



EUROPE

Sixième Forum du futur sur la communication en cas de crise

Reykjavik (Islande), 10 et 11 mai 2004

Mots clés

COMMUNICATION
DISASTER PLANNING
EMERGENCIES
CRISIS INTERVENTION
PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION
RISK MANAGEMENT
DECISION MAKING
PUBLIC RELATIONS
EUROPE

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

- *par courrier électronique* publicationrequests@euro.who.int (commandes d'exemplaires)
permissions@euro.who.int (demandes d'autorisation de reproduction)
pubrights@euro.who.int (demandes d'autorisation de traduction)
- *par courrier postal* Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Danemark

© Organisation mondiale de la santé 2004

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. L'expression « pays ou zone » utilisée comme en-tête dans certains tableaux, désigne aussi bien des pays, des territoires, des villes que des zones. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes ou exactes, et ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable de dommages qui pourraient découler de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs ou rédacteurs ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou sa politique.

ISBN xx xxx xxx x

Rédigé par Elke Jakubowski et édité par Yves Charpak
Conception : Tuuli Sauren, Bruxelles (Belgique)



SIXIÈME FORUM DU FUTUR sur la communication en cas de crise

SOMMAIRE

	<i>Page</i>
1. Pourquoi l’OMS a-t-elle organisé un Forum du futur sur la communication en cas de crise ?.....	1
2. Comment ce Forum du futur a-t-il défini la communication en cas de crise ?.....	3
3. Études de cas	5
Premier cas. Crise de la dioxine en Belgique.....	5
Deuxième cas. L’alerte à la grippe aviaire en Autriche.....	10
Troisième cas. L’alerte au SRAS en Norvège	14
Quatrième cas. La crise du SRAS en Ontario.....	16
Cinquième cas. Communication concernant les risques sanitaires : l’expérience acquise au Royaume-Uni.....	21
4. Conclusions.....	26
4.1. Opinions et conclusions des participants	26
4.2. Questions restées sans réponse	27
4.3. Le Septième Forum du futur	28
Références	29

1. Pourquoi l’OMS a-t-elle organisé un Forum du futur sur la communication en cas de crise ?

« Dans des situations d’urgence (ou de crise) de santé publique, la communication exerce une influence directe sur la tournure que peuvent prendre les événements. »

Lorsqu’une crise survient à la suite d’une épidémie, d’un accident, d’une catastrophe naturelle ou d’une attaque terroriste, les responsables de la santé publique doivent être prêts à agir mais aussi à communiquer. Ils doivent tout d’abord veiller à prendre des mesures en coordination avec les différents professionnels des secteurs concernés. Toutefois, à moins que l’opinion publique ne sache clairement comment réagir et pourquoi, la gestion des crises de ce type risque d’être source de confusion et d’inquiétude et de susciter la méfiance. La communication exerce donc une influence directe sur la tournure que peuvent prendre les événements. Capable d’attiser les craintes du public, elle peut aussi encourager des comportements qui contribuent à maîtriser la situation.

Ce Forum du futur destiné à de hauts responsables a reposé sur l’échange d’expériences sur la communication en cas de crise. Son but était de tirer les enseignements du partage de données d’expérience et de mieux comprendre la dynamique de la communication en cas de crise sanitaire. Il visait également à donner un aperçu d’outils décisionnels déjà utilisés par des États membres et susceptibles d’être recommandés pour communiquer en cas de crise.

Le thème du Forum est lié à celui du Cinquième Forum du futur sur les outils facilitant la prise de décisions en situation d’urgence qui s’est tenu à Madrid en décembre 2003 (1). Celui-ci a porté sur des études de cas relatives à des situations ayant nécessité une intervention rapide, comme lors de la vague de chaleur qui s’est produite en France et au Portugal pendant l’été 2003. Si dans le cadre de ce Forum, l’accent a été mis essentiellement sur la détection précoce des crises et sur les plans de préparation, il a été constaté que des problèmes de communication jouaient un rôle considérable en cas de crise. En France, par exemple, une surmortalité a été enregistrée pendant la canicule d’août 2003. Aucune conférence de presse n’a été tenue et les autorités n’ont fait que quelques interventions directes dans les médias pour donner des informations et des avis scientifiques. Leur silence a peut-être attisé les craintes et ébranlé la confiance de l’opinion publique, qui pensait initialement qu’elles maîtrisaient la situation. Cette crise s’est produite du fait non seulement de la surmortalité, mais aussi de la baisse de confiance de l’opinion publique à l’égard des décideurs (1).

À la suite des conclusions du Cinquième Forum du futur, il a été décidé que le Sixième Forum du futur traiterait de la communication en cas de crise. Celui-ci a eu lieu en Islande, où les habitants sont constamment exposés à des risques naturels pour la santé tels que les séismes, les éruptions volcaniques et les tempêtes. L’Islande a mis en place un système efficace de communication d’urgence et adopté en 1995 un numéro de téléphone principal (112) pour tous les appels d’urgence. Elle a récemment ouvert un centre de coordination d’urgence qui permet de centraliser la coordination des services liés aux domaines suivants : santé, police, gardes-côtes, forces armées, justice, protection civile ainsi que les services d’urgence fournis à titre bénévole.

Le présent rapport, élaboré à l’issue du Sixième Forum du futur, comporte quatre sections. À la suite de cette introduction, la **section 2** donne une définition de la communication en cas de crise utilisée dans le contexte du Forum. La **section 3** est consacrée aux études de cas sur la communication en cas de crise, du point de vue des décideurs. Il y est question de la crise de la

dioxine (cas 1), de la grippe aviaire (cas 2), du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) (cas 3 et 4) et de la communication sur les risques de la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) et de la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (nv-MCJ), ainsi que d'erreurs médicales (cas 5). La **section 4** présente des conclusions. Ce rapport sera inclus dans un ensemble d'outils décisionnels destinés à de hauts responsables qui sera mis au point à l'issue de la série de Forums du futur consacrée aux outils de prise de décisions en santé publique.

2. Comment ce Forum du futur a-t-il défini la communication en cas de crise ?

La crise est une situation instable de danger ou de difficulté extrême. Elle indique un moment critique, le plus souvent une détérioration de la situation. Elle se déclenche lorsque les systèmes sanitaires locaux dont les individus sont tributaires sont dépassés et ne peuvent répondre ou ne répondent pas à leurs demandes ou à leurs besoins. Le terme de « crise » est vague. L'expression « communication en cas de crise » désigne la communication en période de crise. Il peut s'agir d'un mécanisme permettant de surmonter une crise par l'échange d'informations ou au contraire d'un problème de communication à l'origine de crises. Dans le domaine de la santé, la crise et la communication sont étroitement liées. Toutes les crises sanitaires sont aussi des crises de communication (1).

Lors d'une crise, il existe souvent une incertitude quant aux conséquences épidémiques d'un événement. Les épidémies n'impliquent pas nécessairement une crise et une crise peut se déclencher sans pour autant qu'il y ait une épidémie (1). En cas de crise dans des pays où la population est très au fait des questions sanitaires, celle-ci incrimine souvent les décideurs. En outre, des émotions telles que la peur et la panique sont souvent indissociables d'une crise étant donné que l'on ne sait jamais dans quelle mesure on risque d'être personnellement touché par cette situation. Les médias sont le plus souvent à l'origine de ces émotions.

La notion de communication en cas de crise est étroitement liée à la communication en situation de catastrophe ou d'urgence. Les termes « crise », « situation d'urgence » et « catastrophe » désignent tous des situations critiques, qui ont des différences et des points communs. L'usage de ces termes varie en fonction de la culture économique et politique. Selon l'OMS, une situation d'urgence est un événement catastrophique lors duquel les ressources disponibles ne permettent pas de compenser les besoins ; elle a essentiellement utilisé cette notion pour les pays en développement. Dans les pays d'Europe occidentale, lors d'une « catastrophe » ou d'une « situation d'urgence », le risque d'épidémie est souvent plus grand qu'en cas de crise, notion qui a une connotation politique.

Une autre notion liée à celle de « crise » est le « risque sanitaire ». Les risques ou menaces sanitaires, comme les crises, impliquent une connotation émotionnelle et une incertitude quant à leurs incidences sanitaires et économiques. Les risques sanitaires et la probabilité qu'ils se réalisent ont joué un rôle considérable dans la crise de la dioxine en Belgique (cas 1), dans l'alerte au SRAS en Norvège (cas 2) et dans l'épidémie de SRAS en Ontario (Canada) (cas 3). Ils étaient caractérisés par le fait qu'ils étaient invisibles. Les risques peuvent entraîner une crise, soit lorsque la confiance de l'opinion publique à l'égard des décideurs, censés maîtriser la situation, est en jeu, soit lorsque les risques sanitaires ont été largement couverts par la presse et que la population y est donc sensibilisée, comme lors de l'épidémie de SRAS en Ontario (cas 3) et pendant la crise de l'ESB au Royaume-Uni.

La communication sur les risques fait partie intégrante de la communication en cas de crise. Il s'agit d'une communication à double sens entre les parties prenantes (telles que les décideurs et les experts) et le public au sujet de l'existence, de la nature, de la gravité ou de l'acceptabilité des risques.

Les risques sanitaires auxquels une population peut être exposée peuvent être imputables à plusieurs causes, et notamment à des dangers liés à l'environnement ou à d'autres dangers externes comme dans le cas 1. Les risques sanitaires peuvent aussi survenir dans le cadre de vie

personnel, du fait du mode de vie, des effets secondaires d'un traitement, d'erreurs de diagnostic ou de traitements inadaptés, comme il en est question dans le cas 5, où les déficiences du système de santé ont joué un rôle non négligeable.

Les inquiétudes quant à des risques sanitaires peuvent être suscitées de différentes façons. Par exemple, la presse se nourrit inévitablement des sujets privilégiant la dimension humaine. Il y a de fortes chances que les groupes de pression suscitent l'intérêt des médias lorsqu'ils attirent leur attention sur un risque sanitaire.

Les crises passent par plusieurs stades et l'on peut attribuer différentes tâches à chaque stade lorsqu'on les gère. La communication en cas de crise n'est qu'une petite partie de la crise. Le Sixième Forum du futur a mis l'accent sur ce thème, comme c'est le cas du présent rapport. Vu sous l'angle des décideurs, il rend compte des opinions d'un échantillon de pays d'Europe occidentale. La section suivante donne le point de vue de décideurs sur différentes crises (dioxine, SRAS, grippe aviaire, vaccination ROR, ESB et erreurs médicales).

