



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion - 2003

Atouts et limites de la communication
Dans la gestion d'une crise mondiale
A propos du SRAS
(Expérience en Seine Saint-Denis)

Catherine GUICHARD

Remerciements

A Camille et Kevin avec tout mon amour

A mes proches et amis que j'ai un peu négligés ces derniers mois ...

A tous mes AMIS - P 2003 !

A toutes les personnes de la DDASS de Seine Saint-Denis qui m'ont aidée et soutenue au quotidien en cette année de stage.

Un grand merci à toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir ou de m'écouter dans le cadre de la réalisation de ce travail et de me faire partager leur expérience.

Sommaire

1	INTRODUCTION.....	1
2	OBJECTIFS.....	5
3	MATERIEL ET METHODES.....	5
3.1	La recherche bibliographique et documentaire	5
3.2	Participation à des réunions.....	6
3.3	Entretiens.....	6
4	CHRONOLOGIE D'UNE MALADIE EMERGENTE.....	8
4.1	L'alerte mondiale	8
4.1.1	Historique.....	8
4.1.2	Information et Communication	10
4.2	L'alerte Nationale.....	12
4.2.1	Gestion de l'alerte.....	12
4.2.2	Information et communication.....	13
4.3	Levée de l'alerte.....	19
5	LE CONTEXTE EN SEINE SAINT DENIS	20
5.1	Aéroport Roissy Charles de Gaulle.....	20
5.1.1	Descriptif.....	20
5.1.2	Contrôle sanitaire aux frontières	21
5.1.3	Dispositif SRAS mis en place à l'aéroport Roissy CDG.....	22
5.1.4	Difficultés rencontrées.....	24
5.2	La zone d'attente pour personnes en instance (ZAPI)	26
5.2.1	Descriptif.....	26
5.2.2	Difficultés rencontrées et mesures mises en oeuvre.....	27
6	BILAN ET QUESTIONS SPECIFIQUES.....	28
6.1	Bilan	28
6.2	Questions spécifiques.....	30
7	RETOURS D'EXPERIENCE.....	30
7.1	Direction des affaires sanitaires et sociales.....	31

7.1.1	Médecin inspecteur de santé publique	31
7.1.2	Technicien sanitaire	34
7.1.3	Ingénieur du génie sanitaire	35
7.1.4	Infirmières de santé publique.....	36
7.2	Plateforme de Roissy CDG.....	37
7.2.1	Agents du CSF.....	37
7.2.2	Direction des douanes de ROISSY CDG.....	38
7.2.3	Service médical d'urgence de Roissy CDG.....	39
7.2.4	Service médical de la ZAPI.....	39
7.3	Professionnels de santé	40
7.4	Le SAMU 93	41
7.5	Medias	43
7.6	Presse.....	43
8	ANALYSE.....	45
8.1	Message d'alerte	47
8.2	Communication interne.....	49
8.3	Communication externe	50
9	PROPOSITIONS POUR UN CODE DE BONNE CONDUITE EN COMMUNICATION	51
9.1	Communication interne.....	51
9.2	Communication externe	52
10	CONCLUSION	55
11	Bibliographie	57
12	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- ADP** : Aéroport de Paris.
- BEH** : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire publié par l'InVS.
- CDC** : Center for Diseases Control and Prevention. (Etats-Unis)
- CHSCT** : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
- CIREI** : Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie et d'Intervention.
- CNR** : Centres Nationaux de Référence.
- CSF** : Contrôle Sanitaire aux Frontières.
- CSHPF** : Conseil Supérieur d'hygiène Publique de France.
- CSP** : Code de Santé Publique.
- CTIN** : Comité technique des infections nosocomiales
- DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
- DDASS 93** : DDASS de Seine Saint-Denis
- DGA** : Déclaration Générale d'Aéronef.
- DGS** : Direction Générale de la Santé.
- DHHS** : Department of Health and Human Services (Etats-Unis)
- DHOS** : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- GROG** : Groupe régional d'observation de la grippe
- HCSP** : Haut Comité de la Santé Publique.
- IDE** : Infirmier diplômé d'état
- IGS** : Ingénieur Génie Sanitaire.
- INAD** : Individu non admis
- INRS** : Institut national de recherche et de sécurité
- InVS** : Institut de Veille Sanitaire.
- JO** : Journal Officiel français..
- MISP** : Médecin Inspecteur de Santé Publique.
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé. (World health organization)
- ONU** : Organisation des Nations Unies.
- PAF** : Police de l'Air et des Frontières.
- REP** : Responsable exploitation plateforme.
- Roissy CDG** : Aéroport de Roissy Charles de Gaulle.
- RSI** : Règlement Sanitaire International.
- SAMU** : Service d'Assistance Médicale et d'Urgence
- SMU** : Service médical d'urgence de Roissy CDG
- SRAS** : Syndrome respiratoire aigu sévère
- ZAPI** : Zone d'attente pour personnes en instance

« *Prétendre résoudre tous les problèmes et répondre à toutes les questions serait une fanfaronnade si effrontée et une présomption si extravagante qu'on se rendrait par là aussitôt indigne de confiance* » Emmanuel Kant, Critique de la raison pure.

1 INTRODUCTION

L'émergence d'une nouvelle maladie sévère d'origine inconnue est source d'angoisse, aussi bien pour les professionnels de santé, que pour le public.

Le terme de " maladie émergente " est communément utilisé dans les médias et dans le langage courant. Mais qu'en est-il précisément ?

On entend par maladies infectieuses émergentes celles qui n'ont jamais été identifiées auparavant ou celles qui sont connues, mais affichent une sensible recrudescence ou se propagent sur le plan géographique. Depuis 1973, on assiste à l'émergence de plus d'une trentaine de maladies auparavant inconnues associées à des virus ou à des bactéries, dont le virus Ebola (1977), la maladie du légionnaire ou légionellose (1977), le VIH/sida (1983), la maladie de Creutzfeldt-Jakob (1986) l'hépatite C (1989) et le H5N1 Influenza A, ou grippe aviaire (1997).

L'infection du virus du Nil occidental est un exemple de maladie connue qui a une nouvelle portée géographique. Sa découverte aux États-Unis en 1999 marque la première introduction en Amérique du Nord, dans l'histoire récente, d'un flavivirus déjà connu dans d'autres continents. En ce début du XXI^e siècle, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est le dernier exemple de ces maladies et a été considéré comme une menace mondiale sérieuse. Mme Gros Harlem Bruntland, précédent Directeur de l'OMS a annoncé lors d'un congrès à Rome que « *le virus de la pneumopathie atypique est un défi pour le monde, il s'agit d'une maladie virale sans vaccin ni traitement* »

L'histoire des maladies infectieuses nous montre que la migration humaine a toujours été leur principal moyen de transmission. Mais les voyages plus nombreux et rapides sur des distances de plus en plus vastes ont accéléré leur propagation. Près de 1,6 milliards de passagers prennent l'avion chaque année et sont autant de transporteurs potentiels de nouveaux agents infectieux. Aujourd'hui, le monde est transformé en « village » et ces mutations sociologiques le rendent d'une fragilité extrême vis-à-vis des nouveaux agents infectieux.

Rappelons toutefois que l'apparition d'une maladie a ses propres complexités et qu'il faut des conditions idoines pour que l'agent pathogène puisse survivre, proliférer et contaminer un hôte éventuel.

Le SRAS, dont la contamination est attribuée aux sécrétions oro-pharyngées ou respiratoires et au contact physique direct, a bénéficié des possibilités de diffusion le long des voies internationales du transport aérien et a pu ainsi s'étendre du pays du soleil levant au continent nord-américain.

Pour désamorcer tout début de psychose dans la population et gérer la gestion de cette nouvelle crise, la communication et les échanges d'information prennent toute leur importance à côté du travail des scientifiques et des pouvoirs publics.

Pour donner un exemple, le quotidien en ligne de Bangkok, *Asia Times*, s'est indigné au sujet de l'attitude minimisatrice de la Malaisie sur le nombre de cas de pneumopathie atypique¹ : *“Si la Malaisie refuse de prendre sérieusement en compte la maladie, c'est par crainte d'affoler les touristes et de mettre en danger son industrie touristique... C'est un mauvais calcul, car c'est la population tout entière qui est anxieuse, consciente qu'on lui cache la vérité. D'où des rumeurs et une paranoïa certaine.”*

Et le journal de Bangkok de conclure : *“Le gouvernement du Dr Mahathir ferait mieux de prendre exemple sur son voisin Singapour, où le gouvernement a communiqué, reconnu les dégâts dus à l'épidémie et indiqué les mesures d'urgence qu'il avait prises. Du coup, sa population lui fait confiance. Outre les traitements médicaux, le meilleur moyen de juguler l'épidémie est l'information et la prévention. Malheureusement, Kuala Lumpur préfère pour l'instant suivre le modèle chinois : mensonges et opacité.”*

Cet exemple n'est pas nouveau et l'histoire de la communication est largement une succession d'erreurs : Seveso, Three Mile Island, Bâle, Tchernobyl. Le premier réflexe de minimisation a fortement contribué à décrédibiliser l'ensemble du discours de la communication de crise. Malgré la multiplication des « médias », le sentiment de ne pas bien communiquer ou de ne pas être bien compris reste largement partagé. C'est ce qui a pu induire, notamment, l'apparition de crises graves dans le domaine de la santé, comme par exemple le scandale du sang contaminé en 1983 ou de l'hormone de croissance en 1980.

Comme le souligne Jacques Drucker² : *« Les missions d'évaluation et de gestion des risques nécessitent également d'organiser une véritable communication en direction des populations concernées. De plus en plus souvent, nous sommes en effet conduits à mettre en œuvre une évaluation des risques à partir de données encore très fragmentaires qui ne permettent pas, en urgence, ou même sur le court terme, une réponse définitive (sans appel). Pourtant, il faut pouvoir apporter au plus vite des éléments d'évaluation pour orienter des décisions de protection des populations. De*

¹ Source : *Courrier International* du 10 avril 2003

² *Rapport annuel de l'InVS de l'an 2000*

nombreuses situations concrètes ont mis en évidence les difficultés de communication dès lors que les incertitudes scientifiques laissent la place à des suppositions ou favorisent l'anxiété compréhensible des personnes exposées »

Les « affaires » de la dernière décennie ont entraîné de profondes mutations dans la culture de gestion de crise de notre pays.

La loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme a suscité un profond effort de réorganisation de la veille sanitaire.

Dans ce sens, le Réseau National de santé publique (RNSP) a été créé en 1992, pour devenir en 1998 l'Institut de veille sanitaire³ (InVS) missionné par le ministère pour surveiller, en permanence, l'état de santé de la population et son évolution. Cette mission repose spécifiquement sur des activités de surveillance et d'investigations épidémiologiques, et d'évaluation de risque. Au ministère de la santé, le bureau « Alerte et problèmes émergents » a été créé au sein de la direction générale de la santé en 2000. En outre, la menace bioterroriste a conduit l'administration de la santé à élaborer des scénarios de crise et à renforcer le dispositif existant *via* la création de centres nationaux de référence et la désignation de centres hospitaliers de référence.

Les systèmes de surveillance sont sensés apporter une information utile aux décideurs et permettre une communication adaptée aux différents publics cibles.

Dans le cas particulier d'une pandémie, les modalités de communication revêtent une importance majeure pour assurer l'efficacité de la lutte contre les flambées épidémiques, fédérer la participation des populations aux dispositifs et atténuer les conséquences psychosociales.

En tant que médecin inspecteur stagiaire à la DDASS de Seine Saint-Denis, qui a en charge notamment le contrôle sanitaire aux frontières de l'aéroport ROISSY CHARLES DE GAULLE, j'ai eu l'occasion de participer à la gestion de l'épidémie de SRAS dès l'alerte, en assistant à la première réunion organisée par la DGS le 12 mars 2003. Les nombreuses incertitudes liées à cette « grippe nouvelle » découvertes à cette occasion et la problématique de la communication qui en découlait, m'ont paru suffisamment importantes pour faire l'objet d'un mémoire de MISP en situation d'acteur privilégié, récepteur et émetteur d'information.

³ Créé par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme

La question qui s'est imposée dès le début, à la lumière des turbulences majeures qui ont jalonné ces dernières années notre société est la suivante : Quels ont été les atouts et les limites de la communication dans le cadre de la gestion d'une épidémie mondiale de maladie infectieuse ?

L'objet de ce mémoire est, dans un premier temps, de présenter le déroulement des événements relatifs à l'épidémie de SRAS et la stratégie de communication qui a été mise en oeuvre au niveau mondial, puis national. Une deuxième partie traitera des spécificités de la Seine Saint-Denis, département frontalier, source d'entrée possible du virus et de ses capacités d'adaptabilité à gérer la crise et à communiquer. Un retour d'expériences de terrain sera ensuite présenté, puis discuté dans la dernière partie pour aboutir à un certain nombre de propositions pour une communication efficiente.

2 OBJECTIFS

Ce travail a pour objectifs de :

- Comprendre la stratégie de communication mise en oeuvre lors du pilotage d'une crise sanitaire mondiale;
- connaître ses effets sur le déroulement des événements;
- Identifier les principales difficultés en terme de communication dans un contexte d'incertitudes;
- Identifier les acteurs confrontés à la crise;
- Analyser le retour d'expériences;
- Tirer les leçons de la crise pour proposer un code de bonne conduite en matière de communication.

3 MATERIEL ET METHODES

3.1 La recherche bibliographique et documentaire

La méthodologie employée associe plusieurs modes de recueil des données relatives, au déroulement des événements, aux données scientifiques et épidémiologiques, aux aspects de la communication.

Du fait du suivi en direct de l'évolution des informations sur le SRAS, j'ai consulté les sites Internet de la DGS, de l'OMS, de l'InVS et compilé, au fur et à mesure des progrès des connaissances, les différents documents mis en ligne : communiqués de presse, protocoles, recommandations, données épidémiologiques.

Grâce à des moteurs de recherche tel qu'ATOUTE⁴, il a été possible d'accéder à des sites WEB internationaux spécialisés proposant des articles en ligne sur les différentes approches du SRAS. La littérature scientifique, certes pauvre au début de l'épidémie, a « explosé » en quelques mois. Une recherche sur le service de recherche bibliographique PubMed⁵, permettant un accès à la base de données MEDLINE, avec le seul mot clé SRAS, a permis de dénombrier plus de 600 publications entre mars et août 2003. La littérature scientifique sur le sujet a été rapidement diffusée sur Internet, ce qui est

⁴ <http://www.atoute.org/>

⁵ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

remarquable, et surtout, il est à noter que beaucoup d'articles étaient libres d'accès *on line*⁶ ce qui a permis une large diffusion des connaissances .

Dans le cadre de la gestion de l'épidémie de SRAS, j'ai participé à l'élaboration de documents (notes, courriers, communiqués de presse) à la DDASS de Seine Saint-Denis, et consulté les dossiers de mes collègues et les comptes rendus des réunions auxquelles ils avaient assisté.

A l'issue des entretiens, certaines personnes m'ont remis des documents concernant le déroulement des évènements ou des informations inédites.

Cette recherche a été complétée par une analyse des textes réglementaires et organisationnels relatifs, notamment, au contrôle sanitaire aux frontières, ainsi que de la presse internationale, nationale et locale sur le SRAS.

3.2 Participation à des réunions

Depuis le 12 mars 2003, j'ai participé à différentes réunions :

- Cellule de crise du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le 12 mars 2003 à 14 heures à la DGS, concernant des cas de pneumopathie atypique signalés en Asie.
- Réunion du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) du 24 avril 2003 qui concernait l'actualisation des recommandations concernant le SRAS au cours des vols aériens, en fonction des données disponibles (Avis présenté en annexe E)
- Réunions périodiques dans les services d'ADP à Roissy CDG, pilotées par le sous préfet de Roissy, et réunissant la DDASS, la direction des douanes, la PAF, les représentants des compagnies aériennes, des militaires, des forces de l'ordre.
- Cellule de crise de la DDASS 93 organisée par le directeur, tous les jours à 17 heures.

3.3 Entretiens

Des entretiens semi directifs ont été réalisé auprès de différents interlocuteurs sur la base de guides d'entretien appropriés au profil des personnes rencontrées. Les entretiens ont été menés entre juin et octobre 2003. De plus, pour élargir mon champ d'enquête aux médecins inspecteurs des autres départements, je leur ai envoyé un questionnaire semi-ouvert par messagerie électronique, reprenant les mêmes questions que celles de la grille

⁶ Drazen JM, Campion EW. SARS, the Internet, and the Journal. N Engl J Med 2003;348:2029-2029

d'entretien (présentée en annexe A). Il est à noter que la période estivale et la gestion des problèmes liés à la canicule ont limité la disponibilité de nombreux interlocuteurs.

Il s'agissait de :

Personnels appartenant aux institutions ministérielles

- Sous-directeur du service des maladies émergentes à la DGS
- Médecin inspecteurs de santé publique
- Infirmier de santé publique
- Ingénieur sanitaire
- Technicien sanitaire
- Chargé de communication
- Secrétaire

Personnels en lien avec l'aéroport Roissy CDG

- Médecin du SMU de Roissy.
- Direction des douanes.
- Médecin du service médical de la ZAPI.

Professionnels de santé

- Médecin du SAMU 93, membre de la mission de Hanoi.
- Chef de service des maladies infectieuses d'un hôpital référent.
- Membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

D'autre part, des entretiens spontanés ont été conduits avec des personnes de différentes catégories socioprofessionnelles pendant la période de gestion de l'épidémie. Il s'agissait de répondre à des questions d'ordre divers et les échanges obtenus lors de ces conversations ont alimenté ma réflexion.

4 CHRONOLOGIE D'UNE MALADIE EMERGENTE

4.1 L'alerte mondiale

4.1.1 Historique⁷

Le premier cas connu de pneumonie atypique est détecté à la mi-novembre 2002 à Foshan City, Province de Guangdong, en Chine. L'épidémie serait partie de Foshan ville proche de Canton.

Mi-février 2003, l'OMS reçoit un rapport des autorités chinoises faisant état, dans la Province de Guangdong, d'une flambée de syndrome respiratoire sévère affectant 305 personnes et ayant provoqué 5 décès. Les résultats des analyses de laboratoires sont négatifs pour les différents virus de la grippe.

Le 20 février, les autorités sanitaires de HongKong déclarent à l'OMS une flambée de grippe aviaire (le virus A (H5N1)) ayant été isolé dans une famille qui s'était récemment rendue dans la Province de Fujian, Chine (2 cas dont 1 décès).

Le 21 février, Un médecin de Guangzhou se rend à Hongkong, après avoir traité des patients ayant une pneumonie atypique à Canton. Malade à son tour, il contamine au moins 12 personnes qui se trouvaient dans son hôtel. C'est le deuxième cas zéro mondial. Parmi ceux-ci, un homme d'affaires sino-américain est admis à l'hôpital français de Hanoi pour symptômes respiratoires depuis 3 jours. D'autres personnes sont également atteintes et diffusent la maladie parmi le personnel des hôpitaux de Singapour, Hongkong, Hanoi dans les jours qui suivent.

Ainsi, Carlo Urbani, un médecin épidémiologiste du Bureau de l'OMS à Hanoi, constate un nombre élevé de cas de pneumonie d'origine inconnue à l'Hôpital français de Hanoi. Le 28 février 2003, il notifie ces cas au Bureau OMS du Pacifique occidental. L'état d'alerte est accru au Siège de l'OMS. Le 8 mars, 14 membres du personnel hospitalier de Hanoi sont atteints d'un syndrome respiratoire. Une équipe de l'OMS se rend sur place pour les aider.

La maladie se propage grâce aux transports aériens internationaux. Une femme âgée, qui avait résidé au neuvième étage de l'hôtel à HongKong, meurt à Toronto à l'hôpital

⁷ Severe acute respiratory syndrome (SARS) – Status of the outbreak and lessons for the immediate future – Geneva 20 may 2003 -[WHO. Status of the Outbreak](#) ; [OMS – Statut de l'épidémie](#) :

Scarborough Grâce. Cinq membres de sa famille s'avèrent être infectés et sont admis à l'hôpital.

Le 10 mars, au moins 22 des membres du personnel de l'hôpital d'Hanoi présentent des signes respiratoires. Le ministre de la Santé chinois demande à l'OMS un support technique et de laboratoire afin de clarifier l'origine de la flambée de Guangdong. Le 11 mars, le Dr Urbani s'embarque pour Bangkok où il doit se rendre à une réunion sur les maladies infectieuses. Il tombe malade à son arrivée et est immédiatement hospitalisé.

Le 12 mars, l'OMS lance un bulletin d'alerte sanitaire mondiale suite au nombre croissant de cas pneumonie atypique sévère notifiés par les hôpitaux de Hanoi et de HongKong.

A Singapour et à Toronto des cas sont également notifiés et l'OMS émet une nouvelle alerte le 15 mars sur le fait que le SRAS se propagerait par les vols internationaux. Le SRAS est déclaré "menace sanitaire mondiale".

Cette décision était basée sur les cinq arguments suivants⁸ :

- L'agent causal de cette nouvelle maladie, et donc ses possibilités de dissémination n'étaient pas encore identifiés.
- L'épidémie semblait présenter plus de risques pour le personnel de santé prenant en charge ces patients, ainsi que pour les membres des familles de ces derniers ou tout autre personne en contact étroit avec ces malades.
- Les différents traitements par antibiotiques et antiviraux instaurés de manière empirique semblaient n'avoir aucun effet.
- Quoique le nombre en soit initialement faible, un pourcentage significatif de patients (25 des 26 membres d'une équipe hospitalière de l'hôpital de Hanoi, et 24 des 39 membres d'une seconde à HongKong) avait évolué vers l'insuffisance respiratoire, nécessitant la réanimation et aboutissant au décès de personnes sans antécédents particuliers.
- La maladie avait débordé de ses foyers initiaux en Asie, et avait atteint l'Amérique du Nord et l'Europe.

Le 29 mars, Carlo Urbani meurt du SRAS en Thaïlande.

