

Paris, le 9 mai 2012

Rapport de Mme Fabienne Keller sur les maladies infectieuses émergentes

OBJET : Compte-rendu de l'audition du mercredi 9 mai 2012

Mme le Docteur Françoise Weber, Directrice-générale de l'Institut de veille sanitaire (INVS)

Monsieur Jean-Claude Desenclos, Directeur scientifique de l'Institut de veille sanitaire (INVS)

Mme Françoise Weber introduit son propos en rappelant que **chaque maladie infectieuse émergente suscite des perceptions différentes de la part du public** : deux victimes du SRAS ou de la légionellose peuvent susciter plus d'inquiétude que les 400 personnes décédées en réanimation en 2011 des suites d'un nouveau virus de la grippe (sur un total de 1380 cas graves en 2011), alors qu'il s'agit dans les deux cas d'émergences.

La perception des menaces infectieuses par les citoyens dépend ainsi essentiellement de l'image préalable qu'ils se font des risques encourus, ceux-ci pouvant être subis ou choisis. Cette perception est en fait conditionnée par un contexte social et médiatique donné qui produit une échelle de perception des risques propre à chaque type de pandémie. Le rôle d'internet, comme espace de diffusion de l'information scientifique sur les risques infectieux de ce point de vue est ambigu ; il traduit d'abord une remise en question de la crédibilité de l'Etat ; mais il pose aussi la question de la pertinence de l'information diffusée. La dramatisation de certains décès par les médias (typiquement la légionellose) peut parfois conduire à une réponse publique disproportionnée par rapport aux risques infectieux réels. **Les décideurs de santé publique doivent dès lors s'efforcer de conjuguer la réponse à la demande sociale d'une part avec une approche proportionnée des risques.**

Une pratique récurrente des décideurs publics confrontés à une crise sanitaire est de s'obliger à donner l'impression qu'ils contrôlent tous les aspects de la situation. Or on sait maintenant que cette posture ne fonctionne plus comme en attestent les résultats mitigés de la communication sur la grippe A en 2009. Il est très important de savoir communiquer et mettre en œuvre les moyens d'être entendus d'une part sur l'incertitude : sur ce que l'on ne sait pas autant que sur ce que l'on sait, et d'autre part sur l'adaptation prévue des mesures de gestion à cette incertitude : faire accepter que les plans ne soient pas complètement verrouillés ni exhaustifs dès le départ ; ils doivent être adaptable à l'évolution de la situation et rendre visible les étapes décisionnelles suivantes et les critères qui vont les influencer.

La pandémie de 2009, dans laquelle un modèle - celui de la pandémie de 1918 - a été très largement privilégié, montre que les leçons du passé doivent être tirées avec mesure et les plans de réponses les plus généraux possibles. De la même façon, les modélisations, qui s'appuient sur les seuls scénarii, les seules variables, déjà connues, doivent être repensés, en sorte de tenir compte au mieux de ce que l'on ne sait pas, ou n'avons pas encore vécu.

Les résultats d'une campagne de lutte contre une maladie infectieuse émergente dépendent en grande partie de l'adhésion de la population. L'adhésion de la population apparaît très étroitement liée à la position des professionnels de santé, au premier rang desquels on trouve les médecins généralistes, dans lesquels la population continue de

placer prioritairement sa confiance et qui restent les interlocuteurs privilégiés des malades en matière d'information médicale. Ainsi l'hésitation des médecins vis-à-vis des risques infectieux et de la vaccination a pesé lourd dans la désaffection des français vis-à-vis de certaines vaccinations (rougeole, hépatite, grippe H1N1). C'est sans doute dans l'échange avec le médecin traitant, dans cette relation de confiance, que se joue l'adhésion de la population et sa compréhension du risque et des mesures de prévention et de contrôle.

L'organisation des médecins généralistes¹ en amont pour prévenir les risques infectieux demeure encore parcellaire en France. Or le médecin doit avant tout être considéré comme « *un acteur communautaire de santé publique* », qui se définit et doit être perçu de manière plus large que sa fonction de diagnostic et de soin individuel. Il faut ainsi développer et **valoriser la participation des médecins traitants à la santé publique, au-delà de leur activité de soin. Par exemple, leur participation à la veille sanitaire** afin de renforcer leur position d'acteur de santé publique et ainsi constituer un contrepoint à une communication de masse de plus en plus rejetée par le public. Il s'agit enfin de **constituer des réseaux de médecins généralistes de terrain** selon un maillage territorial défini. Ces réseaux de médecins constitueraient une tête de pont de professionnels de santé prêts à réagir et à informer, coordonner, dynamiser leurs confrères en cas d'émergences infectieuses.

