

Faut-il avoir peur des maladies d'importation ?

Med Trop 2004 ; **64** : 411-416

Le samedi 11 septembre 2004, s'est tenu dans l'Amphithéâtre Yersin de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées (IMTSSA) dans le cadre des XI^e Actualités du Pharo et de l'Hôpital d'Instruction des Armées A. Laveran un forum-débat intitulé « Faut-il avoir peur des maladies d'importation ? ».

Cinq experts représentant les principales composantes concernées par ce thème étaient conviés à exprimer leur point de vue et à répondre aux questions des participants :

- MCS Debord, HIA Bégin
- Dr Charlet, DDASS 13
- Dr Paquet, Institut national de veille sanitaire
- Dr Dufrique, DGS
- Dr Manuguerra, IP Paris

Ce forum débat coordonné par le Médecin en chef Migliani a été animé par Mme De Grandmaison, journaliste indépendante.

Nous présentons la synthèse de ces débats réalisée à partir de leur enregistrement et de notes prises en séance. Celle-ci a été réalisée par le Médecin Principal Jean-Marie Milleliri, Chef du Centre de documentation et Madame Anne-Marie Gillet, responsable du Service Communication à l'IMTSSA, dans un souci d'authenticité la plus parfaite.

La Rédaction de Médecine Tropicale a jugé que l'actualité et la richesse de l'information justifiait amplement une publication rapide sans que chaque intervenant ait eu connaissance du texte. Elle espère que chacun retrouvera l'esprit sinon la lettre de ses propos. Dans le cas contraire, elle leur présente par avance ses excuses et s'engage à publier les éventuelles mises au point qui lui seront adressées.

Le Médecin en chef Migliani souhaiterait que les lecteurs réagissent à ce forum/débat en envoyant leur réflexion à <imtssa.medtrop@wanadoo.fr>.

Les organisateurs tiennent à remercier les personnels de l'IMTSSA qui ont assuré la partie technique de ce forum débat.

LA RÉDACTION

Après une présentation des objectifs de ce forum, le MC Migliani prenant les exemples récents d'une épidémie de grippe à Madagascar et d'une épidémie de peste à Oran, a souhaité que la centaine de participants présents dans l'amphithéâtre Yersin puissent participer au débat de façon dynamique.

Mme Degrandmaison a fixé les règles d'intervention au débat et a ensuite donné la parole au MCS Debord lequel a fait une présentation d'une vingtaine de minutes dont nous retranscrivons ici les principaux points.

Celui-ci s'est livré à un rappel historique des grandes épidémies non sans avoir redonné la définition d'une maladie d'importation : « maladie infectieuse contagieuse ou transmissible introduite dans un pays ou une région différente de celui ou celle où elle a été contractée ». C'est ainsi qu'en 1346 lors du siège de Caffa (Féodossia), les assiégeants, en projetant des cadavres de pestiférés par dessus les remparts, ont forcé la reddition de la ville. Mais à partir de cette ville, la deuxième pandémie de peste s'est propagée pour atteindre Bagdad en 1347, La Mecque en 1348, Gênes, Marseille et Barcelone la même année.

En 1720, Marseille a été touchée par une épidémie de peste importée par un navire de commerce, le « Grand Saint-Antoine ». Cette épidémie a entraîné 40 000 décès sur une population de 90 000 habitants.

La diffusion de la septième pandémie de choléra s'est faite en 1960 à partir des Célèbes et Moluques. Cette épi-

démie a atteint l'Inde en 1964, l'Iran en 1965 et Odessa en 1970. La même année, elle s'est propagée en Afrique par l'Égypte, à bord d'un Tupolev. Après 1980, avec le développement des voyages intercontinentaux, le choléra a atteint l'Amérique du Sud (Pérou) via l'Océan Pacifique.

De même, la variole a connu avec le début des explorations maritimes, une diffusion importante. Elle a atteint les Caraïbes en 1507 et, en 1520, les troupes de Cortès l'ont importée au Mexique où cette maladie a décimé les populations Incas et Aztèques. C'est plus tard, en 1785 que la variole a atteint l'Amérique du Nord, importée par les colons européens, décimant les tribus indiennes.