3. Études de cas

Premier cas. Crise de la dioxine en Belgique

« Lorsqu'un risque sanitaire survient, il faut communiquer l'information dont vous disposez sur ce risque et sur les mesures qui sont prises à ce sujet. Si vous ne divulguez pas l'information, vous risquez de perdre la confiance de l'opinion publique et vous vous exposez à une crise. »

Généralités

Le mot « dioxine » est un terme générique qui désigne un groupe de produits chimiques liposolubles. Les polychlorobiphényles (PCB), utilisés par certaines industries pour fabriquer notamment des transformateurs, des insecticides, etc. sont classés en tant que substances chimiques assimilées à la dioxine. Ils sont stables, ce qui signifie qu'ils s'accumulent dans l'environnement et dans les tissus adipeux de l'organisme, et qu'ils résistent à la dégradation et au métabolisme. Ils peuvent être détruits par incinération à des températures supérieures à 850°C. Leur demi-vie dans l'organisme est en moyenne de sept ans. Plus on avance dans la chaîne alimentaire, plus la concentration en dioxines est élevée. Toutes les dioxines ne sont pas toxiques, mais les PCB le sont. Une forte dose d'une dioxine toxique peut être mortelle ; une plus faible exposition prolongée est liée à une atteinte du système immunitaire, du système nerveux, du système endocrinien et de la fonction de reproduction (2). Les PCB sont associés à des éruptions cutanées, à la pigmentation de la peau et au gonflement des paupières. Ce sont généralement des pays industrialisés qui signalent une contamination, souvent alimentaire (l'Italie en 1976, les États-unis d'Amérique en 1997 et la Belgique en 1999), car de nombreux pays industrialisés disposent d'un meilleur système de surveillance alimentaire et sont mieux à même de détecter des dioxines que de nombreux pays en développement. Étant donné que le mécanisme à l'origine du cancer est controversé et qu'on utilise différentes méthodes pour déterminer la dose acceptable de dioxine à laquelle on peut être exposé quotidiennement, les doses seuils varient considérablement d'un pays à l'autre. L'OMS a fixé le niveau quotidien d'exposition entre 1 et 4 picogrammes par kilogramme de poids corporel. Dans les pays industrialisés, il est compris entre 1 et 3 picogrammes par kilogramme de poids corporel (2).

Rappel des faits

L'enchaînement des événements a par la suite été clairement exposé pendant la crise (3).

Le 19 janvier 1999, dans le nord-ouest de la Belgique, en Flandre, un réservoir de l'entreprise Verkest, qui produit des aliments végétaux et animaux et est spécialisée dans le traitement des graisses et des huiles, a été contaminé par la dioxine.

Plusieurs hypothèses ont été avancées au sujet des sources de contamination possibles et de la façon dont le réservoir a été contaminé. Ce réservoir contenait de la graisse animale : 80 tonnes de déchets animaux recyclés provenant d'une entreprise espagnole, dénommée Fogra, qui avait recueilli la graisse animale auprès de restaurants, d'abattoirs et de déchetteries. Verkest y a ajouté 50 autres tonnes. On suppose donc que la graisse contaminée provenait soit de Fogra, soit des huiles animales recyclées que Verkest avait ajoutées.

On n'a jamais établi si le contenu du réservoir avait été contaminé au moment de l'élimination des déchets ou pendant le transport, mais par la suite, les médias ont laissé entendre, pendant

l'été 1999, que de l'huile industrielle, peut-être de l'huile pour moteur, avait été mélangée, intentionnellement ou accidentellement, à de la graisse animale.

Le 19 janvier, Verkest a traité la graisse animale contenue dans le réservoir contaminé pour produire des aliments pour animaux et a fourni une partie de ceux-ci entre le 20 et le 27 janvier à plusieurs autres usines d'aliments pour animaux de Belgique, de France et des Pays-Bas.

En février, une entreprise a constaté des effets sur la santé des poules qui consommaient les aliments pour animaux qu'elle produisait et a entamé une enquête dont les conclusions ont établi que ces aliments pouvaient être à l'origine du problème. À la mi-mars, un échantillon des aliments produits en janvier a été envoyé à un laboratoire pour analyse. Le 19 mars 1999, le ministère de l'Agriculture et le ministère de la Santé de la Belgique ont été alertés au sujet d'une contamination possible par la dioxine de poulets et d'œufs. Cette contamination a été confirmée le 26 avril.

En mai, le gouvernement est remonté à l'origine de la distribution de la graisse contaminée, entre le 19 et le 31 janvier, a identifié les autres producteurs d'aliments pour animaux touchés en Belgique, en France et aux Pays-Bas, a informé les autorités françaises et néerlandaises, et a recensé les entreprises qui avaient acheté des aliments à Verkest. En outre, une enquête a été menée auprès de centaines d'exploitations avicoles susceptibles d'avoir été contaminées par la dioxine.

Les résultats de tests effectués en mai sur les poules, et leurs œufs, provenant des exploitations approvisionnées par les producteurs d'aliments concernés ont révélé des taux élevés de dioxine. Le 27 mai, le gouvernement a placé ces producteurs sous surveillance. On a identifié les poulets et les œufs produits.

Le premier communiqué de presse est paru le 27 mai et les membres de l'Union européenne ont été informés officiellement de la contamination. Le 28 mai 1999, le ministre belge de la Santé publique a interdit la vente de poulets et d'œufs en Belgique et a fait retirer ces produits des rayons. Le lendemain, la presse nationale et internationale a commencé à se faire massivement l'écho de la contamination par la dioxine en Belgique et a vigoureusement accusé le gouvernement d'avoir dissimulé l'affaire des mois durant. La presse internationale a couvert la crise par des centaines d'articles pendant environ trois mois et demi.

Le 1^{er} juin 1999, le gouvernement belge a créé un site Web sur lequel il a publié les faits, les dates et les risques sanitaires dus à la contamination par la dioxine. Des adresses, numéros de téléphones et rapports ont été communiqués à l'opinion publique. Des centres d'appel ont été mis en place à l'intention des consommateurs. Le gouvernement a prolongé l'interdiction frappant la vente de poulets et d'œufs et, le 2 juin, a également interdit la vente de produits porcins.

Les exploitants agricoles, producteurs, grossistes et détaillants du secteur alimentaire ont commencé à se plaindre car ils subissaient une perte de gains et leur réputation était atteinte ; plusieurs entreprises ont dû mettre la clé sous la porte.

Les ministres belges de l'Agriculture et de la Santé publique ont donné leur démission le 1^{er} juin.

La Commission européenne a publié un communiqué de presse le 2 juin par lequel elle a demandé à ses États membres de détruire tous les aliments, volailles et ovoproduits susceptibles d'être contaminés et a interdit les importations non certifiées en provenance de la Belgique. De nombreux pays membres ont rappelé les volailles et les ovoproduits provenant de ce pays ;

certaines ont même interdit toutes les importations de viande et d'aliments venant de Belgique, et les États-Unis et Singapour ont interdit toutes les importations de produits alimentaires européens. Le 4 juin, la Commission européenne a étendu les mesures de restriction au lait et à d'autres produits laitiers ainsi qu'aux produits notamment porcins et bovins provenant d'exploitations suspectes. Les désaccords opposant la Commission européenne et le gouvernement belge ont fait l'objet de communiqués de presse et ont été largement couverts par les médias nationaux et internationaux.

En Belgique, plusieurs parties prenantes, et notamment l'industrie, le secteur agricole, les associations de protection de l'environnement, des fonctionnaires belges et d'autres pays, des associations de consommateurs et les médias nationaux et internationaux ont commencé à communiquer en se fondant sur des intérêts, des arguments et des « faits » divergents, ce qui a engendré une énorme confusion (*fig. 1*).

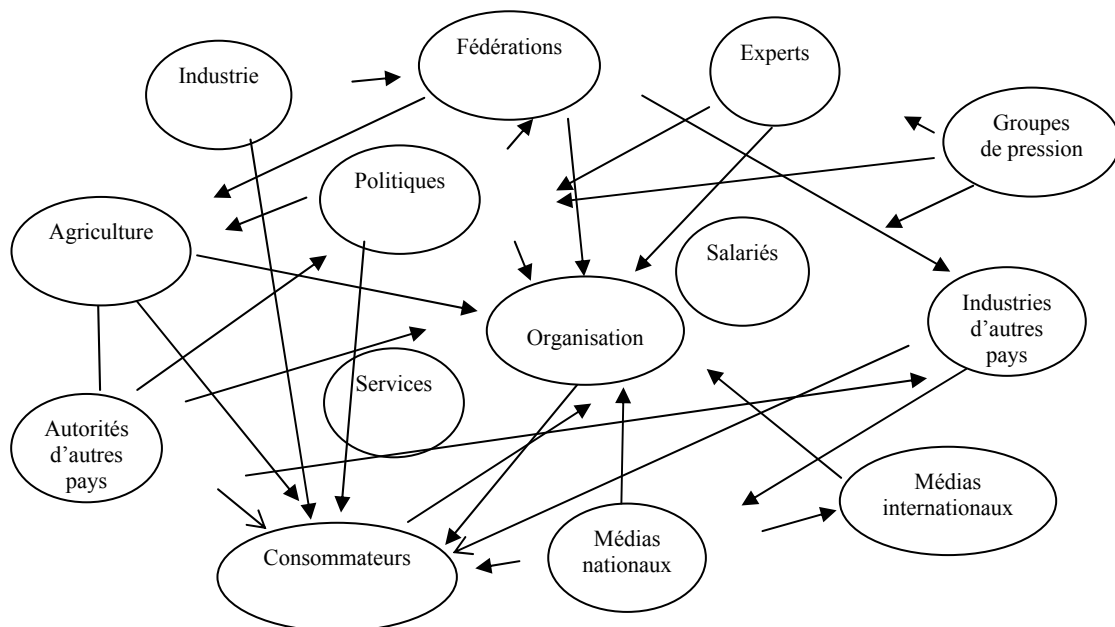


Figure 1. Communication entre les différentes parties prenantes et les publics concernés par la crise de la dioxine en Belgique

Le 4 juin, le gouvernement belge a publié une liste de produits ayant un lien avec Verkest. Des centres de collecte des produits mentionnés sur la liste ont été créés et les produits en question incinérés.

Dans un communiqué de presse publié le 5 juin pour rassurer la population préoccupée par les problèmes sanitaires liés à la consommation de produits, il était expliqué que la contamination était due à des circonstances exceptionnelles et que les conséquences étaient maîtrisées. Les mesures prises y étaient résumées et le gouvernement y révélait également son désaccord avec la Commission européenne.

Le 7 juin, le ministre néerlandais de l'Agriculture a donné sa démission, étant accusé de n'avoir signalé que tardivement le risque de contamination par la dioxine des volailles et des œufs liés aux importations de graisses de Belgique.

La Commission européenne a communiqué des informations concernant les mesures prises au niveau de l'Union européenne.

Le 10 juin, des agriculteurs belges protestant contre l'interdiction frappant les exportations ont bloqué la circulation aux frontières avec la France et les Pays-Bas.

En juin, plusieurs pays ont fait état de niveaux élevés de dioxine dans des produits à base de poulets importés de Belgique. Les médias s'en sont largement fait l'écho. Des débats ont été entamés au sujet de l'élaboration de nouvelles normes de sécurité et de la création d'une autorité européenne en matière de sécurité sanitaire des aliments. Vers la fin du mois, l'incidence économique de la crise ayant pris une importance considérable, le gouvernement belge a estimé les pertes économiques enregistrées par le secteur agro-alimentaire à plus de 1,5 milliard de dollars des États-Unis.

