

Université René Descartes (Paris V)

Faculté de Médecine

Master 2 Santé publique, spécialité « recherche en
éthique »

2005 - 2006

Réflexion éthique sur la mobilisation en santé
publique, notamment en chirurgie dentaire,
modifiée par l'épidémie de syndrome
respiratoire aigu sévère (SRAS) à Taïwan

Mémoire de WU Yen-Chun

Directeur de mémoire : M. JC. COFFIN,

Avec la participation du Dr. G. MOUTEL

et du Pr. C. HERVE

juin 2006

Remerciements

Les différentes étapes de ce travail ont été nourries par des manifestations de soutien et des commentaires enrichissants.

Je tiens à remercier en premier lieu le Professeur Christian HERVE pour m'avoir offert l'opportunité de participer à cette formation qui m'a permis d'approfondir des sujets qui me tiennent particulièrement à coeur.

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur Jean-Christophe COFFIN pour m'avoir aidée à réaliser ce travail, pour ses conseils et sa vision de l'Éthique.

Un grand merci à Dr. LEE, Jeng-Jaer, qui m'a donné de précieux documents en rendant possible cette rédaction.

Je remercie infiniment l'ensemble de membres du secteur dentaire de *Hospital of National Taiwan University* ainsi que ceux de la faculté de Médecine de *National Taiwan University* pour avoir répondu à mon questionnaire et m'avoir encouragé.

Que soient également sincèrement remercié ceux qui sont venus dialoguer avec nous. Nous y sommes sensibles et leur présence constitue pour nous un encouragement à poursuivre ensemble notre démarche.

Que tous ceux qui m'ont aidée et soutenue dans la réalisation de ce travail et dans mon parcours universitaire reçoivent également ma reconnaissance et mon Amitié.

Et, tout spécialement, merci à mes parents, de leur aide et soutien inestimable ...

*« On ne pratique bien une science que si l'on en connaît
l'histoire »*

Auguste Comte

*« Le savant n'est pas l'homme qui fournit les vraies
réponses,
c'est celui qui pose les vraies questions. »*

Claude Levi Strauss, Le cru et le cuit.

*« Les hommes de science prenaient conscience de leur pouvoir,
des conséquences de leur pouvoir, s'efforçaient de mesurer
ces pouvoirs,
de mesurer ces conséquences, de fortifier les conséquences
heureuses,
de limiter les conséquences périlleuses. »*

Pr Jean Bernard, De la biologie à l'Ethique

-Nouveaux Pouvoirs de la science-

-Nouveaux Devoirs de l'Homme- 1983.

Sommaire

INTRODUCTION	5
PROBLEMATIQUE	7
METHODOLOGIE	9
Méthode de la science de l'homme	10
Méthode de recherche historique	11
Méthode de recherche sociologique	12
Méthode choisie dans ce travail	13
A - Questionnaire (voir Annexe I)	13
B - Cadre d'étude	14
C - Recherche bibliographique	14
RESULTATS	15
Description de la population étudiée	15
Résultats du questionnaire	16
Lien entre l'information des premiers cas de SRAS dans le monde et les comportements de procédures en pratique dentaire	16
Les premiers cas apparus dans le monde et l'information obtenue	16
Comportements et procédures en pratique dentaire	18
Lien entre l'information des premiers cas de SRAS hospitalisés dans l'Hôpital national de Taïwan et les comportements de procédures en pratique dentaire	24
Le premier cas de SRAS à Taïwan étant hospitalisés dans l'Hôpital national de Taïwan et l'information obtenue par le dentiste	24
Comportements et procédures en pratique dentaire	27
Modifications du règlement sanitaire en cas de crise	31
Information sur le SRAS (question 6) :	36
Degré d'information par rapport à cette épidémie dans la pratique dentaire	36
Moyens d'information	36

Degré de la transparence d'information pendant l'épidémie de SRAS	38
En cas d'épidémie, l'information au public et celle au professionnel de santé doivent-elles être diffusées en même temps ?	40
Degré de panique sociale causée par le SRAS	42
Gestion de crise en cas d'épidémie	44
Degré d'influence de la politique envisagée et soutenue pour gérer la crise du SRAS	44
Compétence pour gérer la crise vis à vis d'une prochaine épidémie en plus de l'expérience du SRAS	45
En ce qui concerne la grippe aviaire	47
Information sur le principe de précaution vis à vis de la grippe aviaire	47
Comportements dans la pratique dentaire en cas d'épidémie de la grippe aviaire	47
Épidémies les plus dangereuses pour la pratique de la chirurgie dentaire à Taïwan	49
DISCUSSION	50
Critique de la méthodologie.....	50
Remarques sur les limites de la méthodologie	50
Reflexion sur la méthodologie	51
SRAS : l'épidémie du XXI ^e siècle, poussée de fièvre mondiale	54
Epidémie et l'histoire chinoise	56
SRAS et Taïwan	57
Quand l'Hôpital national de Taïwan a rencontré le SRAS	59
Expérience sur la gestion épidémiologique du SRAS par le secteur dentaire de l'Hôpital national de Taïwan	61
Leçons tirées de l'épidémie de SRAS	64
Règlement sanitaire international de l'OMS	66
Règlement sanitaire de Taïwan	67
Épidémie et société	68
Les véritables grands fléaux et les peurs	69
Les méthodes de contrôle des épidémies	70

Éthique médicale et politique de santé	72
Principe de prévention : protéger sans nuire	74
Principe de précaution : à manier avec circonspection	
75	
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE	77
Annexe I : Questionnaire	81
Annexe II : Cas possibles de SRAS à Taïwan	
(figures)	94

INTRODUCTION

Les théories scientifiques et les pratiques médicales ne tombent pas du ciel ou de l'esprit de génies isolés. Elles ont une histoire ; elles s'enracinent dans la culture et la matérialité de leur époque ; et elles s'incarnent dans des sociétés bien particulières. Nous observons ainsi, encore aujourd'hui, des « styles nationaux » en matière de science et de médecine. Les liens qui rattachent la médecine et la science à la société ne sont pas à sens unique. Il ne s'agit pas de prôner un déterminisme sociologique réducteur. Certes, d'un côté, les pratiques et théories médicales reflètent leur époque, c'est une des tâches de l'histoire sociale de la médecine. Mais en sens inverse, les sciences biomédicales contribuent aussi à façonner les sociétés dans lesquelles nous vivons, par le biais de nos croyances, de notre représentation de l'être humain, du « normal » et du « pathologique »¹, de ce qu'il faut faire et ne pas faire, et des comportements sociaux qui en découlent. Dans les sociétés modernes, la médecine contribue ainsi à la genèse de nouvelles normes sociales. De ce fait, les sciences médicale et biologique influencent notre représentation du monde et s'inscrivent dans un contexte institutionnel et économique. Par conséquent, elles peuvent interagir sur la sphère politique. L'histoire de la médecine permet, d'une part, de prendre un certain recul par rapport aux pratiques et théories médicales contemporaines – de s'extraire des évidences - et de voir d'où elles viennent, d'autre part, cette histoire peut contribuer à davantage ancrer la bioéthique dans la réalité concrète d'un passé souvent oublié et pourtant lourd de leçons.

En 2003, l'émergence du virus du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a rappelé combien des ennemis invisibles pouvaient survenir sans crier gare et menacer la planète entière^{2,3,4}. En 1918 et 1919, la grippe espagnole a causé 20 millions de morts. Bien qu'aucune épidémie de cette importance n'ait été constatée depuis ce temps, on ne peut écarter aujourd'hui la possibilité de voir certaines souches de virus grippal augmenter brusquement de virulence et infecter très rapidement des millions de personnes à travers le monde. Face à l'émergence de la grippe aviaire en Asie, l'Organisation mondiale de la santé affirme craindre l'apparition de nouvelles épidémies au XXI^e siècle.

