

# Actes du Séminaire Maladies Infectieuses Émergentes du 9 novembre 2011 : actualités et propositions

Séminaire annuel organisé sous l'égide du Haut conseil de la santé publique (HCSP), du Service de santé des armées (SSA) - École du Val-de-Grâce (EVDG), de l'École des hautes études de santé publique (EHESP), de l'Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, de l'Institut de recherche pour le développement (IRD), de la Société de pathologie infectieuse (SPIILF) (membre de la Fédération française d'infectiologie), de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'Institut de santé publique (ISP), de l'Institut national pour la santé et la recherche médicale (INSERM) et de l'Institut Pasteur.

## Points forts

- Un groupe permanent d'expertise et de prospective collective
- Un questionnement à partir des lacunes de nos connaissances
- Une dynamique de coopération de tous les acteurs
- Un partage d'informations et d'expériences entre décideurs, relais de confiance et citoyens

## Résumé des principales propositions

- La mobilisation et le rapprochement de l'expertise scientifique et politique suffisamment diversifiée, garante d'interactions fortes entre recherche – formation et décision – action. Proposition d'un groupe permanent d'expertise et de prospective collective, chargé d'animer un réseau d'acteurs interdisciplinaires en priorité du monde humain et animal, mais aussi environnemental, avec une meilleure et plus grande souplesse d'articulation des institutions relevant de différents ministères (santé, recherche, agriculture, environnement...), une simplification des processus de décisions et incluant aussi une approche « comparative » avec des risques et des crises d'autres natures, industriels, naturels...
- La nécessité d'une réflexion sur l'évolution des enseignements et des formations médicales, agronomiques et vétérinaires avec des cursus communs favorisant les approches intégratives, prenant mieux en compte les composantes environnementales.
- Le partage et la mutualisation des connaissances acquises avec les décideurs, mais aussi avec tous les relais de confiance (corps professionnels intermédiaires), et tous les échelons de la société, sous des formes diversifiées (sensibilisation, éducation, enseignement, formation, information, communication), en vue d'une réponse cohérente et solidaire de la société. « La communication sur la santé publique doit être du domaine public ».
- Des valeurs communes essentielles avec acceptation des principes d'abandon de souveraineté, notamment disciplinaire, et inscription dans une dynamique de coopération.
- Une remise en question permanente des acquis apparents comme par exemple, la « prééminence de la transmission aéroportée », le « caractère infranchissable de la barrière d'espèce ». Identification sans a priori des lacunes dans les connaissances.





## 1. Introduction

La permanence d'une veille et d'une préparation globale de la société au risque de survenue d'une Maladie infectieuse émergente (MIE) a été l'une des principales recommandations du rapport publié par la *Documentation française* en juin 2011, car les agents infectieux, éternels « compagnons de route » de l'humanité, lui réserveront toujours des surprises.

Le présent document a pour objet la synthèse des données actualisées et des propositions élaborées au cours du premier séminaire annuel sur les MIE, tenu le 9 novembre 2011 à l'École du Val-de-Grâce, à Paris. Ce séminaire avait pour but d'inviter chercheurs, enseignants et décideurs à partager connaissances et idées nouvelles afin de préparer une réponse globale, solidaire et ajustée face à une situation d'alerte liée à une MIE. Ses conclusions voudraient contribuer à éclairer les pouvoirs publics et tous les secteurs de la société, et inciter tous les acteurs, incluant les acteurs de terrain, à participer à cette préparation : car, après tout, « la santé publique ne doit-elle pas être du domaine public » ?

## 2. Actualités : présentations et débats

### 2.1. Points de vue et recommandations du rapport sur les MIE

*Interventions de Jean-Pierre Door (Parlement français), Didier Raoult (Université de la Méditerranée), Philippe Juvin (Parlement européen), Roger Salamon (HCSP), Benoît Schlemmer (Université Paris Diderot). Coordination : Catherine Lepout (Université Paris Diderot/INSERM).*

D'emblée, a été soulignée la nécessaire coordination contre les risques épidémiques, rappelant l'intérêt d'un groupe permanent de prospective et d'expertise collégiale multidisciplinaire. En effet, pour répondre à la défiance de la population, les politiques ont besoin de s'appuyer sur une telle structure d'expertise, indispensable pour transformer des connaissances scientifiques en décisions de portée politique, au coût économique parfois non négligeable.