En juillet, la Commission européenne et le nouveau gouvernement belge en place étaient toujours en désaccord sur la réglementation des importations applicable aux produits agricoles en provenance de Belgique et sur les limites tolérables de concentration en PCB.

Enfin, le 6 août 1999, le gouvernement belge a publié une directive conforme aux règlements de la Commission européenne selon laquelle tous les animaux ou produits dérivés devaient être accompagnés d'un certificat d'analyse confirmant l'absence de PCB ou de dioxine.

Le 20 septembre, un programme de certification a été mis en place pour rendre obligatoire un test permettant de détecter la présence de PCB et de dioxine dans toutes les exploitations agricoles de Belgique.

Alors que cette crise sanitaire ne touchait au départ que la Belgique, elle a pris une ampleur politique, économique et sociale qui s'est étendue bien au-delà des frontières du pays. La crise a également accru la sensibilisation aux risques sanitaires dus à une exposition à la dioxine et a amené les pays à effectuer davantage de contrôles systématiques pour détecter la présence de dioxine et de PCB.

La communication en cas de crise : un défi à relever

Pendant la crise de la dioxine en Belgique, c'est peut-être le degré élevé d'incertitude quant à la cause exacte de la contamination de l'environnement par la dioxine et de sa consommation par les animaux qui a constitué un défi majeur à relever. On ne connaissait pas non plus la teneur en dioxine à laquelle la population belge avait été exposée en début de crise. Cette crise a été causée par un incident exceptionnel limité dans le temps, mais à la source duquel il a été difficile de remonter. En particulier, le lien entre la contamination des aliments pour animaux et la contamination d'animaux par la dioxine n'était pas évident à établir. Les avis des scientifiques divergeaient considérablement quant à la cause des événements, raison pour laquelle les messages destinés à l'opinion publique ont prêté à confusion. Le grand intérêt que les médias internationaux ont porté à cette question, ce qui a à son tour attisé les craintes de la population belge, a également posé des problèmes.

Les autorités belges ont été incapables de faire face à nombre de difficultés. Certaines ont trait aux incertitudes et à la mauvaise réputation de la dioxine en tant que substance risquant d'être cancérigène et de perturber le système endocrinien. Par exemple, avant la crise, les

concentrations acceptables de dioxine n'étaient pas les mêmes dans les différents pays européens.

Non seulement la communication était mal coordonnée en Belgique entre les différentes parties prenantes, dans le domaine de la production d'aliments et le secteur agricole et les groupes d'intérêt, mais aussi entre la Belgique et la Commission européenne ainsi qu'entre les pays de l'Union européenne.

Discussion

- En cas de crise, il faut d'abord décider de ce qu'il y a lieu de faire et ensuite communiquer. Lors de la crise de la dioxine, le gouvernement belge a peut-être pris les mesures appropriées, mais n'a pas communiqué à leur sujet.
- Cette étude de cas a montré l'importance d'une communication précoce concernant les risques sanitaires qui se produisent soudainement et l'action menée par les pouvoirs publics pour faire face à ces risques. La dissimulation des risques et l'absence d'information peuvent engendrer une grave perte de confiance de la part de la population, de la confusion et de l'anxiété. Lors de la crise de la dioxine, l'absence de communication a incité les médias et la population à s'intéresser à l'incapacité perçue des pouvoirs publics à gérer la crise et non aux déficiences de l'industrie alimentaire qui étaient à l'origine du problème.
- En outre, cette affaire illustre l'importance d'une stratégie de communication qui anticipe les événements et repose sur des informations fiables et non sur des hypothèses émises par les médias. Ces derniers recherchent souvent ce qui est caché. Si les pouvoirs publics attendent que les médias détectent un problème, ils se retrouvent dans une position défensive et font ensuite souvent des déclarations qu'ils sont amenés à regretter.
- En matière de communication en cas de crise, il faut choisir avec prudence les personnes qui communiquent avec la presse. En Belgique, il était fâcheux que les personnes qui s'efforçaient de résoudre la crise étaient également celles qui communiquaient avec la presse. De ce fait, elles ont été surchargées, non seulement parce qu'elles manquaient de temps mais étaient également soumises à une pression psychologique lorsque les médias ont commencé à affirmer que les pouvoirs publics ne maîtrisaient plus la crise.
- Il n'est pas possible de fixer des règles que les ministères de la Santé devraient suivre pour décider des personnes qui doivent communiquer : chaque ministère de chaque pays doit décider de ce qu'il convient de faire.
- Les personnes qui s'adressent à la presse lors d'une crise ont besoin d'une assistance de la part de spécialistes de la communication, qui peuvent être mieux en mesure de comprendre la façon de répondre aux questions des journalistes et de donner des conseils à ce sujet.
- Les responsables de la communication en cas de crise et les journalistes doivent se respecter mutuellement et accepter le rôle respectif de chacun en cas de crise. Les journalistes ne sont ni les amis ni les ennemis des autorités sanitaires en cas de crise ; ils se bornent à faire leur travail. Néanmoins, les responsables de la communication de crise doivent être des communicateurs avisés pour empêcher tout malentendu et toute confusion. Ils doivent également avoir une connaissance technique des risques sanitaires, tout en étant capables d'exprimer des réalités complexes de façon simple.
- Le travail des journalistes consiste à poser des questions. Ils peuvent demander des opinions personnelles (« Que pensez-vous ? » ou « Quel est votre avis sur la situation ? »)

lorsque les données scientifiques manquent. Ces questions permettent d'aller au-delà des positions officielles. Cependant, les communicateurs ont le droit de refuser de répondre à des questions, surtout lorsqu'elles dépassent leur domaine de compétence.

- Le cas présenté montre que le gouvernement belge et la Commission européenne n'ont pas coordonné leur communication de crise. Une coopération directe, au lieu de reproches et d'accusations, aurait peut-être été mieux en mesure de susciter la confiance de la population.

Deuxième cas. L'alerte à la grippe aviaire en Autriche

« Il faut agir auprès des médias avant le début d'une crise. Pour que tout se passe bien en cas de crise, je parle régulièrement aux journalistes auxquels je fais confiance et parfois je leur donne des informations d'ordre général pour leur propre information. »

Généralités

La grippe aviaire est une infection des oiseaux causée par le virus de la grippe de souche A. Il existe plusieurs sous-types de ce virus, qui ont des niveaux de pathogénicité variables. Les sous-types les moins pathogènes peuvent subir des mutations à la suite desquelles ils deviennent plus virulents et entraînent un taux de mortalité pouvant atteindre jusqu'à 50 %.

Les épidémies de grippe aviaire touchant les volailles sont considérées comme rares ; de 1959 à 2003, il y en a eu 21, qui sont restées limitées sur le plan géographique (4). Néanmoins, les épidémies récentes se sont propagées plus largement sur le plan international et ont eu des effets économiques plus importants. De nouveaux pays connaissent des épidémies causées par des souches très pathogènes du virus de la grippe aviaire touchant les volailles, alors qu'ils n'ont pas d'expérience des mesures à prendre pour lutter contre ces épidémies.

Le passage de l'animal à l'homme est rare, comme en témoigne le nombre peu élevé d'infections humaines. Malgré l'annonce faite le 27 septembre 2004 par le ministère thaïlandais de la Santé d'une éventuelle transmission interhumaine dans un groupe familial, on ne dispose toujours pas d'indications concernant une transmission interhumaine aisée. Cependant, on redoute que cela ne devienne possible dans l'avenir, soit à la suite de l'échange de segments de gènes lorsque des êtres humains sont infectés simultanément par les virus grippaux humain et aviaire, soit en raison d'une mutation du virus lors d'une infection humaine (4). À cet égard, on suit particulièrement la souche virale H5N1 de la grippe aviaire, qui est un type de virus relativement nouveau, potentiellement susceptible d'une transmission aisée. Ce virus est capable d'acquérir des gènes de virus infectant d'autres espèces animales. Il a été montré qu'il mutait rapidement et avait une pathogénicité élevée, ce qui signifie qu'il pourrait causer des maladies graves chez les êtres humains. Une infection simultanée d'un être humain par des souches de la grippe humaine et de la grippe aviaire peut créer un sous-type nouveau de virus potentiellement doté d'une pathogénicité humaine élevée. Si un tel sous-type fait son apparition, il est probable que la population générale n'aura pas d'immunité contre lui et que les vaccins existants seront inefficaces. Cela suscite des préoccupations considérables relatives à une éventuelle pandémie de grippe. Celle-ci pourrait en principe être aussi meurtrière que la grippe « espagnole » de 1918, qui a causé pas moins de 50 millions de morts selon les estimations.

Séquence des événements

Plusieurs flambées épidémiques locales de grippe aviaire A chez des êtres humains ont été signalées au cours des huit dernières années. Dans la région administrative spéciale de Hong Kong (Chine), en 1997, la grippe aviaire de type A (souche H5N1) a causé 18 infections détectées, qui ont entraîné 6 décès. Cette flambée épidémique a coïncidé avec des épidémies d'infection à virus H5N1 touchant les volailles constatées dans des élevages et sur des marchés (4). On estime que l'abattage immédiat des volailles a permis d'éviter une pandémie (5). En 1999, deux cas de grippe aviaire de type A (souche H9N2) ont été signalés. En 2003, la région administrative spéciale de Hong Kong a notifié deux autres cas de grippe aviaire de type A (souche H5N1), dont l'un a entraîné un décès. Les Pays-Bas ont notifié 87 cas de grippe aviaire de type A (souche H9N2) ; à cette occasion, un vétérinaire est décédé.

La flambée épidémique de grippe aviaire de 2004 a commencé par la notification de trois cas confirmés en laboratoire (deux enfants et un adulte) au Vietnam le 13 janvier et de deux infections d'enfants confirmées en laboratoire en Thaïlande le 23 janvier. Dans les deux pays, l'agent pathogène était lié à la souche de grippe aviaire H5N1 et en rapport direct avec des épidémies d'infection de volailles qui s'étaient produites dans sept pays d'Asie depuis décembre 2003. D'autres cas ont été signalés au Vietnam et en Thaïlande ; en tout, il y a eu 36 cas et 23 décès jusqu'au 22 mars 2004.

En Colombie-Britannique (Canada), deux cas de grippe aviaire causés par une souche différente (H7) ont été confirmés le 31 mars.

En janvier 2004, le ministère fédéral de la Santé et des Femmes d'Autriche a désigné l'Institut de virologie comme laboratoire de référence national pour les infections liées à la grippe aviaire. Il a diffusé plusieurs recommandations à l'intention de la population. L'une d'entre elles demandait instamment aux groupes à risque (travailleurs du secteur de la volaille et autres) de porter des masques et une protection oculaire lors de l'alimentation des volailles. La population à risque a bénéficié d'une vaccination contre la grippe et d'une prophylaxie antivirale (oseltamivir). Des recommandations concernant la vaccination contre la grippe ont été diffusées à l'intention des voyageurs et des avertissements généraux ont été donnés en ce qui concerne les visites d'exploitation de poulets et les marchés où étaient vendus des volailles vivantes. Une vaccination gratuite contre la grippe a été proposée à l'ensemble de la population.