Chaque année, plusieurs souches du virus de la grippe se propagent dans le

monde. Elles sont à l'origine d'épidémies régionales. Le virus subit de légères mutations d'une année sur l'autre, la plupart des personnes ayant été vaccinées l'année précédente continueront cependant d'avoir une légère protection contre ce virus sensiblement modifié. Ainsi, la véritable crainte n'est pas issue de ces modifications annuelles mais plutôt d'un changement plus radical tel qu'il en existe en moyenne trois ou quatre par siècle. Son apparition soudaine pourrait provoquer une épidémie à l'échelle mondiale. Le XX^e siècle a connu trois pandémies de ce type : en 1918-1919, en 1957-58 et dernièrement en 1968-69.

Concernant le virus aviaire H5N1, il n'existe pas de preuve d'une transmission inter humaine significative en Asie selon l'Organisation mondiale de la santé (l'OMS)⁵. Aucune mesure particulière telle que la quarantaine, le port d'un masque de protection, la prise de sang, les traitements ne doit être proposés systématiquement, mais le risque d'une pandémie humaine repose sur la survenue d'un virus influenza aviaire pathogène "humanisé". Cela résulte de l'introduction dans l'espèce humaine d'un virus grippal complètement nouveau, vis-à-vis duquel la population n'est pas encore immunisée. Depuis décembre 2003 et l'apparition de cas humains d'infection à virus aviaire en Asie, l'Organisation Mondiale de la Santé considère que nous sommes en phase pré-pandémique. Le dernier niveau avant la phase pandémique sera atteint lorsque le nouveau virus aura acquis une capacité de transmission inter humaine.

De nombreuses questions se posent et restent en suspens. L'apparition de la tuberculose, celle de l'hépatite B, celle du SIDA, plus récemment, celles du SRAS et de la grippe aviaire ont illustré le fait que l'angoisse pluriséculaire devant le risque épidémique demeure bien présente. De fait, les diverses épidémies qui ont jalonné l'histoire ont eu un impact significatif sur la réflexion concernant la sécurité sanitaire. Face à la menace des épidémies, comment le professionnel de santé devrait-il réagir en première ligne ? En ce qui concerne la pratique de chirurgie dentaire, on rencontre même plus de risque d'une maladie infectieuse. Qu'est-ce que nous avons appris auprès de l'histoire de chaque épidémie ? Est-ce possible de mieux mobiliser et de mieux gérer la crise avec les leçons tirées de l'expérience ?

PROBLEMATIQUE

En dentisterie, les risques pour les patients ainsi que pour les personnels d'être contaminés sont incontestablement plus importants que dans les autres spécialités médicales et paramédicales. Tout d'abord parce que la presque totalité des actes sont sanglants : détartrage par ultrasons, devitalisation, taille de dents pour la préparation de couronnes ou de bridges, extractions, etc, et que d'ailleurs, certains instruments nécessitent l'utilisation de sprays aqueux pour le refroidissement. L'air pressurisé et l'eau après réflexion sur les dents et les muqueuses voisines sont atomisés dans l'air du cabinet dentaire. Certains instruments en produisant des saignements provoquent donc la formation d'aérosols chargés de sang, ce qui n'existe dans aucune autre spécialité. Ces aérosols sont formés de microgouttelettes en suspension dans l'air composées de liquides, dont le sang et la salive, et de particules septiques, débris de matières (os, pus, tartre, amalgame,...), cellules, macrophages, bactéries, virus,...⁶

Il est évident que l'odonto-stomatologiste, dans sa pratique quotidienne, est déjà et sera de plus en plus confronté à des situations médicales comportant une composante buccale ou bien on aura à faire face à certaines pathologies systémiques qui conduiront le dentiste à modifier éventuellement son plan de traitement. Comment le praticien dentaire peut-il se préparer à faire face, en toute connaissance, aux nouvelles infections virales ? Faudrait-il qu'il modifie sa pratique vis-à-vis d'autres maladies virales plus anciennes dont la prise en charge actuelle a subi de profonds changements ? Il est nécessaire de savoir où en est l'état actuel de nos connaissances concernant les nouveaux virus et autres contagions, et de réaliser les problèmes qu'ils posent à l'échelon mondial. A Taïwan, les hépatites, pathologies malheureusement fréquentes, font toujours l'objet d'une sérieuse mise au point dans la pratique dentaire. Compte tenu du caractère davantage chronique de l'infection par le VIH, de l'amélioration des thérapeutiques et de l'espérance de vie plus grande qui en découle, de profonds changements dans notre prise en charge bucco-dentaire de cette infection est intervenue. Le praticien dentaire doit donc en être informé. Par contre, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), épidémie ayant particulièrement atteint Taïwan début du XXI^e siècle, est une des pathologies d'actualité médico-dentaire d'intérêt chez le personnel de santé. Le SRAS est une maladie infectieuse toute récente qui, jusqu'à présent, a causé la perte de plusieurs vies humaines et qui a pris le monde scientifique par surprise. Nous, comme professionnels de la santé, sommes

définitivement au premier plan quant à une possible exposition au virus. Pour mieux nous protéger contre une éventuelle contamination, des informations essentielles doivent être connues du praticien.

« L'éthique de la biologie et de la médecine doit s'intégrer à une réflexion de grande ampleur sur le plan politique, et la servir. C'est à ce prix qu'elle ne se bornera pas à la formulation de vœux purement abstraits, et qui resteraient, en grande partie, sans portée véritable », disait le Professeur Jean Bernard ⁷.

Pour analyser des problèmes éthiques soulevés par cette potentielle épidémie, ce travail tente de faire une étude historique afin de discuter les questions ci-dessous :

1. L'état des lieux en pratique dentaire pendant l'épidémie de SRAS en 2003 à Taïwan.
2. Les connaissances de chirurgiens dentistes sur la mobilisation et la gestion de crise par rapport à cette épidémie.
3. L'impact de la politique envisagée et soutenue pour gérer une crise épidémique.
4. Face à une situation extrême, comment vont réagir les professionnels de santé ainsi que les simples citoyens ?

METHODOLOGIE

En travaillant sur les méthodologies de la recherche en éthique, il faudrait d'abord connaître la méthodologie des sciences. Nous essayons donc de résumer les principes généraux à travers le livre « Méthodologie des sciences » de M. Henri LEFEBVRE.^{8, 9, 10}

La science et l'esprit scientifique sont caractérisés par la recherche de l'objectivité. Cependant, sur la définition même de l'objectivité, de nombreuses discussions ont eu lieu entre les savants comme entre les philosophes. Ces discussions ont mis en présence deux thèses : l'une définit l'objectivité par *l'indépendance, vis-à-vis de tout observateur, du fait (ou de l'idée)* ; l'autre la définit au contraire par *l'accord des observateurs*. Reste néanmoins que le degré d'objectivité qui se trouve atteint dépend de conditions qui sont les unes *individuelles*, et les autres *collectives et sociales*. Ces dernières conditions, en un certain sens, sont les plus importantes. D'une part donc, les conditions sociales déterminent la pensée scientifique et son degré limite de développement ; elles la permettent, mais lui infligent ses limitations. D'autre part, les préjugés sociaux pèsent dans le sens de cette limitation jusqu'à maintenir souvent la pensée en dessous de ses possibilités. Il ne faut surtout pas séparer ce qui doit s'unir : pratique et théorie, connaissance et action. Sinon, nous sommes « victime[s] de l'entendement » limité, dirait Hegel, c'est dire le caractère complexe de ces questions. En effet, *l'objectivité et l'impartialité* de la science ne peuvent se confondre que par une secrète mauvaise foi avec *l'indifférence* vis-à-vis des questions historiques, sociales, économiques, voire politiques.

L'esprit scientifique comporte indiscutablement la liberté d'esprit, le libre examen. Descartes a proclamé que la raison ne peut accepter comme vrai ce qui lui est imposé du dehors, ce qu'elle n'a pas reconnu comme tel. De la règle cartésienne, les métaphysiciens ont déduit cette conséquence que la raison (individuelle) devait tirer d'elle-même (par analyse, déduction ou construction) toute la vérité et le monde entier. Et ils ont tenté de mettre en oeuvre dans leurs « systèmes » cette conclusion. La règle de vérité devient alors règle d'erreur ! Comme la science est une oeuvre collective, nous devons accepter, sous l'autorité des grands esprits scientifiques, des propositions que nous ne vérifierons pas. Ici encore, la méthode d'autorité portée à l'absolu devient absurde. Toute affirmation doit pouvoir être vérifiée ; à l'occasion, et quand cela devient possible, et surtout quand le moindre doute et la moindre discussion s'élèvent,

elle doit être soumise à l'esprit critique.