En 1493, les marins de l'expédition de Christophe Colomb ramènent la syphilis du nouveau monde en Espagne.

Les pandémies grippales du XX^e siècle provoquent des millions de décès : 30 millions lors de l'épidémie de grippe espagnole en 1918-1919, 1 million lors de la grippe asiatique de 1957-1958 et 0,8 million lors de la grippe de Hong Kong de 1968-1969.

Au sujet de l'importation des cas de fièvres hémorragiques virales en Europe, le MCS Debord a dressé l'historique depuis 1994, date à laquelle une éthologue suisse, contaminée en Côte d'Ivoire par le virus Ebola, a été rapatriée dans son pays. En 2000 : 4 cas de fièvre de Lassa originaires d'Afrique (Ghana, Côte d'Ivoire, Sierra Leone, Nigeria) ont été également importés. Lors de l'intervention

militaire des Etats Unis en Sierra Léone, 6 militaires ont été atteints de cette fièvre dont 1 officier britannique rapatrié dans son pays. En 2001, une touriste belge de 45 ans revenant de Gambie est décédée de fièvre jaune. Enfin, en 2003, un autre soldat britannique de retour de Sierra Léone était porteur d'une fièvre de Lassa.

Le premier cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est survenu le 16 novembre 2002 en Chine (Foshan). Si cette épidémie a donné lieu à une grande réactivité des instances internationales et à une importante coopération technique entre les pays, elle a mis en avant l'importance de la rapidité de diffusion des informations. Le cas index de la propagation mondiale de l'épidémie s'est déclaré le 21 février 2003, à l'hôtel Métropole de HongKong. L'arbre de transmission inter-humain des cas à partir de ce sujet source a été présenté. Au total, l'épidémie déclarée éteinte le 5 juillet 2003, a entraîné 8422 cas et 916 décès (léthalité : 11%). Le Canada a été le plus touché des pays occidentaux (251 cas). En Europe, 10 cas ont été enregistrés. En France, le premier cas a été déclaré le 23 mars 2003 et 3 cas de contamination secondaire ont suivi. Lors de l'épisode épidémique français, l'Institut national de veille sanitaire (INVS) a eu à gérer un nombre important d'appels liés à la surveillance des cas suspects chez des personnes susceptibles d'avoir été en contact avec des malades.

En 2003, les Etats Unis ont été touchés par une épidémie de monkeypox dont 71 cas ont été rapportés au CDC. L'origine en était les lésions par morsure de chiens de prairie, animaux de compagnie prisés aux USA, contaminés par des animaux importés d'Afrique. L'épidémie a sévi dans onze Etats.

Le dernier cas de rage humaine autochtone a été déclaré en France en 1924. De 1970 à 2003, 20 cas de rage humaine ont été importés dont 8 contractés dans un pays du Maghreb, 8 en Afrique noire dont Madagascar, 2 en Egypte, 1 en Inde et 1 au Mexique. Le dernier cas de rage importé en France date du mois d'août 2003 : il s'agissait d'un enfant de 3 ans contaminé par un chien au Gabon. L'alerte récente déclenchée dans le Sud Ouest, suite à l'importation du Maroc d'un chien porteur du virus de la rage, illustre la nécessité d'une vigilance face à ce risque.

Les maladies d'importation présentent un certain nombre de caractéristiques communes. La durée de la période d'incubation en est une : elle peut être silencieuse et les microbes peuvent traverser les frontières sans être détectés. De plus, la rapidité de diffusion internationale est liée à la vitesse des voyages. Les risques liés à ces maladies tiennent à leur diffusion épidémique dans le pays d'importation. Cette diffusion est liée à plusieurs facteurs. La contagiosité est variable selon le mode de transmission (aérienne : grippe, gouttelettes : SRAS, liquides : FHV, vectorielle : West Nile). La réceptivité de la population peut être différente : elle est faible lorsqu'il existe une prévention vaccinale, elle est plus élevée en présence de nouveaux variants viraux (grippe). Des facteurs environnementaux influent sur la diffusion des pathogènes : contexte politique et socio-économique, organisation du système de soins (prise en charge des cas, risque de transmission nosocomiale). Des facteurs de terrain liés à l'hôte

jouent également un rôle sur la susceptibilité à l'infection : âge, maladie intercurrente.