En même temps, le ministère fédéral de la Santé et des Femmes a commencé des négociations concernant la disponibilité et le prix de médicaments antiviraux et de vaccins obtenus au moyen de cultures cellulaires.

En février 2004, l'élaboration du projet de plan de préparation à une pandémie de grippe a été achevée et les autorités de santé publique régionales ont été chargées de concevoir une stratégie de vaccination et de distribution.

Stratégies et opérations de communication

La communication sur les risques sanitaires en Autriche repose normalement sur une communication réalisée de façon anticipée par la télévision, la presse, Internet, et les revues professionnelles, générales et autres. Ces moyens d'information visent à faire mieux connaître les risques sanitaires à la population avant une crise. On utilise les médias pour sensibiliser la population aux risques sanitaires. Le ministère fédéral de la Santé et des Femmes a conçu et diffusé dans la population des informations sur plusieurs scénarios de crise et les interventions

des autorités sanitaires. Les plans de préparation et les capacités de réaction sont rendus publics en vue d'accroître l'acceptation par la population de mesures préventives et de certains achats (de vaccins par exemple).

Des personnes qualifiées mènent une action de communication précoce ou réalisée au bon moment sur les risques, en vue d'éviter toute panique. Bien que les communications ministérielles reconnaissent les risques sanitaires, elles visent également à rassurer. Elles diffusent, par exemple, des informations sur les mesures prises pour faire face aux risques. Il est facile de les élaborer lorsque des plans de préparation aux situations d'urgence existent et que les capacités de réaction sont suffisantes (laboratoires, disponibilité d'une quantité suffisante de médicaments et de vaccins, et personnel de santé bien formé).

Le plan autrichien d'action en cas de pandémie prévoit, à l'égard des médias, deux stades de la communication sur les risques : l'un entre pandémies et l'autre au cours des différentes phases d'une pandémie.

En ce qui concerne la phase entre pandémies, la perception de risque est accrue par une information continue sur les plans de préparation et le renforcement des capacités avant et pendant la saison grippale. Des communiqués de presse sont rédigés et un site Web sur la grippe est mis en place. Un centre d'appels est créé et peut être contacté via un numéro d'urgence gratuit. Le porte-parole du ministère fédéral de la Santé et des Femmes participe à toutes ces activités.

Au cours de la phase de pandémie 0, le ministère diffuse des informations sur la menace sanitaire et les mesures éventuellement nécessaires. Le cas échéant, une ligne téléphonique spéciale est mise en place. Au cours de la phase pandémique 1, lorsque l'OMS confirme la menace de pandémie, le ministère fédéral de la Santé et des Femmes crée un comité de crise sur la pandémie. Ce dernier diffuse quotidiennement des informations sur les menaces sanitaires et les mesures nécessaires prises. En Autriche, les responsables politiques du domaine sanitaire ont accepté de pouvoir être contactés par les médias au cours de cette phase 1 d'une pandémie de grippe. Des lignes téléphoniques spéciales sont créées aux niveaux national et régional. Au cours de la phase 2, le comité de crise sur la pandémie diffuse des informations sur l'évolution de la pandémie et rend compte des effets des mesures prises. Au cours de cette phase 2, les responsables politiques dans le domaine de la santé ont accepté de pouvoir être contactés par les médias. Au cours de la phase 3 de la pandémie, le comité de crise sur la pandémie déclare la fin de la première vague de la pandémie, présente un rapport et donne des informations sur une éventuelle deuxième vague.

Au cours de l'alerte à la grippe aviaire en Autriche, la plupart des principes mis au point pour une pandémie de grippe ont été appliqués. En raison de l'incertitude concernant l'importance des risques sanitaires représentés par l'épidémie de grippe aviaire parmi les volailles et chez certains êtres humains en Asie, il a été décidé de mettre en œuvre une stratégie de communication uniforme. À cette fin, on a veillé à un consensus entre toutes les parties intéressées, grâce à des réunions des conseils fédéraux sanitaires et de vaccination, à la participation de toutes les autorités sanitaires régionales et d'une association des principaux experts autrichiens dans les domaines de la virologie, de la vaccination et de l'épidémiologie.

Lors d'une réunion d'une demi-journée de tous les participants aux niveaux national et régional, des responsables politiques et des experts, il a été décidé qu'un des épidémiologistes, qui avait des talents de communicateur, serait le communicateur chargé de la coordination pour l'alerte relative à la grippe aviaire.

D'autres personnes devaient également communiquer avec la presse. Le ministre fédéral de la Santé et les secrétaires d'État à la Santé participaient aux conférences de presse. Le directeur général de la santé et les experts utilisés par le ministère s'efforçaient également d'être toujours présents lors des conférences de presse.

Les mesures vétérinaires et de protection de la santé humaine étaient constamment portées à la connaissance des médias, actualisées sur le site Web du ministère et publiées dans des revues professionnelles et générales.

Les messages essentiels étaient rédigés et communiqués de façon répétée (*encadré 1*).

Encadré 1. Messages essentiels de la communication sur la grippe aviaire en Autriche en 2004

- La grippe aviaire est une maladie qui touche les animaux !
 - Il n'y a pas de grippe aviaire en Autriche.
- La grippe aviaire ne peut se transmettre par les aliments.
- Aucune donnée n'indique qu'une transmission interhumaine s'est produite.
- Les médicaments contre la grippe peuvent également être efficaces contre la grippe aviaire.
- Cependant, nous nous préparons au pire, c'est-à-dire une épidémie de grippe en Autriche, et nous élaborons un plan de préparation.

L'encadré 2 donne un exemple de la succession des manifestations destinées aux médias.

Encadré 2. Exemples de messages destinés aux médias communiqués par le secrétaire d'État à la Santé

- 3 février 2004 : le secrétaire d'État à la Santé recommande la prudence en cas de voyage en Asie
- 10 février 2004 : invitation à une conférence de presse avec le ministre fédéral de la Santé Rauch-Kallat sur le thème « Grippe aviaire : plan de préparation de l'Autriche »
- 13 février 2004 : le secrétaire d'État à la Santé se rend à une réunion du Conseil des ministres consacrée à la grippe aviaire à Bruxelles
 - 24 février 2004 : connaissances récentes sur la grippe aviaire provenant de Chine

L'encadré 3 donne un exemple d'une déclaration du Conseil supérieur de la santé sur le thème de la grippe aviaire (traduit de l'allemand).

Encadré 3. Déclaration du Conseil supérieur de la santé sur la grippe aviaire

Actuellement, il n'y a pas de danger en Autriche !

En Asie, il existe actuellement une épizootie très contagieuse (grippe aviaire), qui est causée par un virus grippal des oiseaux. Très rarement, ce virus peut être transmis aux êtres humains qui entrent en contact direct avec des animaux infectés ou leurs excréments.

Jusqu'à présent, très peu de personnes qui étaient en contact avec des animaux infectés sont devenues malades. À l'heure actuelle, cette maladie a causé la mort de 20 personnes.

La transmission interhumaine est théoriquement concevable mais, au cours de cette flambée épidémique, une telle transmission n'a pas été prouvée.

Les autorités vétérinaires ont adopté des mesures rigoureuses pour prévenir la propagation de l'épidémie à l'Autriche.

Actuellement, il n'existe aucun signe de pandémie de grippe humaine, c'est-à-dire d'épidémie mondiale dangereuse.

Discussion

- Dans les situations où la population se trouve en présence d'un risque sanitaire soudain et incertain, les autorités sanitaires doivent communiquer des informations sur le degré d'incertitude.
- Il est utile de mettre en place une stratégie de communication et de relations avec les médias avant le début d'une crise. À cet effet, il faut maintenir des contacts constants avec les médias, ce qui est réalisable notamment grâce à la communication régulière d'informations sanitaires à la presse. Il est particulièrement important d'établir des contacts avec des organes de presse et des journalistes dignes de confiance.
- L'expérience acquise en matière de communication en Autriche a montré qu'il peut être très utile de parler d'une seule voix. Cependant, il résulte de l'examen du cas que cela n'est pas toujours réaliste. Par exemple, il a été soutenu que les déclarations scientifiques diffèrent toujours de celles des décideurs. Parfois, il faut décider prudemment de ce qu'il convient de diffuser respectivement au niveau politique et au niveau scientifique. D'autre part, il peut être plus difficile de parler d'une seule voix dans les pays où l'autorité en matière de santé publique est largement décentralisée. En outre, pour parler d'une seule voix, il faut que les autorités sanitaires soient prêtes à prendre l'initiative lors d'une crise. Cela exige un degré élevé d'estime de soi parmi les fonctionnaires responsables de la santé, potentiellement aussi à l'égard des fonctionnaires d'autres secteurs.
- Lors d'une crise, il est préférable que les interviews aient lieu en direct, pour éviter d'être cité en dehors du contexte. Les interviews données en période de crise doivent également être planifiées, car le temps manque. Il est difficile d'éviter que les autorités sanitaires ne fassent de trop nombreuses déclarations.
- L'expérience acquise en Autriche illustre une démarche systématique de la communication sur les risques relatifs à la grippe aviaire. Cependant, personne ne peut jamais être sûr que la séquence de communication sera toujours la même en temps de crise. Parfois, c'est dans les moments critiques que les systèmes de communication font leurs preuves.

Troisième cas. L'alerte au SRAS en Norvège

« Peut-on extrapoler le succès d'une stratégie de communication concernant une crise sanitaire potentielle à son utilisation dans une crise réelle ? »

La communication concernant le SRAS en Norvège a commencé le 13 mars 2003, un jour après que l'OMS eut lancé son alerte mondiale. Des informations ont été diffusées sur le site Web sanitaire de la Norvège. Le 14 mars, les principaux journaux norvégiens ont publié une grande quantité d'informations sur le SRAS. Le 16 mars, des informations techniques ont été diffusées au secteur sanitaire. Aucun cas de SRAS n'a été enregistré. La stratégie de communication a fait l'objet d'une évaluation indépendante en juin 2003.

Stratégies et opérations de communication

La stratégie de communication de la Norvège a été guidée par les enseignements tirés de l'accident nucléaire de Tchernobyl en 1986. Plus récemment, la Norvège avait conçu des éléments de communication dans le cadre de son plan de préparation à une pandémie de grippe. La stratégie de communication sur le SRAS a été dictée par la nécessité d'une coopération intersectorielle nationale, de la diffusion d'informations en temps utile, de l'exactitude et de la

pertinence de l'information fournie à la population, en vue de maintenir la confiance de celle-ci dans l'aptitude du gouvernement à faire face à une éventuelle flambée épidémique de SRAS. La cohérence des messages diffusés par les diverses autorités a été recherchée. La publication fréquente de nouvelles visait à réduire les effets d'informations contradictoires sur cette maladie. La communication comportait des informations provenant de l'OMS et d'autres organisations internationales. Des limitations d'ordre politique, administratif et budgétaire ont posé des difficultés. Trois conférences de presse ont eu lieu et 15 communiqués de presse ont été diffusés. Des sites Web ont été mis à jour en permanence et un bulletin d'information hebdomadaire a été publié. En outre, une salle de presse consacrée au SRAS a été mise en place et on a créé une ligne téléphonique spéciale qui permettait d'obtenir des conseils.