L'esprit critique fait alors partie intégrante de l'esprit scientifique. Il est nécessaire pour ne pas se satisfaire de l'acquis – pour ne pas confondre le familier avec le connu et ne pas croire que tout est déjà connu. Pour pressentir l'inconnu et ne pas le ramener à l'acquis, il faut déjà cette réelle liberté d'esprit, cette insatisfaction profonde de la pensée, qui se définit comme le contraire du pessimisme et du scepticisme, car elle comporte la confiance en la pensée.

L'esprit scientifique, complexe, riche d'aspects complémentaires, suppose donc des conditions sociales et des conditions individuelles. Il suppose à la fois l'élimination méthodique des préférences, des passions, des intérêts individuels, en tant qu'ils troublent la recherche et l'objectivité des résultats – et, en même temps, une prodigieuse activité intellectuelle, donc individuelle et subjective en un sens. Certains grands esprits scientifiques sont arrivés à une sorte de dédoublement. Ils ont admis en eux des « sous-univers » (William James) ; ils vivent sous le régime des « en tant que » (Hegel). Celui du savant n'est pas rare, pourtant l'essentiel c'est qu'« en tant que savant » il ait le sens de l'objectif et du rationnel.

Quoique toute connaissance se relie à la pratique, la formule « unité de la pratique et de la théorie » ne doit pas être prise dans un sens étroit, formaliste, comme si la science ne pouvait et ne devait pas se différencier de la pratique. Au contraire, elle doit être prise dans un sens *dialectique* et signifie que la connaissance n'existe véritablement que lorsqu'elle s'est différenciée (sans se séparer métaphysiquement) de la pratique immédiate, et lorsqu'elle s'est constituée et située sur son plan propre.

En conclusion, il faut avoir le sens du problème ; savoir poser des questions, problématiser ; avoir une bonne connaissance de la littérature ; savoir déceler les obstacles épidémiologiques ; s'interdire d'avoir des opinions que l'on ne comprend pas ; avoir un oeil neutre pour commencer et essayer d'être le plus objectif possible.

Méthode de la science de l'homme⁹

Le « problème » de l'étude objective (scientifique) des faits humains se pose ainsi clairement et dans toute son ampleur. Le premier principe méthodologique de la science de l'homme se trouve dans une admirable formule de Hegel : « Le familier n'est pas pour cela connu ». Autour de nous, la réalité humaine familière, quotidienne, ne semble même pas poser de problèmes importants. Nous y sommes habitués comme

à nous-mêmes. Par instants, nous sentons en nous, autour de nous, la présence de l'inconnu. Alors, trop souvent, les certitudes familières s'ébranlent, glissent dans l'inquiétude, dans l'angoisse. L'inconnu humain et social se trouve dans les faits les plus simples et les plus quotidiens. Mais il faut les examiner comme des apparences, comme des phénomènes qui contiennent et dissimulent à la fois l'essence, le courant plus profond. Autrement dit, pour pressentir et comprendre ces problèmes, il faut pénétrer plus profondément que l'acte banal. Il faut se représenter son innombrable répétition par des millions d'individus, répétition qui fait de lui une forme d'organisation sociale. Il faut donc changer d'échelle, ne plus penser à l'échelle de l'individu, mais à celle de la société et de l'histoire.

La science de l'homme doit se méfier d'un certain réalisme borné, immédiat. Il ne suffit pas de regarder, d'observer ; encore faut-il pénétrer sous l'immédiat et les apparences. Le réel que constatent les réalistes se révèle souvent un « réel » superficiel, apparent, et déjà dépassé ou en voie de dépassement, entraîné dans un mouvement ou courant plus profond. Remarquons que ces préceptes méthodologiques, qui nous introduisent parfois dans les questions les plus brûlantes de l'actualité et de la vie, ne sont en rien différents de ceux qui règlent la recherche dans les sciences de la nature.

A la base de la sociologie scientifique, nous mettrons donc les sciences qui étudient le rapport de l'homme avec la nature. Ensuite, nous envisagerons les sciences qui étudient des réalités humaines moins immédiatement liées à un rapport, parmi lesquelles nous placerons l'histoire, et enfin, à peine établie comme science, la psychologie ou monde scientifique de l'individu. Il s'agit d'une seule science et d'une seule réalité, l'homme, mais pénétrée à des degrés différents de complexité et de vérité concrète. Peut-être encore, comme dans les sciences de la nature, la différence des disciplines et des méthodes révélera-t-elle les articulations du réel.

Méthode de recherche historique ¹⁰

La méthode spécifiquement historique consiste d'abord en une recherche des vestiges du passé : documents, témoignages écrits ou oraux. Une fois le document retrouvé, l'historien doit lui appliquer les méthodes, déjà mises au point dans le détail, de la critique historique. (a) Critique externe qui cherche à reconstituer les documents presque toujours mutilés ou déformés - et à les situer historiquement (provenance et authenticité du document). (b) Critique interne. – Le document reconstitué, situé, daté,

il faut encore l'interpréter.

D'ailleurs, l'historien doit retrouver le sens exact et la valeur des témoignages. Il doit employer sa connaissance objective de la structure sociale et des groupes sociaux du passé jusque dans la critique du témoignage des individus. Il a besoin d'un « principe » moins subjectif et incertain. La détermination des structures, des conditions économique-sociales lui apporte, et elle seule, le critère objectif qui lui permet de juger les témoignages et d'atteindre dans le passé les idées, les sentiments subjectifs des individus, au lieu de mettre à leur place ses idées et ses sentiments, ou ceux de notre temps.

Méthode de recherche sociologique¹¹

Le sociologue doit prendre en compte le fait qu'il appartient au monde social qu'il entend décrire et comprendre. Le degré auquel cette appartenance se rappelle à lui varie avec les situations : on peut parler d'observation participante lorsque l'observateur n'a d'autre ressource que celle de sa propre expérience. Immergé dans un milieu saisi spontanément sur un mode préreflexif, celui qui veut se constituer en « observateur », ne possède pas d'emblée les moyens d'établir ce rapport de distance ordinaire associé à la science-nomenclatures, comptage, mesures, documents, archives. C'est pourquoi, inévitablement, il est conduit à percevoir l'objectivité scientifique comme le terme d'un processus actif et méthodologique de construction d'un savoir, consistant à la fois à accumuler, à classer des informations et à faire la critique raisonnée des limites inhérentes à son point de vue. Le principe durkheimien de la connaissance sociologique selon lequel « il faut traiter les faits sociaux comme des choses » reflète l'expérience propre de tout chercheur qui, aux impressions particulières, s'efforce de substituer un corps de connaissances aussi indépendant que possible de son rapport primitivement établi au monde social ; et si les « choses » du monde physique servent de modèles aux objets de la connaissance sociologique, c'est précisément en raison du caractère d'extériorité qu'elles possèdent de façon immédiate et tangible. Comme Bachelard l'avait montré à propos des sciences physiques, l'objectivité des objets scientifiques est toujours indissociable de l'acte d'objectivation.

Si la démarche scientifique comporte la nécessité de rompre avec le sens commun, elle n'impose pas pour autant une conception rigide de la rupture avec les « prénotions ». Certes, le sociologue vise à dépasser les limites de son expérience en

les relativisant grâce à des données scientifiques, à des comparaisons, à des généralisations. Mais il puise également dans cette expérience un certain nombre de savoirs le plus souvent implicites ou latentes (« données » au sens courant, manières de se tenir, de parler...) susceptibles d'être par la suite complétés, rectifiés et réinterprétés. Obstacle à la connaissance, l'expérience peut aussi être traitée à la façon d'une information. Même en face de situations inédites ou non choisies par lui, le sociologue utilise des instruments d'analyse tirés de sa culture spécifique (auteurs, concepts, enquêtes, etc.).