L'objectif de la réponse aux maladies d'importation est l'anticipation du risque infectieux à travers la surveillance épidémiologique, la mise à disposition rapide des informations et la planification opérationnelle en amont. La nécessité d'une coopération internationale face à ces maladies est impérative.

A l'échelon international, le rôle de l'OMS consiste à coordonner la surveillance épidémiologique et l'alerte, à édicter la Réglementation sanitaire internationale et à limiter le délai entre le début de l'épidémie et sa déclaration : FHV, SARS, etc. Deux outils de renseignement épidémiologique sont à la disposition des instances internationales : il s'agit du Global Public Health Intelligence Network (GPHIN) et du Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN). Le GPHIN est ainsi à l'origine de 40% des alertes des quelques 200 épidémies annuelles que gère l'OMS. Des plans de réponse sont prêts à une mise en place opérationnelle passant par l'information des professionnels, du grand public et des voyageurs.

En France, la surveillance épidémiologique et l'alerte sont coordonnées par l'INVS, les DRASS et les DDASS. Les infectiologues ainsi que les médecins généralistes participent à ces actions tant au niveau des structures sanitaires qu'au sein des cabinets d'exercice. Cette surveillance s'effectue également aux frontières et elle est renforcée lors des crises épidémiques extraterritoriales. L'information des professionnels et du public se fait grâce à des sites web réactualisés : DGS-urgent, INVS. Le schéma national de réponse est développé en concertation avec toutes les institutions : DGS, DHOS, INVS, CNR, SAMU, hôpitaux... Des procédures sont prêtes à être déclenchées : admissions, isolements, circuits hospitaliers. Ces plans nécessitent des infrastructures (chambres d'isolement) et du matériel (tenues de protection, masques, etc.). En outre, la formation et l'entraînement des personnels sont des éléments fondamentaux, ils participent à l'anticipation de ces risques épidémiques.

La réponse au déclenchement d'une alerte confirmée et validée doit être rapide, coordonnée et efficace. Par exemple, la DGS, la DHOS et l'INVS ont élaboré un dispositif national de gestion d'une menace grippale d'origine aviaire et un plan de réponse contre une menace de SRAS. En effet, l'urgence est d'interrompre la chaîne de transmission en assurant la détection précoce des cas (le rôle du clinicien est important), une prise en charge adaptée à travers des protocoles écrits et validés. Ils concernent le transfert et l'accueil des malades (isolement), la gestion des prélèvements, les procédures diagnostiques et thérapeutiques. Le signalement aux autorités sanitaires permet de déclencher l'alerte et d'effectuer une enquête épidémiologique. Des mesures juridiques parfois contraignantes (quarantaine, limitation des déplacements) pourraient être nécessaires dans certains cas. Parallèlement, les professionnels, du public et des médias doivent être informés comme doivent l'être les structures portuaires et aéroportuaires et les personnes résidant à l'étranger.

En conclusion, à la question, « faut-il avoir peur des maladies d'importation ? », la réponse est non... mais il faut anticiper et se préparer à toute éventualité. Ainsi, « face au pouvoir d'une maladie infectieuse... de générer une anxiété de la population, ... des comportements irrationnels, une discrimination injustifiée, ... il y a une nécessité de messages clairs, fondés sur des faits » (OMS 2003).

A l'issue de cette présentation, Mme Degrandmaison a posé la même question, thème du débat, à tous les intervenants.

Pour le docteur Manuguerra la réponse est non, sauf pour des pathologies dont la durée d'incubation est longue (comme le VIH). En effet lorsqu'il s'agit d'une maladie dont l'expression est aiguë (temps d'incubation court, signes cliniques patents), le système d'alerte est efficace et permet une réponse rapide et adaptée. Ceci est parfois moins efficient dans les pays où se déclenchent ces crises car ceux-ci ne possèdent pas les mêmes moyens d'intervention. C'est pourquoi la coopération internationale doit être développée avec ces pays afin de les aider à mieux préparer les crises sanitaires émergentes. La réglementation sanitaire internationale est également là comme un moyen qui doit permettre de répondre à ces crises.