Évaluation de la communication

Un évaluateur professionnel indépendant a évalué la stratégie de communication en juin 2003 à l'aide d'une enquête par interrogatoire. L'anonymat des personnes interrogées a été garanti. Celles-ci étaient des médecins et des journalistes.

Cette enquête a révélé que plus de 70 % des médecins interrogés étaient satisfaits de la quantité, de la qualité, de la ponctualité, de la cohérence et de la fiabilité des informations que les autorités sanitaires avaient communiquées. Dix pour cent ont estimé que les informations étaient insuffisantes et 6 % ont répondu qu'elles étaient trop abondantes.

La plupart des journalistes interrogés ont également été satisfaits des informations communiquées. Environ la moitié d'entre eux étaient satisfaits du nombre de conférences de presse que les autorités avaient tenues et des questions qui y avaient été abordées. Cependant, il est intéressant de noter que certains journalistes avaient soupçonné qu'il existait en Norvège des cas de SRAS que les autorités n'avaient pas divulgués.

Il n'est pas possible de répondre à une question essentielle : la même stratégie de communication aurait-elle été aussi efficace si elle avait été utilisée dans l'hypothèse où la Norvège aurait été exposée à des infections par le SRAS.

Discussion

- L'existence d'une stratégie de communication, même en l'absence de crise, peut aider à concevoir rapidement un plan de communication lorsqu'une crise se produit.
- Un plan de communication de crise exige une connaissance générale du problème ; une indication des buts et des objectifs du plan (informer, persuader ou motiver ?) ; et la désignation des destinataires.
- Les questions des journalistes en cas de crise sanitaire sont relativement prévisibles. Que s'est-il passé ? Où cela s'est-il passé ? Qui est touché ? Quand cela s'est-il produit ? Pourquoi cela s'est-il produit ? Que fait-on pour remédier au problème ? Cela se reproduira-t-il ?
- Les participants se sont demandés qui est responsable des opérations dans le cadre de la communication de crise. En effet, il arrive que la dynamique institutionnelle prédétermine les contacts avec la presse. Par exemple, il se peut que le personnel responsable de la communication ait tendance à monopoliser les relations avec la presse, ce qui peut parfois créer des difficultés pour les journalistes, qui souhaitent avoir un contact direct avec les

décideurs. Il a été signalé qu'en temps de crise, les scientifiques doivent jouer un rôle d'appui mais il ne faut pas les autoriser à parler au nom des autorités sanitaires.

- Il faut surveiller les plans de communication au cours d'une crise et les évaluer après celle-ci.
- Il n'est pas possible de savoir si la même stratégie de communication aurait été efficace si elle avait été utilisée dans un pays qui avait été exposé au SRAS.

Cela a constitué la question de départ lors de l'examen du cas suivant, qui portait sur la communication de crise relative au SRAS en Ontario, où s'étaient produits 247 cas probables de SRAS, 128 cas suspectés, 44 décès dus au SRAS et la mise en quarantaine de quelque 20 000 personnes pour protéger les habitants de l'Ontario contre l'infection par le SRAS.

Quatrième cas. La crise du SRAS en Ontario

« Pendant les dix jours qui ont précédé le week-end de Pâques en avril 2003, des milliers de citoyens de l'Ontario ont été en quarantaine à leur domicile. »

La séquence des événements

On retrace ci-après les événements qui se sont déroulés au cours de la crise du SRAS en Ontario (Canada) (fig. 2).

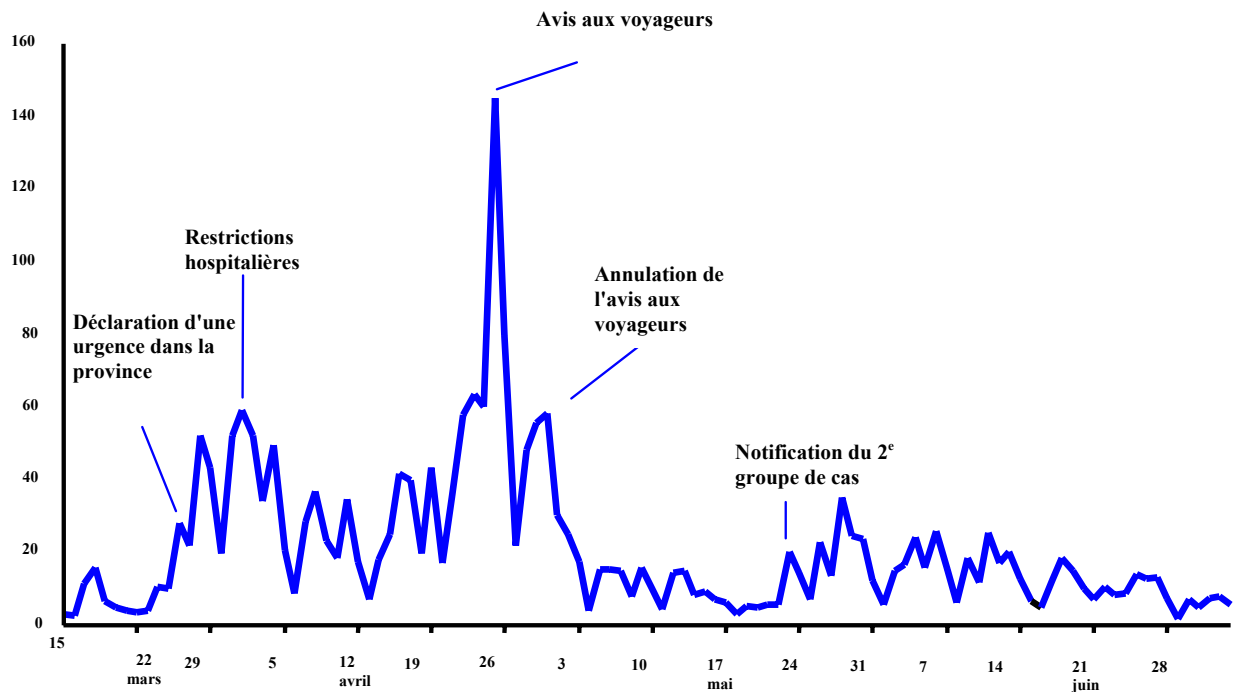


Figure 2. Principaux événements liés au SRAS et couverture par les médias (millions d'impressions)

Le SRAS a frappé le Canada à la mi-mars 2003 (fig. 2). La première conférence de presse modérée sur l'exposition probable de la population de l'Ontario (soit environ 11 millions de personnes) au SRAS a eu lieu le vendredi 14 mars. Au cours de cette conférence de presse, le

ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a averti les professionnels de santé et la population au sujet de quatre cas de pneumonie atypique. Ces derniers s'étaient produits dans une famille de Toronto, la famille index, qui était revenue en Ontario après s'être rendue dans une zone touchée de Hong Kong. Deux de ces cas initiaux se sont soldés par un décès. On a commencé à rechercher les personnes qui avaient été en contact avec les personnes infectées de la famille.

Le 26 mars, l'Ontario a déclaré que le SRAS constituait une urgence provinciale. C'est alors que de nombreux professionnels de santé, soutenus par les pouvoirs publics, ont commencé à isoler les personnes qui avaient été en contact avec le SRAS. Au cours des derniers jours de mars, des restrictions hospitalières ont été mises en place. Ces restrictions annulaient toutes les opérations chirurgicales programmées, limitaient les visites des parents de patients et restreignaient les transferts de patients entre hôpitaux. Dans de nombreux établissements de santé, on prenait la température des patients et des visiteurs.

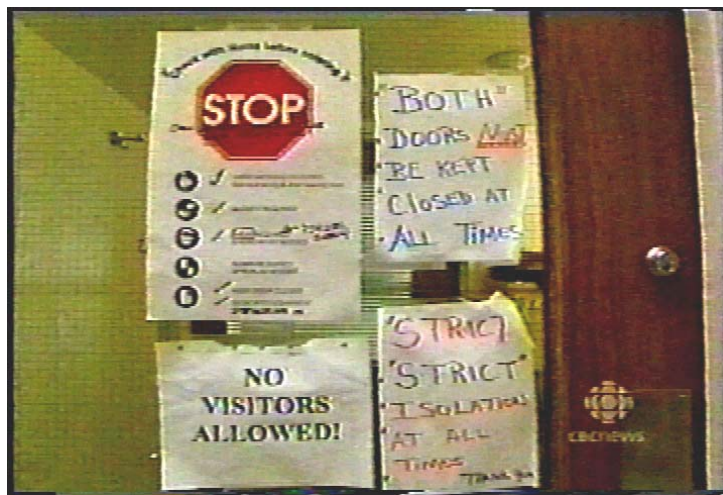


Figure 3. Restrictions de l'accès aux hôpitaux

Au cours des dix jours qui ont précédé le week-end de Pâques, en avril 2003, plus de 3 000 citoyens de l'Ontario, dont des professionnels de santé résidant pour la plupart dans la région de Toronto ont été en quarantaine à domicile. Un avertissement aux voyageurs a été diffusé le 26 avril et a été levé une semaine plus tard.

Le 24 mai, les autorités sanitaires ont signalé que deux groupes de cas faisaient l'objet d'une enquête concernant les infections respiratoires. Tous les cas relevant de ces deux groupes ont été liés aux groupes de cas initiaux et aucun cas de SRAS n'a été signalé depuis lors.

Stratégies et opérations de communication en cas de crise

Les stratégies de communication visaient à gérer la crise elle-même (protéger la population de l'Ontario) et à réduire la propagation géographique, tout en protégeant le système de santé dans l'Ontario et en limitant les perturbations autant que possible. Un autre but était de limiter les perturbations sociales et économiques potentielles dans cette province. La communication était guidée par deux objectifs (éduquer et informer) et devait rassurer la population en lui faisant savoir que le système s'adaptait au problème, ce qui s'est avéré difficile à réaliser. Un des principes essentiels et peut-être les plus difficiles de la communication était la nécessité de protéger la vie privée des personnes touchées par le SRAS, tout en maintenant une

communication transparente. La tactique opérationnelle de communication à destination de la population et les professionnels de soins a été examinée quotidiennement.

Dans le cadre de la stratégie, on s'est employé à montrer que les pouvoirs publics prenaient des initiatives pour gérer la crise. La communication sur les risques sanitaires était souvent directement liée à des appels à l'action.