Le 30 mars, les autorités sanitaires de HongKong annoncent une importante flambée de cas probables parmi les résidents d'un immeuble dans le quartier de Amoy Gardens, faisant part d'une possible transmission environnementale.

⁸ ([WHO, Status of the Outbreak](#) ; [OMS – Statut de l'épidémie](#)) :

Cela a conduit l'OMS à recommander de remettre à plus tard tout voyage pour HongKong ou la Province de Guangdong qui ne serait pas essentiel. Les autorités chinoises donnent la permission à l'équipe OMS de se rendre dans la Province de Guangdong.

Les limitations de voyages sont ensuite étendues à Beijing et la Province de Shanxi, en Chine, et Toronto au Canada.

Fin avril, le Vietnam se trouve être le premier pays à avoir su contenir la flambée de SRAS et l'OMS l'enlève de sa liste de destinations à éviter. Il en est de même ensuite pour Toronto.

Le 17 juin L'Organisation Mondiale de la Santé a parrainé une conférence mondiale sur le SRAS intitulée « *Quelles seront les prochaines étapes* » qui s'est tenue les 17 et 18 juin 2003 à Kuala Lumpur (Malaisie)⁹.

Les experts ont conclu que la justesse et la pertinence des mesures qui comprennent le dépistage et l'isolement des patients, une recherche et un suivi actif des contacts, ainsi qu'une large diffusion de l'information au public pour indiquer les procédures à suivre dès les premiers symptômes ont permis de limiter l'épidémie.

L'OMS a également souligné qu'une surveillance mondiale et des systèmes de santé publique solides sont nécessaires pour répondre aux maladies infectieuses émergentes et à d'éventuels événements assimilables au bioterrorisme. Enfin, la flambée mondiale du SRAS a servi à renforcer la nécessité de remanier le Règlement Sanitaire International, qui a pour objet d'« *assurer le maximum de sécurité contre la propagation des maladies d'un pays à l'autre moyennant le minimum d'entraves au trafic mondial* ».

4.1.2 Information et Communication

Afin de maîtriser le risque connu, de répondre à l'inconnu (*via* un réseau de renseignements épidémiques), d'élaborer des recommandations, l'OMS a mis en place plusieurs réseaux : un réseau virtuel pour l'étiologie, un réseau d'une cinquantaine de cliniciens ayant traité des patients du SARS, un réseau de 32 épidémiologistes, un réseau de 115 experts de 26 institutions de 17 pays, un réseau de modélisation de l'épidémie. Les différents protocoles, guides et recommandations ont fait autorité et été une aide pour certains pays amenés à prendre des mesures parfois impopulaires (mise en quarantaine, limitation des voyages vers Toronto).

Seulement un mois après sa mise en place (le 16 avril 2003), les scientifiques faisant partie du réseau, annoncent que c'est un nouveau coronavirus, inconnu chez l'homme, qui est l'agent responsable du SRAS. En comparaison, le virus responsable du sida a été isolé au bout de deux ans.

⁹ http://www.who.int/csr/sars/conference/june_2003/materials/reportfrench/en/

Plus encore impressionnants ont été les échanges d'information et la communication instantanée.

Selon M. Rodier Directeur des maladies transmissibles à l'OMS¹⁰ « *Il est à remarquer que la constitution d'un groupe de communication a été fondamental pour informer toutes les parties sur cette maladie, près de 3500 articles ont paru dans la presse, le site Internet de l'OMS a atteint les 10 millions de contacts par jour. Les messages clés à retenir étant d'assurer une surveillance active, une détection rapide, l'isolement du malade et le suivi constant des personnes en contact avec le patient. Il a été prouvé qu'avec la mise en marche de ces messages, l'épidémie a régressé grâce à une communication accrue. Minute par minute l'OMS, les différentes agences et autorités sanitaires ont diffusé l'information aux cliniciens, acteurs de santé publique, médecins, voyageurs, etc. L'information actualisée au fur et à mesure de l'évolution des connaissances a été largement connue de tous grâce au réseau Internet* »

L'EDITORIAL du Journal de l'association médicale canadienne (CMAJ)¹¹ indique que six semaines après la description du premier cas de SRAS par l'OMS, 108 articles indexés sont parus sur Medline¹² ;

Les media ont également participé activement en communiquant auprès du public.

Au total, le réseau d'alerte épidémiologique coordonné par l'OMS a été un outil stratégique au cours de cette crise. La révision en cours du RSI devrait à terme donner un cadre à l'échange d'informations sanitaires entre les pays. Il apparaît que les informations délivrées à l'OMS sur le SRAS ont été décisionnelles devant l'inertie de grands pays comme la chine ou le canada : il ne faut pas se rendre à Toronto !

Sur le plan de la communication, l'OMS a fixé les standards aux autres pays :

« Les modalités de communication de l'information au grand public et aux médias ont également été jugées importantes pour le succès des interventions. Les informations doivent être exactes, communiquées de façon transparente et diffusées au moment voulu. L'épidémie de SRAS a montré qu'il était indispensable de mieux informer sur les risques pour juguler les flambées épidémiques et atténuer les conséquences sanitaires, économiques et psychosociales des poussées de maladies infectieuses. »

¹⁰ Réunion d'information sur le SRAS du 20 mai 2003 sous la présidence du Dr Gro Harlem Bruntland Directeur Général de l'OMS

¹¹ CMAJ. June 24, 2003, 168 (13)

¹² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

4.2 L'alerte Nationale

4.2.1 Gestion de l'alerte

En raison du développement de l'épidémie à l'hôpital français de Hanoi, l'Institut national de veille sanitaire (InVS), dans la soirée du 11 mars 2003, a lancé l'alerte « pneumonie atypique » en direction de la Direction Générale de la Santé (DGS)¹³. Cette alerte a constitué l'élément déclencheur de la gestion de la crise dont le pilote fut la DGS et son bureau des alertes et des risques émergents. Ce bureau s'est coordonné avec les centres nationaux de référence (CNR), notamment avec les deux centres nationaux de référence de la grippe, à Paris et à Lyon.

Une cellule de crise ministérielle est mise en place associant les services de l'Etat, des experts.

Une des priorités a été de prendre en charge la situation dramatique du personnel de l'hôpital français de Hanoi. Les médecins de cet hôpital privé (40 médecins) demandaient de l'aide du fait d'un nombre important de malades dans le personnel soignant et de l'absence de structure de réanimation. Le Ministère de la Santé dépêche à l'hôpital français de Hanoi, dès le 15 mars, une équipe médicale composée principalement de personnel de l'Assistance Publique hôpitaux de Paris (3 anesthésistes réanimateurs, 2 infirmières anesthésistes), d'un épidémiologiste de l'Institut de veille sanitaire et d'un virologue de l'Institut Pasteur.

Cette mission a été relayée par la suite par une équipe du Service de Santé des Armées.

Grâce à l'existence des dispositifs de veille sanitaire et des procédures de lutte contre le bioterrorisme, le ministère mobilise rapidement toutes les expertises nationales dans les domaines épidémiologique, biologique, clinique et thérapeutique.

L'expertise épidémiologique et la surveillance sanitaire sont assurées par l'InVS, la cellule de lutte contre la grippe, le CSHPF et le CTIN pour les mesures d'isolement. L'Institut Pasteur et les centres nationaux de référence réalisent l'expertise biologique. L'AFSSAPS a en charge l'expertise des traitements et des dispositifs médicaux.

Pour prévenir le risque de diffusion de l'épidémie sur le territoire français, éviter l'exposition au risque de contamination des professionnels de santé amenés à traiter d'éventuels malades, et protéger les populations, des décisions devaient être prises sur la base des connaissances au jour J. Beaucoup de problèmes devaient être résolus comme le retour en France des médecins exposés, la conduite à tenir vis à vis des personnes

¹³ source : DGS ; sous direction des pathologies et de la santé

déjà rentrées des zones à risque, les modalités d'information des voyageurs au retour ou au départ des zones à risque, ceci dans un climat d'incertitude total.

Dés le 12 mars 2003, l'alerte nationale est lancée, un communiqué de presse et un dispositif de gestion du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) sont élaborés (présenté en annexe B). S'appuyant sur les recommandations émises par l'Organisation Mondiale de la Santé et sur les avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF), ce dispositif a par la suite été aménagé en fonction de l'évolution épidémiologique internationale ainsi que des connaissances scientifiques. La première prise en charge de personnes susceptibles d'être malades était du ressort du SAMU (centres 15), des services des hôpitaux de référence (avec la DHOS) et des médecins des Groupements Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG).

Un autre aspect de cette crise a été le renforcement de la collaboration interministérielle, en raison des problèmes multiples à résoudre, tels que :

- Cadrer et de définir les modalités de remboursement et d'annulation de voyages vers les zones affectées (Ministère de l'Équipement, des Transports, du Logement, du Tourisme et de la Mer) ;
- Modalités d'accueil d'enfants en milieu scolaire, d'étudiants, de sportifs, de salariés d'entreprises françaises de retour ou en provenance de zones affectées (Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche ; Ministère des Sports ; Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité) ;
- Conditions d'aide aux ressortissants français en zone affectée (Ministère des Affaires Étrangères) ;
- Mesures de veille et de contrôle sanitaire aux aéroports (Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie).

Pendant la gestion de l'épidémie de SRAS, la coopération internationale a été active par la participation des experts français aux travaux de l'OMS et du comité de réseau européen pour la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles.

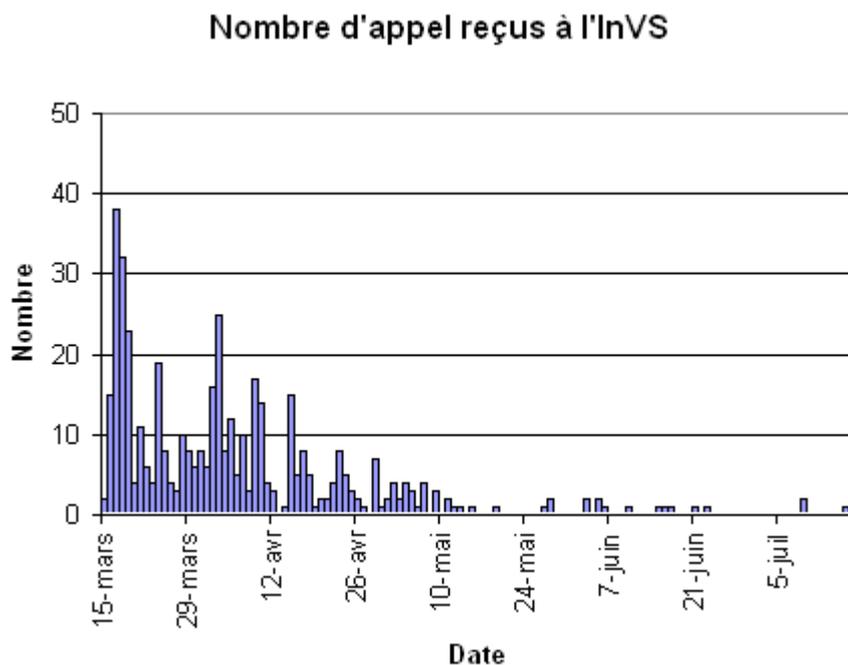
4.2.2 Information et communication

A) Les investigations menées par l'InVS et la diffusion des données épidémiologiques

A la demande du Ministère chargé de la Santé, l'InVS a été chargé le 16 mars 2003 de la surveillance et de l'investigation épidémiologique nationale des cas possibles de SRAS

chez les personnes revenant de zones exposées ou chez les proches de patients atteints par la maladie.¹⁴

La figure ci-dessous montre l'évolution du nombre d'appels reçus à l'InVS entre le 15 mars et le mois de juillet 2003. Il est intéressant de remarquer un pic d'appel juste après l'alerte, puis à nouveau début avril. A partir du mois de mai, les appels deviennent épisodiques.



Des définitions de cas de SRAS (tableau 1) ont été élaborées sur la base des recommandations de l'OMS pour standardiser la recherche de cas, la prise en charge diagnostique et clinique, les mesures de prévention et le suivi de la situation épidémiologique.

Au total, l'InVS a suivi avec le concours des médecins et des services hospitaliers 441 cas possibles ayant présenté des symptômes pouvant correspondre au SRAS. Sur la base de l'évaluation clinique, radiologique, biologique et épidémiologique, 434 de ces cas ont pu être écartés. Sept cas ont été classés comme probables. Chez trois de ces derniers, un coronavirus a été détecté par PCR. Cinq cas probables étaient liés à l'épidémie de SRAS survenue dans une clinique de Hanoi, au Vietnam et deux revenaient de Nankin, en Chine. Aucune contamination n'a eu lieu sur le territoire français.

¹⁴ www.invs.sante.fr – BEH n°24-25 ; 2003

Tableau 1 : Définitions de cas de SRAS

Cas possible : Toute personne présentant l'ensemble des signes suivants : poussée fébrile (>38°C) et

- un ou plusieurs signes d'atteinte respiratoire basse (toux, dyspnée, gêne respiratoire, anomalies auscultatoires, anomalies radiologiques si la radiographie pulmonaire a déjà été faite ou désaturation par saturomètre digital si fait)

- ET un ou plusieurs des éléments suivants dans les 10 jours précédant le début des signes : - retour de zones considérées par l'OMS comme zones où il existe une transmission locale active¹⁵)

- - notion de contact avec un cas probable : personne ayant soigné ou ayant vécu avec, ou ayant eu un contact face à face, ou ayant été en contact avec des sécrétions respiratoires d'un cas probable.

Cas probable : Tout cas possible présentant des signes de pneumopathie à la radiographie ou au scanner pulmonaire

Cas exclu : Tout cas possible pour lequel un autre diagnostic explique complètement la symptomatologie ou pour lesquels les 4 critères suivants sont remplis : bon état clinique, absence d'atteinte à la radiographie ou au scanner pulmonaire lors du suivi, absence de lymphopénie et absence de contact avec un cas probable.

Si au moins un de ces critères n'est pas rempli, le cas ne peut-être exclu à ce stade et une nouvelle évaluation devra être effectuée 3 jours plus tard. S'il ne répond pas aux critères d'un cas probable, il reste pendant la durée de ce suivi considéré comme cas possible / en cours d'évaluation.

Depuis l'alerte, la progression des connaissances sur l'agent du SRAS est publiée jour par jour sur le site Internet de l'INVS et donne l'ampleur du dispositif de recherche mis en place. Plusieurs équipes internationales (dont l'InVS, l'Institut Pasteur de Paris au Vietnam et le CDC d'Atlanta), coordonnées par l'OMS, travaillent activement pour identifier le germe responsable de cette épidémie.

¹⁵ (<http://www.who.int/csr/sarsareas/en>)

Une synthèse des messages successifs d'information diffusés sur le site Internet de l'InVS montre la progression rapide du niveau des connaissances, de leur diffusion sur le site Internet de l'InVS, et du choix des formulations. Les avancées sont présentées pas à pas ainsi que les incertitudes.

Ainsi, le point d'information de l'InVS du 18 mars présente les premières hypothèses sur le SRAS.

« Il s'agirait d'une pneumopathie (infection pulmonaire) fébrile (fièvre >38°) sévère pouvant évoluer vers une insuffisance respiratoire. La grande majorité des cas concernent des professionnels de santé. »

A ce stade, l'agent responsable n'a pas encore été identifié. L'hypothèse la plus probable est celle d'un virus. Cependant, l'hypothèse initialement avancée d'un virus grippal d'origine aviaire apparaît de moins en moins probable.

« Concernant les modes possibles de contamination, les cas rapportés en Asie du Sud-Est ont pu être reliés de manière directe à un autre cas (relation patient-soignant ou famille proche) et il n'existe pas d'argument patent à que la maladie se transmette par un contact ponctuel ou éloigné avec une personne touchée. Il est donc publié que « la maladie se transmet de personne à personne par contact étroit avec un malade peut-être par l'intermédiaire des sécrétions oro-pharyngées ou respiratoires et aussi les liquides biologiques. Enfin, les données disponibles indiquent que la durée d'incubation de la maladie serait comprise entre 2 et 7 jours ».

Dés le 18 mars, l'hypothèse d'un virus de type " paramyxovirus " est annoncée, mais non confirmée, par deux équipes indépendantes (l'une en Allemagne et l'autre à Hong Kong). Dans le point du 24 mars, la durée d'incubation « augmente » 7 jours à 10 jours sans commentaire particulier.

L'hypothèse d'un deuxième virus de type "coronavirus" est évoquée dans le point du 25 mars mais non affirmée « Ces hypothèses peuvent potentiellement permettre le développement d'un test diagnostique. Cependant, elles doivent d'être plus amplement confirmées. »

En date du 1er avril, « l'hypothèse d'un virus de type "coronavirus" semble se préciser sans pour autant permettre d'éliminer d'autres pistes. Des tests pour identifier le coronavirus sont en cours d'élaboration. »

Le 14 avril, les informations évoluent, il n'y a pas encore de certitude mais le génome de ce virus vient d'être séquencé. Deux types de PCR sont maintenant disponibles pour permettre son identification.

En date du 16 avril, l'agent responsable est « *clairement désigné* » comme un Coronavirus. L'InVS précise que le test n'est pas très sensible et que des tests sérologiques plus fiables ne sont pas encore disponibles.

Le 26 mai, il est annoncé que des tests sérologiques « *devraient* » être disponibles rapidement en France. Les tests sérologiques « *sont finalement disponibles* » en juin.

Il apparaît à la lecture des différents points diffusés par l'InVS que la délivrance d'informations est un exercice délicat dans le contexte de l'émergence de risques nouveaux, et chaque mot a été pesé en fonction des données disponibles. Informer de manière transparente sans inquiéter outre mesure a été l'objectif de l'InVS.

B) Mesures prises par la DGS

L'ensemble des mesures prises par la DGS a fait l'objet d'une communication sur le site Internet du Ministère de la santé¹⁶. Les informations sont réactualisées au fur et à mesure de l'évolution des connaissances.

Ces informations sont accessibles à tous les publics qui peuvent ainsi consulter :

- Les communiqués de presse quotidiens
- Les données épidémiologiques
- Les protocoles de prise en charge
- Les Questions-réponses
- Les Liens vers les sites de l'InVS, de l'OMS

L'information du grand public, a été réalisée par la création d'un numéro vert dès le 16 mars, afin de répondre aux différentes questions d'ordre médical et d'informer sur la conduite à tenir en cas d'apparition de signes évocateurs de SRAS. Cependant, le numéro n'est pas destiné à répondre aux questions non médicales.

Des communiqués de presse étaient consultables sur les sites Internet de la DGS, du ministère des affaires étrangères avec une information pour les voyageurs. En effet, la France a dissuadé précocement les voyageurs de se rendre dans les zones à risque.

Des informations plus spécifiques (protocoles, dossiers techniques et scientifiques) sont diffusées en ligne en fonction des publics cibles et des problèmes posés par le SRAS.

¹⁶ Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pneumopathies/index.htm>

Il s'agissait ainsi de répondre aux interrogations des voyageurs en provenance et en partance des zones affectées. A ce titre, des imprimés d'information ont été édités et distribués aux passagers en provenance de ces zones (cf. chapitre 1.7.2).

Des informations (élaborées par la DGS et la DHOS) sont plus nettement destinées aux différentes catégories de professionnels de santé¹⁷ mais toujours en accès tout public :

- Informations à destination des médecins du travail et des CHSCT d'entreprises entretenant des échanges avec des pays en zone affectée par le SRAS (18 juin 2003)
- Conduite à tenir pour la prise en charge des personnes présentant un syndrome ou une suspicion de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et des personnes contacts (20 mai 2003)
- Avis relatif à l'opportunité d'un dépistage thermique systématique de cas de SRAS à l'arrivée des vols aériens en provenance de zones affectées (CSHPPF, 16 mai 2003)
- Avis relatif aux mesures de prévention et d'hygiène en cas de suspicion de SRAS au cours des vols aériens CSHPPF et experts, 24 avril 2003)
- Informations et recommandations pour les professionnels de santé libéraux (6 mai 2003)

L'information des français à l'étranger a été réalisée par les services du ministère des affaires étrangères.

L'épisode du SRAS a montré :

- L'efficacité et la réactivité du dispositif de veille sanitaire et de prise en charge, et la confirmation de l'efficacité des plans existants, notamment en matière de lutte contre le bioterrorisme.
- L'organisation des cellules de crises ministérielle et interministérielle.
- Une forte mobilisation et collaboration des différents acteurs, le rôle majeur joué par le SAMU.
- Une communication rapide, évolutive et transparente sur l'épidémie et le rationnel des mesures prises.

Des points restent à améliorer :

- Mise à niveau des services infectieux de référence et élévation du niveau de confinement des laboratoires.
- Moyens de rapatriement sanitaire.

¹⁷ Source : Direction générale de la Santé ; SD5, Bureau des alertes et des problèmes émergents

- Harmonisation des mesures au niveau européen et international.
- Information et communication du secteur médical libéral.

Pour répondre à ce besoin, la DGS a mis en place un système de messagerie, DGS-Urgent¹⁸, destiné aux professionnels de santé, à la fin du mois de mai, après l'alerte à l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). L'objectif est de pouvoir alerter directement l'ensemble des professionnels de santé dans toutes les situations d'alerte pour des maladies infectieuses ou des actions de bioterrorisme.

4.3 Levée de l'alerte

Le 5 juillet 2003, l'OMS annonce la suppression de Taiwan de la liste des zones de transmission locale récente du SRAS.

Le dernier cas recensé est survenu à Taiwan et la date de début de ses symptômes remonte au 15 juin. Pour les autres foyers, les dates de début des symptômes des derniers cas sont : le 3 avril pour Hanoi, le 5 mai pour Singapour, le 2 juin pour HongKong, le 3 juin pour la Chine Continentale et le 12 juin pour Toronto. Par conséquent, toutes ces zones ont été successivement retirées de la liste de l'OMS des régions à transmission locale récente, 20 jours après la notification de leur dernier cas, soit le double de la période moyenne d'incubation. Le Vietnam a été retiré le 28 avril, suivi de Singapour le 31 mai, puis HongKong le 23 juin. Le retrait de Pékin, dernière zone en Chine continentale pour laquelle il persistait une transmission locale, a été annoncé le 24 juin. Enfin, Toronto a été retiré le 2 juillet, suivi de Taiwan le 5 juillet.