Le Docteur Dufriche a rappelé que la sous-direction 5 de la DGS développe depuis cette année un département de situation d'urgence apte à gérer les risques sanitaires relatifs à l'importation en France des maladies émergentes. Il a souligné que le champ d'intervention de la DGS est élargi aux DOM TOM à la fois pour les maladies classiques comme le paludisme mais aussi pour de nouvelles pathologies dont les risques sont quotidiens : fièvre jaune, dengue (Guyane, Réunion). La peur des maladies d'importation trouve son origine dans les effets de la libre circulation et notamment le rôle accru du transport aérien. Ceci a été illustré lors de l'épidémie de SRAS et dans le risque sous surveillance de la grippe aviaire. Mais ces crises peuvent aussi survenir à nos frontières, l'encéphalopathie spongiforme bovine en Grande Bretagne en est un exemple. Le risque de ces crises est d'autant plus probable qu'il existe une modification permanente du biotope qui a un effet sur leur survenue. Ces potentiels épidémiques imposent parfois la mise en place de mesures autoritaires (pour l'heure sur le papier) qui peuvent avoir des effets limitatifs sur les droits des personnes et leur liberté et des conséquences économiques (quarantaine, arrêt des activités). Ceci impose la nécessité d'être prêt en permanence. Même si les plans sont souvent complexes (à chaque nouvelle menace potentielle, ils sont remaniés et remis à jour), leur mise en œuvre doit répondre à des objectifs d'efficacité. En ce qui concerne la Réglementation sanitaire internationale, qui est devenue légèrement obsolète sur certains points, il y a actuellement un travail de modification en cours qui porte sur une évolution des réponses aux pathologies nouvelles et sur la nécessité pour les Etats de déclarer toutes nouvelles crises épidémiques quelle qu'en soit la nature.

Le Docteur Paquet, pour répondre à la question, a insisté sur le fait que nous ne devons pas avoir peur des maladies elles-mêmes. Il faut effectivement être très attentif aux

crises sanitaires se développant à l'étranger et aborder ce sujet sur un plan conceptuel plus large. Il faut ainsi passer d'une liste fermée de pathologies d'importation vers une liste ouverte de tout événement sanitaire pouvant avoir des conséquences internationales sur la santé des populations (par exemple crise Tcherno-byl). A l'INVS, existe une veille permanente et continue sur ces crises. Ceci nécessite un tri de l'information (de tous les événements survenant dans le monde) et une grille de lecture particulière des renseignements qui arrivent à la cellule. Ce travail est facilité par un réseau de correspondants et de partenaires nationaux et internationaux. L'objectif est d'anticiper les potentialités de répercussion.

Pour le Dr Charlet de la DDASS 13, la réponse est mitigée : non, bien sûr, il ne faut pas avoir peur des maladies d'importation dès lors que les instruments de réaction sont en place pour intervenir à tout type de crise ; mais au niveau local, la capacité de performance de ces instruments n'est pas toujours au même niveau que la capacité centrale. Par exemple, lors des cas de West Nile survenus dans le Var, il a existé un décalage entre l'apparition des cas et l'alerte, mettant en évidence une défaillance du système local. Il y a sans doute des problèmes de déclaration et le rôle des acteurs de terrain est primordial : sans doute faut-il plus les impliquer. L'illustration d'une récente épidémie de shigellose, importée par des populations venant des pays de l'Est, montre qu'avec des acteurs de terrain assurant une déclaration rapide, il est possible de réaliser une investigation sans délai permettant la prise en charge de ce problème dans de bonnes conditions. Il reste toutefois de nombreux progrès à réaliser dans ce domaine.

Madame de Grandmaison a ensuite ouvert le débat en donnant la parole à la salle.

Le Médecin en chef Tolou (IMTSSA) a souhaité pondérer cet optimisme. Certes il ne faut pas avoir peur, mais il ne faut pas être inconscient. Ces maladies d'importation sont souvent des maladies auxquelles on ne s'intéresse pas ; c'est leur trait commun et c'est aussi pour ces maladies l'absence de traitement qui fait peur. La recherche devrait donc être plus prospective sur ces agents qui peuvent nous menacer. Le risque biologique est global et la réponse consiste à anticiper en permanence.