Les jugements posés lors des actions de communication reposaient sur les meilleures données disponibles à chaque moment et sur des considérations éthiques. Il était important de s'adresser à tous les professionnels de santé qui travaillaient dans les services publics de soins de santé et les hôpitaux. En particulier, dans le cas des prestataires de soins qui couraient un risque plus élevé que la population générale, l'équipe de communication du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario s'est rendu compte qu'il importait de diffuser des messages cohérents et fréquents en temps utile depuis le centre de coordination provincial. En règle générale, il fallait que le personnel de communication soit accessible et ouvert, et agisse sur la base de faits. On a créé une salle de communication spéciale et la fonction de directeur exécutif de la communication, dont la tâche était de coordonner toutes les communications d'urgence et les activités de l'équipe de communication. Celle-ci a travaillé jusqu'à 18 heures par jour pendant 15 semaines d'affilée.

Sur le plan interne, on organisait chaque jour des conférences téléphoniques en début de journée avec la participation de fonctionnaires, d'experts et de personnel chargé de la communication. Pour les parties prenantes du système de soins de santé (telles que les personnalités politiques responsables de la santé, les fonctionnaires compétents dans le domaine de la santé et les associations de professionnels de santé), on procédait à des appels individuels pour s'efforcer d'harmoniser la communication. Ces parties prenantes ont également reçu des bulletins réguliers par courrier électronique et avaient accès à un site Web protégé par un mot de passe. Au plus fort de la crise, une conférence de presse avait eu lieu chaque jour à 15 heures. En tout, plus de 100 conférences de presse ont eu lieu. Les porte-parole choisis étaient des fonctionnaires ou des experts. Les conférences de presse ont été complétées par de la publicité payée. Le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a été constamment mis à jour par la communication d'informations et de fiches quotidiennes et par des séances de questions et de réponses.

Les conférences de presse de l'après-midi étaient principalement destinées aux citoyens, mais des lignes téléphoniques supplémentaires ont été créées au niveau provincial central pour donner des conseils aux professionnels de santé des hôpitaux et des centres de santé. En outre, des lettres ont été envoyées à diverses reprises à la société des médecins. Des directives ont été publiées régulièrement.

Une action de communication distincte a eu lieu pour donner des conseils aux personnes en quarantaine et aux membres de leur famille, pour éviter qu'ils n'acquièrent une infection. Des lignes téléphoniques spéciales relatives au SRAS ont été créées dans des centres de santé publique et des centres de soins de proximité. Ces lignes téléphoniques permettaient aux personnes mises à l'isolement d'être conseillées et soutenues pour obtenir des aliments et autres produits courants. La ligne téléphonique provinciale pour le SRAS à Toronto recevait environ 10 000 appels par jour.

Problèmes posés par la communication en cas de crise

Au début de la crise, de nombreux problèmes opérationnels se sont posés dans le domaine de la communication, car il fallait maintenir un équilibre entre la confidentialité des données relatives aux patients et la transparence. En particulier, le droit à la vie privée a-t-il empêché le partage d'informations qui aurait été nécessaire pour lutter contre l'épidémie ? De même, il était difficile de concilier judicieusement l'information sur les risques sanitaires et la nécessité de rassurer la population en lui montrant que le système de santé s'adaptait pour faire face au danger. Cet aspect est devenu de plus en plus important, étant donné que les craintes de la population sont devenues intenses. L'action de communication devait lutter contre une tendance croissante à la xénophobie à l'encontre de personnes pouvant être atteintes de SRAS, et à l'égard d'Asiatiques et des professionnels de santé. Par exemple, certains chauffeurs de taxi refusaient de conduire des infirmiers.

D'autres problèmes avaient trait à l'incertitude de l'information, c'est-à-dire non seulement l'absence de définitions de cas, mais également l'inexistence de données fiables relatives à l'utilisation des services de santé par des patients présentant des symptômes de pneumonie. Le gouvernement provincial a découvert au cours de la crise du SRAS qu'en raison des déficiences du système d'information, il ne pouvait obtenir des informations fiables concernant les personnes qui demandaient des soins dans des hôpitaux et d'autres services de santé.

Ultérieurement, il a été constaté qu'il s'agissait là d'une des raisons principales de l'incapacité à évaluer la propagation du SRAS, qui était principalement transmis par les hôpitaux en Ontario. Par exemple, l'absence d'informations fiables sur l'utilisation des services de santé dans les hôpitaux ne permettait pas de savoir si les cas notifiés dans les hôpitaux indiquaient des cas cumulatifs de SRAS dans un hôpital donné ou correspondaient plutôt à des tendances d'infections dans l'ensemble de la population. En outre, la communication était mauvaise entre les hôpitaux et les organismes de santé publique et les établissements de soins.

Les médias étaient très intéressés et demandaient des informations nombreuses et fréquentes. Parfois, l'équipe de communication estimait que c'était les médias qui déterminaient ce qu'il convenait de faire. Il était difficile d'organiser les conférences de presse, car l'équipe de communication devait communiquer avec des personnes qui connaissaient assez bien les risques sanitaires du SRAS et avec des personnes mal informées, ce qui a créé une confusion considérable.

La déficience de la communication internationale a posé deux problèmes principaux. Le premier était que les messages destinés à la population locale ont été repris et diffusés dans le monde entier, ce qui a largement propagé les informations concernant les problèmes locaux posés par la lutte contre le SRAS. Il se peut que cela ait exacerbé l'angoisse des citoyens de l'Ontario, qui ont ainsi obtenu des informations sur l'épidémie de SRAS en Ontario par les médias internationaux et se sont mis à se demander si la situation était aussi grave qu'on l'affirmait. Le second problème lié à la communication internationale concerne la communauté internationale de la santé, en particulier l'OMS. Comme l'Ontario est une province, elle n'a pas de relation officielle avec l'OMS et les voies de communication avec celle-ci étaient complexes.

En matière de communication de crise, les autres problèmes observés étaient des déficiences de communication entre les prestataires de soins. Les systèmes de lutte contre les infections hospitalières n'ont pas bien fonctionné, parce qu'il n'existait pas de mécanisme entre hôpitaux pour partager les informations concernant le SRAS. En outre, il y a eu un manque de cohérence

entre les messages provenant des prestataires de soins. Des hôpitaux différents ont diffusé des conseils qui ne concordaient pas : parfois, ils recommandaient l'isolement strict des cas, parfois ils préconisaient uniquement d'utiliser un équipement de protection lors des soins. Il est apparu qu'aucun reproche ne devait être adressé aux hôpitaux, car on ne disposait que de peu de données scientifiques sur le degré approprié d'isolement des personnes infectées ou soupçonnées de l'être. Bien que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ait communiqué aux hôpitaux des directives visant à donner des conseils, les réponses aux questions les plus essentielles, telles que « Dans quelle mesure devons-nous isoler les cas suspects ? », « Pouvons-nous nous borner à rester à l'écart ? » ou « Pouvons-nous nous contenter de porter des masques pour prévenir les infections ? », ne pouvaient être soutenues par des données concernant les meilleures méthodes pour faire face aux cas suspects.

La communication avec les personnes en quarantaine s'est révélée être extrêmement difficile. Pendant certaines périodes, des milliers de personnes étaient en quarantaine ; certaines d'entre elles avaient été en contact direct avec des cas suspectés et probables, tandis que d'autres étaient des professionnels de santé, et tous faisaient l'objet d'une enquête. De nombreuses personnes ont été isolées, parce que le nombre de cas suspectés était important. Les difficultés de communication concernant la quarantaine étaient dues à la multiplicité des publics et au fait que de nombreux professionnels de santé se trouvaient parmi les personnes en quarantaine. Or les uns et les autres avaient besoin de types différents de communication. Cependant, il fallait veiller à la cohérence de communication avec les personnes mises en quarantaine.

Les membres de l'équipe de communication du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario éprouvaient eux-mêmes de l'anxiété et de l'incertitude, craignant de contracter le SRAS, et quelques membres de l'équipe de communication ont demandé à être placés sous surveillance médicale.

Évaluation de la communication

Le responsable de la communication du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a estimé qu'une grande partie de l'activité de communication à destination du public avait bien fonctionné, par la diffusion systématique d'information, grâce à des séances d'information quotidiennes pour les médias et à des communications ciblées pour les parties prenantes. L'éditorial du *Toronto Sun* du 8 juin 2003 était élogieux : « Dès le départ, ils ont tenu des conférences de presse quotidiennes franches pour informer la population sur la gravité de l'épidémie ». Certaines parties prenantes du système de soins de santé l'ont confirmé. C'est le cas de John Service, directeur de l'Association canadienne des psychologues, qui a été cité comme suit dans le *Toronto Star* du 7 mai 2003 : « L'élément essentiel a été la décision prise dès le départ par des fonctionnaires de la santé publique de communiquer des informations fiables et régulières à la population. En obtenant la confiance du public, ils ont empêché l'anxiété, la crainte et la panique de s'emparer de la ville. »

En outre, il a été estimé que l'objectif d'éducation du public concernant les risques sanitaires résultant du SRAS avait été atteint. L'équipe s'est sentie soutenue par des porte-parole qualifiés et l'appui politique a été approprié.

L'enquête nationale par téléphone réalisée en avril 2003 auprès de 1 500 personnes a confirmé certaines de ces conclusions. Par exemple, près de 80 % des habitants de l'Ontario ont répondu qu'ils avaient reçu « une grande quantité » d'informations sur le SRAS. Les personnes

interrogées ont estimé que les informations étaient exactes en ce qui concerne le nombre de personnes infectées.

Un rapport complet sur tous les aspects de la prise en charge de la crise du SRAS a été publié en 2004 (6).

Discussion

- Les stratégies de communication de crise varient en fonction des destinataires, tels que la population, les professionnels de santé et les parties prenantes dans le système de soins de santé. Les communicateurs ont besoin de voies de communication directes avec les destinataires pour pouvoir faire du bon travail.
- Cette étude de cas a à nouveau mis l'accent sur ce dont il avait été question lors des études de cas précédentes : il n'y a pas de règle concernant le choix de la personne la plus apte à communiquer lors d'une crise (porte-parole, responsable de questions de santé, personnalité politique ou expert). Il y a des crises au cours desquelles chacun d'entre eux peut devoir communiquer, mais il faut savoir clairement qui communique quoi et quand. Jusqu'à la fin du Forum du futur, les participants n'avaient pas de certitude concernant la nature et la structure de l'équipe de communication en cas de crise.
- La divulgation des risques sanitaires est inévitable et il faut en même temps indiquer que des mesures sont prises. La communication sur les risques sanitaires à l'intention de la population ou d'autres destinataires doit donner des informations sur ce qu'ils peuvent faire pour remédier à la situation.
- La crise du SRAS en Ontario a démontré que la communication de crise est une tâche distincte de la prise en charge de la crise et de la prise de décision.
- Au cours d'une crise, de nombreuses personnes se dévouent totalement pour y faire face. Cependant, l'absence de coordination de messages uniformes et de clarification des responsabilités et des rôles dans la communication de crise restera probablement une difficulté importante lors de toute crise sanitaire future.