L'objectivation sociologique possède donc une double dimension, celle d'une défiance envers l'expérience et celle d'une prise en considération de cette même expérience. Vouloir ne connaître que la première dimension conduirait à l'« objectivisme », c'est-à-dire à l'exclusion des significations vécues au nom d'une représentation de la connaissance scientifique qui conduit à traiter celles-ci comme des résidus subsidiaires et ininterprétables. Vouloir accéder directement à la seconde dimension conduirait, au mieux, à une sorte d'explicitation du vécu (correspondant notamment aux approches phénoménologiques, culturalistes...) dépourvue des principes susceptibles de lui procurer un fondement. Même lorsque la contrainte sociale est apparente, le processus d'objectivation est loin d'aller de soi. Durkheim a énoncé à travers la règle : « il faut expliquer le social par le social ». Et non par l'individu « générique » ou par la personne « singulière » qui sont, par nature, indépendants du « social ». Seule la voie de la construction d'objet permettra au sociologue d'appréhender son propre point de vue en tant que tel et d'acquérir la connaissance des principes qui rendent compte des expériences singulières.

Méthode choisie dans ce travail

A – Questionnaire (voir Annexe I)

La première étape de notre travail se présentera sous forme d'un questionnaire à adresser aux chirurgiens dentistes ainsi qu'aux étudiants en odontologie, pour évaluer comment ils ont réagi en cas d'épidémie de SRAS, et quelles ont été leurs attitudes et connaissances à l'occasion de cette expérience. A cette étape, le but étant de voir s'ils ont eu conscience pendant leur pratique de la nécessité de la mobilisation et de la gestion de la crise en cas extrême. Les questions ouvertes donnent des informations riches et diversifiées¹² alors que les questions fermées plus simples à traiter ont l'avantage de permettre des comparaisons.

B – Cadre d'étude

Pour mener à bien notre recherche, nous avons voulu travailler au cœur du Centre hospitalier universitaire de *National Taiwan University* (Hôpital national de Taïwan). Parce qu'il prend quasiment toujours la tête du système de santé à Taïwan et qu'en plus, pendant la période de l'épidémie de SRAS, il a soigné le plus grand nombre de malades y compris les tous premiers cas. Bien que le secteur dentaire ne s'occupe pas de cette maladie même, le personnel aurait, à mon avis, sans doute plus de chance d'avoir rencontré des malades souffrant de la maladie contagieuse en cas de pandémie.

C – Recherche bibliographique

La recherche bibliographique sera réalisée sur deux principales bases de données : PubMed (Medline) et Google (français et chinois), qui sont d'utilisation relativement faciles et adaptées aux besoins de la recherche.

Au début, pour les maladies contagieuses ou les épidémies comme SRAS, on pourrait également commencer par consulter le site de « Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, USA », c'est un des moyens qui permet de cibler les articles de recherche clinique ou scientifique en SRAS à Taïwan, avec les mots clefs suivants : *SARS et Taiwan*. Ensuite, la base PubMed permettant de trouver efficacement les articles de recherches médicales ainsi qu'historiques. Les descripteurs utilisés sont : *epidemic, desntistry, sars et Taiwan*. Par contre, en travaillant avec une langue différente, le moteur de recherche Google va nous permettre de trouver les références françaises quant à la surveillance de la maladie en France, notamment au travers des articles et de presses françaises, ainsi que les articles chinois concernant les épidémies, la presse électronique et les règles de la Santé Publique du gouvernement taïwanais pendant la période du SRAS.

Dans ce travail nous souhaitons dans un premier temps explorer surtout les mesures prises dans le secteur bucco-dentaire lors de l'épidémie de SRAS en partant des documents et études disponibles. Ensuite, nous analyserons les pratiques et les discours ainsi que la relation entre les deux sous l'angle de l'éthique.

RESULTATS

Afin de nous rendre compte des connaissances sur l'épidémie de SRAS et du changement de comportements en pratique dentaire, nous avons au début l'intention d'interroger les étudiants en odontologie de l'Université nationale de Taïwan ainsi que les chirurgiens dentistes travaillant dans cet hôpital universitaire lors de cette période. Nous avons donc consulté le répertoire de l'année 2002-2003 du département de chirurgie dentaire en le comparant avec celui de l'année 2005-2006 et nous avons envoyé le questionnaire par courrier électronique. Vu qu'il y a eu des mutations pendant ces trois dernières années, il a été difficile de contacter les protagonistes par l'adresse de mail à la faculté ou à l'hôpital car beaucoup d'envois nous ont été retournés directement par Internet. Nous avons ensuite essayé d'envoyer le questionnaire par courrier en y joignant une enveloppe timbrée en espérant qu'ils n'avaient pas déménagé depuis. Toutefois il nous semble impossible de trouver les étudiants venant d'autres villes qui ont habité dans le foyer de l'université pendant leurs études. D'ailleurs, quelques étudiants m'ont avoué qu'ils étaient incapables de répondre au questionnaire par manque d'expérience clinique. Nous avons donc éliminé les étudiants de première à quatrième années en chirurgie dentaire.

Selon le répertoire de l'année 2002-2003, il y a 137 chirurgiens dentistes en chef, 83 dentistes hospitaliers et 67 étudiants, dont nous n'avons pu joindre que 28, en 5^e et 6^e années d'odontologie. Seuls 34 chirurgiens dentistes en chef (24,8%), 10 dentistes hospitaliers (12%) nous ont répondu et 7 étudiants en odontologie (25%). Bien que le taux de réponse soit un peu faible, nous tentons de faire une étude de cas, de connaître leurs avis et également de comparer les résultats et de les analyser.

Description de la population étudiée

Quarante-quatre chirurgiens dentistes dont 11 femmes ainsi que sept étudiants en odontologie dont 4 hommes ont répondu au questionnaire. Ils ont tous accepté de participer à l'étude. Parmi ces 44 chirurgiens dentistes, il y a 10 dentistes hospitaliers (*residents*), dont 5 femmes, entre la première année et la 5^e année de la résidence dentaire (durée moyenne= 2,6 ans ; écart type= 1,3). Dix-neuf d'entre ces 34 dentistes en chef sont également enseignants à la faculté de médecine. Leur durée moyenne d'exercice comme chirurgiens dentistes en chef au moment de l'épidémie de SRAS

était de 10,1 ans (minimum = 1 ans ; maximum = 35 ans ; écart type = 9,8).

L'écart de la durée de la profession de dentistes en chef est assez large, nous les séparons en 2 sous groupes : plus de 10 années et moins de 9 années. Celui-là comprend 12 chirurgiens dentistes en chef dont la durée moyenne était de 21,3 ans (écart type= 8,1), qui étaient aussi enseignants à la faculté de Médecine. L'autre groupe comprend donc 22 dentistes dont 7 travaillaient à la fois dans l'Hôpital et la faculté de Médecine et leur durée moyenne d'exercice comme chirurgiens dentistes en chef était de 4,0 ans (écart type= 2,8).

Nous allons tenter d'analyser les résultats des quatre groupes suivants: (A) les plus expérimentés ayant travaillé plus de 10 ans comme chirurgiens dentistes en chef ; (B) les dentistes en chef ayant travaillé moins de 9 années ; (C) les dentistes hospitaliers (*residents*) entre la première année et la 5^e année de la résidence dentaire ; (D) les étudiants en 5^e et 6^e année en chirurgie dentaire.

Résultats du questionnaire (se reporter aux pages 77 à 83)

Lien entre l'information des premiers cas de SRAS dans le monde et les comportements de procédures en pratique dentaire (questions 1 et 2)

Les premiers cas apparus dans le monde et l'information obtenue (figures 1 et 2) :

Groupe A

- ◆ Un parmi ces 12 chirurgiens dentistes en chef ne se souvient pas de la date exacte à laquelle il a appris cet événement, en rajoutant pourtant qu'il pensait qu'il l'avait appris lors des premiers cas ;
- ◆ Parmi les 11 autres séniors dentistes en chef, six l'ont su en février 2003 et les cinq autres en mars. (Dates de référence : le 11/2/2003 où le premier rapport des premiers cas dans la province de Guangdong est parvenu à l'OMS ; le 12/3/2003 où l'OMS a alerté la communauté internationale.) ;
- ◆ Quant aux moyens par lesquels ils ont obtenu cette information, la moitié de ces 12 dentistes en chef plus expérimentés l'ont lue dans des journaux ; deux respectivement l'ont appris soit par l'annonce du Center for Disease

Control Taiwan (ROC) soit par l'annonce des organisations de la santé ; un l'a su par des revues de médecine ; un par des sites Internet, un par le journal télévisé ; un par la brochure hospitalière ; et un par la direction du contrôle d'infections dans l'Hôpital.