Neutre autant que possible, l'observation est l'étape première et déterminante de la démarche scientifique. Une révolution est en cours avec les nouveaux outils, biologie moléculaire et spectrométrie de masse, utilisés parallèlement aux méthodes plus traditionnelles d'identification des agents infectieux comme la culture. Elle conduit à « penser autrement » et à réviser les idées acquises : nombreux agents infectieux hébergés chez l'homme ne lui causant aucun trouble, mais aussi étiologie pluri-microbienne d'une même maladie, diversité de l'environnement microbien humain, rôle pathogène d'agents infectieux d'origine végétale et de certains agents infectieux dans des maladies chroniques (ulcère gastrique, cancers) considérées alors comme non infectieuses. La difficulté d'accès aux données biologiques, cliniques, sociologiques ou environnementales, la complexité et la longueur des procédures sont des entraves majeures à une réactivité et à un réajustement permanents de la recherche et de l'action dans la lutte contre les MIE. Celle-ci doit tenir compte des nouveaux équilibres économiques et géopolitiques, et s'engager sur le terrain européen et international. Mais construire un ensemble européen harmonieux suppose que tous les secteurs de la société française (chercheurs et formateurs, comme les autres) consentent à renoncer à une part de leur souveraineté et à adopter le concept d'interdisciplinarité.

La survenue d'une MIE est aussi l'effet de nouveaux facteurs d'émergence. Or, la synthèse des recherches et des connaissances n'est le plus souvent disponible que plusieurs mois après le commencement de l'émergence. On demande aux modélisateurs de prédire : mais ce ne sont pas tant leurs résultats que leurs hypothèses qui sont importantes. Les grands points du rapport MIE publié par le HCSP sont rappelés : stratégie audacieuse de recherche et d'enseignement interdisciplinaires (rapprochant notamment médecins, vétérinaires et agronomes), depuis la microbiologie fondamentale jusqu'aux Sciences humaines et sociales (SHS), sans exclusivité ; nécessité de rapprocher recherche et formation pour une décision et une action adaptées à la compréhension et aux capacités de tous. La coopération des institutions de recherche, ANR, INSERM, ANRS, CNRS, IRD, INRA, IRBA, CEA, Institut Pasteur, CIRAD, et d'enseignement, universités, UFR, grandes écoles, et des agences de sécurité sanitaire devrait être le moteur de ce rapprochement, sans oublier l'INPES : car une communication mal maîtrisée ouvre la porte à des attitudes inappropriées de certains acteurs, à des craintes irraisonnées parmi

les populations, à une remise en cause de la probité des experts et à une malencontreuse fébrilité des décideurs soumis à des pressions hiérarchiques et médiatiques multiples.

Une stratégie prospective de formation doit d'abord établir l'inventaire de nos ignorances sans *a priori* ; elle doit dresser la liste de celles qu'il faut combler en priorité. Elle s'adresse à des « cibles » diverses, depuis les décideurs jusqu'au grand public et aux médias. Elle s'intéresse avant tout aux professionnels de santé, relais essentiel de l'adhésion du public aux mesures proposées. Elle se décline enfin en tactiques transversales : sensibilisation, enseignement, formation, communication. Avec sa pluralité de missions, l'Université constitue, avec les grands organismes impliqués dans la santé publique, l'un des lieux privilégiés pour la promotion de ces interactions.

### 2.2. Risque infectieux : environnement – santé animale – santé humaine

*Table-ronde présidée par Benoît Lesaffre (Université Paris Est), Jean-François Girard (PRES Sorbonne Paris Cité), avec François Bricaire (Université Pierre et Marie Curie), Antoine Andrement (Université Paris Diderot), Muriel Eliasiewicz (Institut Pasteur), Gérard Lasfargues (ANSES), Thierry Pineau (INRA). Coordination : Jean-François Guégan (IRD/EHESP).*

Il ressort des débats que la description de nouveaux microbes est insuffisante pour affirmer une émergence et ne doit pas être confondue avec l'identification et la description clinique, épidémiologique et causale d'une véritable MIE. L'histoire naturelle des maladies infectieuses devrait d'ailleurs être réintroduite dans l'enseignement, ce qui permettrait de mieux sensibiliser les professionnels de santé aux échanges de flux entre environnement, animal et homme. Les notions de franchissement de la barrière d'espèce, co-spéciation hôtes-parasites, portage sain, et transmissibilité devraient être reconsidérées à la lumière des travaux originaux qui transcendent les trois ensembles (environnemental, animal et humain). Des postulats de base comme celui de Koch sur l'imputabilité d'une maladie (souvent multiparamétrique) à un seul agent sont d'ailleurs déjà reconsidérés et méritent d'être revisités et modernisés. Pour la décision publique, il en découlerait une meilleure articulation entre une approche centrée sur la cause et une approche syndromique.