Au total, au 11 juillet 2003, 8437 cas probables dont 813 décès ont été notifiés à l'OMS.

Plus aucun cas probable de SRAS n'a été identifié en France depuis le 7 mai 2003 et l'épidémie est contrôlée au niveau international selon l'OMS.

Le dispositif d'informations téléphonique (numéro vert) mis en place par la DGS est modifié le 6 juillet au soir et la réponse n'est plus active.

Mais en raison des nombreuses questions épidémiologiques qui se posent et si l'on prend en compte la possibilité que des cas aient échappé à la surveillance, l'OMS recommande à tous les pays de rester vigilants. Ainsi, l'annonce d'un nouveau cas de SRAS début septembre à Singapour, a fait craindre le pire. Le patient, guéri depuis, s'est avéré être un cas isolé contaminé dans un laboratoire. En outre, le souci que la réapparition du SRAS coïncide avec une épidémie de grippe a fait renforcer la recommandation de vaccination antigrippale.¹⁹

¹⁸ <http://dgs-urgent.sante.gouv.fr>

¹⁹ *Avis du CSHPF, section maladies transmissibles relatif à la vaccination contre la grippe en cas de résurgence du SRAS ; séance du 26 septembre 2003*

5 LE CONTEXTE EN SEINE SAINT DENIS

Le 12 mars à 21 h 32, la DDASS 93, comme tous les services déconcentrés, reçoit un mail du Bureau de l'alerte et des problèmes émergents à la Direction générale de la santé qui annonce les mesures prises.

« Veuillez trouver ci-joint, pour votre information, le Communiqué de presse "grand public" diffusé ce jour, ainsi que le message complémentaire que la Direction générale de la santé et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ont adressé à l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, ainsi que militaires, aux services d'urgence hospitaliers, aux SAMU-Centres 15 et aux Services médicaux d'urgence d'Aéroports de Paris, concernant les épidémies de pneumopathies survenues à Hanoi, HongKong et en Chine continentale.

Nous avons demandé aux établissements de santé de vous signaler en urgence tous cas groupés ou probables de telles pneumopathies. Dans ce cas, vous voudrez bien retransmettre cette information sans délai à l'Institut de veille sanitaire, d'une part, et au Bureau de l'alerte et des problèmes émergents de la DGS (ligne alerte : 01.40.56.57.84 »

En dehors des missions de relais d'information propres à chaque service déconcentré, la DDASS 93 présente une spécificité au regard de l'épidémie de SRAS, du fait de la présence de l'aéroport international Roissy CDG dans le département, et de la zone d'attente pour personnes en instance (ZAPI) conséquence de l'aspect frontalier.

5.1 Aéroport Roissy Charles de Gaulle

5.1.1 Descriptif

Le statut de Roissy CDG et l'importance de son trafic sont à l'origine de ses particularités. En effet, Roissy CDG constitue un établissement public doté de l'autonomie financière placé sous l'autorité du ministre chargé de l'aviation civile. Il est composé de trois aérogares qui fonctionnent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, ainsi que 7 zones de fret sur un territoire de 3238 hectares. En terme de passagers, les statistiques de la DGAC donnent pour 2001 un chiffre de 43 millions passagers transportés pour ROISSY CDG qui est au 8^e rang mondial.

Environ 66 000 personnes travaillent sur la plateforme, 508 600 mouvements d'avions et 1 731 000 tonnes de fret ont été réalisés en 2000²⁰.

²⁰ Bilan 1995-2000 du CSF de la DDASS 93 ; M.F. Delille

5.1.2 Contrôle sanitaire aux frontières

Selon les termes de l'article L3115.1 du Code de la Santé Publique, « *Le CSF est régi, sur le territoire de la République Française, par les dispositions des règlements sanitaires pris par l'OMS, des arrangements internationaux et des lois et règlements nationaux intervenus ou à intervenir en cette matière* »²²

Son organisation et son fonctionnement sont précisés dans le décret n°89-555 du 8 août 1989 qui stipule que « *Les missions du CSF, sont sous l'autorité du préfet du département, assurées par des agents des DDASS* ». En cas de nécessité, le Ministre chargé de la Santé peut agréer des agents des Douanes, de la Police de l'Air et des Frontières, pour apporter leur concours au CSF. Ces agents doivent être assermentés d'après les dispositions du décret n°65-907 du 25 octobre 1965.

Depuis 1989, un CSF réduit est assuré à Roissy CDG. Deux agents de la DDASS de Seine Saint-Denis en ont la charge. Ces effectifs sont à comparer avec la trentaine de personnes qui l'assuraient sur Roissy CDG dans les années 80. Les agents du CSF sont intégrés au service Santé Environnement de la DDASS.

Le CSF intervient également sur le Bourget, qui traite essentiellement des vols privés et des évacuations sanitaires.

Les contrôles nécessitant obligatoirement la présence de deux personnes (une pour les soutes, une pour la cabine), un agent responsable du CSF se fait le cas échéant aider par un collègue dont ce n'est pas l'attribution.

Ses principales missions consistent en théorie à :

- exercer une surveillance épidémiologique aux frontières,
- effectuer un contrôle sanitaire des avions,
- contrôler et surveiller l'hygiène générale des sites aéroportuaires,
- participer à l'information sanitaire des voyageurs,
- gérer les situations d'alerte épidémiologique.

Parallèlement la DDASS a développé un partenariat avec la Direction Régionale des Douanes de Roissy CDG en France, et le Service Médical d'Urgence (SMU) de l'Aéroport de Paris Roissy CDG qui a abouti à la signature d'un protocole d'accord réactualisé en juin 2001 entre les trois parties. Il a pour objet la mise en place d'une procédure d'alerte

²² *Code de la Santé publique. Articles L.3115-1, L.3116-3, L.3116-5.*

épidémiologique sur l'aéroport de Roissy CDG et fixe le processus général d'intervention des différents services.

Le SMU se voit attribuer un rôle central dans le déclenchement de l'alerte, la prise en charge, et l'orientation des malades. Le Service des Douanes est chargé d'assurer l'information des différentes institutions (préfecture, DDASS, Police de l'Air et des Frontières (PAF), service vétérinaire et médical, Direction du Contrôle de l'Immigration, gendarmerie) et de contrôler les bagages et le fret. Il supervise également avec la PAF toutes les démarches administratives. Les services vétérinaires contrôlent l'hygiène des restaurants. Ce partenariat fonctionne bien, et une véritable entraide s'est créée. Ainsi il n'est pas rare qu'un agent de la DDASS assiste les Douanes lors d'une saisie de marchandises, d'un contrôle plus important des bagages afin de rechercher de la drogue ou tout simplement des aliments périssables introduits illégalement.

Les services médicaux sont les premiers alertés et à intervenir. Ils confirment ou infirment l'alerte et prennent, le cas échéant, en charge le cas possible ou probable. Les Douanes gèrent la mise aux normes hygiéniques de l'aéronef. Ils supervisent les opérations de dératissage, désinsectisation et désinfection et autorisent la libre pratique de l'avion.

5.1.3 Dispositif SRAS mis en place à l'aéroport Roissy CDG

Dès le 13 mars, suite aux instructions de la DGS, la DDASS a procédé à l'information des voyageurs aériens en provenance des zones à risque, définies par l'OMS, par affichage du communiqué de presse DGS et la distribution à chaque passager de ce document. Une traçabilité est réalisée grâce à des fiches d'identification (jointe en annexe G) remplies par les passagers et l'équipage avant le débarquement en vue du suivi sanitaire ultérieur.

Les missions des différents acteurs du dispositif sont précisées sur la base du protocole d'accord propre à Roissy CDG réactualisé en juin 2001 :

Les compagnies aériennes concernées²³ :

- distribuent une fiche d'identification « passager » par personne en cours de vol ;
- récupèrent avant la fin du vol l'ensemble des fiches ;

²³ Liste évolutive : Air France, Singapore Airlines, Malaysia Airlines, China Eastern,, Vietnam Airlines, Cathay Pacific Airways, Thai Airways International, Eva Air, Air Canada, Air Transat, Air China, Qantas.

- remplissent une fiche de synthèse comportant les caractéristiques de l'avion, les horaires de départ et d'arrivée, la provenance, le numéro du vol, l'immatriculation de l'appareil, les escales, la liste du personnel navigant le nombre de passagers et le nombre de fiches renseignées ;
- remettent aux agents des douanes l'ensemble de ces documents (Fiches + synthèse).

Le service des douanes :

- est présent à la coupée de chaque avion en provenance des zones à risques²⁴ ;
- recueille les documents remis par le chef d'escale,
- vérifie la concordance entre le nombre de passagers et le nombre de fiches d'identification ;
- en cas de divergence, alerte le contrôle sanitaire aux frontières
- remet l'ensemble des fiches et la fiche de synthèse au contrôle sanitaire aux frontières.

La DDASS de Seine-Saint-Denis:

- approvisionne les compagnies en fiches d'identification des passagers ;
- approvisionne les compagnies, ADP (aéroports de Paris) ainsi que les structures de soins du département en documents d'information (affiches, Question-réponses et fiches d'information) ;
- vérifie la bonne diffusion des informations ;
- stocke les fiches d'identification des passagers classées par vol ;
- le cas échéant, sur alerte du service des douanes, statue sur le débarquement des passagers,
- si un cas est avéré, est chargée de l'information des autres passagers du vol.

La DDASS 93 a également été chargée de tenir à jour la liste des pays considérés comme "zone à risque". Elle faisait ainsi le lien entre les autorités sanitaires internationales et nationales (liste de l'OMS complétée par la position protectrice de la DGS demandant une attente de 15 jours supplémentaires), et le Sous Préfet de Roissy pour diffusion de l'information aux douanes et aux compagnies aériennes.

²⁴ *Liste évolutive : Toronto, Singapour, Shanghai, Hong Kong, Hanoi, Ho Chi Minh Ville, Kuala Lumpur, Bangkok, Taipei, Pekin, Manille.*

L'encadré ci-dessous montre l'ampleur du dispositif :

Quelques chiffres

- 125 vols hebdomadaires en provenance des zones à risques sur 12 compagnies
- Environ 30 000 passagers par semaine
- Distribution du 31 mars au 14 avril de 100 000 fiches d'identification passagers
- Affichage : 4 100 messages d'information affichés en quatre langues (français, anglais, chinois, vietnamien)
- 100 000 messages d'information papier diffusés

5.1.4 Difficultés rencontrées

Le 13 mars, la DDASS 93 est informée du retour de trois personnes ayant travaillé à l'hôpital de Hanoi, par un vol Air France du 14 mars. Leur identité est donnée (la veille) à 21 h 30. Une prise en charge est organisée avec le SMU de Roissy selon un protocole fourni par la DGS. Il leur est demandé de rester en isolement à leur domicile pendant 15 jours où un suivi sera assuré par un médecin du GROG et de l'InVS.

Il est également demandé au SMU de signaler aux autres passagers de se rendre dans un service d'urgence en cas de symptômes. Et à ADP de communiquer les coordonnées des autres passagers. Les deux agents du CSF distribuent directement à chaque passager les premières fiches de traçabilité sans prendre de précaution particulière (ni masques, ni gants).

Le 15 mars, l'examen des trois personnes revenant de HongKong et Hanoi montre qu'ils sont asymptomatiques.

Les équipages des compagnies aériennes s'interrogent sur le tarmac pour savoir s'ils assurent ou non les vols en direction de l'Asie. Les équipages du vol Air France qui a transporté les personnels de l'hôpital de Hanoi étaient volontaires. Les autres personnels ne s'affolent pas à ce stade.

Un nouveau groupe de personnels revient de Hanoi le 16 mars au matin, ils sont tous asymptomatiques. Une personne n'était pas dans l'avion et les services des douanes permettent de la retrouver à Lyon.

Les retours se succèdent les 17, 19 et 22 mars.

Le 16 mars, suite à l'élargissement des zones à risque, la DGS demande de mettre à jour le communiqué DGS affiché dans l'aéroport. Cela implique tout un travail de manutention pour le CSF, à savoir de réimprimer des documents, les répartir dans les aérogares et de remplacer les textes obsolètes. Devant la fréquence de l'évolution des zones à risques, et

les manipulations que cela entraîne – avec le risque de ne pas être exhaustif - une proposition de ne plus indiquer les zones sur les affiches est faite à la DGS

En outre, la DDASS 93 prend l'initiative de faire traduire les documents d'information en anglais, chinois et vietnamien.

Le 20 mars, la DGS demande que les compagnies aériennes distribuent le message d'information au cours du vol avec le concours de la DGAC, pour garantir une réelle information.

Le 27 mars, une réunion d'information avec les compagnies aériennes et sociétés d'assistance au sol est organisée à l'initiative d'ADP, car le retour du médecin de l'hôpital de Hanoi, hospitalisé à Tourcoing pour SRAS, a alarmé les professionnels de Roissy. Le médecin est arrivé à Roissy le 23 mars et a été en contact avec des passagers et le personnel d'ADP.

Le 30 mars, un mouvement de mécontentement surgit parmi les bagagistes qui disent prendre des risques en manipulant les bagages.

Le directeur d'exploitation d'ADP demande qu'une information officielle et écrite concernant les modalités de transmission du virus de la pneumopathie ainsi que les mesures de protection à prendre par nature de personnel (bagagistes, agents d'accueil sociétés de maintenance, ...) soit apportée. De plus, les CHSCT des différentes sociétés prestataires menacent de mettre en œuvre le droit de retrait²⁵ prévu par le code du travail. Ces informations sont transmises par la DDASS à la DGS.

Mi-avril, se pose le problème de la définition des zones à risques, car la réalité des programmes de vol dépasse les zones, telles que définies par l'OMS. Ainsi, les passagers en provenance d'Hanoi présentaient les mêmes caractéristiques que ceux en provenance d'Ho Chi Minh Ville. Le point ville par ville ;

- Ho Chi Minh Ville est un aéroport de départ pour des personnes ayant voyagé dans tout le pays, y compris à Hanoi ;
- Kuala Lumpur et Manille sont des centres de transit pour tout le sud est asiatique. De nombreux vols en provenance de zones à risques y affluent ;
- Bangkok est un aéroport de passage privilégié pour des personnes venant d'Hanoi ;
- Shanghai accueille des passagers des zones à risques au même titre que Pékin.

²⁵ *Droit de tout salarié se trouvant dans une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ; articles L 231-8 à L 311-8-2 du Code du travail*

Une coordination entre la DDASS et les Compagnies aériennes a donc demandé des fiches d'identification des passagers pour ces provenances.

Ces mesures impliquent la présence des douanes, de la PAF et du CSF, à l'arrivée de 20 vols par jour et beaucoup de disponibilité des agents.

De plus, il apparaît que certaines compagnies distribuent les fiches de traçabilité par famille et non par passager, ce qui ne permet pas de vérifier que l'ensemble des passagers est identifié.

D'autres ne recueillent pas les fiches avant le débarquement, considérant que cette mission est du ressort des douanes. Certains vols sont même toujours ignorés (Ho Chi Minh Ville, Shanghai, Kuala Lumpur).

En parallèle, la DDASS 93 a été interrogée par des compagnies aériennes privées et d'assistance sanitaire au sujet des possibilités de rapatriement de personnes des zones à risques et susceptibles d'être atteintes par le SRAS. Ces compagnies sont agréées par la DDASS et sont basées au Bourget. Cela pose notamment des problèmes de contrôle exhaustif des flux (passagers, équipage et vols). Pour limiter le risque de pénétration du virus, le dispositif mis en place à Roissy CDG est adapté au Bourget en conformité avec la réglementation internationale²⁶. Cependant, la question du rapatriement éventuel d'un malade atteint de SRAS implique que la compagnie joue le jeu et respecte des conditions techniques relatives aux aéronefs²⁷, apporte des garanties d'autorisation d'embarquement, de signalement du projet de vol aux autorités sanitaires et effectue la procédure d'alerte et de traçabilité.

Ces difficultés, observées dans les premières semaines de la crise, ont heureusement pu être levées rapidement grâce à une collaboration étroite entre la DDASS 93, le Sous Préfet de Roissy et les différentes instances d'ADP.

5.2 La zone d'attente pour personnes en instance (ZAPI)

5.2.1 Descriptif

La zone d'attente pour personnes en instance désigne les zones où sont retenus les étrangers non admis sur le territoire national (INAD), qui sont cantonnés en zone internationale dans l'attente d'un vol de retour ou d'une décision d'admission.

²⁶ *Convention relative à l'aviation civile internationale ; article 14*

²⁷ *Air medical transport for SARS patients, site du CDC : www.cdc.gov*

Durant leur séjour, ces personnes ne peuvent pas bénéficier du système sanitaire de droit commun.

La ZAPI est composée en théorie de deux sites, la ZAPI 2 et la ZAPI 3, qui sont équipées pour héberger 300 personnes en instance. Mais en cas d'afflux, d'autres locaux sont utilisés, situés dans les postes de police ou à proximité.

La ZAPI 2 (125 places) ne dispose pas de service médical mais les conditions d'hébergement y sont correctes d'après la police de l'air aux frontières.

Dans la ZAPI 3, 175 INAD disposent de toutes les commodités et peuvent voir un médecin (5 jours sur 7 à mi-temps).

Dans les autres zones, les conditions minimales d'hygiène et de salubrité ne sont pas remplies et sont un risque de foyer d'épidémie..

En effet, jusqu'à 270 personnes peuvent être retenues dans les différents locaux. Une vingtaine de personnes peuvent cohabiter dans un espace réduit sans eau, sans toilettes et sans couchage, jusqu'à 20 jours.

5.2.2 Difficultés rencontrées et mesures mises en oeuvre

Fin mars, le décès d'une personne venant d'une zone à risques est constaté en ZAPI. Le diagnostic de SRAS est écarté mais souligne le risque d'épidémie dans cette zone.

Une réunion est organisée le 1^{er} avril 2003 à la Direction de la Population et des Migrations sur le sujet de la ZAPI de Roissy et a donné lieu à un protocole, validé par la DGS. Il a été adressé au directeur de l'hôpital d'Aulnay, responsable de la prise en charge sanitaire des personnes en attente en ZAPI 3.

Une équipe de la DDASS, composée d'un inspecteur principal, d'un médecin de santé publique et d'une infirmière, s'est rendue vendredi 4 avril à l'aéroport pour vérifier la mise en œuvre du protocole et évaluer plus précisément les risques de propagation du syndrome respiratoire aigu sévère dans les différents lieux de la ZAPI.

Leur constat est celui d'une situation de très forte insalubrité, pour laquelle le dispositif actuel est manifestement insuffisant.

Parmi les personnes retenues, environ 30 % proviennent d'une zone à risque du point de vue du SRAS. Aucune mesure de protection n'est prévue, ni pour transférer un éventuel cas, ni même pour l'isoler des autres personnes en instance ou des agents de police qui sont à leur contact. Ces derniers ne disposent ni de gants, ni de masques.

La prise en charge sanitaire sur l'aéroport s'organise autour de deux services médicaux :

- L'hôpital d'Aulnay qui dispose d'un service non mobile basé à la ZAPI 3. Il est à la disposition des personnes hébergées dans cette zone. La convention qui lie l'hôpital et la DDASS prévoit une présence infirmière sept jours sur sept, 12 heures par jour et un médecin cinq jours sur sept, 8 heures par jour (astreinte le week-end et les jours fériés). En réalité, le médecin n'est présent que 3 à 4 heures par jour ouvré.
- Le service médical d'urgence d'ADP (SMU) dispose d'un service mobile et de deux médecins 24/24 h. Il intervient à la demande de la police de l'air aux frontières mais refuse de pratiquer des examens systématiques.

Aussi, il était impossible que toutes les personnes en instance provenant de zones à risque soient examinées par un médecin.

Pour limiter les risques, des mesures ont été prises en urgence, dès le 4 avril :

- Centralisation des ressortissants de zone à risque en ZAPI 3, où ils pourront être examinés et disposer d'une chambre d'isolement.
- Augmentation du temps de présence médicale : dès le 7 avril, un nouveau médecin est basé sur la ZAPI 3, ce qui porte la présence médicale à 8 heures par jour, soit de 9 heures à 17 heures 7 jours sur 7.

En outre il importait de prévoir :

- L'information et la protection des agents de police ;
- L'information systématique des personnes provenant des zones à risque ;
- L'évacuation des zones non conformes aux règles d'hygiène ;
- Un temps de présence médical suffisant pour assurer le contrôle systématique de tous les arrivants ;
- La prise en charge des cas des personnes errant en zone sous douanes, inconnues des services de police.

6 BILAN ET QUESTIONS SPECIFIQUES

6.1 Bilan

Fin février 2003, un agent infectieux inconnu, responsable d'une nouvelle entité nosologique baptisée Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), est repéré à Hanoi et à Hongkong. Début avril, un virus inconnu, appartenant à la famille des *coronaviridae*, a été isolé chez des malades atteints de SRAS. Ces foyers de Hanoi et de Hongkong ont été à

l'origine d'une contamination qui a été exportée vers d'autres pays par des voyageurs. Entre le 1^{er} novembre 2002 et fin juillet 2003, l'OMS a reçu de 31 pays la notification de 8 098 cas probables de malades du SRAS, dont 56,8 % sont considérés comme guéris. L'OMS estime la létalité de la maladie à environ 15 %²⁸. Cette létalité augmente avec l'âge, allant de 1 % pour les moins de 24 ans à 50 % pour les plus de 65 ans. Devant cette première pandémie²⁹ du XXI^e siècle qui a émergé dans une des régions les plus peuplées de la planète, le réseau d'alerte et de réponse aux épidémies de l'OMS s'est immédiatement mobilisé. En France, la réflexion qui avait précédé l'élaboration du plan Biotox et les recommandations du rapport du HCSP coordonné par le Pr Roué sur les « Infections virales aiguës hautement contagieuses et leur prise en charge »³⁰, a permis de gagner un temps considérable et de mettre très rapidement en place le système de prise en charge des cas probables de SRAS³¹.