Il faut aussi rappeler que **des émergences constituant des menaces pour la santé publique surviennent dans tous les domaines, et pas uniquement dans le champ des maladies infectieuses**, par exemple, l'émergence du cancer du poumon chez la femme. **Mais le caractère spécifique des émergences infectieuses est liée à leur transmissibilité d'une part et d'autre part au pas de temps dans lequel elles se manifestent et s'amplifient, qui est le plus souvent court voire très court.** Ce paramètre temporel est fondamental dans la réponse apportée à une situation d'émergence pour que celle-ci soit efficace. De ce fait, il convient de préparer des plans en prévoyant des grandes catégories de maladies infectieuses émergentes et d'exclure une approche pathologie par pathologie, qui a toutes les chances de viser de nombreuses pathologies, sauf la prochaine qui émergera.

Les émergences sont très difficiles à prévoir, par exemple, il existe à ce jour 600 arbovirus susceptibles de provoquer des épidémies, et rien ne permet de savoir lequel pourrait prochainement émerger et constituer une menace.

Pour l'Institut de veille sanitaire, **la situation la plus préoccupante est celle qui résulte de la résistance accrue de certaines bactéries aux antibiotiques** (notamment les entérobactéries). L'InVS a identifié une recrudescence de foyers potentiels de résistance notamment dans le milieu hospitalier. 70% des épisodes débutent chez des malades rapatriés de l'étranger, mais très rapidement ces résistances s'installent et vont diffuser secondairement en France. Cette nouvelle menace est pour partie liée à la gestion du médicament à l'échelle mondiale et de la dérégulation totale du marché des antibiotiques dans les pays émergents, notamment les pays Méditerranéens, du Maghreb et du sous-continent Indien. La situation des pays scandinaves où les **politiques de bon usage des antibiotiques ont été initiées très précocement est à ce titre un exemple intéressant.**

Il convient toutefois de ne pas sombrer dans le fatalisme et d'organiser les conditions d'une réponse appropriée à cette situation d'émergence. **Les plus importantes difficultés tiennent à la coordination des différents acteurs et secteurs concernés** : les professions

¹ L'organisation des professionnels de santé est régie par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du Ministère en charge de la Santé.

médicales, les patients, l'organisation des soins et les organismes de veille sanitaire, la recherche et l'industrie pharmaceutique. A ce titre, l'InVS a s'appuie sur les CCLIN (**Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales**) qui jouent le rôle de relais, en partenariat avec les agences régionales de santé (ARS), pour détecter les risques infectieux des bactéries résistantes aux antibiotiques dans les hôpitaux.

S'agissant de **la rougeole**, qui constitue pour la France une réémergence, l'InVS a dénombré en 2011 15.000 cas déclarés (avec un taux de déclaration de 50% soit potentiellement 30.000 cas). Ces différents cas ont eu pour conséquences 1500 pneumopathies graves, 16 encéphalites et 6 décès. Ce foyer épidémique de grande ampleur en France a été une source majeure d'exportation de rougeole au niveau international et donc de transmission au-delà de ses frontières. **Cette réémergence de la rougeole en France s'explique par l'insuffisance des vaccinations notamment pour les personnes nées après 1980.** Les cas de rougeole déclarés concernent principalement les jeunes adultes qui oublient de se refaire vacciner et les enfants en bas âge non vaccinés. En effet la double dose de vaccination est nécessaire pour que la protection contre la rougeole soit maximale. Les risques infectieux liés à la rougeole disparaîtraient à partir d'un taux de vaccination d'au moins 95% de la population (contre 86% nationalement, mais seulement 75% dans le Sud-Est du pays). Cette couverture vaccinale hétérogène implique de mieux cibler les populations insuffisamment vaccinées et ainsi particulièrement exposées aux menaces infectieuses.