Le Docteur Césari, interniste à Marseille, s'est montré moins optimiste, mettant en exergue le fait que toute une frange de population migrante n'a pas accès aux services de soins et structures de santé institutionnels. Les capacités d'alerte diagnostique se trouvent donc mises à mal car les patients ne sont pas vus par les praticiens ; certaines populations sont marginales (sans-papiers, clandestins) et n'ont aucun intérêt (même en cas de maladie) à entrer en contact avec les circuits médico-administratifs habituels. Il s'agit là d'un problème à aborder.

Le Docteur Patey, médecin infectiologue de Villeneuve Saint-Georges, a soulevé le fait que la peur s'exprimait à des niveaux différents. Sans doute une meilleure relation entre les médias et les autorités sanitaires permettrait-elles de communiquer « des faits, rien que des faits »

pour éviter la naissance de comportements irrationnels de la population générale, réveillant des peurs ancestrales non fondées.

Le Médecin chef des services Mérouze a rappelé la nécessité de comprendre les phénomènes morbides pour éviter ces peurs. Il s'agit là d'un problème d'éducation et l'école n'enseigne plus les bases de règles d'hygiène (sensées être entrées dans la culture générale des publics et dans les habitudes de la population). L'information diffusée à la population sur le rôle des vecteurs dans la transmission des maladies est souvent mal présentée, prêtant à des confusions génératrices de peurs.

En matière de recherche, pour le Dr. Manuguerra, le problème des axes d'intérêt est lié au financement des projets qui, parfois, est lui-même lié à des notions d'actualité. Le problème du financement de la recherche sur des sujets en rapport avec les maladies d'importation est un sujet dépassant les structures de surveillance et de réponse. Certains thèmes de recherche ont été « porteurs » (prions) et d'autres ont été abandonnés (coronavirus / INRA). Il y a donc un certain effet de mode. Heureusement, il existe encore des sites où les projets avancent avant l'épidémie et l'actualité (projets « rélevants »).

Pour le Dr Dufriche, les épidémies liées aux maladies d'importation ne devraient pas être prises en compte agent par agent mais dans une globalité avec une même planification de la prise en charge. Pour répondre au Dr Césari, le Dr Dufriche a souligné que dans un monde ouvert, il fallait sans doute poser une interrogation sur le meilleur contrôle des états de santé des populations dans les pays d'origine.

Le Dr Paquet a situé les relations avec les médias dans un contexte sociétal. La population développe une certaine sensibilité à cet environnement informatif. De plus, il existe parfois un décalage entre les risques, l'action développée face à un événement et la mobilisation prospective. Ainsi, il aurait été intéressant de mesurer les énergies mobilisées cette année pour attendre les conséquences d'une canicule qui n'est pas survenue, alors qu'en 2003 ces mêmes énergies étaient toutes tournées vers les risques liés aux boulettes du Prestige. Une boucle interactive existe entre les professionnels de la gestion des risques sanitaires, les médias et la population. Il existe de la part de la population une pression importante liée à une demande de sécurité, demande relayée par les médias vers les professionnels qui doivent renvoyer des signes forts de contrôle des risques pour répondre à ces attentes. Parfois cette pression est très forte de la part de médias qui n'appréhendent pas suffisamment les enjeux, les actions et surestiment des risques. Il serait intéressant en France, à l'image de ce que font les CDC aux USA, d'associer les médias dans les programmes d'intervention. Il faut aussi faire attention de ne pas avoir une guerre de retard, et de travailler sur la base des acquis des épidémies passées. Le maître-mot est anticipation.

Le Médecin en chef des services Morillon (HIA Laveran) est tout à fait d'accord avec ce défaut de communication du niveau central tant vers le public que vers les acteurs de santé. Cette communication est sans doute améliorable mais elle doit redescendre vers les acteurs de base

aussi bien vers les médecins généralistes que vers les infirmiers ou les pharmaciens.