Groupe B

- ◆ Un jeune dentiste en chef sur 22 savait qu'il y avait eu des cas du SRAS en octobre 2002 ;
- ◆ En revanche, sept d'entre eux ne se souviennent plus de la date à laquelle ils ont connu cette actualité ;
- ◆ Parmi les 14 autres chirurgiens dentistes, sept l'ont su en février 2003, six en mars et un dernier en avril.
- ◆ En ce qui concerne les moyens d'informations, 14 d'entre eux l'ont appris par des journaux ; trois par l'annonce des organisations de la santé ; quatre par le journal télévisé ; deux par l'annonce du Center for Disease Control Taiwan (ROC) ; un par des sites Internet (Yahoo) ; un a été informé par des amis à GuangDong et deux autres par des conversations non officielles.

Groupe C

- ◆ Deux dentistes hospitaliers ne se souviennent plus de la date exacte à laquelle ils ont été informés qu'il y avait des cas de SRAS ;
- ◆ Pour les 8 autres, quatre l'ont su en février 2003 et quatre autres en mars.
- ◆ Quant aux sources de cette information, six l'ont lue dans des journaux ; deux par des conversations non officielles dans l'Hôpital ; un par l'annonce du Center for Disease Control Taiwan (ROC) ; un autre par l'annonce des organisations de la santé et un dernier par l'annonce de l'Hôpital.

Groupe D

- ◆ Quatre étudiants sur 7 ne se souviennent plus de la date de cette information, alors qu'un ne le savait même pas ;
- ◆ Deux autres étudiants en chirurgie dentaire l'ont su en février 2003.
- ◆ Pour les moyens, six d'entre eux l'ont lu dans des journaux ; un a été

informé par le journal télévisé ; un a reçu l'annonce des organisations de la santé et un autre l'annonce du Center for Disease Control Taiwan (ROC).

Figure 1. Information reçue par rapport aux premiers cas de SRAS dans le monde

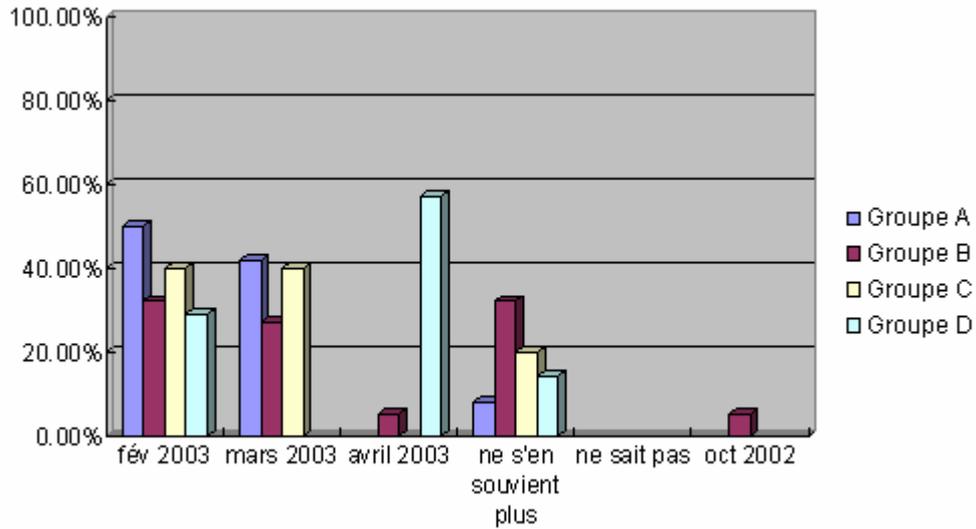
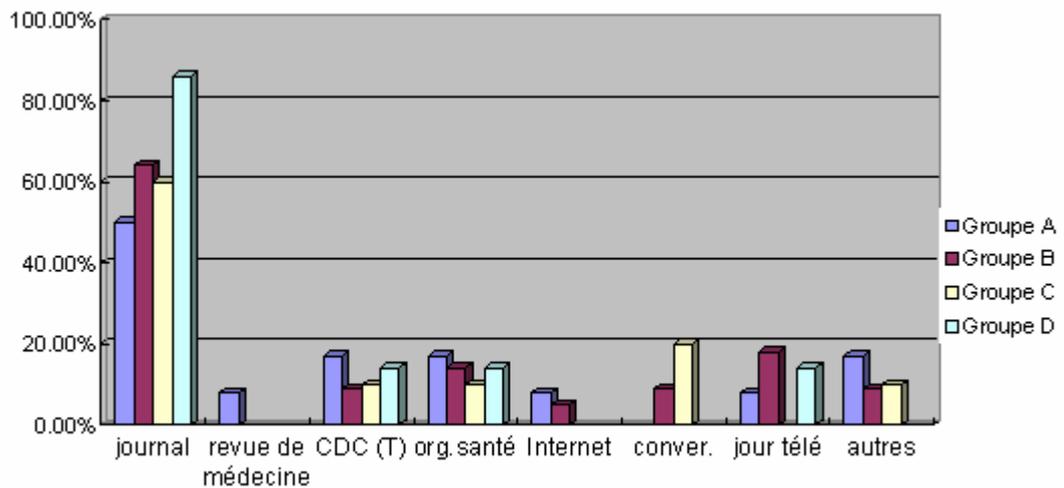


Figure 2. Moyens d'information reçue



Comportements et procédures en pratique dentaire (figures 3 – 7) :

Groupe A

- ◆ Avant l'épidémie de SRAS en 2003 à Taïwan, la protection personnelle et la désinfection en pratique dentaire de ces 12 chirurgiens dentistes en chef

plus expérimentés étaient : 11 chirurgiens dentistes en chef sur 12 portaient un masque chirurgical ; trois portaient un calot chirurgical ; onze dentistes mettaient des gants dont un en portait deux paires et en changeait pour chaque patient ; sept d'entre eux mettaient des surlunettes ou un masque de protection ; huit se lavaient les mains avec du savon avant et après chaque patient ; seulement deux chirurgiens dentistes se désinfectaient les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient ; 4 dentistes en chef sur 12 désinfectaient l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; alors qu'onze stérilisaient les instruments après les avoir utilisés.

- ◆ Si la connaissance de cette épidémie a engendré des changements ou des comportements de procédures en pratique dentaire, onze sur 12 ont répondu « oui » tandis qu'un seul pensait qu'avant il faisait déjà tout ce qu'il fallait.
- ◆ Quant aux changements de procédures, parmi ces 11 dentistes en chef ayant modifié leurs comportements, sept portaient un masque respiratoire type N95 en plus d'un masque chirurgical ; cinq de plus portaient un calot chirurgical ; trois chirurgiens dentistes en chef mettaient des gants supplémentaires ; cinq de plus mettaient des surlunettes ou un masque de protection ; deux de plus se lavaient les mains avec du savon avant et après chaque patient ; un plus se désinfectait les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient ; quatre de plus désinfectaient l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; ainsi qu'onze dentistes prenaient la température du patient avant l'acte dentaire.
- ◆ Pendant cette période, dans leur pratique, deux d'entre ces 12 chirurgiens dentistes en chef ont soigné tous les patients qui sont venus ; sept ont reporté les cas non urgents ; neuf ont reporté les cas ayant de la fièvre ; et sept ont reporté les cas ayant des symptômes d'un rhume.
- ◆ Pendant cette période, un parmi ces 12 dentistes en chef n'a eu aucun rendez-vous annulé ou reporté par les patients ; alors qu'un en a eu à peu près le même taux qu'avant ; deux en ont eu environ un tiers ; deux entre 1/3 et 1/2 ; trois plus de la moitié ; et que pour trois chirurgiens dentistes en chef, presque tous les cas non urgents ont été annulés ou reportés.