Il est aujourd'hui certain que la sur-utilisation des antibiotiques est à l'origine de la résistance constatée chez de nombreuses bactéries. Leurs usages et leur gestion raisonnés relèvent dorénavant de décisions politiques, qui pourraient être contrariées par la circulation de bactéries résistantes, *via* le commerce et les transports aériens intercontinentaux. À cet égard, la difficulté de mener une action multilatérale à l'échelle mondiale ne doit pas empêcher une action énergique au niveau local, national et si possible européen. Sur ces sujets, santé, agriculture et environnement doivent mieux se coordonner, tant pour la surveillance et l'intervention que pour la formation et la recherche.

En conclusion, la santé publique devrait relever d'une gestion interministérielle et pluridisciplinaire. Trop souvent appelées « à la rescousse » *in extremis*, les SHS doivent intervenir plus en amont dans les programmations. Un décloisonnement des tutelles serait de nature à faciliter la transversalité entre les recherches et formations agronomiques, vétérinaires, médicales et scientifiques. Les pôles de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) pourraient ici jouer un rôle moteur.

### 2.3. D'une menace pandémique à l'autre : l'expérience H5N1 a-t-elle facilité ou non la gestion des problèmes liés au H1N1 ?

*Interventions de Jean-Paul Moatti (ISP/Inserm), Didier Houssin (AERES).*

Lors de la pandémie de 2009, la nécessité de mettre en place une prévention efficace a formé le cadre de référence pour les pouvoirs publics. Le risque était connu (1889-90, 1918, etc.), et les autorités y ont fait face comme à une catastrophe naturelle, un incendie ou un conflit international. L'alarme au sujet de la grippe aviaire (H5N1) avait permis d'affûter la préparation de l'État ainsi que les procédures de la coopération internationale. Mais la préparation, c'est aussi la société, et c'est aussi la recherche.

La recherche en sciences sociales permettrait de progresser notamment sur la question du ressenti de la population, question



capitale pour laquelle les agences sanitaires concernées sont insuffisamment équipées aujourd'hui. Malheureusement, l'expertise en SHS n'a pas été suffisamment considérée. La prise en compte des perceptions du public et de l'expertise en SHS s'est effectuée bien trop en aval de la décision (au stade de la seule « communication »), alors qu'elle aurait dû entrer dans l'analyse de la situation et devenir une donnée d'amont pour la décision, au même titre que l'expertise virologique ou épidémiologique. Entre autre, elle n'a pas intégré le fait que la population se partageait schématiquement en trois grands groupes : ceux qui raisonnent comme les experts (en termes de bénéfice-risque) sans forcément adhérer aux recommandations de ceux-ci ; ceux qui sont plutôt sensibles à toute forme de dissonance et peuvent changer d'avis très facilement ; enfin ceux qui sont en rupture de confiance avec les élites et qui sont en général les plus vulnérables socialement. L'absence des médecins généralistes dans le dispositif n'a pu qu'avoir des effets délétères, notamment sur ces deux derniers groupes. Il serait souhaitable de mettre en place un recueil des données sur la perception du risque, orienté vers l'aide à la décision, à l'usage du centre interministériel de crise (Ministère de l'Intérieur).

#### 2.4. Risque infectieux : sécurité sanitaire, approche globale

*Table-ronde présidée par le Pr Christian Rabaud (SPILF), avec Jean Baptiste Meynard (Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées), Lionel Moulin (Ministère de l'Écologie), Patrice Binder (INSERM), Bertrand Schwartz (ANR), Jean-Loup Angot (Ministère de l'Agriculture). Coordination : Patrick Zylberman (EHESP).*

La table-ronde s'est interrogée sur la notion d'« approche globale ». L'approche globale définit la continuité existant entre les divers risques biologiques naturels ou intentionnels, tant en ce qui concerne la conduite à tenir face à ces risques qu'en matière de recherche. Très contestée il y a une dizaine d'années, cette notion a été officialisée dans le Livre blanc sur la défense et la sécurité (2008), et par la création de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), structure fonctionnelle interministérielle (2007). Par ailleurs, l'approche globale de la sécurité sanitaire dépasse le risque infectieux et intègre de plein droit ceux liés à l'alimentation, la contamination chimique ou radioactive, les résidus phytosanitaires ou médicamenteux, mais aussi les transports, les problèmes liés au bâti ou la gestion des milieux naturels (ALLENVI, concernée par les risques et crises naturels, prend aujourd'hui en compte les risques et crises infectieux, en particulier associés à des MIE).