D'abord reconnu comme une menace mondiale à la mi-mars 2003, le SRAS a été endigué en moins de quatre mois. Le 5 juillet 2003, l'OMS a déclaré interrompue la chaîne de transmission interhumaine du SRAS, mais avec la réserve que :

« Si nous avons beaucoup appris sur ce syndrome depuis le mois de mars 2003, notamment qu'il est dû à un nouveau coronavirus (SARS-CoV), l'épidémiologie et l'écologie de l'infection par le coronavirus du SRAS et de cette maladie restent incomplètement connues. La possibilité d'une résurgence du SRAS est bien réelle et la menace ne doit pas être sous-estimée »

En terme d'information, les médias de toute la planète ont décrit par le menu au jour le jour la progression du virus et celle de la recherche se faisant l'écho des pouvoirs publics et des scientifiques. L'OMS a été le chef d'orchestre de la gestion de l'épidémie et Internet le moyen de communication international.

En France, la gestion de l'épidémie a permis d'éviter toute contamination secondaire et Internet a également été un outil performant.

Dans les régions, le relais a été efficace et les mesures ministérielles appliquées et dans un département comme la Seine Saint-denis, la DDASS a assuré ses missions de

²⁸ <http://www.who.int/csr/sars/en/> (données actualisées au 26/09/2003)

²⁹ Une pandémie peut se définir par une forte augmentation dans le temps et dans l'espace du nombre des cas de grippe avec ou sans confirmation virologique, accompagnée d'un nombre de cas graves et d'une mortalité anormalement élevés, qui fait suite à la détection d'un virus de composition antigénique nouvelle contre lequel l'immunité de la population est faible ou nulle.

³⁰ Rapport validé par le HCSP le 18 septembre 2001 et rendu public le 12 décembre 2001.

³¹ Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 24-25, 3 juin 2003

contrôle sanitaire aux frontières. Cela s'est traduit par un travail permanent de coordination et de communication entre tous les acteurs de la crise.

Un travail cependant difficile du fait de moyens humains au CSF diminués depuis 1995 et la DDASS 93 a du s'adapter. Heureusement, il existait des procédures d'alerte qui ont pu être mises en œuvre dans la nouvelle conjoncture. Mais, malgré les expériences précédentes (Epidémies de virus Ebola, de méningite), la situation nouvelle a mis les agents de la DDASS et du CSF face à un agent inconnu et dangereux. La multiplicité des interlocuteurs sur ROISSY CDG, la variété des statuts des différentes instances (DGAC, ADP, Douanes, PAF ...) et la spécificité de leurs champs de compétences ont encore alourdi la tâche.

De même, la ZAPI s'est révélée être une « bombe à retardement » en terme de risque d'épidémie.

En outre, au fur et à mesure de l'évolution des événements liés au SRAS, apparaissaient de nouveaux problèmes, des questions inhabituelles, de nouvelles inquiétudes légitimes nécessitant des réponses rapides et précises.

6.2 Questions spécifiques

La communication a-t-elle été un élément incontournable pour limiter la propagation de l'épidémie ? A l'inverse, il est à se demander si la médiatisation n'a pas été excessive ?

Est-ce que les standards de communication délivrés par la DGS tout au long de la crise ont permis aux services déconcentrés de gérer la crise au niveau départemental ?

Malgré la profusion d'informations disponibles, est-ce que les professionnels de santé, notamment libéraux, sont bien informés ?

Est-ce qu'Internet a atteint tous les publics cibles ?

Est-ce que les services déconcentrés ont les moyens humains et matériels de communiquer aux citoyens ?

Est-ce que l'expertise contradictoire et l'expression des citoyens sont prises en compte lors de la gestion d'une crise ?

7 RETOURS D'EXPERIENCE

Au vu des différentes questions soulevées lors de la gestion de l'épidémie de SRAS, le point de vue des différents acteurs qui ont vécu le déroulement de la crise participé au dispositif de lutte contre le SRAS, récepteurs, mais aussi relais et émetteurs des informations a été recueilli.

7.1 Direction des affaires sanitaires et sociales

7.1.1 Médecin inspecteur de santé publique

A la DDASS 93, les MISP ont été impliqués rapidement dans la gestion de l'épidémie de SRAS. Suite à l'annonce le matin même de la tenue d'une réunion à la DGS l'après-midi, la direction me missionne pour assister à cette réunion. Je me rends alors au ministère en ayant pris soin de prendre un dossier sur le contrôle sanitaire aux frontières, car j'avais seulement la notion qu'il s'agissait d'une épidémie de grippe aviaire, un virus H5N1, en Asie. La situation paraissait cependant préoccupante et un grand nombre de personnes étaient réunies, appartenant à différents services du ministère, à la cellule du GROG ...

Lors de la réunion, les experts évoquaient les hypothèses sur le type de virus, les modalités de transmission, mais les données disponibles laissaient supposer que l'on était encore au stade interpandémique et que les cas étaient nosocomiaux. En effet, seul le personnel de l'hôpital de Hanoi était malade et aucun cas dans la population vietnamienne notifié.

Différentes phases dans le déroulement d'une pandémie en Europe³² :

Phase 0 : Période interpandémique.
Phase 1 : Emergence quelque part dans le monde d'une souche nouvelle ou résurgence d'une souche ancienne disparue. C'est l'alerte pandémique.
Phase 2 : Pandémie confirmée en dehors de l'Europe Occidentale.
Phase 3 : La pandémie atteint un pays limitrophe.
Phase 4 : La pandémie atteint le territoire national.
Phase 5 : La pandémie se termine dans le pays.

L'information pouvait se limiter à un communiqué de presse grand public assortie de celle des médecins (GROG, aéroports, services d'urgence). Le problème le plus délicat était de gérer la prise en charge du personnel français de l'hôpital de Hanoi et leur rapatriement sanitaire. De même, il était nécessaire d'atteindre toutes les personnes déjà rentrées en France.

Concernant les vols aériens, nous avons pu rappeler qu'une procédure de gestion des épidémies était déjà en place à Roissy CDG et que les documents d'information aux passagers étaient utilisables dans le cadre de cette épidémie. Le lendemain, les faits sont confirmés par la réception du communiqué de presse de la DGS. Le Directeur de la DDASS 93 a alors mis en place une cellule de crise réunissant la directrice adjointe, le chef de pôle action de santé, les médecins, une infirmière de santé publique, les agents du CSF. Une astreinte en binôme, cadre et MISP, est organisée.

³² C. Hannoun. *Les plans pandémiques antigrippaux en Europe : historique et principes.* *Eurosurveillance* 1998 ; n°3 (3), p 26-28

La DDASS avait déjà du gérer des alertes à des épidémies de fièvre Ebola (Zaire en 1995, Gabon en 1996 et Ouganda en 2000) et chacun connaissait les difficultés d'une telle crise. Alors que l'expérience de terrain existait, il était parfois délicat d'être seulement considéré comme un exécutant. Cette même sensation a été éprouvée lors de contacts avec l'InVS à propos de cas suspects hospitalisés après leur retour de zone à risque. En effet, dès qu'un passager présentait des signes évocateurs de SRAS, il fallait récupérer la liste des autres passagers, de jour comme de nuit, dans les locaux du CSF, et nous devions pouvoir être informés en première ligne. De plus, au fur et à mesure de nouveaux problèmes apparaissaient comme la gestion de la ZAPI, les vols privés arrivant au Bourget, les rapatriements sanitaires de personnes malades. A chaque fois, il était nécessaire de faire valider nos réponses par la DGS car les décisions étaient graves. Nous avons pu également nous rendre compte de la complexité du site de Roissy CDG lors des visites au CSF et à l'arrivée de certains vols.

Durant les mois de gestion du SRAS, beaucoup de travail a été accompli et il a été source de stress, car malgré la profusion d'informations disponibles, elles ne couvraient pas toutes les questions et notre mission est d'assurer une réponse claire et rassurante.

Mais dans l'ensemble, les informations diffusées par le ministère étaient profitables et la recherche des données sur Internet très productive. La participation aux réunions de la DGS et du HCSP a été un atout considérable, car nous étions au plus proche de la source d'informations et connaissions la réalité des faits.

Cela s'est avéré indispensable car nous étions inondés de demandes de tous ordres. La question qui s'est cependant imposée était : Si la crise avait duré plus longtemps et si des cas secondaires étaient survenus sur notre territoire, aurions-nous pu être aussi performants ?

En interrogeant les MISP d'autres départements³³, j'ai pu constater qu'ils ont été informés de la survenue de cette nouvelle épidémie dès le 12 mars 2003 par les communiqués de presse de la DGS de l'OMS ainsi que par la presse grand public

Pour approfondir leurs informations, ils ont tous consulté les communiqués de presse de l'OMS, de la DGS et de l'InVS sur Internet, ainsi que les dépêches AFP. Certains ont contacté directement la DGS et l'InVS ou des collègues.

Leur participation à la gestion de cette crise dans leur DDASS s'est traduite par des actions de coordination des acteurs (médecins, infirmières, inspection académique, services de PMI, rétro information du préfet), de veille documentaire sur le sujet et de réponse aux questions sur le SRAS.

³³ Départements : 04, 54, 60, 64, 77, 78, 91

Il est à noter la grande diversité des personnes que les MISP ont eu à renseigner :

- Médecins Hospitaliers
- Médecins libéraux
- Particuliers
- Médecins du travail
- Personnel des aéroports
- Journalistes
- Personnes en contact avec des personnes de retour de zone à risque
- Employeurs de personnes en contact avec des personnes de retour de zone à risque
- Voyageurs
- Organisateur d'évènements internationaux, syndicats, CHSCT d'usines important des produits en provenance d'Asie,
- Médecins scolaires, clubs de sport, mairies

Pour un MISP, cela a posé des difficultés car il avait une connaissance incomplète des conditions de travail de ses interlocuteurs. Beaucoup de demandes étaient de plus inhabituelles, ainsi le maire d'une commune demande à la DDASS, pendant un week-end, s'il fallait mettre en quarantaine des voyageurs de retour de zone à risque, un syndicat interroge sur les risques de transmission par les puces, tiques et cafards, car son entreprise importe de nombreux containers de vêtements fabriqués à Hongkong. Dans une région le problème de l'absence d'information à la SNCF a été soulevé.

Une information du personnel a été très peu réalisée en règle générale ou tout du moins un MISP se demande si cela a circulé en interne.

Les points positifs ...

La communication a été ressentie comme plutôt bonne dans l'ensemble, reflétant un bon degré de responsabilisation des acteurs dans cette crise.

Le dossier sur le SRAS régulièrement mis à jour par la DGS a été d'une importance capitale pour la gestion départementale de la crise. *« Ainsi, les questions auxquelles nous étions confrontés sur le terrain ont pu trouver des réponses. Il n'y a pas eu de feedback négatif sur la crise de la part des différents acteurs (médecins, hôpitaux, inspection académique, SAMU et public) »*

« Ceci permet de sensibiliser tous les acteurs et de servir de terrain d'essai pour les alertes ultérieures. Au sein de la DDASS, cela a permis de sensibiliser les directeurs aux nouvelles missions de la DDASS (plans biotox, renforcement des systèmes d'alerte, etc.....) avec en prime des perspectives de ressources humaines supplémentaires sur le pôle biotox !!! Les populations se sont senties prises en charge avec probablement à la

clé un élément qui permet à l'administration de la santé et entre autres aux DDASS de récupérer un peu de crédibilité sur la gestion des crises. »

Pour un autre médecin la crise a permis de découvrir des interlocuteurs jusque là inconnus

Le négatif :...

« Le problème c'est que c'est toujours sur le SAMU que repose une grande partie du dispositif et que l'on ne leur donne pas assez de médecins, d'équipes etc...il faut les aider sinon il y aura de la démotivation dans l'air!!!! »

Pour un MISP : *« pendant plusieurs jours j'ai eu à répondre à de nombreuses questions de salariés d'entreprise et de syndicats, et j'ai eu le sentiment que les médecins du travail n'étaient pas très présents ni informés dans la gestion de cette crise»*

Il est donc intervenu auprès de l'INRS et constate qu'une information a ensuite été réalisée.

Quelques difficultés ont été constatées avec certains acteurs un peu moins au courant mais exposés à des populations sensibles (inspection académique qui doit répondre aux parents mais qui a été peu réactive, bien que l'information ait été fournie sur le SRAS).

Un autre médecin a exprimé le sentiment de la difficulté de gérer une crise, de la cristallisation de l'absence de procédures concernant la diffusion et le circuit des informations entre l'administration centrale et les services déconcentrés.

Enfin, beaucoup soulignent le fait *« d'avoir eu de la chance »* car il n'y a pas eu de contamination secondaire en France. De plus, dans la plupart des départements, la gestion a été simple car ils n'avaient pas d'aéroport international.

7.1.2 Technicien sanitaire

En Seine Saint-Denis, ils ont participé à la gestion de cette crise notamment par l'assistance au CSF : présence aux arrivées des vols provenant des zones à risques (distribution de fiches, rassurer les douaniers, les policiers et les personnels au sol), réponse à un appel du SAMU concernant l'isolement d'une personne malade descendant de l'avion.

A coté de l'information par les collègues, l'utilisation d'Internet a été une grande source de renseignements. Certains regrettent que les informations obtenues aient été partiellement suffisantes et de n'avoir pas participé à la cellule de crise.

Ils déplorent qu'une information du personnel ait été réalisée rarement ; *« une réunion faite à la demande des techniciens sanitaires avec le directeur adjoint, un MISP et le chef de pôle santé avec des copies de quelques communiqués de la DGS »*

Car elle ne leur a pas apporté toutes les réponses du fait que l'information médicale *« était peu précise, incomplète, et très tardive notamment sur les risques sanitaires »*

Ils ont constaté un manque de communication interne, une information médicale tardive et peu claire de la part des MISP. Les craintes du personnel ont été mal évaluées avec le sentiment d'être seulement de la main d'œuvre.

Ils ont désapprouvé l'absence de dispositifs de protection du personnel DDASS (gants, masques, btiions désinfectantes pour les mains), alors qu'aucune information médicale précise n'était connue au début, surtout pour la transmission de la maladie.

Parmi les observations recueillies lors des entretiens, il convient de retenir les suivantes :

« les dispositifs de protection, finalement non nécessaires, sauf pour un patient contaminé descendant d'un avion, ont été fournis en juin 2003, alors que l'épidémie était terminée »

« Je me pose des questions quand à la sécurité sanitaire des personnels DDASS allant sur place sans protection, en cas d'épidémie très contagieuse et grave, avec un manque d'instructions précise sur notre rôle précis sur Roissy »

« Le service santé environnement de la DDASS 93 a été complètement désorganisé pendant 2 mois et n'aurait donc pas pu faire face à une autre urgence sanitaire, type TIAC importante, légionellose dans un hôpital, intoxications aux gaz ou autre dans une école, accumulation de déchets putrescibles et fécaux dans un appartement ou sur la voie publique »

L'Information externe ne leur a pas posé de problème particulier.

7.1.3 Ingénieur du génie sanitaire

A la DDASS 93, l'ingénieur consulté a été le réfèrent SRAS du service santé environnement, en l'absence de chef de service, avec un rôle de coordination et d'information des agents du CSF de Roissy. Il a été confronté aux mêmes difficultés que les MISP et aux questionnements des techniciens face aux risques. En outre, sa participation sur le terrain à Roissy CDG lui a permis de vivre la réalité des problèmes. Elle a confirmé que *« les personnels du CSF devaient être présents à l'ouverture de la porte des avions et faire l'information et la distribution des fiches aux passagers. Il y avait le souci de porter ou non un masque. La notion de contact rapproché n'était pas clair, dans la mesure où ils ont su que les passagers des quatre rangées aux alentours d'un cas pouvaient être contaminés. Cela semblait contradictoire avec le discours de la tutelle comme quoi ils ne risquaient rien à parler aux passagers. Une personne du service a tout de même été mise en quarantaine suite à un contact avec un cas probable de SRAS »*. Une demande de commande de masques et de gants a été effectuée, mais le matériel est arrivé en fin d'épidémie.

De plus, le constat du faible effectif du CSF a été rappelé et la nécessité de le compléter par des agents du service santé environnement formés. En effet, les ingénieurs et les

techniciens qui ont été envoyés en renfort à Roissy ont été confrontés aux multiples inconnues du site de Roissy (codes d'accès, repérage des avions, des zones de débarquement, nécessité d'un permis de conduire spécial piste ...).

Elle souligne la motivation forte des agents malgré les incertitudes, avec « *une mission à accomplir pour le service public* ».

Par comparaison, il paraissait intéressant de recueillir le témoignage de l'Ingénieur sanitaire du Val de Marne qui a eu pour mission d'assurer l'organisation avec ADP de la transmission de l'information aux voyageurs sur l'aéroport d'Orly. Elle a également participé aux cellule de crise du ministère en tant que de besoin ainsi qu'aux réunions du CSHPF.

Il n'y a pas eu de cellule de crise mais une collaboration IGS/MISP pour le 94.

Ses observations principales sont « *J'ai obtenu des réponses à quasiment tous mes mails envoyé à la DGS dans des délais très raisonnables, ce qui est à souligner.* »

Cependant, « *les messages de la DGS transmis pour affiche dans les aéroports n'étaient pas assez visibles dans le sens où ils ne me paraissaient pas assez accrocheur : pas assez de couleur, de gros caractères, en voyageant cet été, j'ai vu beaucoup mieux...au Mexique par exemple* »

Son regret est de ne pas avoir mieux travaillé avec ADP et la DGS pour améliorer la qualité des affiches d'information dans les aéroports.

Au total, elle remarque que cela a été une expérience intéressante qui a permis de mettre en évidence certaines faiblesses du système et surtout la facilité qu'une nouvelle maladie puisse pénétrer sur le territoire national si l'on ne reste pas suffisamment vigilant.

La nécessité d'avoir en DDASS une équipe du CSF multidisciplinaire avec des agents familiers de l'organisation d'un aéroport et des réglementations internationales est une des leçons de cette crise.

7.1.4 Infirmières de santé publique

Les infirmières de santé publique de la DDASS 93 du fait de leur expérience en veille sanitaire ont tout de suite été impliquées dans le dispositif. L'une d'entre elle a fait partie de la cellule de crise.

L'information sur l'alerte leur est parvenue dès le 12 mars en interne par l'intermédiaire d'un MISP ou un collègue et elles ont complété leurs information par la consultation des sites Internet. Au début de l'alerte, elles ont été amenées à gérer des appels téléphoniques de passagers avec des informations fragmentaires. En effet, les premiers documents d'information distribués aux passagers avaient été élaborés dans l'urgence et y figurait le numéro de téléphone du service de veille sanitaire de la DDASS. Par la suite il

s'est avéré que le numéro vert de la DGS était saturé et que les gens appelaient directement à la DDASS.

La difficulté a été également de transmettre sereinement aux interlocuteurs le message de la DGS sur l'absence de risque de contamination au contact de personnes asymptomatiques.

Elles ont évoqué le sentiment d'insuffisance de formation des personnels amenés à travailler à Roissy.

Dans l'ensemble, après quelques semaines difficiles, elles ont l'impression d'une bonne communication externe. Leur souhait est d'améliorer la communication en interne, avec notamment l'intégration de tous les personnels confrontés à une crise comme celle du SRAS dans les réunions de débriefing.

7.2 Plateforme de Roissy CDG

7.2.1 Agents du CSF

Comme il l'a été présenté dans le chapitre [1.7], deux personnes sont présentes sur le site d'ADP pour assurer le contrôle sanitaire aux frontières. Pendant l'épidémie de SRAS, leur rôle a été primordial car un « *trait d'union entre les différentes compagnies aériennes, les services d'ADP et la DDASS* ». Elles ont été secondées au début par des agents de la DDASS 93 et des volontaires venus de la DDASS 95, mais ont dû les former. En routine, trois personnes étaient présentes sur Roissy CDG.

Leur travail a été très complexe surtout dans les premières semaines : livraison des fiches dans les aéroports, réalisation des tableaux de vol, contact avec les compagnies pour connaître le nombre de documents à fournir, vérification des affichages et des stocks de fiches d'information avec les responsables exploitation plateforme (REP) (le CSF n'a pas le droit de coller des affiches dans ce site privé), remplacement des affiches obsolètes, distribution des fiches de personne à personne sur de nombreux vols (notamment les vols rapatriant les personnels de Hanoi), récupération des enveloppes contenant les fiches de traçabilité, soucis que les fiches soient exploitables, gestion du stock d'enveloppes. En outre, les vols arrivaient vers 6 heures du matin et certains jours les journées s'achevaient tardivement.

Grâce à l'intervention du Sous-préfet de Roissy, le rôle des différents opérateurs a été précisé et a libéré le CSF de tâches qui ne lui incombent pas.

Leur principale source d'information a été fournie en interne à la DDASS 93, complétée par la consultation des sites Internet lors de leur passage à la DDASS. Mais, elles ont ressenti un sentiment d'éloignement des sources d'information du fait de leur présence permanente à l'aéroport. De plus, elles auraient préféré n'avoir qu'un seul interlocuteur à

la DDASS pour les aider à gérer la situation. Sur le plan de la qualité des informations sur Internet, leur sentiment est qu'elles étaient trop impersonnelles. De plus, comme pour d'autres agents, elles ont été confrontées aux angoisses du personnel d'ADP, toute corporation confondue. Le point négatif a été la difficulté d'être suffisamment performant et leur souci de pouvoir « assurer » en cas de résurgence de l'épidémie.

Il est à souligner que leur sollicitation en terme de quantité de travail a été considérable du fait du nombre de vols et de passagers à surveiller, surtout au début de la crise, en attendant que d'autres agents puissent les seconder.