Groupe B

- ◆ Avant l'épidémie de SRAS en 2003 à Taïwan, la protection personnelle et la désinfection en pratique dentaire de ces 22 chirurgiens dentistes en chef plus jeunes étaient : 20 chirurgiens dentistes en chef sur 22 portaient un masque chirurgical ; six portaient un calot chirurgical ; 21 dentistes mettaient des gants et en changeaient pour chaque patient ; sept d'entre eux mettaient des surlunettes ou un masque de protection ; 15 se lavaient les mains avec du savon avant et après chaque patient ; seulement un chirurgien dentiste se désinfectait les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient ; cinq dentistes en chef sur 22 désinfectaient l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; alors que 19 stérilisaient les instruments après les avoir utilisés.
- ◆ Si la connaissance de cette épidémie a engendré des changements ou des comportements de procédures en pratique dentaire, 21 sur 22 ont répondu « oui » tandis qu'un seul faisait comme avant car il n'y avait pas de cas épidémique à Taïwan à ce moment-là.
- ◆ Quant aux changements de procédures, parmi ces 21 dentistes en chef ayant modifié leurs comportements, 20 portaient un masque respiratoire type N95 en plus d'un masque chirurgical ; cinq de plus portaient un calot chirurgical ; un seul dentiste en chef mettait des gants supplémentaires ; onze de plus mettaient des surlunettes ou un masque de protection ; deux de plus se lavaient les mains avec du savon avant et après chaque patient ; quatre de plus se désinfectaient les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient ; sept de plus désinfectaient l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; un de plus stérilisait les instruments après les avoir utilisés ; un portait une blouse de protection en plus d'une veste médicale ; ainsi que 17 dentistes prenaient la température du patient avant l'acte dentaire.
- ◆ Pendant cette période, dans leur pratique, trois d'entre ces 22 chirurgiens dentistes en chef ont soigné tous les patients qui sont venus dont un signalait les cas ayant des symptômes d'un rhume ; neuf ont reporté les cas non urgents ; 14 ont reporté les cas ayant de la fièvre ; et cinq ont reporté les cas ayant des symptômes d'un rhume.

- ◆ Pendant cette période, cinq parmi ces 22 dentistes en chef ont eu à peu près le même taux de rendez-vous annulés ou reportés par les patients qu'avant ; trois en ont eu environ un tiers ; quatre entre 1/3 et 1/2 ; cinq plus de la moitié ; alors que pour cinq chirurgiens dentistes en chef, presque tous les cas non urgents ont annulé ou reporté leur traitement dentaire.

Groupe C

- ◆ Avant l'épidémie de SRAS en 2003 à Taïwan, la protection personnelle et la désinfection en pratique dentaire de ces dix dentistes hospitaliers étaient : 10 sur 10 portaient un masque chirurgical ; six portaient un calot chirurgical ; tous mettaient des gants et en changeaient pour chaque patient ; sept d'entre eux mettaient des surlunettes ou un masque de protection ; huit se lavaient les mains avec du savon avant et après chaque patient ; seulement un chirurgien dentiste se désinfectait les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient ; deux dentistes hospitaliers sur 10 désinfectaient l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; huit stérilisaient les instruments après les avoir utilisés ; et un dentiste portait une blouse de protection de plus.
- ◆ Pour tous ces dix chirurgiens dentistes hospitaliers, la connaissance de cette épidémie a engendré des changements ou des comportements de procédures en pratique dentaire.
- ◆ Quant aux changements de procédures, sept sur dix portaient un masque respiratoire type N95 en plus d'un masque chirurgical ; un seul chirurgien dentiste mettait une paire de gants supplémentaires ; deux de plus mettaient des surlunettes ou un masque de protection ; trois de plus se désinfectaient les mains avec de l'alcool et un autre avec du Hibitane avant et après chaque patient ; six de plus désinfectaient l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; et sept dentistes hospitaliers prenaient la température du patient avant l'acte dentaire.
- ◆ Pendant cette période, dans leur pratique, quatre parmi ces 10 chirurgiens dentistes hospitaliers ont soigné tous les patients qui sont venus ; cinq ont reporté les cas non urgents ; quatre ont reporté les cas ayant de la fièvre ; ainsi que deux ont reporté les cas ayant des symptômes d'un rhume.

- ◆ Pendant cette période, un parmi ces 10 dentistes hospitaliers n'a eu aucun rendez-vous annulés ou reportés par les patients ; un en a eu à peu près le même taux qu'avant ; un en a eu environ un tiers ; un entre 1/3 et 1/2 ; trois plus de la moitié ; alors que pour trois chirurgiens dentistes hospitaliers, presque tous les cas non urgents ont annulé ou reporté leur traitement.

Groupe D

- ◆ Avant l'épidémie de SRAS en 2003 à Taïwan, la protection personnelle et la désinfection en pratique dentaire de ces sept étudiants en chirurgie dentaire étaient : six sur sept portaient un masque chirurgical ; deux portaient un calot chirurgical ; six mettaient des gants et en changeaient pour chaque patient ; quatre d'entre eux mettaient des surlunettes ou un masque de protection ; cinq se lavaient les mains avec du savon avant et après chaque patient ; un étudiant sur sept désinfectait l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; ainsi que cinq étudiants stérilisaient les instruments après les avoir utilisés.
- ◆ Pour tous ces sept étudiants, la connaissance de cette épidémie a engendré des changements ou des comportements de procédures en pratique dentaire.
- ◆ Quant aux changements de procédures, six sur sept portaient un masque respiratoire type N95 en plus d'un masque chirurgical ; trois de plus portaient un calot chirurgical ; un mettait deux paires de gants à la fois ; deux de plus mettaient des surlunettes ou un masque de protection ; un de plus se lavait les mains avec du savon avant et après chaque patient ; deux de plus se désinfectaient les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient ; deux de plus désinfectaient l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; et six étudiants prenaient la température du patient avant l'acte dentaire.
- ◆ Pendant cette période, dans leur pratique, quatre sur sept ont reporté les cas non urgents ; cinq ont reporté les cas ayant de la fièvre ; ainsi que deux ont reporté les cas ayant des symptômes d'un rhume.
- ◆ Pendant cette période, deux parmi ces 7 étudiants a eu entre 1/3 et 1/2 de rendez-vous ont été annulés ou reportés par leurs patients ; un en a eu plus de la moitié ; alors que pour trois étudiants, presque tous les cas non

urgents ont annulé ou reporté leur traitement ; et un parmi eux n'avait pas d'idée de ce taux.