Cinquième cas. Communication concernant les risques sanitaires : l'expérience acquise au Royaume-Uni

« Obtenir des informations, les analyser et y donner suite. »

Des inquiétudes concernant des risques sanitaires peuvent être exprimées de différentes façons dans les médias. Par exemple, la dimension humaine peut être privilégiée. Les informations peuvent également être publiées sous la forme d'observations cliniques ou être des données de surveillance systématique. Les groupes de pression peuvent faire connaître leurs préoccupations par l'intermédiaire des médias. Parfois, les inquiétudes reposent sur des affirmations diffusées sur Internet. Dans d'autres cas, les informations publiées par les médias résultent d'activités de journalisme d'investigation. Il peut aussi s'agir de résultats de travaux de recherche épidémiologiques ou cliniques.

La présente section résume certaines observations sur la communication de crise au Royaume-Uni. L'expérience acquise concernant la communication liée aux risques et aux crises sanitaires est considérée selon différents points de vue : santé publique, médias, consommateurs et ensemble de la population en tant que destinataire de messages. Trois affaires qui se sont

produites au Royaume-Uni sont présentées comme exemples ; la vaccination ROR ; l'ESB et la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob ; et l'échec des services de santé.

Vaccination ROR

Le vaccin ROR est un vaccin trivalent qui immunise les enfants contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

En 1988, le vaccin ROR a été utilisé au Royaume-Uni pour la première fois, ce qui a permis de réduire l'utilisation de vaccins individuels contre chacune de ces trois maladies. Cette innovation a fait l'objet d'une vaste campagne dans les médias, et les professionnels de santé et le grand public ont tout d'abord accueilli favorablement cette vaccination, dont la couverture dépassait largement les 90 % au début des années 90. Les enfants étaient d'abord vaccinés à 20 mois et recevaient une seconde dose entre l'âge de 3 et 5 ans. L'âge de la vaccination a ensuite été modifié : la première vaccination avait lieu entre 12 et 15 mois et le rappel était effectué juste avant d'entrer à l'école.

Cette vaccination a fait l'objet d'une controverse en 1998 lorsque les médias ont évoqué la possibilité d'une association causale entre vaccination ROR, autisme et maladies intestinales. En effet, des articles parus dans des revues médicales faisaient état de séries limitées de cas rapportant une association entre le vaccin ROR et l'autisme. Les médias ont mentionné ces cas et alimenté la controverse en décrivant des exemples bien précis où l'administration du vaccin ROR coïncidait avec l'apparition d'autisme. En outre, des voix se sont élevées pour dénoncer l'homologation et l'autorisation de mise sur le marché prématurées du vaccin ROR en 1988. L'attention accrue des médias a provoqué un vif débat dans la communauté scientifique et le grand public.

Le gouvernement a adopté une position claire : les données scientifiques actuellement disponibles ne corroborent pas l'hypothèse selon laquelle le vaccin ROR est la cause de cas d'autisme. Cette position a été récemment renforcée par le résultat de plusieurs études reposant sur l'observation de populations (7–9).

Néanmoins, la communauté scientifique n'est toujours pas unanime à ce sujet. Malgré la position claire du gouvernement, les médias et le public ont cru les chercheurs qui soutenaient l'existence d'une association causale entre le vaccin ROR et l'autisme. La population a dès lors considéré le risque de vaccination sous un autre angle, ce qui s'est traduit par une baisse de la couverture vaccinale pour atteindre un pourcentage bien inférieur à 90 %.

Les autorités étaient de plus en plus perçues comme intransigeantes, refusant aux personnes concernées de prendre la décision qui s'impose. La notion d'immunité collective et les données statistiques relatives à l'existence éventuelle d'un lien de causalité entre le vaccin ROR et l'autisme ont eu moins d'influence sur les réactions de la population que les informations sur des cas isolés.

Par conséquent, il n'a pas été possible à ce jour d'obtenir à nouveau une acceptation générale du vaccin ROR, et beaucoup de parents britanniques restent préoccupés par les effets de cette vaccination sur la santé de leurs enfants. On comprendra dès lors les difficultés de communication entre un responsable de la santé publique et un parent soucieux des conséquences de la vaccination comme l'illustre le dialogue repris dans *l'encadré 5*.

Encadré 5. Dialogue entre un responsable de la santé publique et un parent préoccupé au sujet des risques présentés par le vaccin ROR et illustrant les difficultés de communication à ce sujet

Parent : Mon enfant est atteint d'autisme. Son développement était normal jusqu'à ce qu'on lui administre le vaccin ROR. Alors tout a changé.

Réponse : L'autisme est une maladie infantile qui apparaît à peu près au même moment où l'on administre le vaccin ROR. Même si l'apparition de la maladie survient quand on réalise l'injection, cela ne veut pas dire qu'il existe une relation entre les deux. C'est une coïncidence.

Parent : Sait-on ce qui provoque l'autisme ?

Réponse : Non, pas vraiment.

Parent : Est-ce qu'on n'a pas rapporté davantage de cas depuis les années 80 quand on a commencé à utiliser le vaccin ROR ?

Réponse : Si, mais l'augmentation du nombre de cas d'autisme a commencé avant l'introduction du vaccin. De nombreux comités d'experts ont étudié le lien entre le vaccin ROR et l'autisme, mais aucune association n'a pu être démontrée.

Parent : Des chercheurs ont pourtant démontré que l'autisme était provoqué par le vaccin ROR, ainsi d'ailleurs que les maladies intestinales. J'ai lu ça sur l'Internet.

Réponse : Il s'agit de recherches peu fiables qui n'ont pas été reproduites par d'autres chercheurs. Encore une fois, je peux vous assurer que ces travaux ont été examinés par plusieurs comités d'experts, qui ont réfuté les conclusions des chercheurs en question.

Parent : Des chercheurs ont démontré que l'administration de vaccins individuels était plus sûre que l'utilisation d'un vaccin ROR trivalent. Pourquoi est-ce que le gouvernement ne veut pas laisser le choix aux parents ?

Réponse : Dans ce cas, il faudrait six injections étalées dans le temps. Les enfants seraient vulnérables entre les injections. La rougeole et les autres maladies peuvent être graves, même fatales. Des épidémies sont apparues dans d'autres pays du fait d'une diminution de la couverture vaccinale. Le vaccin ROR est très efficace et très sûr. On l'utilise partout dans le monde depuis des dizaines d'années. C'est un vaccin important dans la mesure où il a pu sauver des vies. Depuis qu'on l'utilise, on n'a jamais connu de graves problèmes de sécurité.

Parent : Je ne comprends toujours pas pourquoi les parents qui désirent des vaccins individuels n'ont pas le droit d'en avoir. Je vais aller en France.

Ce dialogue illustre certains malentendus. Les réponses apportées aux parents ne permettent pas de les rassurer.

Les consommateurs possédant de bonnes connaissances médicales ont de plus en plus besoin d'une nouvelle terminologie pour la définition des risques. Les termes « sûr » et « peu sûr » ne suffisent plus. En effet, ils ne permettent pas de traduire le rapport existant entre les avantages et les risques, ni d'exprimer les risques sanitaires spécifiques auxquels les individus peuvent être exposés même si lesdits risques sont considérés comme peu élevés dans une population générale.

ESB et nv-MCJ

Au Royaume-Uni, l'épidémie d'ESB a permis de tirer de nombreux enseignements au sujet de la communication en cas de crise.

Les autorités sanitaires ne savaient généralement pas avec quelle franchise elles devaient rendre compte du caractère incertain de la situation. Elles n'étaient pas non plus bien préparées aux questions habituelles des journalistes qui cherchaient à nommer des responsables, à cerner leurs connaissances du problème, à savoir quand ils s'en étaient rendus compte et à définir les actions mises en œuvre. Tout comme partout ailleurs, les autorités sanitaires britanniques ont eu du mal à reconnaître la gravité du problème. Rares étaient les responsables qui ont publiquement avoué leur ignorance à ce sujet. Il ne s'agissait pas là de la seule erreur observée : même si l'on disposait de davantage d'informations, celles-ci n'ont pas été utilisées pour prendre des décisions

traduisibles en actions. Les actions sont devenues extrêmement incohérentes. Pour l'essentiel, il n'existait aucun cadre systématique permettant d'évaluer les risques sanitaires posés par l'ESB et d'agir en conséquence.

Les médias ont donc comblé une lacune : ils sont devenus des acteurs essentiels dans la diffusion de l'information sanitaire et ont interprété les risques liés à l'ESB. Les journalistes aussi ont été critiqués pour avoir exercé un impact négatif sur le comportement des consommateurs et effrayé le public. Certains titres comme « La mortalité due à l'ESB a augmenté de 300 % » étaient sans doute plus sensationnels qu'informatifs. Parmi les autres critiques, nous mentionnerons les inexactitudes et les interprétations erronées de la presse qui ont attisé la peur du public et remis en question les compétences des autorités.

Mais outre l'identification de dynamiques et de défaillances de fonctionnement immédiates, l'épidémie d'ESB a permis de révéler plusieurs erreurs au niveau des systèmes, comme la fragmentation de l'organisation, le territorialisme et la rivalité, qui n'ont pas permis une communication efficace en cas de crise.

L'une des observations les plus alarmantes de cette crise de l'ESB a sans doute été l'incapacité de la part des autorités sanitaires de comprendre et de prévoir la réaction du public, des patients et des médias à l'égard des risques sanitaires posés par l'ESB. Or il est nécessaire, même si c'est difficile, d'élaborer des stratégies de communication qui tiennent compte de la sensibilité du public. Il est parfois nécessaire d'évaluer les options disponibles afin d'atteindre un équilibre entre, par exemple, le besoin de transparence totale et celui de sécurité, et le besoin de dire toute la vérité et celui de rassurer les populations. En outre, en règle générale, les autorités sanitaires se doivent de communiquer la situation de crise avec compassion, dans le respect des tragédies vécues par certaines personnes.

Les erreurs médicales

Les tragédies personnelles ont un poids important dans la communication sur les erreurs médicales.

En janvier 2001, un garçon de sept ans atteint de leucémie est allé suivre un traitement au Queens Medical College. La leucémie est une maladie curable. Or, le jeune garçon est décédé plusieurs jours après son hospitalisation.

Si la leucémie peut être guérie, comment ce drame a-t-il pu se produire ?

Le décès est en fait dû à une erreur monumentale : l'administration dans la colonne vertébrale d'un médicament chimiothérapeutique (la vincristine) destinée à une injection intraveineuse. Et ce n'était pas la première fois : depuis 1985, au moins 23 cas ont été rapportés de patients (généralement des enfants) décédés ou paralysés dans des circonstances similaires, après l'injection incorrecte d'un traitement dans la colonne vertébrale. Parmi les facteurs ayant sans doute contribué à cette erreur médicale, il faut mentionner que les seringues préremplies destinées aux injections intraveineuses ressemblent aux seringues destinées aux injections dans la colonne vertébrale.

