société.

2. Le principe de précaution en santé publique : « *salus populi suprema lex* » (Bernier 1689)

Appliqué à la santé publique, le principe de précaution devrait renforcer la sécurité sanitaire, obligeant les pouvoirs publics à intervenir par devoir de prudence en raison des risques probables dont il faut démasquer la nature, la gravité, la probabilité et en conséquence les dommages collectifs prévisibles qu'on appelle **risques sériels**.

En conséquence, la **précaution** impose au législateur de prendre les mesures effectives et proportionnées au dommage prévisible à type de **norme**, comme l'arrêt du 28 août 1996 interdisant la vente de produits cosmétiques contenant des tissus bovins alors qu'on ignore si l'encéphalopathie spongiforme bovine est transmissible ou non à l'homme : c'est l'*effet normatif du principe de précaution*, qui doit s'imposer comme il doit s'imposer à tout intervenant privé pour décider de lui-même des mesures effectives à prendre en vue d'un risque éventuel. D'ailleurs n'a-t-il pas été écrit : « *La définition de normes hygiéniques suppose l'intérêt accordé, d'un point de vue politique, à la santé des populations envisagées statistiquement, à la salubrité des conditions d'existence, à l'extension uniforme des traitements préventifs et curatifs mis au point par la médecine.* » (Professeur G. Canguilhem, Le normal et le pathologique. Thèse médecine 1943).

D'où cette implication en santé publique : étendre l'obligation de **précaution** même en l'absence de risque connu, ce qui entraîne une situation pour le moins paradoxale qui consisterait à prendre des mesures « proportionnées » à un risque qui n'est pas décelé.

Mais comment s'astreindre à prendre des mesures proportionnées à un risque qui n'est pas connu ?

En fait, de nombreux exemples témoignent depuis fort longtemps que les dommages « sanitaires » ont été minutieusement étudiés, pour ne pas dire avec **précaution**, parce qu'ils ne pouvaient pas laisser indifférente la communauté médicale.

Citons l'enquête du Docteur John Snow, lors de l'épidémie de choléra à Londres en 1854, qui observa que la maladie frappait dix fois plus les abonnés d'une compagnie d'eau approvisionnée en aval d'un égout dans la Tamise. L'épidémie s'éteignit en fermant la pompe d'alimentation en eau : le vibron cholérique ne fut découvert par Koch qu'en 1884.

A la même époque, 1847, l'antisepsie a été entrevue par l'accoucheur viennois I. Semmelweis en observant que la fièvre puerpérale était plus fréquente dans les services où les accouchements étaient pratiqués par les étudiants que dans ceux où pratiquaient les médecins. Malgré l'incrédulité et la moquerie de ses collègues, il fit chuter la mortalité de 18 % à 1,2 % en préconisant la désinfection des mains avec un produit chloré et le port de blouses propres.

Il est tout de même consternant de constater que ce problème a resurgi récemment à propos des infections nosocomiales en milieu hospitalier : « *une transmission manuportée de germes est retrouvée dans la majorité des infections nosocomiales en pédiatrie comme chez l'adulte (dont la prévalence est estimée à 7,6 % en France, soit 800 000 patients par an). L'importance du lavage des mains est bien connue depuis les travaux de Semmelweis en 1847. Il constitue l'un des principaux moyens de lutte contre les infections nosocomiales sous réserve d'être réalisé avant et après chaque soin* » (rapport : « infections nosocomiales chez la mère et l'enfant », 5 février 1998, Professeur Yannick Aujard, chef de service de néonatalogie de l'hôpital Robert Debré, Paris), malgré la création du **comité de lutte contre les infections nosocomiales (1992) et du comité technique national des infections nosocomiales (1995)**.

Il fallut également attendre 1948 pour que soit reconnu « le syndrome des enfants battus » (Silvermann) alors qu'il avait été signalé par A. Tardieu en France en 1860 et contesté par l'ensemble des médecins français.

Ces quelques exemples confirment qu'en santé publique, s'appuyant sur un raisonnement épidémiologique et tenant compte des probabilités (on retrouve la leçon de d'Alembert) et à condition que les remarques soient comprises et non rejetées par principe, les dommages de type sanitaire peuvent être prévisibles et prévenus... ; si les symptômes observés par les médecins lors d'événements conjoncturels laissent à penser qu'ils sont préjudiciables à la santé de la population en raison d'un risque de dommages graves, il est du devoir de la communauté médicale d'alerter sans délai les autorités médicales administratives départementales (le médecin inspecteur départemental de la santé) et les autorités gouvernementales (Direction générale de la santé) en sorte que ces constatations ne tombent dans un climat de désintérêt général ou de dénégation regrettable. Ce qui implique que tous les médecins doivent se sentir concernés, leur silence étant un risque majeur pour la société et contraire aux dispositions déontologiques : « *le médecin au service de l'individu et de la population, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.* » (code de déontologie, article 2).