7.2.2 Direction des douanes de ROISSY CDG

Des difficultés ont été rencontrées en début de crise avec le personnel qui a eu peur du décalage entre les propos rassurants du ministère et les discordances de précautions, comme le port de masques, selon les catégories de personnels présents sur le site ADP. Les personnels croyaient que les autorités minimisaient la situation et leur mentaient en affirmant que seuls les passagers malades étaient contagieux pour éviter tout arrêt de travail.

Ils ont été prévenus de l'alerte par la DDASS 93. Leur premier souci a été de gérer le retour du médecin de Hanoi qui a échappé à la procédure.

Un manque de coordination entre les services de la douane et la tutelle a été souligné, notamment une inadéquation entre la liste des vols à surveiller donnée par leur direction et celle du ministère de la santé.

Au fur et à mesure de l'évolution de la crise, les problèmes se sont calmés grâce notamment à un gros travail d'information en interne. Mais, leur souci est la résurgence de l'épidémie notamment dans des pays moins bien organisé sur le plan du contrôle sanitaire. Si cela devait se produire, ils craignent que la situation à Roissy devienne insoluble.

Les douaniers témoignent d'une réelle demande d'informations relatives aux pathologies. Comment se protéger, quels sont les risques ? Un douanier refusant de toucher un passager par peur d'être contaminé est une situation qui ne doit plus se produire.

La communication doit être préparée à froid avec les partenaires concernés. Les personnes à contacter en cas de nécessité, soit pour une intervention, soit pour un conseil doivent être identifiées. L'organisation pratique (laissez-passer, etc.) doit être structurée et effective. Leur attente est la mise à disposition de fiches de consignes simples, de recommandations sur l'attitude à adopter.

7.2.3 Service médical d'urgence de Roissy CDG

Le médecin du service médical d'urgence de Roissy interrogé travaille depuis 30 ans sur la plateforme. Médecin « *sur le mur à CDG* », il surveille l'arrivée des épidémies, entre deux patients ou encore deux convoyeurs de drogue *in corpore*.

En octobre 2002, il a eu l'occasion de se rendre en Chine et a entendu parler d'une nouvelle épidémie de grippe. Mi-février, il a cherché des informations à la source plus précises pour « *éviter des dérapages et des prises de position inadaptées* », ayant eu vent de la mise en place éventuelle d'un contrôle sanitaire aux frontières suite à « *une épidémie de maladie X dans le sud de la Chine* ».

Il a été averti par un fax de la DGS (il regrette que les fax arrivent toujours à 17 heures) de devoir accueillir les médecins d'Hanoi le 14 mars. Il a constaté de la confusion les 15 premiers jours, ainsi les gens préféraient appeler son service plutôt que le numéro vert de la DGS, car ils avaient le sentiment qu'il était au plus près des informations. La gestion du problème du médecin hospitalisé à Tourcoing ainsi que la recherche du chauffeur de taxi l'ont contrarié.

Il considère qu'avant de mettre en place des mesures, il est nécessaire d'identifier tous les intervenants et d'interroger les gens de terrain comme lui pour éviter les problèmes de faisabilité. « *Il faut penser à tout le monde qui gravite autour d'un avion* »

Une démarche d'information est à mener jusqu'au bout et implique de respecter et de faire que les gens apparaissent comme des individus propre dans ce type de crise. Il est allé dans les cabines des avions pour informer les navigants et les rassurer et a constaté que c'était le seul moyen efficace.

Cela a demandé un investissement psychoaffectif important et répétitif. Tous les jours il fallait faire preuve de compréhension. Selon lui, le bon sens commun a disparu, ainsi il a observé que le personnel accompagnant un passager potentiellement malade portaient des masques, alors que ce dernier n'en avait pas. Il pense que la traçabilité a été bien respectée dans les avions, car expliquée. L'effet de peur archaïque liée au vol aérien n'était pas anodine non plus et y a contribué.

Il a apprécié la collaboration avec les services des hôpitaux référents avec qui la chaîne d'information était simple et rapide, ainsi que la présence du CSF et de la DDASS 93, et la visite d'un responsable de la DGS à Roissy.

7.2.4 Service médical de la ZAPI

Avant le SRAS, une permanence médicale était assurée cinq fois par semaine (matin ou après-midi). Le médecin coordonnateur qui assure des visites à ZAPI 3 dépend du SMU d'Aulnay. On note par ailleurs la présence d'une infirmière à temps plein. En dehors de cette permanence (en particulier le soir et le week-end et pendant les vacances du personnel), l'accès aux soins est entièrement contrôlé par la Police de l'air et des

frontières (PAF) qui fait ou appel au service des urgences de l'aéroport, à l'Unité médicale et judiciaire (UMJ) de l'hôpital Jean Verdier à Bobigny.

Le recours aux soins dépend entièrement de la PAF dans plusieurs situations : le week-end et la nuit sur ZAPI 2 et 3, sur les aérogares et postes de police, toute la semaine de jour comme de nuit sur ZAPI 2, les aérogares et les postes de polices. La gestion des urgences repose bien souvent sur la PAF. L'appréciation du caractère urgent ou non d'un problème est donc laissée dans les mains de non professionnels.

Le médecin du service médical de ZAPI 3 a été impliqué dans la gestion du SRAS le 6 avril suite à un décès suspect en ZAPI. Le SRAS n'était pas en cause, mais cela a conduit à mettre en place un dispositif de surveillance et de prise en charge des personnes arrivant de zones à risque. L'agent de la PAF a ainsi disposé d'un numéro unique pour prévenir le service médical en cas de besoin. L'équipe a été complétée de 2 médecins et 2 IDE et les plages horaires élargies (8h30 – 21h30), bien que la nuit ne soit toujours pas assurée. Les INAD concernés sont isolés dans les locaux de ZAPI 2 pavillonnaires.

Le médecin n'a constaté aucune difficulté de mise en œuvre grâce à son travail d'information des agents de la PAF qui étaient rassurés par sa présence. Seul trois cas suspects ont été traités. L'inquiétude s'est manifestée surtout chez les juges qui reçoivent les INAD avec une demande de preuve de non contagiosité. Là encore, la démonstration de l'efficacité du dispositif a été expliquée aux juges par le médecin, ce qui a permis de désamorcer une menace d'arrêt de prise en charge judiciaire des INAD.

Le médecin de conclure que « *Malheureusement grâce à cette menace d'épidémie, une visite médicale ou para médicale est aujourd'hui possible dans toutes les ZAPI et il y a une prise de conscience des risques sanitaires liés à la promiscuité régnant dans les zones d'attente* »

Cependant, la mise à disposition dans l'aérogare d'une pièce spécifique à la prise en charge des personnes éventuellement malades reste indispensable.

7.3 Professionnels de santé

A l'occasion d'un entretien avec le Chef de service des maladies infectieuses d'un des hôpitaux référents de Paris, il m'a été expliqué l'importance d'une information adaptée aux publics cibles.

En effet, la compagnie Air France a sollicité son aide, suite au rapatriement des médecins de Hanoi, car le personnel menaçait de mettre en œuvre son droit de retrait. Une réunion d'information a été organisée avec les syndicats, des représentants du personnel

navigant et administratif et le service médical. Lors de cette réunion, il a exposé les données disponibles au jour J et les précautions à prendre concernant le SRAS. Sa présence et sa position de tiers expert a rassuré le personnel. L'expérience a été renouvelée à plusieurs reprises avec succès.

Lors des menaces liées aux enveloppes suspectes de charbon, il a animé des séances d'information auprès des personnels de la poste, et cette exercice lui a permis « *d'apprendre ce qu'il fallait dire* ». De plus, sa présentation a été enregistrée sur vidéocassette et diffusée dans les bureaux de postes. Il a constaté que l'information délivrée le ministère est de bonne qualité, mais mériterait d'être relayée par des experts, des leaderships, plus crédibles auprès des publics.

Pour compléter ces propos, ci-après sont rapportées quelques lignes relevées sur un site de personnels des postes : « *Les organisations syndicales signalent le manque de communication au niveau de certains bureaux, ce qui engendre des craintes injustifiées et des refus de reprise de travail qui pourraient être évités. Il serait nécessaire d'apporter des éclaircissements sur la maladie du charbon, notamment par la diffusion la plus large possible de la vidéocassette... .* »

Par ailleurs, son sentiment est que les affichages des communiqués de presse sur le SRAS n'étaient pas suffisamment visibles dans les halls de débarquement et que dans certains pays des banderoles avaient été mises en place.

Cela rejoint les propos d'une autre personnalité scientifique, membre du CSHPF, section des maladies transmissibles. Ce dernier m'a transmis quelques observations au sujet de l'affichage des communiqués dans les aéroports qui lui paraissaient difficilement identifiables par les passagers et que leur information était insuffisante. De plus, il a souligné le problème du rapatriement des personnes malades qui doit être résolu.

7.4 Le SAMU 93

Après un séjour de plus de quatre semaines à l'hôpital de Hanoi, un médecin anesthésiste de l'équipe de soignants du Samu 93, a relaté sur son expérience. « *La mission a été organisée très rapidement et le SAMU a été contacté le 13 mars par la DGS* ». L'équipe a quitté la France le 14 mars avec du matériel de réanimation respiratoire et des tenues de

haute protection. Trois réanimateurs, deux infirmiers anesthésistes et un microbiologiste³⁴ de l'Institut Pasteur de Paris ont fait partie de la première vague, rejoints quelques jours plus tard par cinq infirmières anesthésistes. Leur mission était venir en aide à l'équipe de l'hôpital français de Hanoi qui était dans une situation critique car une trentaine de membres du personnel soignant était déjà touchée par cette mystérieuse pneumopathie.

« Nous étions tous volontaires pour partir, mais sans trop savoir. Après 48 heures, nous avons su que ce n'était pas la grippe car les tests effectués par le microbiologiste étaient négatifs. J'avais déjà effectué plusieurs missions lors de tremblements de terre ou de guerre. Mais c'était la première fois que je partais pour faire face à un début d'épidémie. Notre premier travail a consisté à renforcer les équipes de réanimation et à organiser les soins et la protection du personnel pour éviter la propagation de l'agent infectieux », explique le médecin. *« Si la climatisation centrale avait déjà été éteinte pour éviter une éventuelle dissémination du germe, la mission a fait ouvrir toutes les fenêtres de l'hôpital pour ne pas concentrer le virus dans un milieu confiné et a demandé au personnel soignant non malade de ne pas rentrer chez lui le soir pour éviter toute dissémination du foyer infectieux. Bien évidemment, toutes les mesures d'hygiène et d'asepsie ont été mises en oeuvre et en particulier séparer les circuits de « propre » et de « sale » pour le linge. Au niveau individuel, la situation était particulièrement difficile pour les soignants de Hanoi, car ils devaient prendre en charge leurs proches, leurs collègues. Mais il n'y a pas eu de psychose, malgré les quatre décès survenus en très peu de temps, dont deux infirmières et deux médecins. C'était très lourd affectivement mais ils sont tous restés dans leur rôle »,* analyse-t-elle.

« En terme d'informations, nous avons pu nous connecter à Internet et cela nous a énormément aidés de pouvoir consulter tous les jours les communiqués de la DGS. Cette communication a été très bien faite et des téléconférences nous ont permis d'avoir une bonne connaissance de l'évolution de l'épidémie et de pouvoir répondre aux inquiétudes des expatriés ».

Aujourd'hui, le foyer infectieux de l'hôpital de Hanoi est maîtrisé. Aucun nouveau cas n'a été enregistré dans le pays. Soixante cas au total y ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie, dont 44 sont guéris, mais quatre sont décédés.

³⁴ le Pr Jean-Claude Manuguerra, directeur du Centre de référence des virus respiratoires à l'Institut Pasteur de Paris

7.5 Medias

Une équipe de l'émission diffusée par M6 «Zone interdite » a demandé de filmer le dispositif d'information des passagers et de traçabilité mis en place sur l'aéroport Charles de Gaulle.

A cette occasion, la DDASS a été interrogée par les journalistes et le souci a été de donner une information cohérente.

En effet les questions posées étaient les suivantes :

- les personnes en provenance d'une zone à risque mais ayant fait escale dans un pays non identifié comme à risque ; y a-t-il une concertation européenne et/ou internationale ? Peut-on assurer, par exemple, qu'un vol en provenance de Londres répond aux mêmes exigences de sécurité qu'un vol en provenance de Toulouse ?
- les personnes ne se signalant pas comme victimes de la pneumopathie ; y a-t-il un examen médical systématique dans le pays de départ ? Quelles sont les consignes données aux compagnies aériennes pour l'embarquement de passagers en provenance de zones à risque ?
- les vols non réguliers assurés par des compagnies privées (incluant les rapatriements sanitaires) Quel dispositif sur les aéroports privés ?
- les consignes données aux sociétés de nettoyage intervenant dans les avions, ainsi qu'aux autres prestataires de service (repas, eaux usées...) en cas d'intervention sur un vol où se trouverait un cas de pneumopathie.

Cela montre la diversité des questions possibles et qui sont susceptible de déstabiliser un agent non suffisamment formé au dialogue avec les journalistes.

7.6 Presse

Depuis l'annonce de l'alerte mondiale, de nombreux articles ont traité des différents aspects du SRAS. En dehors des domaines techniques et scientifiques, l'analyse des titres est révélatrice de l'inquiétude qui a régné parmi les français.

Dans le monde du 2 avril 2003, un article titre le « *SRAS ailé : Généralement nos peurs ne le deviennent vraiment que lorsqu'elles portent un nom. Ou, quand elles relèvent de l'alerte médicale généralisée, dès qu'elles s'identifient, linguistiquement, par leur propre acronyme. Et en ce qui concerne l'épidémie de pneumopathie atypique qui croît et, hélas, semble prospérer, c'est fait. La maladie se qualifie par son symptôme ou plutôt son syndrome, le syndrome respiratoire aigu sévère. Et puis par l'acronyme de ce dernier. Une sorte de sigle autosuffisant ou de mot-valise pour dire la nouveauté, la gravité autant que l'identité de l'affection.* »

Dans le Quotidien de Seine Saint Denis, (19 mars 2003) un article décrit la panique des salariés de Roissy, fabricant de plateaux repas, qui veulent exercer leur droit de retrait du fait que si « *un important dispositif de contrôle a été mis en place à Roissy, c'est qu'il y a un risque !* ».

Le Figaro (avril 2003) remarque que « *la Chine commence à lever le voile sur l'épidémie* », tout en notant que « *la psychose s'intensifie en France* ». Le Quotidien du Médecin parle de « *situation alarmante* », et Le Matin (29 mars 2003) titre « *cette maladie qui fait peur* ». Le Parisien aborde en bref « *des failles dans les mesures de sécurité* ». Le quotidien indique qu'« *en France, les mesures prises pour tenter de suivre à la trace à leur arrivée dans les aéroports les passagers venant d'Asie semblent assez inefficaces, car elles ne s'appliquent qu'aux vols directs et non à ceux faisant escale dans une autre capitale. Par ailleurs, le numéro vert sur la pneumopathie est très difficilement accessible, en raison des 40 000 appels reçus* », ajoute le journaliste.

Le quotidien d'Alsace (29 avril 2003) rapporte des réactions vis-à-vis de personnes ayant séjourné dans des pays d'Asie :

« Rentrée différée pour un élève de CM2 parti en vacances en Chine, mise à l'écart de deux des quatorze journalistes ayant voyagé à Pékin avec Jean-Pierre Raffarin : en dépit des mises en garde, la France commence à succomber à la psychose de la pneumonie atypique. L'ostracisme — que les responsables de la santé redoutaient de voir apparaître à l'encontre de la communauté asiatique du 13e arrondissement — s'est finalement manifesté en premier dans une école et dans le monde de l'audiovisuel. Dans le 15e arrondissement de Paris, le petit garçon à l'origine de la querelle ne s'est pas présenté hier à l'école de la rue Corbon qu'il fréquente habituellement. Mais, aux yeux de certains parents, cette absence ne suffit pas : ils voudraient en plus qu'il soit « mis en quarantaine pendant la période d'incubation », soit 13 jours, selon leurs calculs. A France Inter, où le journaliste qui accompagnait le Premier ministre a été invité à rester chez lui, la situation est particulièrement étrange, pour ne pas dire schizophrénique : la mise en congé forcée a été annoncée à l'antenne, où le patron de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) Gilles Brückner, invité, n'a pas mâché pas ses mots. « Il s'agit de dérives inacceptables et injustifiées », a-t-il estimé à propos de la décision de la direction de Radio France de mettre son journaliste en congé forcé [...] Mettre en isolement préventif des gens qui vont bien et ne sont pas contagieux est une pratique moyenâgeuse qui n'est ni efficace, ni justifiée, et aucune structure officielle française n'a recommandé l'isolement dans ce genre de cas [...] Selon un journaliste de Radio France contacté par l'AFP, la direction de la station aurait expliqué vouloir « jouer la prudence pour ne pas risquer de fermer la maison dans quelques mois [...] Le risque de contamination est très minime, mais il existe, alors autant éviter de le prendre », a expliqué le médecin-conseil de Radio France

à l'origine de cette décision en soulignant que « rien ne permet de dire que le journaliste n'a pas été en contact, sans le savoir, avec des personnes atteintes »

Selon un journaliste du Nouvel Observateur « *La crainte vire doucement à la psychose, la psychose au rejet de l'autre...Analyse d'un travailleur social du 9e, engagé dans l'alphabétisation des arrivants Dongbei: «Sur les Chinois, le SRAS agit actuellement comme le 11septembre 2001 sur les Arabes. Regards en biais, défiance, racisme. La discrétion légendaire de la communauté devient suspecte. Vous nous cachez l'épidémie, pensent les gens. Et si c'est un clandestin qui tombe malade, comment va réagir le patron chinois qui l'emploie? Va-t-il l'accompagner lui-même aux urgences? Le lâcher de nuit devant l'hôpital? Ou se débrouiller avec, on ne sait trop comment...» La rumeur bourdonne. L'autre jour, dans Chinatown, un habitant des tours Olympiades contactait la mairie du 13e pour accuser son voisin, Pékinois d'origine: «Je l'ai vu en sueur dans l'ascenseur, il faut évacuer son appartement.» Les deux hommes nourrissaient un différend depuis des années. Il y a deux semaines, le commissariat du Kremlin-Bicêtre fermait 12 heures pour raison sanitaire, suite à l'interpellation de quatre clandestins chinois: l'un d'eux avait eu des vomissements. A Achères, Yvelines, deux pompiers munis de combinaison blanche intégrale embarquaient une jeune fille de 14ans à l'hôpital, fiévreuse. L'adolescente revenait d'un voyage au... Canada. »*

8 ANALYSE

La communication a pour objectif de transmettre, partager les informations, tant en interne qu'en externe avec les publics naturels de l'institution, les partenaires institutionnels, les usagers et le grand public.

Lors d'une crise, l'architecture de pilotage comporte quatre pôles principaux³⁵ :

- Une cellule de direction en charge de la conduite ;
- Une cellule de gestion apportant un appui stratégique aux intervenants de terrain ; et traiter les problèmes dans toute leur complexité organisationnelle ;
- Une cellule de communication en charge de l'interface avec le monde extérieur ;
- Une cellule logistique fournissant aux trois premières tous les moyens techniques requis.

Quelque soit le type de crise, sa gestion est indissociable de la communication et les services déconcentrés doivent l'intégrer dans leurs actions.

³⁵ Guilhou X. et Lagadec P. *La fin du risque zéro. Editions Eyrolles société 2002, 316 p.*

Dans le langage courant, il y a beaucoup d'expressions idiomatiques qui se rapportent à la communication. En effet, elles présentent la communication comme le fait de transporter de l'information d'un émetteur à un récepteur *via* les mots, les phrases, les textes considérés comme un contenant pour les idées qui en seraient le contenu.

Dans le même ordre d'esprit, le modèle de la théorie de l'information de Shannon et Weaver (1949) qui propose un processus linéaire du transfert d'un message d'un émetteur vers un récepteur (où le télégraphe représente sa métaphore par excellence) est associé à la conception du tuyau. Ces auteurs se concentraient sur le contenu de l'information et sur son transfert, c'est-à-dire que la sémantique du message de départ doit subir le moins de transformations possibles lors de sa transmission et de sa réception. Cette approche ne tient suffisamment pas en considération l'aspect de la médiation.

Depuis le modèle de Shannon et Weaver, élaboré pour régler les problèmes de transmission télégraphique, des chercheurs ont tenté de trouver le modèle le plus adapté intégrant toutes les fonctions qui concourent à la bonne transmission du message.

Le modèle de Harold D. Lasswell veut répondre aux questions suivantes :

- QUI ? : L'émetteur
- DIT QUOI ? : Le message, son contenu
- PAR QUEL CANAL ? : Les techniques qui à un moment donné et pour une société déterminée diffusent l'information
- A QUI ? : Public destinataire du message
- AVEC QUEL EFFET ? : suppose une analyse des problèmes d'influence du message sur l'auditoire.

Ce modèle est un peu simpliste et ignore la notion d'interactivité entre l'émetteur et le récepteur. À ce titre, les travaux de Wiener (1950) ont introduit la notion de feed-back avec l'évolution entre une vision linéaire et une conception circulaire de la communication. Une autre approche est celle des linguistes (Jakobson 1963³⁶) qui ont montré que la communication est impliquée de nombreux facteurs remplissant des fonctions diversifiées qui contribuent toutes à la signification du message. Sans vouloir écrire un manuel de communication, quelques modèles peuvent être cités pour rendre compte des nombreuses approches, comme par exemple : le modèle transactionnel des années 70 qui se centre sur la forme, plutôt que sur le contenu du signal, le modèle interactionniste et systémique de l'école de *Palo Alto* qui envisage la communication comme la participation d'un individu à un système d'interactions qui le relie aux autres ou encore le

1. ³⁶ JAKOBSON R. *Essai de linguistique générale* 1963

modèle de l'orchestre de Winkin où la communication est présentée comme une production collective d'un groupe qui travaille sous la direction d'un leader (Mucchielli, 1997³⁷).