Une enquête a été ouverte. Chacune des étapes allant de l'hospitalisation du garçon jusqu'à sa mort a été reproduite par simulation. Les enquêteurs ont déterminé que le service de santé avait été globalement défaillant et qu'environ 40 erreurs avaient conduit à l'issue fatale. Ces 40 erreurs

peuvent être classées de manière à faire ressortir un certain nombre de problèmes liés à la conception du système et des processus : une conscience insuffisante des questions de sécurité ; des pratiques opérationnelles peu satisfaisantes ; un manque de protocoles explicites ; une formation inadéquate ; des erreurs de communication ; et une conception inadaptée des instruments médicaux et de leur conditionnement.

L'intérêt des médias était important et l'attention a particulièrement porté sur la tragédie humaine d'un jeune garçon victime d'une erreur médicale. Des titres du genre « Un garçon atteint de cancer décède à la suite d'une erreur d'injection », « Une mauvaise injection provoque la mort d'un adolescent » et « Un jeune patient meurt après l'administration d'un médicament inadéquat » illustrent l'intérêt des médias à couvrir l'événement, en présentant le côté humain de la tragédie et en entretenant la polémique.

Néanmoins, les enseignements de cette erreur médicale vont au-delà de la tragédie individuelle. En effet, les erreurs médicales, comme les risques pour la santé des populations, peuvent être les premiers signes d'une insuffisance du système sanitaire.

Ces défaillances du système sont parfois le résultat de traditions ancrées dans les services de santé. Par exemple, la loyauté entre collègues peut agir à l'encontre de l'intérêt des patients. En outre, les professionnels de santé n'ont pas l'habitude de divulguer leurs erreurs. Cette situation s'explique par le peu de données probantes disponibles permettant un contrôle systématique de la qualité. En général, les professionnels de la santé n'ont toujours pas suffisamment compris qu'il était important de mettre en place des systèmes et des processus garantissant la dispensation de soins de haute qualité.

Une communication efficace et éthique sur les risques sanitaires doit s'inspirer des principes suivants : évaluation scientifique de haute qualité, estimation intégrale des risques et des avantages, stratégie cohérente d'évaluation des risques sanitaires dans plusieurs domaines, cadre d'intervention explicite, intégrité, communication réaliste des incertitudes et plus grande participation du public aux débats engagés sur les risques sanitaires.

Conclusions

Les principales conclusions suivantes s'inspirent de ces trois exemples.

- L'émergence des risques sanitaires et les défaillances des services publics se produisent souvent dans un climat de méfiance, de suspicion, de reproche et de représailles.
- Le public comprend et perçoit les risques d'une manière très différente des professionnels de santé, et les stratégies de communication doivent tenir compte de ces différences.
- L'identification et la gestion adéquate des risques sanitaires sont tributaires de la culture de l'organisme considéré.
- Il est nécessaire de disposer d'un cadre clair pour évaluer les risques et prendre des décisions afin de les maîtriser.
- Une communication efficace et appropriée est essentielle à la prise de décisions en matière de santé publique.

La section suivante résume les opinions exprimées par les participants au Forum du futur, leurs conclusions, les questions restées sans réponse et les recommandations de l'OMS.

4. Conclusions

4.1. Opinions et conclusions des participants

Dans beaucoup de pays où les populations sont de mieux en mieux informées sur leur santé, la communication joue un rôle important dans la gestion des crises sanitaires. Elle peut en effet attiser une crise ou y mettre fin. En général, les participants au Forum du futur ont reconnu qu'assurer une communication efficace en cas de crise était devenu l'une des principales responsabilités des professionnels de santé publique. Les objectifs sont divers en fonction de la crise elle-même : informer, persuader et motiver. Les participants ont estimé que la communication en cas de crise dépendait du contexte et des circonstances, et qu'elle devait tenir compte de diverses parties prenantes (comme les journalistes ou les responsables de la santé), de leurs opinions légitimes et de leurs responsabilités diverses. En d'autres termes, aucune recommandation générale, applicable à tous, ne peut être émise. Les participants à ce Forum du futur ont par conséquent convenu, en guise de conclusions, d'émettre un large ensemble de principes et de mesures que les responsables doivent prendre en compte en situation de crise.

Recommandations des participants aux responsables de la santé – démarches à adopter pendant une situation de crise :

- adopter une démarche préventive et informer le public dès que la crise se présente, car la communication a pour effet de calmer la population, même s'il s'agit de risques sanitaires ;
- être disponible pour la presse et communiquer régulièrement en cas de crise, en évitant cependant la « surcommunication » – en général, des conférences de presse quotidiennes ne sont nécessaires qu'au plus fort de la crise ;
- ne pas transiger sur les compétences de la personne en contact avec la presse (qu'il s'agisse du porte-parole, du responsable de la gestion de crise ou de son collaborateur) : elle doit posséder les connaissances nécessaires en matière de communication et de santé publique ;
- informer le public sur les risques sanitaires et, en même temps, émettre des recommandations sur la façon de réagir aux menaces ;
- communiquer en toute simplicité, avec exactitude et transparence, sans traiter le public avec condescendance et en temps utile avant que des mesures soient prises ;
- être franc et éviter de cacher des informations sanitaires, mais en veillant aussi à rassurer le public ;
- expliquer clairement ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas (encore) ;
- ne pas ressentir de complexe d'infériorité vis-à-vis de la presse en admettant le manque de données probantes ;
- veiller à ce que les autorités sanitaires soient cohérentes dans leurs messages à la presse (l'objectif est de parler d'une seule voix) ;
- veiller à disposer des chiffres exacts pour une présentation correcte du problème et la prise de mesures concrètes ;
- faire preuve de respect et de compréhension pour l'anxiété du public, et communiquer en conséquence ;
- tenter de comprendre ce qui intéresse le public, ce que recherchent les médias, et promouvoir ainsi une synergie ;

- organiser des contacts structurés avec la presse ;
- envisager d'organiser des conférences de presse conjointement avec d'autres organismes publics et privés concernés ;
- décider de la composition et la structure des équipes de communication en cas de crise et tenir compte de leur capacité à mener à bien leur mission pendant toute la période de crise (y compris la fatigue et l'épuisement potentiels des membres de l'équipe) ;
- maintenir un contact étroit entre les équipes responsables de la gestion de la crise et celles responsables de la communication.

Recommandations des participants – démarches à adopter entre les crises :

- veiller à ne pas interrompre le processus de communication – il est en effet utile de familiariser le public avec la notion générale de menace sanitaire et de ne pas la présenter comme étant seulement une composante des crises sanitaires ;
- accorder à la communication l'importance qu'elle mérite dans la mesure où elle joue un rôle essentiel dans les interventions mises en œuvre en situation de crise sanitaire – elle doit par conséquent s'inscrire dans le processus de planification en cas d'urgence ;
- élaborer une infrastructure de la communication (par exemple, des documents destinés à la presse et des plans concernant celle-ci) et veiller à ce que les professionnels de la santé publique aient suivi une formation adéquate ;
- inclure la communication dans tous les programmes de santé publique, notamment dans la préparation des interventions en cas de menace sanitaire ;
- veiller à ce que la communication fasse partie intégrante de toute formation dans le domaine de la santé publique ;
- préparer des plans de communication stratégique qui distinguent les diverses situations d'alerte, d'alarme, de crise, d'urgence et de catastrophe ;
- s'adresser régulièrement aux représentants de la presse afin que ces derniers aient l'habitude de communiquer avec les responsables de la santé, et non pas seulement en situation de crise ;
- se préparer au pire – communiquer régulièrement en cas de crise sanitaire.

4.2. Questions restées sans réponse

Néanmoins, les participants au Forum du futur ont également ajouté à leurs conclusions plusieurs questions restées sans réponse, dont les suivantes :

- Lors de la communication sur les risques sanitaires et en situation de crise, comment peut-on mieux répondre aux besoins et aux attentes du public ?
- Comment peut-on améliorer la nature et la qualité des relations avec les journalistes et les médias ? Quelles mesures concrètes peut-on prendre pour améliorer ces relations ?
- Quelles sont la composition et la structure d'une équipe efficace de gestion de crise et de communication en cas de crise ?
- Comment peut-on détecter des crises qui surgissent rapidement ? Comment peut-on améliorer les réseaux pour informer les collègues sur le plan national et international ?
- Comment peut-on accroître la confiance du public envers les autorités sanitaires ?

- Comment peut-on faire en sorte que les activités relatives à la communication sur les risques et à la définition d'instruments de communication efficaces soient mieux coordonnées entre les organismes et les gouvernements d'Europe ?
- Quelles sont les données les plus importantes pour l'observation et la surveillance lors de la détection des risques et des crises sanitaires ?

4.4. Le Septième Forum du futur

À la suite d'une situation de risque sanitaire bien définie ou incertaine, les responsables politiques doivent faire usage des méthodes de communication en cas de crise afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles en matière de santé. Cela les incite de façon optimale à élaborer des stratégies de communication efficaces.

Le Septième Forum du futur se tiendra les 11 et 12 novembre 2004 à Malte. Le Forum du futur sera à nouveau consacré aux outils pour la décision en santé publique. Le prochain Forum portera sur les décisions impopulaires en santé publique.

Références

1. *Cinquième Forum du futur sur les outils facilitant la prise de décisions en situation d'urgence*. Madrid (Espagne), 16 et 17 décembre 2003. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83347.pdf>, consulté le 1^{er} novembre 2004).
2. *Questions/réponses sur les dioxines et leurs effets sur la santé humaine*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (Aide-mémoire de l'OMS n° 225 ; <http://www.who.int/médiacentre/factsheets/fs225/fr>, consulté le 1^{er} novembre 2004).
3. Lok C, Powell D. *The Belgian dioxin crisis of the summer of 1999: a case study in crisis communications and management*. Guelph, Ontario, Department of Food Science, University of Guelph, 2000 (Technical Report 13; <http://www.foodsafetynetwork.ca/crisis/belgian-dioxin-crisis-feb01-00.htm>, consulté le 7 octobre 2004).
4. *Avian influenza and human health. Report by the Secretariat*. Conseil exécutif, 114^e session, 8 avril 2004. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB114/B114_6-en.pdf, consulté le 7 octobre 2004).
5. *Avian influenza factsheet*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 15 janvier 2004 (http://www.who.int/médiacentre/factsheets/avian_influenza/en, consulté le 7 octobre 2004).
6. Commission to Investigate the Introduction and Spread of SRAS in Ontario, Archie Campbell, Commissioner. *The SARS Commission interim report*. Toronto, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2004 (http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/campbell04/campbell04.pdf, consulté le 7 octobre 2004).
7. Smeeth L, Cook C, Fombonne E et al. MMR vaccination and pervasive developmental disorders: a case-control study. *Lancet*, 2004, 364(9438):963–969.
8. Taylor B, Miller E, Lingham R et al. Measles, mumps, and rubella vaccination and bowel problems or developmental regression in children with autism: population study. *BMJ*, 2002, 324:393–396.
9. Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *New England Journal of Medicine*, 2002, 347(19):1477–1482.

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø
Danemark

Tél. : +45 39 17 17 17. Fax : +45 39 17 18 18. Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int

ISBN xx xxx xxxx x