Le SSA matérialise cette image « globale » de la santé publique dans son approche multidisciplinaire centrée autour de l'infectiologie de terrain (EMIBE : Élément militaire d'investigation biologique et épidémiologique). Le travail se fait à partir d'un triple réseau : veille, surveillance en temps réel, investigation de terrain. Les trois niveaux travaillent en étroite coopération avec des organismes civils, l'InVS, le réseau hospitalier Oscour ou encore AVIESAN. L'approche du SSA a aussi une dimension politique dans la mesure où les structures nationales sont maintenant intégrées dans l'OTAN.

La table-ronde devait répondre à la question : comment évaluer la dangerosité d'une MIE de manière précoce ? L'expérience de la pandémie H1N1 en 2009 est ici parlante. Le risque a été pris très au sérieux par le chef d'état-major des armées et le système décrit ci-dessus a montré son efficacité. La surveillance des risques infectieux en temps réel (ASTER : Alerte surveillance en temps réel) a montré des résultats particulièrement intéressants comme par exemple pour la dengue en Guyane en 2006, détectée par le SSA cinq semaines avant l'alerte déclenchée par le Ministère de la Santé. Cet exemple illustre l'intérêt de coopérations civilo-militaires de plus en plus fines. Les données de l'enquête épidémiologique (caractère épidémique ou non, modes de transmission) et clinique (morbidity, mortalité), l'existence ou non d'un traitement et/ou d'une prophylaxie disponibles permettent d'apporter des informations utiles pour évaluer le niveau de dangerosité de la MIE.

Parmi les autres questions abordées, citons encore :

- la plateforme de partage des données de santé animale et végétale entre pouvoirs publics et producteurs (États généraux du sanitaire, organisés par le Ministère de l'Agriculture en 2010),
- l'intégration de la santé dans les plans d'aménagement des territoires en prenant notamment mieux en compte la répartition du

bâti et utilisant au mieux les services rendus par les écosystèmes (barrières naturelles, trames...),

- et enfin, le développement et l'optimisation du financement de la recherche grâce aux divers outils déployés par l'ANR : programmes blancs et programmes « jeunes chercheurs » appels d'offres partenariaux, programmes « joints » internationaux, appels d'offres « Flash » pour une recherche en urgence, sans parler bien sûr des investissements d'avenir.

### 3. Synthèse et propositions

#### 3.1. La recherche et la formation

##### 3.1.1. La recherche

➤ Une réflexion spécifique sur l'articulation entre veille et recherche est amorcée dans le domaine des MIE. La veille scientifique prospective réalisée dans différentes agences, devrait être coordonnée avec un objectif commun adapté au concept de MIE (cf. risque NRBC). Le partage et l'accès aux données font l'objet d'une réflexion au Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche dans le cadre de la stratégie 2012-2016, avec un comité pour les données SHS (et la question de la façon dont l'INPES pourrait y joindre ses données). Le SGDSN pourrait être moteur d'une telle politique.

➤ Le décloisonnement de la recherche commence à être rendu effectif par des co-tutelles de programmes de recherche et par la reconnaissance des thèses de sciences co-dirigées par des chercheurs des domaines bio-médicaux et SHS. Ceci devrait favoriser une plus grande plasticité des parcours et améliorer la capacité d'adaptation aux évolutions inédites.

➤ En expansion dans le domaine microbiologique, l'observation, un des fondements de la science et du développement des connaissances, devrait être revalorisée et soutenue dans le domaine clinique et celui des SHS. Afin de déterminer les caractéristiques d'une nouvelle MIE et en particulier sa gravité, il importe de souligner ici l'intérêt des outils que sont les cohortes épidémiobio-cliniques de patients atteints mais aussi celle de l'analyse des perceptions et des déterminants des comportements des citoyens et des professionnels devant de tels événements, toutes informations essentielles pour l'ajustement de la réponse à l'émergence. De cette étape clé d'observation dépendent l'analyse des déterminants et l'élaboration d'un plan d'action adapté à la réalité des événements dont elle rend compte (distinction entre vraies et fausses émergences).