Le Médecin en Chef Hance (HIA Laveran) souligne effectivement le pouvoir des médias mais aussi le décalage des informations transmises par rapport aux risques. Ainsi, la presse parle plus du risque résiduel transfusionnel lié aux hépatites qui est estimé à 1 pour 10 millions de poches alors qu'elle ne parle jamais du risque de même type pour le conflit ABO qui lui est estimé à 1 pour 12000 poches !

Le Dr Dufriche évoque les procédures de communication à la DGS. L'objectif est une transparence contrôlée. Si aucune information ne peut être communiquée sans la validation du cabinet du ministre, il y a une volonté de grande transparence. De plus, cette communication est tournée vers les acteurs de terrain *via* le site DGS-urgent. Certes, l'inscription aux lettres et notifications électroniques passent par une inscription volontaire (l'acquisition informative n'est donc pas systématique) mais à l'heure actuelle, 15000 médecins généralistes français sont inscrits sur ces listes de diffusion (soit environ 10% de l'ensemble).

Le Dr Fleury, (SAMU 93), met en avant le risque de conduites irrationnelles liées aux facteurs humains ; les personnels de santé n'étant pas à l'abri de ces conduites.

Mme de Grandmaison souligne que ce type de conduite à facteur humain existe également dans le cadre du bioterrorisme.

Le Dr Charlet ajoute que les personnels de santé vont souvent au-delà des recommandations ; ceci a été mis en évidence dans les règles édictées face aux cas de méningites. La mobilisation des personnels de santé est donc perfectible, elle ne doit pas dépasser les règles émises au niveau central. L'excès d'application peut lui aussi susciter des peurs infondées.

Le MCS Debord évoque le fait que lorsque la maladie est mal (peu ou pas) connue, cela rend difficile toute communication sur le sujet. Pour qu'il y ait alerte, il faut qu'il y ait diagnostic du cas, ce qui nécessite une bonne formation des intervenants de terrain sur des pathologies qu'ils ne connaissent pas toujours parfaitement. Pourtant ce diagnostic est indispensable à la réactivité.

Le Dr Paquet rappelle que la France manque d'une culture du signalement, et notamment du signalement des phénomènes anormaux. Ce signalement doit avoir lieu au niveau périphérique le plus bas, ce qui nécessite une capacité de perception et des traitements de ces signaux d'anormalité sanitaire.

Un médecin généraliste marseillais présent dans l'amphithéâtre confirme recevoir beaucoup d'informations depuis la création de l'INVS. Ce médecin souhaiterait que l'information soit plus active vers tous les confrères et pour cela propose que l'annuaire du Conseil de l'Ordre soit utilisé afin que tous les médecins inscrits soient destinataires.

Le Médecin en Chef Boutin (IMTSSA) confirme que cette culture du signalement n'est pas ancrée dans la culture médicale française. Ceci est sans doute dû au fait que le signalement est perçu par les médecins comme un acte administratif alors qu'il devrait être vécu comme un acte médical à part entière.

Mme de Grandmaison pose la question aux intervenants de la liaison et de la coordination entre les intervenants sanitaires dans le domaine de ces crises liées aux maladies d'importation.

Le Dr Dufriche répond le premier en confirmant qu'il existe une réactivité immédiate conduisant à une conférence téléphonique quotidienne avec tous les acteurs ; le Service de santé des armées est associé à cette rencontre quotidienne.

Le Dr Manuguerra souligne qu'en matière de coordination l'OMS a fait des progrès notables grâce notamment aux réseaux internet. Il existe ainsi des communications internationales facilitées entre tous les centres nationaux de référence et une diffusion d'une information en temps réel.

Mme de Grandmaison interroge le Dr Manuguerra sur le fait qu'un risque de mutation de la grippe aviaire pourrait faire naître de nouvelles peurs.

Le Dr Manuguerra répond qu'il s'agit bien là d'une réalité et que l'OMS a l'obsession de la pandémie grippale. L'exagération d'un risque est aussi une façon d'anticiper un plan de réponse : prévoir le pire est une façon de se préparer au moindre. Mais il est vrai que la grippe aviaire est sans doute ce qui fait actuellement le plus travailler les équipes chargées de préparer des réponses à un risque d'importation où vigilance et prévoyance sont plus que nécessaires.