Ces quelques exemples montrent que la communication est une technique, avec ses règles et méthodes, qu'il convient de respecter dans le processus de gestion d'une crise. La problématique de la communication a été analysée dans le cadre de l'épidémie de SRAS, qui certes a une dimension mondiale, mais s'est inscrite dans le travail usuel des personnels des services déconcentrés.

8.1 Message d'alerte

Au niveau mondial, il y a eu un vide d'information les premiers jours, comblé par des rumeurs et des faux bruits. Puis, l'OMS a lancé l'alerte mondiale le 12 mars 2003, avec un message opérationnel. S'en est suivie aussitôt la riposte des autorités sanitaires mondiales.

En 2001, le rapport coordonné par le Pr. R. Roué³⁸, en réponse à une saisine des ministres B. Kouchner et M. Aubry, a évalué les capacités du système français de veille sanitaire et d'alerte, ainsi que du système de soins à répondre aux risques de survenue de maladies hautement contagieuses, et notamment d'une pandémie grippale. Le rapport souligne qu'une telle épidémie déclencherait une peur relayée par une médiatisation inévitable et que les pouvoirs publics auraient à gérer cette panique. Un certain nombre de recommandations ont été émises concernant les modalités de l'alerte :

- Intégrer le système d'alerte sanitaire dans un dispositif continu international notamment avec une coordination européenne. Un organigramme du système d'alerte doit définir les niveaux d'intervention et leurs liens ;
- Créer un échelon interrégional d'alerte incluant les DRASS et les CHRU ;
- Définir les situations d'alerte prioritaire selon une procédure d'urgence et assurer l'information des professionnels de santé en cas d'alerte ;
- Informer l'opinion pour prévenir les situations de crise liées à ces risques ;

En l'occurrence pour le SRAS, l'information est descendue sans retard de la DGS vers les services qu'il fallait alerter, comme défini par les procédures d'alerte épidémiologiques.

³⁷ MUCHIELLI A. *Les modèles de la communication*. In : P. Cabin (Ed.). *La communication : Etat des savoirs*. 1997 ; pp.65-78. France : Sciences Humaines Editions.

³⁸ *Infections virales aiguës, importées, hautement contagieuses, et leur prise en charge*. Editions ENSP 2001

Au vu des entretiens, il apparaît que le message d'alerte a bien été reçu en même temps par la plupart des intervenants sur le terrain, grâce au fax rapide, à la messagerie électronique et à Internet.

Du fait du facteur «aéroport » la DDASS 93 a été au plus proche de l'émetteur en participant à la préparation du premier communiqué de presse

Une fois le message d'alerte émis, il convient de vérifier s'il a été bien compris par le récepteur et qu'un retour d'information puisse être analysé par l'émetteur afin de savoir si le message a été bien compris. L'information n'est qu'un segment de la communication qui combat l'incertitude car il n'y a pas de feed-back qui aurait une action sur le déroulement.

Dés lors qu'il y a production d'un message, il y a un sens mais ce sens est différent selon l'émetteur, les techniques employées. L'insertion sociale des techniques (vidéo, Internet, minitel) mérite d'être prise en compte.

A ce titre, Internet ne peut pas être considéré comme un simple moyen de transfert de l'information. Beaucoup d'autres dimensions interviennent. Chacun de nous, sur une même page Web, fera un traitement de l'information de façon différente, en utilisant des stratégies de recherche d'information différentes ou encore nous pouvons imaginer que des variables peuvent faciliter ou empêcher cette recherche comme par exemple la taille de l'écran, la grandeur de la fenêtre du navigateur ou encore la grandeur du caractère ou encore le contraste entre l'écrit et l'arrière-fond, de même que les caractéristiques propres au sujet, son expérience et son vécu. Il y a aussi un côté relationnel, social. Le récepteur du signal peut être un individu ou une collectivité qui agit indépendamment des autres individus ou groupes parce qu'ils fonctionnent de façon autonome avec leurs règles de fonctionnement, par conséquent le traitement de ce signal sera différent.

En outre, la consultation d'Internet est une démarche volontaire, impliquant une maîtrise de l'outil informatique, ou même plus simplement d'y avoir accès matériellement. Afin d'atteindre de manière plus ciblée les médecins libéraux susceptibles de ne pas chercher l'information, la DGS a mis en place à la fin du mois de mai un système de messagerie, DGS-Urgent³⁹.

Dans le cas de l'épidémie de SRAS, l'instantanéité a été le maître mot. Les connaissances évoluant très vite, le moyen le plus adapté pour informer a été Internet. Dans les DDASS, les sites Internet (DGS, InVS, OMS) ont été consultés quotidiennement par la plupart des acteurs et, en général, les informations ont été jugées claires, rapides, accessibles et de qualité. Certains, cependant, ont jugé que les messages étaient trop

³⁹ <http://dgs-urgent.sante.gouv.fr>

impersonnels et que rien ne remplace une intervention d'un expert ou tout au moins un dialogue de personne à personne. C'est ce qui a été réalisé par les professionnels de santé rencontrés qui sont intervenus directement auprès des personnels de Roissy CDG pour expliquer les risques et les différents aspects de la maladie en fonction des connaissances disponibles.

Dés lors que le message est parvenu à un émetteur, ce dernier doit assurer un relais et devenir à son tour émetteur pour que le dispositif de gestion de crise soit efficace.

La communication fonctionne à deux niveaux, en interne et en externe et les deux sont liées.

8.2 Communication interne

Dans le cas d'une crise comme celle du SRAS, la contrainte de temps était importante du fait des risques d'importation de la maladie et les publics concernés étaient multiples.

Au sein des DDASS, chaque membre du personnel est acteur de la communication et il est essentiel que chacun ait la possibilité de s'impliquer et de se mobiliser.

Suite à l'alerte, la demande d'information a été importante et il apparaît que la communication en interne a été très inégale. En Seine Saint-Denis, la constitution d'une cellule de crise par le directeur a facilité le travail des agents qui la composait. Les personnels qui n'y participaient pas l'on regretté. Les pressions psychologiques et les contraintes de temps ont fait négliger les besoins du personnel. A la DDASS 93, il y a eu une volonté d'information interne, mais peu conséquente car mal annoncée.

Pour cette raison, les personnels pris dans l'engrenage de la crise et des sollicitations externes ont du s'informer seuls.

En outre, les agents, surtout ceux confrontés aux réalités du terrain à Roissy, ont éprouvé des inquiétudes vis-à-vis des risques éventuels. Le message affirmant que seuls les personnes symptomatiques étaient contagieuses ne les a pas rassurés. Ils souhaitent une prise en compte de cet aspect avec une personnalisation des informations, des consignes précises, des moyens de protection. Des détails précisant comment on parvient à cette conclusion auraient été utiles.

L'analyse des différents entretiens montre également que les personnels des services déconcentrés de toute catégorie ont eu le sentiment d'avoir été lancés sans préparation

sur le terrain avec des moyens limités, peu de précautions et de reconnaissance. Selon Peter Hartigay⁴⁰ chaque public a ses besoins propres d'information.

La communication interne doit fonctionner de façon efficace, tant de manière descendante, afin que les axes principaux de ses orientations soient partagés par le plus grand nombre, que de manière ascendante, pour être à l'écoute des attentes et interrogations des personnels, et avoir ainsi toute l'information nécessaire à la prise des décisions.

A ce titre, les MISp sont des relais privilégiés de la communication interne.

8.3 Communication externe

Vis-à-vis de l'extérieur, chaque membre du personnel du service déconcentré, quel que soit son niveau hiérarchique ou son domaine d'activité, porte l'image de l'institution dans ses rapports avec les publics et les partenaires, et par conséquent est concerné par la communication.

Le Directeur symbolise le service déconcentré aux yeux des publics extérieurs. Il a ensuite une fonction de responsabilisation. Si certains cadres ou membres du personnel peuvent dans certaines occasions s'exprimer en externe, ils ne le font que par délégation expresse de la Direction. Une stratégie de communication réfléchie et harmonieuse permet informer le public de façon raisonnable des mesures envisagées et éviter de créer une panique injustifiée pouvant avoir des effets négatifs.

Enfin, il est à souligner qu'aucune communication externe ne peut se révéler réellement efficace sur le long terme sans une communication interne suivie et cohérente.

Lors de l'épisode du SRAS, les agents de la DDASS 93 ont eu à communiquer avec des publics externes variés par téléphone ou en direct comme à Roissy CDG.

Le téléphone a posé des problèmes pour certains agents car ils étaient eux même mal informés, mais aussi insuffisamment formés à ce mode de dialogue.

Répondre à des questions inédites, non encore traitées dans les communiqués de la DGS, a été délicate pour les MISp et par conséquent, d'autant plus difficile pour un agent mal préparé. Une base d'information minimale commune des personnels doit être réfléchie par les encadrants et à ce titre l'expertise du MISp est essentielle. De même, des inquiétudes telles l'angoisse de répondre qu'il n'y a aucun risque, la peur des responsabilités en cas de mauvaise réponse, ou encore la mauvaise connaissance du milieu professionnel du questionnant sont des facteurs à prendre en compte.

⁴⁰ Hartigay P. *La catastrophe de Bhopal. Etats d'urgence 1998* : 113-125

9 PROPOSITIONS POUR UN CODE DE BONNE CONDUITE EN COMMUNICATION

La gestion de la crise du SRAS a été un phénomène extrêmement complexe, mais porteur de leçons pour l'avenir dans de nombreux domaines, dont celui de la communication.

Au sein des services déconcentrés, le médecin inspecteur de santé publique a un rôle dans la mise en œuvre des mesures prises par les pouvoirs publics. Il a également une responsabilité de communicant autant en interne qu'en externe.

Un code de bonne conduite de la communication pourrait comprendre les propositions suivantes :

9.1 Communication interne

La première étape est de bien identifier les acteurs internes au service et assurer une communication adaptée. Les pressions psychologiques et les contraintes de temps ne doivent pas faire négliger le personnel pour éviter toute inquiétude ou démotivation. La première chose est de les informer dès le début de la crise par la tenue d'une réunion d'information fournissant toutes les données disponibles. Il ne suffit pas d'affirmer que « tout est sous contrôle »⁴¹ (par exemple, il n'y a pas de risque de contamination au contact d'une personne asymptomatique), mais fournir les détails précisant comment on parvient à une telle conclusion. Une information régulière doit être proposée par l'encadrement et les MISP peuvent être des référents sur le plan medico-technique. Les réunions doivent être annoncées à l'avance. De même une écoute du vécu des agents doit être faite.

La création d'une cellule de crise s'est révélée à la DDASS 93, un facteur de cohésion et d'organisation fondamental, et elle doit pouvoir être élargie aux agents qui vont sur le terrain à intervalles réguliers, afin de les impliquer dans le dispositif.

Dans ce sens, des outils complémentaires peuvent être précieux. Ainsi, le journal interne permet d'informer l'ensemble des personnels sur les événements. Il suppose bien sûr une périodicité respectée, la mise en place d'un comité de rédaction suivant un cahier des charges prédéterminé et une ambition raisonnable afin que l'expérience puisse s'inscrire dans la durée. Un affichage dans les locaux, l'agenda distribué aux personnels ou l'informatique, au travers de l'Intranet, sont des supports d'information également utiles et accessibles. Les comptes-rendus du CODIR ou les notes de service peuvent également

⁴¹ Hartigay P. *La catastrophe de Bhopal. Etats d'urgence 1998* : 113-125

faire utilement l'objet d'une réflexion quant à leur présentation et à leur diffusion, comme pouvant s'inscrire dans le cadre d'une politique de communication interne plus efficace.

9.2 Communication externe

Face à une crise, les publics externes sont multiples et nombreux et imposent une forte mobilisation des agents des services déconcentrés. Cela implique de bien définir les messages génériques à diffuser et à moduler selon les demandes.

Le porte parole est en l'occurrence le Directeur. Le référent technique dans les services déconcentrés est le chargé de communication. Cependant, en fonction du type de crise, une délégation pourrait être dédiée à un référent médecin, ingénieur sanitaire, ou inspecteur des affaires sanitaires et sociales.

Dans le cas des relations avec les interlocuteurs de Roissy CDG, une formalisation des procédures et des circuits d'information est à mettre en place en dehors des crises.

Il convient également de proposer une formation des personnels de la DDASS, amenés à travailler au CSF, tant sur le plan pratique (connaissance du site de Roissy CDG) que sur celui de la communication.

D'autres outils déjà cités en interne peuvent être des vecteurs de la communication externe. Ainsi, dans le cas du SRAS, il y a eu une demande de :

- Supports d'information attractifs tel des dépliants, outils de communication de proximité, que le destinataire aura envie de conserver (cas des passagers en provenance des zones à risque).
- D'affiches au graphisme et à la présentation plus élaborés, car elles sont de bons outils de mémorisation. Des signaux lumineux permettent d'attirer l'attention.
- Cela implique des moyens budgétaires propres à la DDASS, afin de pouvoir réagir au plus vite en cas d'alerte (impression, traduction de documents, élaboration d'affiches ...).

En dehors des crises, ces outils méritent une réflexion, une anticipation, afin qu'un concept de communication soit déjà élaboré.

Enfin, une crise comme le SRAS est également à considérer comme un problème social et certains personnels ont menacé de mettre en œuvre leur droit de retrait. Il est important de mesurer le ressenti des publics, leur niveau de connaissance du SRAS, leurs angoisses.

Le principe d'attention⁴² mérite d'être rappelé :

Dans certaines situations alors même qu'il n'existe aucun argument scientifique justifiant des préoccupations sanitaires, il est un fait que certaines personnes se sentent menacées dans leur santé. Il importe d'y répondre par des mesures adaptées notamment en manifestant une écoute des souffrances et des craintes et en y apportant des réponses dans la mesure du possible.

Enfin, **la sortie de la crise** ne doit pas être négligée et le silence ne doit pas remplacer les tumultes des jours précédents. Il faut se méfier des greffes ou des résurgences.

Le retour d'expérience doit faire l'objet d'une formalisation pour, d'une part tirer les leçons des événements, et d'autre part contribuer au « rétablissement » psychologique des acteurs.

-
- ⁴² POTELON J.L. *Le principe de précaution, introduction, concepts, enjeux*. Présentation du 22 octobre 2003 ; module santé environnement ; formation initiale des MISP 2003

10 CONCLUSION

Si le SRAS s'est propagé rapidement et a provoqué d'importantes perturbations, c'est en partie à cause de la mondialisation, mais cette interdépendance a aussi grandement facilité la contre-attaque. On a tiré parti des technologies de la communication – alertes sur Internet, signalement quotidien des cas par voie électronique aux laboratoires «virtuels», etc. – pour amplifier les ressources disponibles, générer et diffuser plus rapidement l'information.

Au cours d'une nouvelle épidémie comme le SRAS, la recherche et les actions des pouvoirs publics et des professionnels de santé sont axés sur la connaissance des caractéristiques de l'agent infectieux et de la prise en charge des patients. La prise en compte des perceptions, des croyances, des besoins en terme d'information des différents publics doit être une même priorité. C'est un élément fondamental dans la lutte contre un nouvel agent infectieux. Si l'épidémie avait perduré ou s'était introduite en France, l'implication des citoyens aurait été indispensable.

Comme l'écrit le Professeur J.F. GIRARD⁴³ « *L'évolution générale de la société, les effets tour à tour destructeurs et restructurateurs de l'épidémie de SIDA, le drame du sang contaminé et, dans un autre ordre de réalité, la menace de voir disparaître notre système de sécurité sociale, nous ont fait passer "de la médecine à la santé". Une nouvelle culture de la santé dans laquelle les citoyens usagers joueraient un grand rôle. Le domaine de la santé ne pouvant appartenir ni aux technocrates ni aux seuls professionnels de santé* »

« Parler avec les gens est un bon début : les écouter est plus important encore⁴⁴ »

⁴³ Girard J.F: *Quand la santé devient publique*. Hachette Littératures 1998, 287 p

⁴⁴ Hance B.J, Chess C., Sandman P.M. *Improving dialogue with communities – A risk communication manual for government*; New Jersey department of environmental protection, Division of Science and Research. First edition 1988.

11 Bibliographie

1. BOUADMA L., NOËL V., SCHORTGEN F et al. Managing SARS. *N Engl J Med* 2003; 349:707-708.
2. DAB W. La décision en santé publique : surveillance épidémiologique, urgences et crises. Rennes : ENSP Editeurs, 1993, 286 p.
3. DESENCLOS JC., FROTTIER J., LEQUELLEC N. et al. Critères pour proposer la surveillance d'une maladie infectieuse par la déclaration obligatoire". *BEH*, 22 septembre 1998, n°38.
4. DEUTCH P. Plan pandémique grippal : l'approche française. VIIème journée nationale des GROG ; Paris 2002
5. DRAZEN J. M. SARS — Looking Back over the First 100 Days. *N Engl J Med* 2003; 349:319-320.
6. DRAZEN J. M., CAMPION E. W. SARS, the Internet, and the Journal. *N Engl J MED* 2003; 348:2029
7. DRAZEN J. M. CASE Clusters of the Severe Acute Respiratory Syndrome. *N Engl J Med* 2003; 348 – publié sur www.nejm.org le 31 mars 2003
8. DROSTEN C., GÜNTHER S., PREISER W. et al. Identification of a Novel Coronavirus in Patients with Severe Acute Respiratory Syndrome. *N Engl J Med* 2003; 348:1967-1976, May 15, 2003; publié sur www.nejm.org le 10 avril 2003
9. DUPONCHEL J.L. "Le rôle des acteurs publics et la politique de communication à l'occasion d'une crise sanitaire : à propos de l'infection par le virus West-Nile dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Gard et de l'Hérault (période d'août 2000 à novembre 2001) Mémoire MISP 2002 - ENSP
10. DYE C, GAY N. Modeling the SARS epidemic. *Science* 2003; 300:1884-5. En ligne, 23 mai 2003. <http://www.sciencemag.org/cgi/content/full/300/5627/1884>
11. FISHER DA, CHEW M, LIM YT et al. Preventing local transmission of SARS: lessons from Singapore. *Med J Aust.* 2003, 178:555-8. En ligne, 19 mai 2003. http://www.mja.com.au/public/rop/fis10245_fm.pdf
12. GERBERDING J. L. Faster but Fast Enough? Responding to the Epidemic of Severe Acute Respiratory Syndrome. *N Engl J Med* 2003; 348:2030-2031 – En ligne le 2 Avril 2003 sur [http:// www.nejm.org](http://www.nejm.org)

13. GIRARD J.F: Quand la santé devient publique. *Hachette Littératures* 1998, 287 p.
14. GUILHOU X., LAGADEC P. La fin du risque zéro. Editions Eyrolles société 2002; 316 p.
15. GREMY F. "Sang contaminé et impéritie de l'État dans le domaine de la santé publique, une longue tradition". *Santé publique*, juin 2002, volume 14, n°2, pp 179-186
16. HANCE B.J, CHESS C. SANDMAN P.M. Improving dialogue with communities – A risk communication manual for government. New Jersey Department of Environmental Protection, Division of Science and Research. First edition 1988.
17. HANNOUN C. Les plans pandémiques antigrippaux en Europe : historique et principes. *Eurosurveillance* 1998 ; 3 (3) : 26-28
- 18.
19. HOLMES K. V. SARS-Associated Coronavirus. *N Engl J Med* 2003; 348:1948-1951.
20. HOMES KV. SARS coronavirus: a new challenge for prevention and therapy. *J Clin Invest* 2003; 111:1605-9.
21. HSIEH Y.-H., DRAZEN J. M., CAMPION E. W. SARS and the Internet. *N Engl J Med* 2003; 349:711-712.
22. HSIEH YH. Politics hindering SARS work. *Nature* 2003;423:381-381.
23. JAKOBSON R. ESSAI DE LINGUISTIQUE GENERALE 1963
24. KSIAZEK T. G., ERDMAN D., GOLDSMITH C. S et al. The SARS Working Group. A Novel Coronavirus Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome. *N Engl J MED* 2003; 348:1953-1966 – PUBLIE SUR WWW.NEJM.ORG LE 10 AVRIL 2003
25. LAGADEC P. *La gestion des risques*. Paris : Mc Graw Hill, Ediscience 1991
26. LEE N., HUI D., WU A. et al. A Major Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. *N Engl J Med* 2003; 348:1986-1994 – publié sur www.nejm.org le 7 avril 2003
27. LENG Q., BENTWICH Z. A Novel Coronavirus and SARS. *N Engl J Med* 2003; 349:709.
28. MANUGUERRA J.C. Surveillance de la grippe dans les pays membres du réseau européen influenza. *BEH* 2002 ; n° 07
29. MORELLE A. *La défaite de la santé publique*. Paris: Flammarion, mars 1996, 389p.