➤ Des programmes et appels d'offres transversaux entre tutelles sont à mettre en place. Le soutien de telles interactions soulève la question d'une agence à vocation transversale chargée de coordonner les financements provenant des différents ministères. Pour éviter la dérive du nivellement à laquelle expose l'approche interdisciplinaire, elle doit s'appuyer sur des compétences reconnues et un volontarisme fort, supposant respect et confiance réciproques, état d'esprit incontournable que doivent entretenir coordonnateurs et promoteurs de recherches.

➤ Il faut poursuivre le développement d'une recherche partiellement finalisée (déjà en place dans certains organismes, mais encore trop peu en France par rapport à d'autres pays), tout en préservant l'indispensable liberté de création de la recherche en amont. Il est en effet essentiel pour sa crédibilité, que la recherche sur les MIE renforce encore les collaborations européennes et internationales.

➤ Il est important que la programmation de la recherche pose les jalons d'une recherche adaptée aux situations d'urgence (à différencier d'une recherche en urgence, dont les résultats ne seront pour la plupart jamais disponibles pour les décisions à prendre en urgence). Celle-ci doit être préparée à travers un programme générique établissant « en temps ordinaire » et au travers de scénarios, les interactions entre les chercheurs de domaines distincts. Elle doit être susceptible de s'adapter à un phénomène débutant. La disponibilité d'un fonds d'urgence ayant cette vocation est hautement souhaitable.

➤ Il faut sensibiliser les instances chargées d'autoriser les projets, CPP, CCTIRS, CNIL, aux MIE et aux enjeux éthiques spécifiques à la recherche en situation d'urgence de santé publique de portée internationale (règlement sanitaire international, 2005), recherche sur la personne et les produits biologiques qui en





sont issus. Les questions liées aux normes éthiques et juridiques des biothèques constituées lors de la crise sont à régler en amont, et dans le contexte évolutif des textes réglementant la recherche en Europe.

### 3.1.2. La formation

- Le travail d'inventaire de nos ignorances et de celles à combler en priorité est un pré-requis à une stratégie prospective de formation dans tous les secteurs de la société.
- La collaboration amorcée entre les domaines de la santé, humaine, animale, des SHS doit s'étendre à d'autres disciplines comme les mathématiques, les sciences de l'environnement, ou le développement des technologies... Pour établir des collaborations efficaces avec les SHS, il faut identifier les divers métiers qui les constituent : anthropologue, historien, psychologue, et faire le recensement de leurs équipes de recherche et de leurs approches. Une volonté commune forte sera nécessaire pour entretenir ces collaborations, dont les pas de temps sont assez différents.
- Au sens large, la formation doit s'adresser et s'adapter à des « cibles » très diverses, des décideurs au grand public, en passant par les professionnels. Une des priorités, sur laquelle il faut insister, est de prévoir la formation des médecins et autres professionnels de santé sur les MIE et les grands principes de leur gestion (sous forme d'un tronc commun au sein de la formation initiale, et d'une inscription dans les programmes de formation continue). L'évolution des études de médecine devrait prendre en compte cette nécessité et enseigner aux étudiants à comprendre et réagir dans une situation d'émergence, à la fois au plan de la responsabilité individuelle dans la prise en charge du patient, et au plan de la responsabilité collective, comme acteur de santé publique. Une telle démarche de formation étendue aux autres secteurs concernés (agriculture, environnement...), pourrait concourir efficacement à l'implication éclairée et efficace des corps intermédiaires dans la prévention et la gestion de crise. Avec les professionnels de santé, ceux-ci sont en effet des relais de confiance essentiels pour la transmission des connaissances vers les citoyens - usagers, leur compréhension des phénomènes à l'origine de crise potentielle, et leur adhésion aux mesures proposées.