Figure 3. Procédures avant l'apparition de SRAS

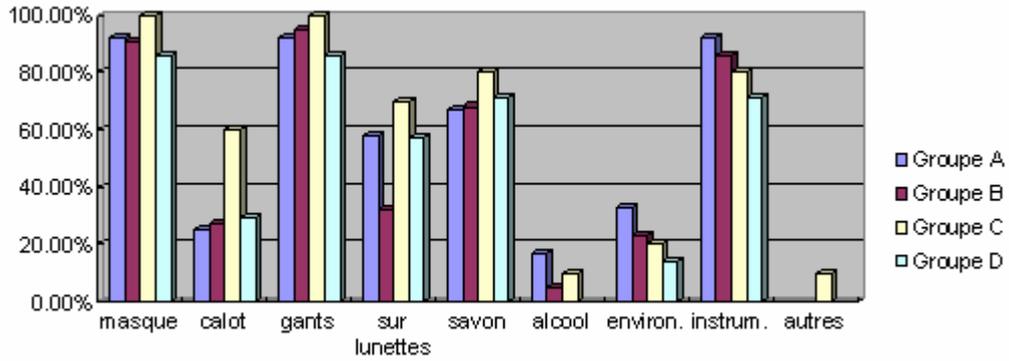


Figure 4. Modifications de comportements

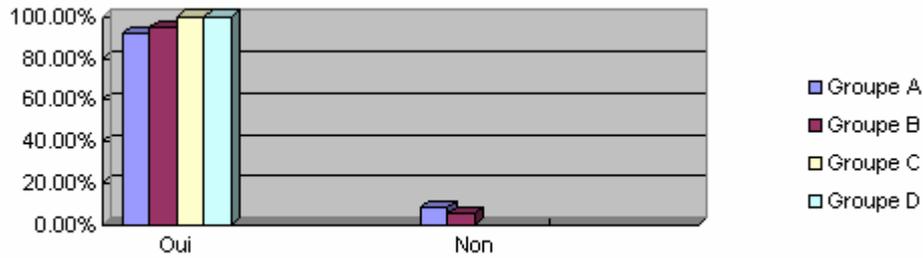


Figure 5. Procédures ayant été modifiées

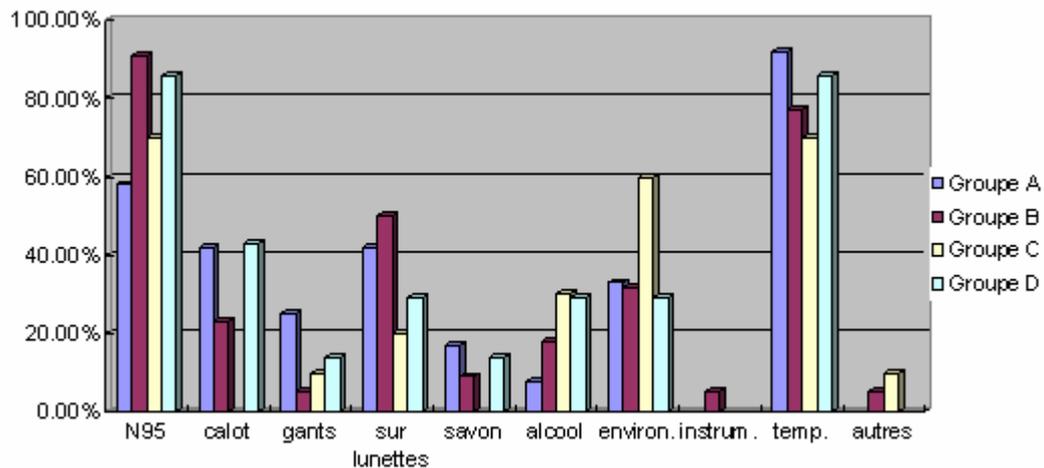


Figure 6. Patients soignés en pratique dentaire

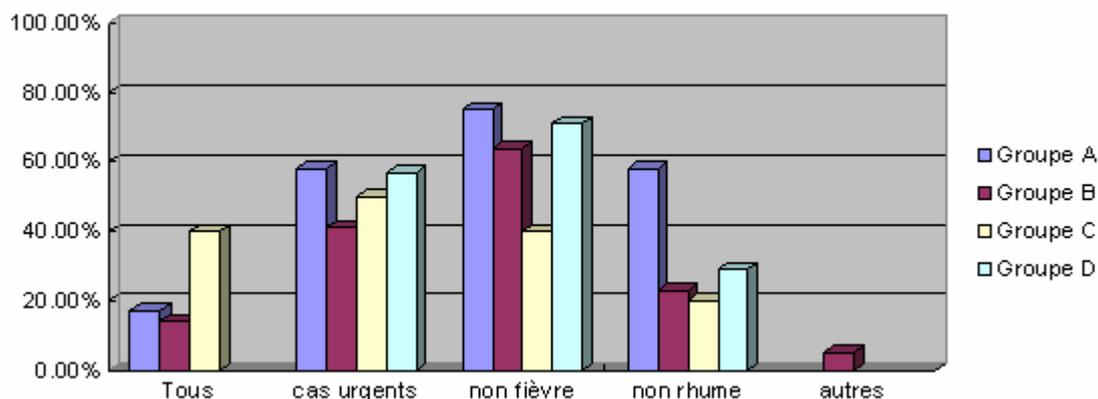
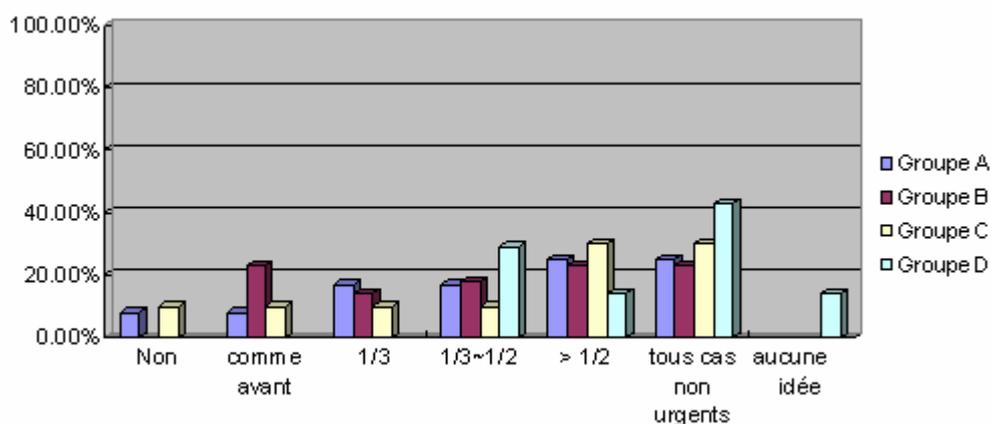


Figure 7. Rendez-vous annulés ou reportés



Lien entre l'information des premiers cas de SRAS hospitalisés dans l'Hôpital national de Taïwan et les comportements de procédures en pratique dentaire (questions 3 et 4)

Le premier cas de SRAS à Taïwan étant hospitalisés dans l'Hôpital national de Taïwan et l'information obtenue par le dentiste (figures 8 et 9) :

Groupe A

- ◆ Le premier cas était hospitalisé dans l'Hôpital national de Taïwan le 8 mars 2003, cinq parmi ces 12 chirurgiens dentistes en chef plus expérimentés

l'ont appris dans la même semaine ; quatre l'ont su 2-3 semaines après ; un 4-5 semaines après ; un après la fermeture de l'Hôpital Hopping à Taïpei (date de référence : 24/4/2003) ; alors qu'un dentiste ne s'en souvient pas.

- ◆ Quant aux moyens par lesquels ils ont obtenu cette information, cinq parmi ces 12 dentistes en chef plus expérimentés l'ont lue dans des journaux ; deux respectivement l'ont informée par l'annonce soit de l'Hôpital soit du Center for Disease Control Taiwan (ROC) soit par l'annonce des organisations de la santé ; un a eu cette actualité par des conversations non officielles ; un par le journal télévisé ; ainsi qu'un par la direction du contrôle d'infection dans l'Hôpital.

Groupe B

- ◆ Le premier cas était hospitalisé dans l'Hôpital national de Taïwan le 8 mars 2003, douze parmi ces 22 chirurgiens dentistes en chef plus jeunes l'ont appris dans la même semaine ; quatre l'ont su 2-3 semaines après ; un dentiste en chef ne le sait pas ; quatre d'entre eux ne se souviennent plus de la date à laquelle ils ont connu cette actualité ; et un non réponse.
- ◆ En ce qui concerne les moyens d'informations, huit d'entre eux l'ont appris par des journaux ; trois par l'annonce de l'Hôpital ; un par l'annonce du Center for Disease Control Taiwan (ROC) ; quatre par l'annonce des organisations de la santé ; trois par le journal télévisé ; six l'ont su par des conversations non-officielles entre collègues ou autres ; un dentite en chef a été informé par la conférence dans l'Hôpital ; et un non réponse.

Groupe C

- ◆ Un dentiste hospitalier a appris qu'il y a eu un premier cas de SRAS le moment où il a été hospitalisé dans l'Hôpital national de Taïwan ; quatre parmi les neuf autres chirurgiens dentistes l'ont appris dans la même semaine ; trois l'ont su 2-3 semaines après ; un après la fermeture de l'Hôpital Hopping à Taïpei ; alors qu'un dentiste ne le sait pas.
- ◆ Quant aux sources de cette information, deux d'entre eux l'ont lue dans des journaux ; sept par des conversations non officielles dans l'Hôpital ; un par l'annonce de l'Hôpital ; alors que la personne qui l'a appris le plus tôt ne se

souvent plus d'où venait cette information.