Il appartient aux pouvoirs publics, responsable de la sécurité sanitaire, de prendre en charge l'ensemble des risques susceptibles d'affecter la santé de la population : soins, médicaments, produits alimentaires, milieux ambiants ..., d'identifier les risques : **réseau de veille sanitaire** organisé et performant, d'appliquer le principe de transparence : **alerte précoce**, en rendant les explications et données scientifiques convaincantes et prudentes mais en éliminant toute confusion de menaces infondées, qui risqueraient d'aboutir à un sentiment de défiance contraire au but recherché. En effet, si l'information est ressentie comme un danger et ne repose pas sur des faits scientifiquement évalués et contrôlés en permanence, la confiance du public risque d'être ébranlée et de conduire à des comportements irrationnels et dangereux pour le patient ou la société.

Etait-il prudent de suspendre la vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire - décision du Dr Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé - ? alors qu'en octobre 1998 « *une analyse bénéfique/risque communiquée par le même secrétaire d'Etat à la santé, relevait l'hypothèse faite de un à deux cas d'affection démyélinisante qui pourraient être reliées à la vaccination d'une cohorte de 800 000 enfants par classe d'âge (il n'y a pas de preuve aujourd'hui que ces affections soient imputables à la vaccination).* »

Il n'y avait donc aucune raison de suspendre cette vaccination en milieu scolaire ni sur le plan scientifique ni sur le plan épidémiologique » (A.M. Goudeau, PU-PH, CHU Bretonneau - Tours, Concours médical, 6 mars 1999).

Les médecins et la population peuvent regretter qu'un principe de précaution fondé sur des dispositions légales concernant l'environnement doive être appliqué au domaine de la santé alors qu'existent :

- ✓ la loi de sécurité sanitaire 1998 ;
- ✓ l'Institut de veille sanitaire (surveillance de l'état de santé de la population, détection des risques et d'alerte des pouvoirs publics) ;
- ✓ l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ;
- ✓ l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (1999) ;

sous réserve, **précaution** oblige, que les informations circulent, grâce au principe **d'alerte précoce**.

La prise en compte par le droit du principe de **précaution** entraîne une étendue de cette obligation qui peut aller jusqu'au renversement de la preuve et à un élargissement du champ de la faute jusqu'au domaine des « *risques de l'incertain* » (P. Lascombes, La précaution, un nouveau standard de jugement, revue Esprit, octobre 1997).

Et c'est là qu'apparaît la notion de responsabilité, lorsque le Conseil d'Etat a décidé que « *celui qui introduit le risque doit le prévoir et qu'en ne prenant pas suffisamment de précaution, en particulier d'abstention, il peut être déclaré responsable* » (F. Ewald, Professeur au CNAM, le Monde, 21 avril 1993) et que très rapidement ainsi la notion de dommage sera toujours juridiquement la conséquence d'un manque de précaution et de la prise en compte avec retard des risques possibles de mortalité ou d'invalidité.

L'exemple typique est la pathologie liée à l'amiante :

- | | |
|---|------|
| ✓ premiers décès à Condé sur Noireau | 1885 |
| ✓ première législation sur le travail | 1888 |
| ✓ décès confirmés au nombre de 50 par un rapport de l'inspecteur du travail | 1906 |
| ✓ première loi sur les accidents du travail | 1898 |
| ✓ première loi sur les maladies professionnelles | 1919 |
| ✓ première loi sur la médecine du travail | 1946 |
| ✓ déclaration en maladie professionnelle de l'amiante | 1945 |
| mise à jour | 1985 |
| ✓ déclaration du pouvoir cancérigène de l'amiante | 1977 |
| ✓ délai de prise en charge décès et invalidité | 1993 |
| ✓ interdiction de l'amiante dans l'industrie | 1996 |

La gestion du risque et les problèmes de santé publique posés par l'amiante est confiée en 1997-1998 au Professeur Got qui déclarait à l'époque « *un risque sanitaire doit être géré par des procédures interactives fondées sur l'évaluation de la qualité des décisions et le contrôle de leur application. La seule création de nouveaux règlements est insuffisante.* »

Souhaitons que « la cellule spécialisée sur l'amiante » créée par le Professeur Got et placée sous l'autorité conjointe de la Direction générale de la santé et de la Direction des relations du travail (DGS et DRT) s'attachant :

- ✓ à la gestion du risque sanitaire dû à l'amiante : prévention et contrôle des bâtiments ;
- ✓ à la réorganisation de la médecine du travail avec le Conseil supérieur de prévention des risques professionnels ;
- ✓ à la reconnaissance simplifiée des maladies professionnelles ;
- ✓ à la reconnaissance des dommages actuels liés à des expositions passées ;

correspondre aux critères attendus par le **principe de précaution** en santé publique.