## 3.2. Deux priorités au service de l'action : l'expertise et la communication

### 3.2.1. L'expertise

- Les chercheurs et enseignants sont de plus en plus appelés, dans le continuum de la production scientifique, à reformuler les connaissances scientifiques et techniques pour les mettre à disposition auprès des décideurs publics, ce qui définit la mission d'« expert ». Ils sont aujourd'hui très sollicités mais aussi souvent fortement critiqués, plus particulièrement en santé publique où leurs travaux se trouvent en proximité directe avec la décision politique. Le « développement d'une capacité d'expertise » fait pleinement partie en France, depuis la loi du 18 avril 2006, des missions des établissements de recherche et d'enseignement et de celles, statutaires, de leurs personnels. L'état et ses services ont en droit de bénéficier de la haute expertise de leurs chercheurs et enseignants publics, et du capital de connaissances dont ils disposent dans leur discipline. Ceci suppose aujourd'hui une formation, adaptée aux fonctions d'expertise et en contrepartie, une meilleure valorisation de la mission d'expert, y compris des experts Sciences humaines et sociales.
- L'articulation recherche – formation – action devrait être renforcée afin de proportionner les décisions et les actions mises en œuvre aux aptitudes et aux savoir-faire de la société dans son ensemble, et non aux seules compétences des experts et des décideurs. Elle devrait s'appuyer sur un meilleur équilibre entre les pouvoirs propres aux différents acteurs et aux différents secteurs. L'organisation en réseau de représentants venus de ces différents secteurs serait du plus grand intérêt. Citoyens, élus ou professionnels, ils seraient bien sûr issus du monde de la recherche, de la formation ou de l'action, mais aussi de diverses institutions et administrations du secteur public ou encore du monde des entreprises. Sensibiliser le grand public est indispensable pour favoriser son adhésion aux mesures recommandées. Il serait donc

souhaitable d'envisager une organisation et des moyens qui permettent de promouvoir l'information des citoyens. La sociologie a depuis longtemps montré que la communication et l'influence à destination du grand public s'exercent à travers un processus à deux niveaux : des « leaders d'influence » forment les attitudes et les idées d'un petit nombre d'individus (chercheurs, enseignants, médecins praticiens, journalistes, par exemple) qui transmettent ensuite à un public plus large les messages élaborés par les « leaders ». Aussi l'influence s'exerce-t-elle plutôt à travers des paliers et des filtres qu'il convient d'identifier soigneusement si l'on veut mettre en œuvre une campagne d'information efficace. (Pensons ici, par exemple, aux professionnels du soin face à la vaccination.) Ce serait là en tout cas un axe de recherche, que d'autres ont déjà ouvert, mais qui mériterait d'être prolongé théoriquement et pratiquement sur le terrain spécifique des MIE.

- À n'en pas douter, ces modes d'intervention des experts participent à l'action collective mais demandent à ce que le cadre réglementaire et déontologique (liens d'intérêt, responsabilité et responsabilisation, utilisation des sources,...) et les valeurs fondant cette mission soient mieux accompagnés afin d'en garantir l'impartialité, clé de la confiance envers les spécialistes et les pouvoirs publics.

### 3.2.2. La communication

Une des priorités de l'expertise est d'améliorer la communication avec le grand public. En effet, celle-ci oscille souvent entre des actions trop austères vouées à une efficacité réduite et une communication excessive, source de déformation des perceptions de la réalité.

- Au cours de la journée du 9 novembre 2011, plusieurs propositions ont été avancées. L'une tient à des mises en situation avec préparation de scénarios crédibles (informatiques, ou par jeux de rôle et exercices) afin de disposer de plus d'options le moment venu. L'autre touche aux sondages. À côté des sondages commandés par le Service d'information du gouvernement dans le but de mesurer la perception de la politique gouvernementale, il faudrait instituer des enquêtes régulières pilotées par les chercheurs en SHS afin de mieux connaître la perception des risques par la population.
- Compte tenu de son impact multiforme souligné par de nombreux intervenants, la communication devrait faire l'objet d'un travail et d'une réflexion approfondis. Des programmes sur ce sujet devraient être définis dans le champ de la recherche et de la formation (communication publique, communication préventive de crise, médias), dans un cadre dépassant le niveau national.
- Il serait par ailleurs urgent de faire partager à l'opinion publique les difficultés de la communication inhérentes à l'émergence de nouvelles maladies. Une approche plus pédagogique des décisions dans ce domaine lui permettrait de comprendre et d'accepter la complexité de ces réalités, complexité susceptible d'aboutir à des changements ou des revirements de stratégie à première vue inexplicables pour une grande majorité de la population, et parfois des professionnels de santé.

\* Voir le Rapport à la DGS, Marie Dominique Furet, juin 2008 (norme AFNOR NF X 50-110).

\*\* Katz E. et Lazarsfeld P., *Personal Influence* (New York: Free Press, 1955).

**Comité de pilotage :** Dounia Bitar (InVS), François Bricaire (Université Pierre et Marie Curie), Jean-Didier Cavallo (SSA - EVDG), Muriel Eliasiewicz (Institut Pasteur), Jean-François Guégan (IRD), Catherine Lepot (Université Paris Diderot), Jean Paul Moatti (ISP-Inserm), et Patrick Zylberman (EHESP).

**Contacts :** catherine.lepot@univ-paris-diderot.fr  
jean-francois.guegan@ird.fr  
patrick.zylberman@ehesp.fr