30. MUCCHIELLI A. *Les modèles de la communication*. In : P. Cabin (Ed.). La communication : Etat des savoirs 1997. pp.65-78. France : Sciences Humaines Editions.
31. MUCCHIELLI A. *La communication interne*. Paris : Colin . 2001 . 206 p.
32. MUCCHIELLI A. *Les sciences de l'information et de la communication*. Paris : Hachette Supérieur, 2001. 158p. les Fondamentaux.
33. PEIRIS J, CHU CM, CHENG C, et al. Clinical progression and viral load in a community outbreak of coronavirus-associated SARS pneumonia: a prospective study. *Lancet* 2003, 361:1767-72.
34. POUTANEN S. M., LOW D. E., HENRY B., et al. The National Microbiology Laboratory, Canada, and the Canadian Severe Acute Respiratory Syndrome Study Team. Identification of Severe Acute Respiratory Syndrome in Canada. *N Engl J Med* 2003; 348:1995-2005 - publié sur www.nejm.org le 31 2003.
35. RAINER TH, CAMERON PA, SMITH D, et al. Evaluation of WHO criteria for identifying patients with severe acute respiratory syndrome out of hospital: PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY. *BMJ* 2003; 326: 1354–8.
36. REILLEY B., VAN HERP M., SERMAND D., DENTICO N. SARS and Carlo Urbani. *N Engl J Med* 2003; 348:1951-1952
37. SETBON, M. *Pouvoirs contre le sida : de la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*. Paris : Seuil, 1993. 420 p.
38. SHANNON C. ET WEAVER W.. *The mathematical theory of communication*, Urbana, The university of Illinois Press, 1949
39. TSANG K. W., HO P. L., OOI G. C. et al. A Cluster of Cases of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. *N Engl J Med* 2003; 348:1977-1985 – publié sur www.nejm.org le 31 mars 2003
40. TSUI S. K.W., CHIM S. S.C., LO Y.M. D., the Chinese University of Hong Kong (CUHK) Molecular SARS Research Group. Coronavirus Genomic-Sequence Variations and the Epidemiology of the Severe Acute Respiratory Syndrome. *N Engl J Med* 2003; 349:187-188.
41. VALLERON AJ., CHAUVIN P. VIBERT JF. Les systèmes d'alerte: passé, présent, futur. *Transfus Clin Biol*, 1994, n° 6, pp443-454.
42. VU T. H., CABAU J.-F., NGUYEN N. T. et al. SARS in Northern Vietnam. *N Engl J Med* 2003; 348:2035,
43. WENZEL R. P., EDMOND M. B. Managing SARS amidst Uncertainty. *N Engl J Med* 2003; 348:1947-1948

44. WIENER N. *Cybernétique et société* 1950
45. WU Y. P., WEI R., DE GROOT P. G. SARS in Hong Kong. *N Engl J Med* 2003; 349:708-709.

Divers : Rapports, numéros spéciaux, textes réglementaires

- *Loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme*
- *Code de la Santé publique. Articles L.3115-1, L.3116-3, L.3116-5.*
- BEH numéro spécial SRAS 2003 ; n°24-25 :109-113
- M.F. DELILLE Bilan 1995-2000 du CSF de la DDASS 93
- DGAC. Evolution du transport aérien. Trafic mondial, une croissance soutenue. http://www.dgac.fr/html/actu_gd/libe_ta.htm/
- LAGADEC P. SRAS : *Quel pilotage des crises mondialisées ?* Le Figaro (9 mai 2003)
- LE QUELLEC NATHAN M. *Syndrome respiratoire aigu sévère, première pandémie du XXI^{ème} siècle, principes et modalités de gestion.* Communication personnelle 2003
- **BOULET-DESBAREAU C "Étude de faisabilité d'un Contrôle Sanitaire aux Frontières à l'aéroport de BEAUVAIS-TILLÉ : Cadre institutionnel et réglementaire. Évaluation du risque d'importation et de propagation de maladies infectieuses en France. Analyse d'expériences françaises et étrangères. Proposition d'une organisation générale pour l'aéroport de BEAUVAIS-TILLÉ" Mémoire d'Ingénieur du génie sanitaire, promotion 2001-2002, ENSP.**
- POTELON J.L. *Le principe de précaution, introduction, concepts, enjeux.* Présentation du 22 octobre 2003 ; module santé environnement ; Formation initiale des MISP 2003

Documents de l'OMS sur le SRAS

- Global search for SARS vaccine gains momentum, 6 Novembre 2003
- Summary of the discussion and recommendations of the SARS Laboratory Workshop, 22 October 2003)
- Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS) ; 17 Octobre 2003
- Alerte au SRAS, vérification et mesures de santé publique dans l'après flambée ; 14 août 2003

- WHO Global Conference on Severe Acute Respiratory Syndrome; 17-18 Juin 2003
- SARS: Status of the outbreak and lessons for the immediate future; Prepared for the SARS technical briefing, WHA 56, 20 Mai 2003

Sites Internet

- CHU de Rouen - Infectiologie : sites francophones : <http://www.chu-rouen.fr>
- Eurosurveillance : [http:// www.Eurosurv.org](http://www.Eurosurv.org)
- European Commission - DG Health and Consumer Protection : Communicable diseases - Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) :[http://www; europa.eu.int](http://www.europa.eu.int)
- European Influenza Surveillance Scheme (EISS) : [http/// www.eiss.org](http://www.eiss.org)
- Health On the Net Foundation (HON) : <http://www.hon.ch>
- Ministère des affaires étrangères : <http://www.diplomatie.gouv.fr>
- Ministère de la santé :
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pneumopathies/index.htm>
- Santé Canada - Sommaire des cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) :
<http://www.hc-sc.gc.ca>
- Sciences - Special Online collection - the SARS Epidemic :
<http://www.sciencemag.org/feature/data/sars/>
- Scientific Institute of Public Health Louis Pasteur: Infectious diseases in the spotlights : <http://www.iph.fgov.be>
- The New England Journal of Medicine - Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) : <http://www.nejm.org/earlyrelease/sars.asp>
- US CDC - Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) : <http://www.cdc.gov>
- US National Library of Medicine - Medline Plus - Severe Acute Respiratory Syndrome :
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/severeacuterespiratorysyndrome.html>
- WHO - Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) : <http://www.who.int>

12 Liste des annexes

A - Grille d'entretien

B - Communiqué de la DGS du 13 mars 2003 relatif aux cas de pneumopathies à Hanoi (Vietnam)

C - Dossier de presse, 17 mars 2003

D - Description du dispositif de gestion du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère en France

E - Avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France - Section maladies transmissibles

F - Relatif aux mesures de prévention et d'hygiène en cas de suspicion de Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) au cours des vols aériens (séance du 24 avril 2003)

G - Documents d'information et de traçabilité passagers, source DDASS 93

H - WHO - Situation Updates

Annexe A : Grille d'entretien type

* **Présentation des objectifs du mémoire et justification de la demande d'entretien.**
Le respect de la confidentialité des propos a été annoncé en début d'entretien.

* **Coordonnées et statut de la personne contactée**

L'alerte

- Avez-vous été concernés par la gestion de l'épidémie de SRAS?
- Avez-vous participé à la gestion de cette crise ?

Si oui quel a été votre rôle ?

- Quand avez-vous été informé de la survenue de cette nouvelle épidémie?

Dés le 12 mars ?

Autre ? :

- Par quelle voie ?

Appel téléphonique

Messagerie électronique

Communiqué de presse de la DGS ; OMS

Presse/media grand public

Collègue

Autre :

- Qu'avez-vous fait pour approfondir vos informations?

Contacteur la DGS ; l'InVS

Consultation des sites Internet OMS ; DGS ; InVS

Dépêches AFP

Autres :

La gestion de la crise en interne

- Une cellule de crise a-t-elle été mise en place ?
- Quelles personnes y participaient ?
- Quelles ont été les actions de la cellule de crise ?
- Une information du personnel a-t-elle été réalisée ?
- L'information a-t-elle permis de répondre aux questions du personnel?
- Avez-vous constaté un problème de communication sur le SRAS en interne?

Information externe à la DDASS

- L'information vous a-t-elle permis de répondre aux questions d'autres personnes ?

Si oui quelles catégories ?

Médecins Hospitaliers

Médecins libéraux Particuliers

Médecins du travail

Personnel des aéroports

Journalistes

Personnes en contact avec des personnes de retour de zone à risque

Autres :

- Votre département a –t-il été confronté à un problème particulier (ex : aéroport, patient atteint de SRAS ...) ?
- Quelles remarques auriez-vous à faire sur la communication délivrée par les services du ministère ?
- Avez-vous constaté une évolution dans la communication depuis le début de la crise ?
- Vos sentiments sur votre participation à la gestion de cette crise sanitaire
- Avez-vous eu les informations suffisantes ?
- Les points que vous souhaitez éventuellement exposer :

Le positif :

Le négatif :

Annexe B : COMMUNIQUE 13 mars 2003

Cas de pneumopathies à Hanoi (Vietnam)

Selon des informations communiquées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS), une trentaine de cas de pneumopathies sévères ont été diagnostiquées à l'hôpital français de Hanoi au Vietnam, essentiellement parmi le personnel de l'hôpital. Ces cas sont apparus à la suite de l'arrivée, le 26 février dernier, d'un patient présentant les mêmes symptômes, en provenance de Chine, et ayant transité par Shanghai et Hongkong. Une seconde épidémie analogue, avec 24 cas vient d'être mise en évidence parmi le personnel d'un hôpital de Hongkong et fait actuellement l'objet d'investigations par les autorités sanitaires locales.

Les manifestations cliniques observées associent une fièvre élevée, des douleurs musculaires et des céphalées (maux de tête), une baisse des plaquettes sanguines et des globules blancs, et une pneumonie bilatérale pouvant évoluer vers une détresse respiratoire.

Ces évènements surviennent alors que 2 cas confirmés de grippe aviaire provoqués par le virus A (H5N1) (grippe du poulet) avaient été rapportés chez les membres d'une même famille à Hongkong à la mi février. Ce virus grippal, difficilement transmissible à l'homme, avait été responsable d'une épidémie en 1997 dans la même région.

Le lien entre ces épidémies, et l'hypothèse que celle actuellement observée à Hanoi soit due au virus H5N1 n'est pas établie. Des examens biologiques sont en cours et une équipe de l'OMS, à laquelle participe l'Institut de veille sanitaire (InVS) s'est rendue aujourd'hui à Hanoi pour réaliser les investigations nécessaires.

Dans l'état actuel des informations, le ministère de la Santé recommande à toute personne revenue en France depuis le 1^{er} mars en provenance de Hanoi et de Hongkong, qui présenterait un syndrome grippal, de se rendre dans un service d'urgence hospitalière. La Direction Générale de la Santé se tient en permanence informée des enquêtes en cours et réactualisera ces recommandations dès que de nouvelles informations seront disponibles.

La Direction générale de la Santé maintient sa recommandation pour toute personne revenue en France depuis le 1^{er} mars dernier en provenance de Hanoi, ou de Hongkong et qui présenterait une fièvre élevée d'installation rapide, accompagnée de troubles respiratoires (toux, essoufflement, difficultés de

Annexe C : DOSSIER DE PRESSE, 17 mars 2003

La situation internationale

Une épidémie de maladies respiratoires infectieuses graves (severe acute respiratory syndrome) s'est développée depuis le début du mois de mars dans un hôpital français à Hanoi à partir de l'arrivée d'un malade en provenance de Hongkong. Il y a eu 34 malades à ce jour (16 mars 2003), dont deux décès et 12 sérieusement malades. Pour d'autres la situation est en voie d'amélioration. Une seconde épidémie s'est développée dans un autre hôpital de Hongkong. Les malades sont tous des membres du personnel hospitalier ou des proches en contact étroit avec des malades. Plusieurs autres cas ont été signalés dans d'autres pays (Singapour, Canada, Indonésie, Thaïlande, Chine..) chez des personnes qui revenaient (quand l'information est disponible) de voyages à Hongkong et qui avaient été en contact avec d'autres malades. Au 15 mars, l'OMS avait signalé plus de 150 cas suspectés ou malades. Pour l'instant tous les cas retrouvés ont été au contact direct d'un autre malade et l'épidémie n'a pas diffusé dans la population générale des pays qui ont vu survenir des cas.

Origine de la maladie

La cause de cette maladie est encore inconnue. On soupçonne un agent infectieux transmissible par contact étroit avec un malade et des laboratoires travaillent actuellement dans plusieurs pays pour l'identifier. On a émis l'hypothèse d'un virus de type grippe aviaire (grippe du poulet), dont quelques cas avaient été signalés à Hongkong au mois de février. Mais pour l'instant les examens n'ont pas permis de retrouver ce virus chez les malades.

Les personnes concernées

Il s'agit de personnes qui présentent une fièvre supérieure à 38 degrés accompagnée de troubles respiratoires (essoufflement, difficulté à respirer) et qui ont séjourné dans les zones atteintes, ou qui ont été en contact avec des malades pour qui ce syndrome a été diagnostiqué. La durée d'incubation de la maladie semble être de l'ordre d'une semaine. En conséquence, on considère que toutes les personnes qui sont rentrées de voyage dans ces pays depuis le 1er mars (15 jours) et qui n'ont eu aucun de ces symptômes peuvent être rassurées.

Informations destinées aux personnes qui présentent des signes correspondants aux cas décrits.

La direction générale de la Santé recommande pour toute personne revenue en France depuis moins de quinze jours en provenance de Hanoi, ou de Hongkong et qui présenterait une fièvre élevée d'installation rapide, accompagnée de troubles respiratoires (toux, essoufflement, difficultés de respiration) d'appeler le centre 15 qui assurera son transfert dans un service hospitalier spécialisé s'il y a lieu.

Actions du ministère de la Santé

1- Le ministère de la Santé a envoyé à Hanoi une équipe composée principalement de personnel de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (3 anesthésistes réanimateurs, 2 infirmières anesthésistes), d'un épidémiologiste de l'Institut de veille sanitaire et d'un virologue de l'Institut Pasteur. Cette équipe travaille en lien avec l'équipe internationale de l'OMS. Cela permet de soigner les malades sur place. Les personnes bien portantes qui pouvaient rentrer en France ont été prises en charge pour s'assurer de l'absence de risque pour elles et leurs proches. Elles sont toutes en bonne santé à ce jour.

2- En France, un système d'alerte a été déclenché et toutes les mesures ont été prises pour pouvoir surveiller l'éventuelle apparition de cas et prendre en charge les personnes qui doivent être examinés dans des centres spécialisés. Des consignes ont été données dans les aéroports, et les compagnies d'aviation française et étrangères sont informées de la situation en lien avec l'OMS et l'organisation internationale du transport aérien. Au fur et à mesure de leur arrivée, toutes les informations sont rendues disponibles.

3- Mise en place d'un **Numéro vert Ecoute Santé 0 800 150 160** La direction générale de la Santé a mis en place, le 16 mars 18 h 00, un numéro vert pour l'information des personnes concernées par l'épidémie de maladies respiratoires sévissant actuellement à Hanoi et Hongkong.

Ce dispositif téléphonique a été créé pour répondre **spécifiquement aux demandes d'information médicale** concernant le S.A.R.S. dans ces régions d'Asie. Il s'adresse **exclusivement** aux personnes revenant ou désirant se rendre prochainement dans cette zone.

Que doit on faire si l'on veut se rendre en Asie ? Selon l'OMS, il n'y a actuellement pas de raison de limiter les voyages en Asie. En revanche, compte tenu des incertitudes existantes et des difficultés prévisibles dans le secteur des transports aériens, il est prudent de différer dans la mesure du possible les déplacements dans les régions de Hongkong et Hanoi.

Annexe D

Extraits du dispositif SRAS

Source : Direction générale de la Santé

SD5, Bureau des alertes et des problèmes émergents

28 mai 2003, revu le 19 juin 2003

1. Veille sanitaire et organisation de la prise en charge médicale

Face à l'alerte internationale lancée par l'Organisation Mondiale de la Santé le 12 mars, la Direction Générale de la Santé a mis en place dès cette date les grandes lignes du dispositif actuel de gestion du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) en France. Ce dispositif permet d'une part d'assurer la veille sanitaire et d'autre part, de prendre en charge d'éventuels cas de SRAS arrivant sur le territoire français en provenance des zones touchées par cette affection épidémique émergente. S'appuyant sur les recommandations émises par l'Organisation Mondiale de la Santé et sur les avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF), ce dispositif a par la suite été aménagé en fonction de l'évolution épidémiologique internationale ainsi que des connaissances scientifiques sur le Coronavirus qui est considéré comme étant l'agent responsable du SRAS. Les définitions de cas de SRAS ont été élaborées sur la base des recommandations de l'OMS afin de standardiser la recherche de cas, la prise en charge diagnostique et clinique, les mesures de prévention et le suivi de la situation épidémiologique :

Le dispositif de gestion du SRAS en France repose sur : - la détection la plus précoce possible des cas de SRAS, grâce à une information sur la conduite à tenir en cas de survenue de signes évocateurs de SRAS pour les personnes en provenance d'une zone à risque, mais aussi en direction des professionnels de santé, - la prise en charge rapide des cas possibles de SRAS par le Service d'Aide Médicale Urgente- l'isolement des cas dans les services hospitaliers, - la mise en quarantaine des contacts des cas classés probables afin d'éviter toute transmission secondaire. Dès sa mise en place le 12 mars dernier, ce dispositif a reposé sur la mobilisation du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) pour la prise en charge des personnes suspectes de SRAS. L'ensemble des hôpitaux a reçu, dès cette date, les protocoles nécessaires à la prise en charge spécifique des cas possibles ou probables, et les instructions visant à réduire le risque de transmission secondaire de l'infection parmi le personnel soignant. Des hôpitaux référents ont été identifiés et mobilisés, sur la base de l'organisation prévue dans le plan national de réponse à une menace de variole, afin de prendre en charge médicalement les personnes accueillies dans ce cadre, après évaluation clinique et diagnostique. En collaboration avec l'Institut de Veille Sanitaire, chaque cas possible a fait l'objet d'une évaluation afin de confirmer ou d'infirmer la suspicion selon les critères établis par l'OMS. L'InVS a de plus été chargé de l'identification des personnes considérées comme contact des cas possibles et probables. La prise en charge initiale de ces personnes contact a été assurée par les médecins des Groupements Régionaux d'Observation de la Grippe (parallèlement, l'Institut Pasteur a développé les tests diagnostics de recherche du coronavirus responsable du SRAS). Ce dispositif permet de limiter les risques de dissémination de la maladie sur le territoire et d'éviter l'exposition au risque de contamination des professionnels de santé amenés à exercer en première ligne, en particulier les praticiens libéraux.

2. Mesures prises à l'égard des voyageurs en provenance et en partance des zones affectées

2.1 Voyageurs en provenance des zones affectées

Le trafic aérien étant à l'origine de l'extension rapide de l'épidémie, l'OMS a recommandé aux pays comportant des zones déclarées affectées de mettre en place un examen médical systématique des passagers, avant leur embarquement. Un passager présentant des symptômes évocateurs de SRAS, peut donc être détecté à ce stade et se voir refuser l'embarquement. Dans ce cas, il est pris en charge médicalement selon les procédures

locales. Il est également demandé aux personnes ayant été au contact de cas probables de SRAS d'observer une quarantaine de 10 jours suivant la date du dernier contact avant d'entreprendre leur départ pour la France.

2.1.1 Au cours des vols en provenance des zones à risque ou à leur arrivée

La DGS a mis en œuvre fin mars, en collaboration avec les compagnies aériennes concernées, les services des aéroports (Douanes, Police aux Frontières, service médical) et les préfetures, une information systématique des passagers en provenance des zones affectées. Ces mesures complètent celles mises en œuvre avant l'embarquement.

2.1.1.1 Vols directs

S'agissant des vols directs réguliers ou nolisés (type charter) en provenance des zones affectées avec ou sans escale, les compagnies aériennes distribuent, à la demande de la DGS, un message d'information aux voyageurs sur la conduite à tenir en cas de survenue de signes évocateurs de SRAS. Cette diffusion intervient à l'embarquement ou au cours du vol. Les passagers sont ainsi invités à s'adresser à un membre d'équipage en cas d'apparition de ces symptômes durant le vol, afin de protéger les autres passagers et d'assurer une prise en charge médicale par le service médical d'urgences (SMU) des aéroports de Paris dès l'arrivée sur le sol français (information disponible auprès de l'équipage ou des agents de l'aéroport). Ce message d'information précise également la conduite à tenir en cas d'apparition de signes évocateurs de SRAS dans les 10 jours suivants le retour en France (contacter le SAMU en appelant le 15). Par ailleurs, la conduite à tenir en présence d'un cas possible de SRAS au cours d'un vol (avis du CSHPF du 2 avril 2003) a été diffusée aux représentants des compagnies aériennes par la Direction Générale de l'Aviation Civile. Les compagnies doivent également recueillir de manière systématique les coordonnées de l'ensemble des passagers. Dans l'hypothèse où un cas probable de SRAS serait déclaré parmi les passagers après le vol, cette mesure permet, dans des délais courts, une information individuelle des passagers ayant voyagé à proximité immédiate de ce passager. Ces données individuelles sont recueillies et stockées par les autorités sanitaires (DDASS).

2.1.1.2 Vols indirects

Afin d'assurer l'information des personnes de retour des zones épidémiques mais ayant emprunté des vols indirects, il a été demandé dès le 1er avril, aux préfets concernés par la présence dans leur département d'un aéroport accueillant un trafic international, d'organiser l'affichage d'un message d'information et de le mettre à disposition des voyageurs, et de prévoir l'organisation permettant l'accueil et la prise en charge des personnes présentant à leur arrivée dans ces aéroports des signes évocateurs de SARS.

2.1.2 Mesures prises au niveau de l'Union Européenne

Les pays de l'Union européenne réalisent une information des voyageurs en provenance des zones à risques mais selon des modalités propres à chacun (information passive / active). Le principe d'une approche uniforme pour l'ensemble des pays de l'Union européenne a été retenu (réunion du 26 mai 2003). Les mesures proposées reprennent celles qui ont été retenues en France (information active et traçabilité). Seule l'Italie a mis en place un contrôle médical systématique des voyageurs en provenance des zones à risques. Le Portugal avait instauré un dépistage thermique sur les voyageurs en provenance de Toronto au motif semble-t-il qu'il n'y avait pas d'examen médical systématique avant l'embarquement. Pour la France, la question de la pertinence et de la faisabilité d'un tel contrôle a été examinée lors de plusieurs réunions avant d'être soumise à l'avis du CSHPF le 16 mai 2003, lequel a considéré qu'en l'état actuel de la situation épidémiologique, il n'y avait pas lieu de mettre en place un dépistage thermique systématique à l'arrivée des vols.