CONCLUSION

Le principe de **précaution** en médecine a pour conséquence d'étendre l'espace éthique de nos responsabilités :

- à celui de l'incertitude des risques, tant individuels que collectifs, renforçant notre responsabilité en créant un devoir indispensable de prudence ;
- à celui de la pertinence des actes et des décisions dont nous sommes personnellement responsables (article 69 du code de déontologie) avec toutes les conséquences imprévisibles dont il faudra bien reconnaître, « *entre l'art de l'incertitude et la science de la probabilité* » (W. Osler), ce qui reviendrait à l'erreur ou à la faute. Cette pertinence justifie pleinement la « démarche qualité » prévue dans les procédures d'évaluation et renforce la nécessité d'une formation initiale et continue en épidémiologie.
- à celui du risque sanitaire (menaces, dangers, vulnérabilités) évalué dans ses conséquences (évidentes, certaines vraisemblables ou possibles) à court ou moyen terme pour la société et l'individu qui en est évidemment la première victime. Le principe de précaution s'avère alors « *souhaitable en tant que nouveau standard de comportement des responsables de santé publique* » comme le souligne le Conseil d'Etat (réflexions sur le droit de la santé. Rapport public 1998, page 260), sans oublier non plus que dans ce cas : « *l'inertie du pouvoir établi est le pire ennemi de la vérité* » (Einstein, 8 juillet 1901).

A l'éthique de la bienfaisance, de la prévoyance et de la prévention succède de nos jours l'éthique de la précaution qui introduit cette obligation de prévoir les risques inhérents à notre pratique professionnelle en tenant compte de toutes leurs conséquences prévisibles : évidente constatation d'une **éthique de l'avenir**, considérant que ce qui est possible n'en est pas pour autant « éthiquement acceptable ou sans risques », principe même de l'évaluation de nos actes responsables à long terme où « *ce n'est pas seulement un problème pour la profession médicale, c'est un problème pour la collectivité toute entière, de penser la nature des responsabilités attribuables aux médecins.* » (Hans Jonas, Le Principe Responsabilité, une éthique pour la civilisation technologique. Paris, Cerf 1992).

C'est peut être bien dans ce sens qu'il faut considérer l'importance du **principe de précaution**, qui aurait finalement moins d'implications juridiques que déontologiques et c'est, semble-t-il, ce qui a été entrevu par le Conseil d'Etat qui écrit : « *En revanche, l'introduction du principe de précaution dans le droit de la responsabilité médicale comporterait plus de risques de déséquilibre que de facteurs favorables à une évolution harmonieuse du partage entre le risque et la faute.* » (Réflexions sur le droit de la santé).

Il appartient à la communauté médicale d'engager la réflexion de sa responsabilité projetée dans l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

- P. Meyer, P. Triadou. Leçons d'histoire de la pensée médicale. Editions O. Jacob. Paris, 1996
- M. Tubiana. Les chemins d'Esculape. Flammarion. Paris, 1995
- J. Piquemal. Essais et leçons d'histoire de la médecine et de la biologie. PUF, Paris, 1993
- M. Bariéty, C. Coury. Histoire de la médecine. Fayard. Paris, 1963
- A. Kohn. Par hasard ou par erreur. Eshel, Saint Just la Pendue, 1990
- C. Bonnet. Les enfants du secret. O. Jacob. Paris, 1992
- Y. Aujard. Infections nosocomiales chez la mère et l'enfant : épidémiologie, aspects juridiques et thérapeutiques. Hôpital Robert Debré, Paris, 5 février 1998
- J.F. Quananta. A propos de la sécurité sanitaire. Bulletin juridique de la santé publique. Tissot. Janvier 1999
- Loi Barnier relative au renforcement de la protection de l'environnement. 3 février 1995
- J.F. Burgelin. La médecine saisie par le principe de précaution. Bulletin de l'Académie nationale de médecine 1998 - 182 - n° 6, 23 juin 1998
- F. Mignon. Le principe de précaution. Concours médical. 12 septembre 1998
- J.S. Scala. Le principe de précaution, fondement de la sécurité sanitaire. RDSS 1998, 491
- G.J. Martin. Précaution et évolution du droit. Recueil Dalloz 1995. 39^{ème} cahier
- Vertus et limites du principe de précaution : réflexions du Conseil d'Etat sur le droit de la santé, p. 256. Conseil d'Etat rapport public 1998, Etudes et Documents n° 49, 1998
- J. Delorme. Sécurité et veille sanitaire. Concours médical. 20 mars 1999. 121-11
- B. Hoarni, M. Bénézéch. Le secret médical. Masson. Paris, 1996
- B. Hoarni, R. Saury. Le consentement. Masson. Paris, 1998
- J. Penneau. La responsabilité du médecin. Dalloz. Paris, 1996.
- Mme Rémond-Guilloud, « La vie des sciences », 1993 n° 4
- Martin G.J. Précaution et évolution du droit. Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines. Maison des sciences de l'homme et INRA, Paris 1987
- Godard O. - Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines. Paris : Maison des sciences de l'homme et INRA, édition 1997
- Professeur G. Canguilhem, Le normal et le pathologique. Thèse médecine 1943. PUF. Paris, 1994
- A.M. Goudeau, PU-PH, CHU Bretonneau - Tours, Concours médical, 6 mars 1999
- P. Lascoumes, La précaution, un nouveau standard de jugement, revue Esprit, octobre 1997
- Hans Jonas, Le Principe Responsabilité, Cerf : une éthique pour la civilisation technologique. Cerf. Paris, 1992
- Code de déontologie médicale - Ordre national des médecins. 1995