Pour le Dr Charlet, les aspects liés à la communication constituent le maillon faible du Ministère, particulièrement vers les acteurs de terrain. Cette information doit aller dans les deux sens de descente et remontée.

Le Pr Kanga (République de Côte d'Ivoire) ajoute que l'école médicale française n'est pas suffisamment « Santé Publique ». Par exemple pour la vénéréologie, il y a eu une disparition de l'obligation de déclaration des cas. Les droits individuels des personnes vont parfois à l'encontre des droits de la collectivité à être protégée face à des problèmes de santé importants.

Pour le Médecin en Chef Cavallo (HIA Bégin), la peur n'est pas un domaine réservé. Elle peut également s'exprimer chez des professionnels de l'information, chez des professionnels de santé et s'étendre dans la population générale. Y a-t-il en France une structure chargée de la gestion des peurs collectives ?

Le Dr Paquet rebondit sur ce point pour souligner que la peur est surtout une notion de perception liée à un risque individuel face à une attente sécuritaire. S'il n'existe pas de maîtrise individuelle du risque, c'est à ce moment que se met en place un mécanisme de peur. La population attend alors que les structures d'Etat maîtrisent ce risque.

Le Dr Dufriche rapporte que, face à ces risques nouveaux, les structures travaillent sur des potentialités de survenue et que le quotidien est de développer des plans qui (heureusement) sont rarement mis en place. A la DGS la structure est passée de 20 à 40 personnes pour le concept d'urgence ; chaque jour il y a un sujet nouveau à traiter.

Le Dr Manuguerra confirme la notion de risque difficile à maîtriser lorsque face à ce risque existe un plaisir individuel (exemple du tabac).

Pour le MCS Debord, c'est l'approche psychologique qui devrait être prise également en compte. Ainsi, lors de la

mission à Hanoi pour le SRAS, l'équipe était accompagnée d'un psychiatre permettant d'appréhender la gestion des tensions, des peurs et des conflits.

Le Dr Fleury rajoute que, dans un contexte d'intervention professionnelle, la peur peut être maîtrisée grâce à une bonne connaissance des maladies. Cette maîtrise a été difficile à Hanoi dans le contexte d'une mise en quarantaine où l'attente génère des interrogations pour l'avenir.

Le Dr Paquet revient sur la notion de contrôle des frontières et de l'illusion portée sur la surveillance à ce niveau. Ainsi, si dans le cadre d'une crise sanitaire survenant dans un pays, les vols directs arrivant de ce pays peuvent être surveillés, il devient illusoire de penser surveiller toutes les arrivées d'avion dans les points d'entrée avec des passagers pouvant avoir fait des escales dans d'autres pays. Il n'y a sans doute pas suffisamment de coopération européenne dans ce domaine et de contrôle à l'entrée de l'espace Schengen.

Le Médecin général inspecteur Quéguiner souligne que la réaction des politiques face à une crise est parfois moins rationnelle que celle des professionnels de la santé.

Pour le Dr Manuguerra, les experts interviennent sur une actualisation des connaissances alors que les politiques, qui doivent traduire des avis en actions, se posent plus de questions et ce depuis la crise fondatrice qu'a constituée l'affaire du sang contaminé. L'exemple de la canicule en 2003 a rappelé cette réalité.

Effectivement rapporte le Dr Dufriche en ce qui concerne la grippe aviaire, le problème est sérieux et peut conduire à une réelle crise sanitaire nationale car l'existence d'un foyer animal permanent constitue une véritable bombe à retardement dans le cadre d'un risque de débordement en cas de passage à une transmission inter-humaine. La réponse conduirait entre autre à une limitation de certains droits des personnes (circulation).

Le MCS Debord insiste sur la nécessité de hiérarchiser les risques en terme de santé publique afin qu'il y ait plusieurs niveaux de vigilance.

Face au SRAS, le Dr Paquet indique que le rapport technique des autorités canadiennes est remarquable car il met à plat tous les problèmes soulevés lors de cette crise, et propose des modifications radicales en matière de surveillance, d'alerte et d'intervention. En matière de surveillance, il convient de développer une culture de la curiosité car il paraît plus naturel d'être alerté par un phénomène pathologique (notamment infectieux) que par un phénomène anormal ayant des répercussions sur la santé (exemple la canicule de 2003).