2.2 Mesures a l'égard des personnes devant se rendre dans les zones affectées ou présentes dans ces zones

Pour les personnes envisageant de se rendre dans une zone affectée, l'OMS conseille de reporter les voyages non essentiels dans les zones de survenue de cas " non prévisibles " et dans lesquelles l'épidémie n'est pas contenue. L'OMS distingue parmi les zones affectées : les zones où ne sont recensés que des cas importés de SRAS à l'origine de cas secondaires (une seule " génération " de cas secondaires), les zones où sont rapportées plus d'une génération de cas mais correspondant toujours à des contacts de

cas de SRAS, - les zones où des cas " non prévisibles " surviennent et pour lesquels la chaîne de transmission n'est pas connue. La DGS par voie de communiqués de presse réguliers, formule les mêmes recommandations que l'OMS. Des informations et recommandations à destination des ressortissants français présents dans les zones affectées ont été élaborées par le Ministère des Affaires Etrangères, en collaboration avec la DGS et mises en ligne sur le site Internet du Comité d'Information Médicale (CIMED). Par l'intermédiaire des outils de télé-médecine, une aide médicale a été fournie à certains postes diplomatiques, permettant une assistance diagnostique et épidémiologique aux ressortissants français en zone affectée.

2.3 Mesures prises vis à vis des personnes de retour de zones affectées

Compte tenu de la période d'incubation du SRAS qui est de 2 à 10 jours, il est demandé à ces personnes de surveiller leur état de santé dans les 10 jours suivants l'arrivée d'une zone affectée.

Dès lors que les personnes sont asymptomatiques, aucune autre mesure particulière n'est préconisée, en particulier aucune mesure d'isolement ou d'arrêt du travail, car aucun cas de transmission n'a été jusqu'à présent démontré à partir d'une personne en période d'incubation.

2.4 Rapatriement sanitaire d'une personne atteinte de sras

Les avions doivent satisfaire aux spécifications techniques élaborées par les Centers for Disease Control. Ces conditions très contraignantes limitent de fait le nombre d'appareils disponibles.

En cas de rapatriement en France, il est impératif d'informer au préalable la DGS et l'autorité sanitaire de l'aéroport de destination pour l'organisation de la prise en charge du patient à son arrivée sur le territoire national.

2.5 Zone d'attente pour les personnes en instance (zapi)

Une procédure particulière de surveillance et de contrôle a été mise en place dans les Zones d'Attente pour les Personnes en Instance à l'aéroport de Roissy Charles de Gaulle.

3. MESURES REGLEMENTAIRES

Un décret permettant, le cas échéant, d'imposer l'hospitalisation des personnes présentant un risque pour la santé publique du fait de leur éventuelle contamination par l'agent du SRAS est en cours de signature.

4. INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DU PUBLIC

L'ensemble des SAMU et des hôpitaux référents a été informé par la DGS et par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) des protocoles de prise en charge des cas possibles ou probables. Un protocole rédigé par la DGS a été adressé dès le 17 mars aux Conseils nationaux de l'Ordre des Médecins et des Pharmaciens ainsi qu'aux différentes Unions Régionales des Médecins Libéraux afin qu'ils diffusent ces recommandations auprès des praticiens libéraux. Ces différents protocoles ainsi que des dossiers techniques et scientifiques complétant et appuyant ces protocoles ont été mis en ligne sur le site Internet du Ministère de la Santé et mis à jour régulièrement. Des informations concernant le comportement à adopter vis à vis des personnels sur place et de l'importation de produits en provenance de ces zones sont également disponibles sur le site Internet à destination des médecins du travail, des Comités d'Hygiène et de Sécurité au Travail et des chefs d'entreprise entretenant des relations commerciales avec des pays affectés par le SRAS.

Pour le grand public, un numéro vert a été mis en place par la DGS le 16 mars 2003 afin de répondre aux différentes questions d'ordre médical et d'informer sur la conduite à tenir en cas d'apparition de signes évocateurs de SRAS. Sur les deux premiers mois d'activité, ont été comptabilisés 80 000 appels sur le numéro vert et 70 000 téléchargements depuis le site Internet du Ministère de la Santé.

Ces dispositions ont été complétées régulièrement en fonction de l'actualité par des communiqués de presse faisant le point sur l'évolution de la situation française et internationale, ainsi que des conférences de presse régulières organisées par le Directeur général de la Santé, dont une en présence du Ministre de la Santé.

Annexe E

Avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France Section maladies transmissibles

Relatif aux mesures de prévention et d'hygiène en cas de suspicion de Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) au cours des vols aériens (Séance du 24 avril 2003)

Après avoir pris connaissance des dernières données disponibles concernant le SRAS, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) considérant :

- 1) que l'agent infectieux responsable est un coronavirus, virus respiratoire sensible aux détergents et désinfectants habituels ;
 - 2) qu'il n'y a pas d'argument à ce jour en faveur d'une contagiosité à partir d'une personne asymptomatique ou en incubation (la durée d'incubation moyenne est de 5 jours, pouvant aller de 2 à 10 jours) ;
 - 3) que le mode majeur de transmission du virus se fait en face à face, par l'intermédiaire des gouttelettes des sécrétions respiratoires ;
 - 4) que la gravité de la maladie semble être proportionnelle à la quantité de virus inhalé, ce qui expliquerait la sévérité des cas observés chez le personnel soignant avant que des mesures de prévention soient instaurées et qui pourrait expliquer la moindre gravité observée chez de nombreux cas secondaires ;
 - 5) qu'un message est diffusé, à l'embarquement, à l'ensemble des passagers des vols directs en provenance d'une zone affectée les informant de la conduite à tenir en cas d'apparition de symptômes au cours du vol ou dans les 10 jours suivant leur retour ;
 - 6) que selon les recommandations de l'OMS, toute personne présentant des signes de SRAS⁴⁵ ne doit pas embarquer dans un avion commercial ;
- émet les recommandations suivantes :

A) Suspicion de SRAS au cours du vol

Au cours du vol

- Si, pendant un vol en provenance d'une zone affectée (cf site OMS à consulter régulièrement : www.who.int), un passager semble présenter une fièvre ET des signes respiratoires évocateurs de SRAS¹, il convient de prendre les mesures suivantes :
- Faire mettre un masque au passager signalé (cas possible) (masque de soins dit « chirurgical » comportant un film imperméable). Ce masque devra être changé toutes les 3 heures ou autant que de besoin.

⁴⁵ Cas possible

Cette définition de cas est susceptible d'évoluer, voir actualisation sur le site du Ministère de la santé : www.sante.gouv.fr

- Pour le personnel de bord s'occupant de ce passager, en cas de contacts rapprochés⁴⁶, mettre un masque de protection respiratoire de norme FFP2⁴⁷ et une paire de gants en vinyle non stériles jetables.
- Pour ce personnel, utiliser une solution hydroalcoolique (en flacon individuel) pour réaliser une friction désinfectante des mains⁴⁸ après tout contact avec ce passager et après retrait des gants. Cette désinfection ne peut être réalisée que sur des mains visiblement propres, exemptes de souillures ou de talc. Elle ne dispense pas d'un lavage régulier des mains avec de l'eau et du savon.
- Faire déplacer, si possible, les passagers occupant les sièges situés immédiatement à côté du passager signalé, ainsi que les sièges situés devant et derrière.
- Réserver, si possible, une cabine de toilettes pour l'utilisation exclusive de ce passager ou, à défaut, procéder à une désinfection systématique après chaque utilisation des toilettes par le passager signalé, en incluant la désinfection des robinets et poignées (serviettes papier imprégnées de désinfectant).
- Recueillir les déchets (masques, mouchoirs, tout ce qui a pu être en contact avec les sécrétions) dans un sac plastique hermétiquement fermé.
- Pour les autres objets ayant été en contact avec ce passager, prévoir une filière spécifique de collecte dans un autre sac plastique.
- Il est recommandé aux passagers ayant un contact rapproché² avec le passager signalé de porter un masque FFP2³.
- Hors situation de contact rapproché², la nécessité de l'utilisation systématique de masque n'est pas établie.

Parallèlement :

- Prévenir le commandant de bord de la présence du passager signalé afin d'informer les services médicaux de l'aéroport d'arrivée, lesquels prendront les mesures nécessaires pour la prise en charge médicale à l'arrivée.

A l'arrivée de l'avion à l'aéroport :

- Éviter de faire monter à bord toute personne en dehors de l'équipe médicale au cours de l'évacuation du passager signalé. Celui-ci sera débarqué en dernier.
- Recueillir séparément le(s) sac(s) plastique(s) contenant les déchets et objets ayant pu être souillés par le passager signalé et leur faire suivre la filière spécifique d'élimination des déchets d'activité de soins.
- Il n'y a pas lieu de prendre des précautions particulières pour la manipulation des bagages en soute. Il est rappelé à cette occasion que la manipulation des bagages doit se faire, dans les conditions habituelles, avec des gants.
- Si un membre du personnel de l'aéroport est amené à être en contact rapproché² avec le passager signalé, le port d'un masque FFP2³ est recommandé. Hors situation de contact rapproché², la nécessité de leur utilisation systématique n'est pas établie.
- La traçabilité de tous les passagers et personnel de bord doit être assurée.
- En cas de confirmation ultérieure que le passager signalé est un cas probable de SRAS, une information personnelle des passagers et du personnel de bord doit être faite afin d'assurer une surveillance de leur état de santé durant 10 jours. Les personnes ayant voyagé dans un rayon de 2 mètres autour du passager signalé ainsi

⁴⁶ définis par l'OMS par : « soins ou vie commune ou contact direct avec les sécrétions respiratoires ou avec les liquides corporels » (OMS, 28 mars 2003)

⁴⁷ FFP pour «pièce faciale filtrante», le numéro correspond au degré d'efficacité de la protection, à condition que l'application sur le visage soit correcte. FFP1 présente une fuite totale inférieure à 20%, FFP2 une fuite totale inférieure à 8%, pour des particules de 1 micron.

⁴⁸ en respectant le mode d'emploi, cf. « Procédure standardisée de friction des mains » jointe en annexe

que le personnel de bord s'étant occupé du passager signalé doivent être mis en quarantaine à domicile et faire l'objet d'une surveillance médicale.

En ce qui concerne le nettoyage de l'avion :

- Pour le personnel de nettoyage : port de gants et de masque de type FFP2³, pour éviter le contact direct avec les déchets du passager.
- Nettoyer puis désinfecter avec un produit détergent désinfectant (2 applications successives) la tablette, les accoudoirs du siège du passager signalé, ainsi que toute surface ou objet potentiellement souillé par des sécrétions respiratoires y compris le sol autour du siège. Nettoyer puis désinfecter l'ensemble des surfaces des toilettes, notamment les robinets et les poignées.
- Ne pas passer l'aspirateur ni créer toute mise en suspension de particules avant le nettoyage désinfection.

Recommandations pour le personnel de l'aéroport

Pour le personnel de l'aéroport n'ayant pas de contact rapproché² avec les passagers, aucune mesure particulière n'est recommandée, à part les mesures générales d'hygiène, et en particulier le lavage fréquent des mains.

B) Absence de suspicion de SRAS au cours du vol

En dehors des mesures générales d'information des passagers en provenance des zones affectées par le SRAS sur les signes de la maladie (cf. site OMS à consulter régulièrement : www.who.int), il n'y a pas lieu de prendre de mesures particulières.

Cet avis ne peut être diffusé que dans son intégralité sans suppression ni ajout.

Annexe G

AEROPORT PARIS ROISSY CHARLES-DE-GAULLE

Les informations contenues dans ces fiches sont strictement réservées à un usage médical. Elles sont conservées temporairement dans une

Vous voyagez ou avez voyagé sur un vol en provenance d'une zone affectée par l'épidémie de syndrome aigu respiratoire sévère (SARS).

Dans l'hypothèse où un passager de ce vol présenterait ultérieurement les symptômes de la maladie, nous pourrions être amenés à vous contacter pour vous informer de la conduite à tenir. C'est pourquoi nous vous demandons d'indiquer **obligatoirement** vos coordonnées où nous pourrions vous joindre **dans les 10 jours suivant votre retour**.

N° de vol :	Date d'arrivée (jj/mm/aa) :
N° de siège :	Téléphone :
Nom/Prénom :	Portable :
Adresse(s) (obligatoire) :	

Message relatif au « syndrome aigu respiratoire sévère » (SARS)

Lors de votre voyage, vous avez pu être en contact avec un (des) cas atteint(s) du « syndrome aigu respiratoire sévère » (SRAS).

Ce syndrome se traduit par l'apparition d'une **fièvre élevée** d'installation rapide accompagnée de troubles respiratoires (toux, essoufflement, difficulté respiratoire), diarrhées.

Si vous estimez présenter un de ces signes ou devoir être examiné(e) rapidement même en l'absence de signe, vous devez vous adresser au service médical d'urgences (SMU) d'aéroport de Paris à votre arrivée (information disponible auprès de l'équipage ou des agents de l'aéroport).

En tout état de cause, il est indispensable de surveiller votre état de santé pendant les 10 jours suivant votre retour.

En cas d'apparition de ces signes, **contacter le plus rapidement possible le SAMU en appelant le 15** sur tout le territoire français et préciser à votre interlocuteur que vous êtes de **retour d'une zone à risque** dans laquelle **l'Organisation Mondiale de la Santé a signalé des cas***.

Si ces symptômes surviennent durant le vol, vous devez le signaler dans les plus brefs délais auprès de l'équipe de bord afin qu'une prise en charge médicale adaptée vous soit assurée dès votre arrivée.

Un numéro d'appel gratuit est mis à votre disposition pour de plus amples informations **0 800 150 160**.

** Actuellement, les zones concernées sont les villes de SINGAPOUR, TORONTO, HONGKONG, PEKIN, ainsi que les Provinces de Guangdong et Shanxi (Chine).*

SITUATION UPDATES -

SARS [HTTP://WWW.WHO.INT/CSR/SARS/ARCHIVE/2003_05_17/EN/](http://www.who.int/csr/sars/archive/2003_05_17/en/)

- 22 October 2003** WHO SARS Scientific Research Advisory Committee concludes its first meeting
- 17 October 2003** WHO issues consensus document on the epidemiology of SARS
- 17 October 2003** L'OMS publie un document de consensus sur l'épidémiologie du SRAS
- 24 September 2003** Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Singapore - update
- 16 September 2003** Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Singapore - update
- 10 September 2003** Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Singapore
- 5 July 2003** Update 96 - Taiwan, China: SARS transmission interrupted in last outbreak area
- 4 July 2003** Update 95 - SARS: Chronology of a serial killer
- 3 July 2003** Update 94 - Preparing for the next influenza season in a world altered by SARS
- 2 July 2003** Update 93 - Toronto removed from list of areas with recent local transmission
- 1 July 2003** Update 92 - Chronology of travel recommendations, areas with local transmission
- 30 June 2003** Update 91 - SARS research: the effect of patents and patent applications
- 27 June 2003** Update 90 - Case in Japan discarded, criteria for removal from the list of countries with recent local transmission
- 26 June 2003** Update 89 - What happens if SARS returns?
- 25 June 2003** Update 88 - New cases reported in China and Japan
- 24 June 2003** Update 87 - World Health Organization changes last remaining travel recommendation -- for Beijing, China
- 23 June 2003** Update 86 - Hong Kong removed from list of areas with local transmission
- 20 June 2003** Update 85 - WHO case definition for diagnostic purposes, Hong Kong close to being removed from list of areas with local transmission
- 19 June 2003** Update 84 - Can SARS be eradicated or eliminated
- 18 June 2003** Update 83 - One hundred days into the outbreak
- 17 June 2003** Update 82 - Change in travel recommendations for Taiwan
- 16 June 2003** Update 81 - WHO scientific meeting on SARS opens tomorrow
- 13 June 2003** Update 80 - Change in travel recommendations for parts of China, situation in Toronto
- 12 June 2003** Update 79 - Situation in China
- 10 June 2003** Update 77 - WHO officials to visit China
- 9 June 2003** Update 76 - Situation in China, Taiwan and Hong Kong
- 6 June 2003** Update 75 - Update on Situation in Singapore
- 5 June 2003** Update 74 - Global decline in cases and deaths continues
- 4 June 2003** Update 73 - No new deaths, but vigilance needed for imported cases
- 3 June 2003** Update 72 - Situation in China
- 2 June 2003** Update 71 - Status of diagnostic tests, training course in China
- 30 May 2003** Update 70 - Singapore removed from list of areas with local SARS transmission
- 29 May 2003** Update 69 - Situation in China
- 28 May 2003** Update 68 - SARS situation in Taiwan
- 27 May 2003** Update 67 - SARS resolution approved, situation in Taiwan
- 26 May 2003** Update 66 - Situation in Toronto, interpretation of "areas with recent local transmission"
- 24 May 2003** Update 65 - Situation in Toronto
- 23 May 2003** Update 64 - Situation in Toronto, detection of SARS-like virus in wild animals
- 23 May 2003** Update 63 - World Health Organization changes Hong Kong, Guangdong travel recommendations
- 22 May 2003** Update 62 - More than 8000 cases reported globally, situation in Taiwan, data on in-flight transmission, report on Henan Province, China
- 21 May 2003** Update 61 - WHO extends its SARS related travel advice to all of Taiwan province, China
- 20 May 2003** Update 60 - Philippines removed from list of areas with recent local transmission
- 19 May 2003** Update 59 - Report on Guangxi (China) visit, situation in Taiwan, risk of SARS transmission during air travel

17 May 2003Update 58 - First global consultation on SARS epidemiology, travel recommendations for Hebei Province (China), situation in Singapore

16 May 2003Update 57 - Situation in China, guidance for mass gatherings, stability of the SARS virus, more than 600 deaths globally

15 May 2003Update 56 - Situation in China, new WHO guidelines on blood safety, guidance for mass gatherings

14 May 2003Update 55 - Change in status of Toronto, situation in China and Singapore

13 May 2003Update 54 - Outbreaks in the initial “hot zones” indicate that SARS can be contained

12 May 2003Update 53 - Situation in Singapore and Hong Kong, interpretation of “areas with recent local transmission”

10 May 2003Update 52 - Situation in China, the Philippines, and Mongolia

9 May 2003Update 51 - Situation in China, more than 7000 SARS cases and 500 deaths reported globally

8 May 2003Update 50 - WHO extends its SARS-related travel advice to Tianjin, Inner Mongolia and Taipei in China

7 May 2003Update 49 - SARS case fatality ratio, incubation period

6 May 2003Update 48 - Hong Kong: “Heroic” strides forward in containing the SARS outbreak; situation in China

5 May 2003Update 47 - Studies of SARS virus survival, situation in China

3 May 2003Update 46 - WHO sends team to Taiwan, situation in China

2 May 2003Update 45 - Situation in China, more than 6000 cases globally, areas with recent local transmission

1 May 2003Update 44 - Situation in China, revised case definition, support to national labs

30 April 2003Update 43 - Situation in China: more cases than the rest of the world combined

29 April 2003Update 42 - Travel advice for Toronto, situation in China

28 April 2003Update 41 - Viet Nam removed from list of affected countries, more than 5000 probable cases worldwide

26 April 2003Update 40 - Situation in Shanghai, Hong Kong and Viet Nam

25 April 2003Update 39 - Optimism in Viet Nam, caution urged when using diagnostic tests

24 April 2003Update 38 - Situation in China

23 April 2003Update 37 - WHO extends its SARS-related travel advice to Beijing and Shanxi Province in China and to Toronto Canada

22 April 2003Update 36 - Situation in Singapore and China

21 April 2003Update 35 - Update on China: New numbers, May Day holiday reduced

19 April 2003Update 34 - Unanswered questions: a critical point in the evolution of SARS

18 April 2003Update 33 - Update on Hong Kong and China, first SARS case reported in India

17 April 2003Update 32 - Situation in China and Hong Kong, status of diagnostic tests

16 April 2003Update 31 - Coronavirus never before seen in humans is the cause of SARS

15 April 2003Update 30 - Status of diagnostic test, significance of “super spreaders”, situation in China

14 April 2003Update 29 - Situation in China, status of scientific and clinical knowledge

12 April 2003Update 28 - Affected areas, status of SARS outbreaks in individual countries

11 April 2003Update 27 - One month into the global SARS outbreak: Status of the outbreak and lessons for the immediate future

10 April 2003Update 26 - Status of SARS outbreaks in individual countries

9 April 2003Update 25 - Interim report of WHO team in China, status of the main SARS outbreaks in different countries

8 April 2003Update 24 - WHO Guangdong China team to issue its report

7 April 2003Update 23 - Status of the main SARS outbreaks in different countries

5 April 2003Update 22 - Update on cases and countries

4 April 2003Update 21 - Flash report: new data from China as Ministry of Health begins daily electronic reporting

3 April 2003Update 20 - Situation in China and Hong Kong SAR

2 April 2003Update 19 - China deepens its collaboration to contain SARS, WHO revises its advice to international travellers as new data come in

2 April 2003Update 18 - SARS outbreak:WHO investigation team moves to China, new travel

advice announced [WHO PRESS RELEASE]

- 2 April 2003** Update 17 - Travel advice - Hong Kong Special Administrative Region of China, and Guangdong Province, China
- 1 April 2003** Update 16 - Update on cases and countries
- 31 March 2003** Update 15 - Situation in Hong Kong, activities of WHO team in China
- 29 March 2003** Update 14 - Update on cases and countries
- 28 March 2003** Update 13 - China joins WHO collaborative network
- 27 March 2003** Update 12 - SARS virus close to conclusive identification, new tests for rapid diagnosis ready soon
- 27 March 2003** Update 11 - WHO recommends new measures to prevent travel-related spread of SARS
- 26 March 2003** Update 10 - Data from China, countries introduce stringent control measures
- 25 March 2003** Update 9 - Updated travel advice
- 24 March 2003** Update 8 - Advice to travellers, situation update
- 22 March 2003** Update 7 - SARS virus isolated, new diagnostic test producing reliable results
- 21 March 2003** Update 6 - Major step forward towards development of diagnostic test
- 20 March 2003** Update 5 - Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)
- 19 March 2003** Update 4 - Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)
- 18 March 2003** Update 3 - Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)
- 17 March 2003** Update 2 - WHO coordinates international effort to identify and treat SARS
- 16 March 2003** Update - Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)
- 15 March 2003** World Health Organization issues emergency travel advisory
- 12 March 2003** WHO issues a global alert about cases of atypical pneumonia