Mme de Grandmaison rappelle que certains médecins urgentistes s'étaient pourtant alarmés face aux indicateurs de saturation des services d'accueil hospitalier.

Le Dr Dufriche reconnaît que sans doute les niveaux centraux ne sont pas suffisamment sensibles à ce type d'alarme indirecte.

Le Médecin en chef Migliani souhaite que Mme de Grandmaison devienne à son tour un témoin face à cette question et puisse donner le point de vue du journaliste.

Pour Mme de Grandmaison, ces sujets de santé et, notamment ceux générant des crises, constituent un problème

préoccupant pour les journalistes. Il s'agit de faits de société et le rôle des médias de communiquer vers le grand public joue parfois une action révélatrice. Mais même si l'attente du public va vers le sensationnel, il n'est pas question dans la déontologie journalistique de tomber dans la marchandisation d'une information détournée de son but. Il est sans doute de plus en plus nécessaire d'accroître la formation des journalistes à l'acquisition et au traitement d'une information spécialisée. Si souvent les journalistes occupent des polyvalences dans la couverture de l'information, la demande d'une transmission rapide de l'information ne doit pas leur faire oublier qu'ils ont l'obligation de recouper et de valider leurs sources. Tout ceci est plus facile s'il existe une réelle transparence des professionnels. Même si les médias sont très attachés au droit de la presse, ils ont conscience de la nécessité de ne pas faire naître des peurs collectives qui peuvent avoir des conséquences graves sur la sécurité.

Le Pr Pichard trouve que le journalisme médical est quelque peu amorphe en France. Il pose la question de l'existence d'un conservatisme important qui peut nuire à un vrai débat d'idées sur la gestion des risques et les actions à mener dans le domaine de la santé publique.

Mme Françoise Cordier, Quotidien du Médecin, pose la question de savoir si ce conservatisme du journalisme médical n'est pas aussi dû au corporatisme de la profession médicale en France.

Le MGI Quéguiner demande si dans la gestion des crises sanitaires les médias ne pourraient pas être des partenaires des acteurs de santé, même s'ils ne veulent habituellement pas être instrumentalisés.

Mme de Grandmaison confirme que le rôle des médias est aussi de travailler sur l'investigation et que l'ob-

jectif premier est de donner au public une information la meilleure possible d'une réalité.

Le MC Boutin souligne que certains journalistes reprochent aux acteurs de santé d'être de mauvais communicants. Il y a une nécessité pour les professionnels de la santé de se former aux techniques de communication, mais dans le domaine de la santé publique, ces acteurs sont des fonctionnaires territoriaux et entre leur devoir de réserve et la vision qu'ont d'eux les médias comme représentant du pouvoir public, il existe parfois un biais dans cette communication.

Le MCS Mérouze indique que les médias ont trop souvent le goût du titre qui frappe et que parfois ils développent des interprétations dommageables dans le transfert d'une information liée à des faits. Sans jouer sur les peurs collectives, il existe un goût pour le sensationnalisme.

Le Dr Manuguerra complète cette intervention en soulignant que, sur certains sujets, il existe des lobbies dont les actions efficaces ne sont pas à sous-estimer ; comme par exemple la ligue antivaccinale britannique utilisant des relais médiatiques (voire en manipulant certains). Il faut rappeler l'attrait des tabloïds britanniques pour le sensationnel, mais ce sont des supports qui n'ont pas une démarche journalistique.

Mme Gillet (IMTSSA) regrette que la presse locale ne prenne pas suffisamment de temps pour couvrir des événements scientifiques dont les informations transmises au grand public permettraient de réduire ces peurs de l'inconnu.

Mme de Grandmaison remercie tous les participants de ce débat passionnant dont les réponses ont permis de mieux comprendre les portées des risques et les plans mis en œuvre pour les contrôler et en maîtriser les conséquences ■



Site Internet *Les actualités du Pharo*

<http://www.actu-pharo.com>