Groupe D

- ◆ Le premier cas était hospitalisé dans l'Hôpital national de Taïwan le 8 mars 2003, quatre étudiants en chirurgie dentaire sur sept l'ont appris dans la même semaine ; un après la fermeture de l'Hôpital Hoping à Taïpei ; alors qu'un ne le sait pas et qu'un autre ne s'en souvient pas.
- ◆ Pour les moyens, cinq d'entre eux l'ont lue dans des journaux ; trois par des conversations non officielles ; et un a été informé par le journal télévisé.

Figure 8. Information reçue par rapport aux premiers cas dans l'Hôpital NTU

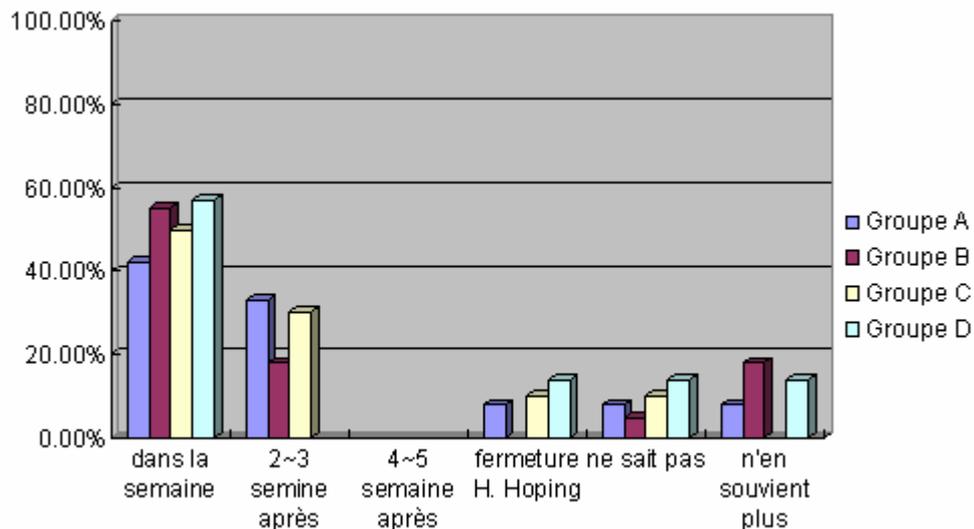
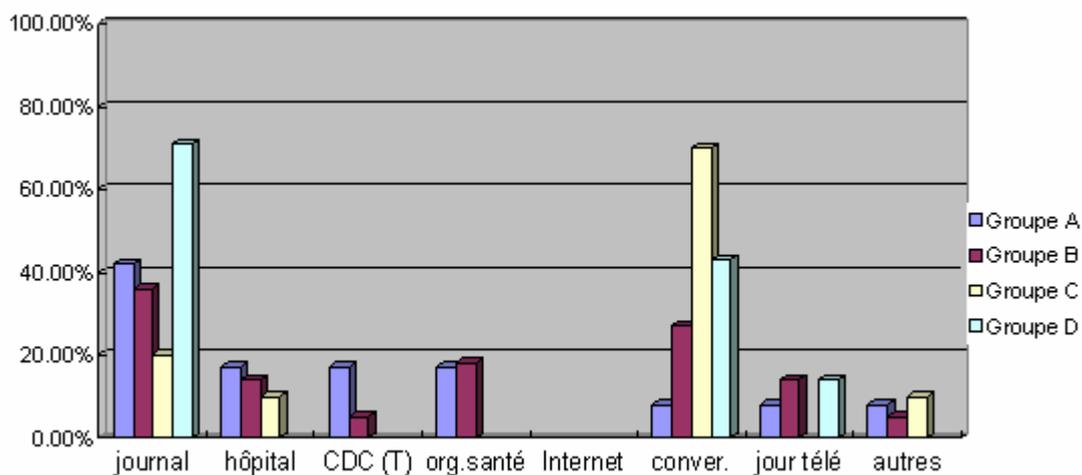


Figure 9. Moyens d'information reçue



Comportements et procédures en pratique dentaire (figures 10 – 13) :

Groupe A

- ◆ La connaissance de ces maladies épidémiques étant hospitalisés dans l'Hôpital national de Taïwan a-t-elle engendré des changements ou des comportements de procédures en pratique dentaire ? Dix sur 12 ont répondu « oui » ; tandis qu'un pensait qu'il faisait déjà tout ce qu'il fallait avant cette nouvelle maladie et qu'un autre faisait les mêmes procédures depuis l'apparition des premiers cas de SRAS dans le monde.
- ◆ Quant aux changements de procédures par rapport à celles avant les premiers cas dans le monde, parmi ces 10 dentistes en chef ayant modifié leurs comportements, sept portaient un masque respiratoire type N95 en plus d'un masque chirurgical ; deux de plus portaient un calot chirurgical ; trois chirurgiens dentistes en chef mettaient des gants supplémentaires ; trois de plus mettaient des surlunettes ou un masque de protection ; un de plus se lavait les mains avec du savon avant et après chaque patient ; deux de plus se désinfectait les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient ; deux de plus désinfectaient l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; ainsi que six dentistes de plus prenaient la température du patient avant l'acte dentaire.
- ◆ Pendant cette période, dans leur pratique, un d'entre ces 12 dentistes en chef a soigné tous les patients qui sont venus ; sept ont reporté les cas non urgents ; huit ont reporté les cas ayant de la fièvre ; six ont reporté les cas ayant des symptômes d'un rhume ; et un non réponse.
- ◆ Pendant cette période, à part un non réponse, un parmi les onze dentistes en chef n'a eu aucun rendez-vous annulés ou reportés par les patients ; alors qu'un en a eu à peu près le même taux qu'avant ; deux en ont eu environ un tiers ; un entre 1/3 et 1/2 ; deux en ont eu plus de la moitié ; et pour quatre chirurgiens dentistes en chef, presque tous les cas non urgents ont annulé ou reporté leur traitement.

Group B

- ◆ En ce qui concerne la connaissance de ces cas épidémiques étant

hospitalisés dans l'Hôpital a-t-elle engendré des changements ou des comportements de procédures en pratique dentaire, on compte 20 sur 21 réponses « oui » tandis que le « non » voulait dire que les procédures étaient déjà adoptées (p16).

- ◆ Quant aux changements de procédures, parmi ces 20 dentistes en chef ayant modifié leurs comportements, 20 portaient un masque respiratoire type N95 en plus d'un masque chirurgical ; cinq de plus portaient un calot chirurgical ; un seul dentiste en chef mettait des gants supplémentaires ; onze de plus mettaient des surlunettes ou un masque de protection ; deux de plus se lavaient les mains avec du savon avant et après chaque patient ; six de plus se désinfectaient les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient ; neuf de plus désinfectaient l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; deux de plus stérilisaient les instruments après les avoir utilisés ; ainsi que 19 dentistes prenaient la température du patient avant l'acte dentaire.
- ◆ Pendant cette période, dans leur pratique, un d'entre ces 20 chirurgiens dentistes en chef ont soigné tous les patients qui sont venus ; huit ont reporté les cas non urgents ; 14 ont reporté les cas ayant de la fièvre ; sept ont reporté les cas ayant des symptômes d'un rhume ; et deux non réponses.
- ◆ Pendant cette période, trois parmi ces 20 dentistes en chef ont eu à peu près le même taux de rendez-vous annulés ou reportés par les patients qu'avant ; trois en ont eu environ un tiers ; quatre entre 1/3 et 1/2 ; cinq plus de la moitié ; alors que pour cinq chirurgiens dentistes en chef, presque tous les cas non urgents ont été annulés ou reportés.

Groupe C

- ◆ A part deux dentistes hospitaliers n'ayant pas répondu à cette question, sept ont changé leurs comportements en pratique après avoir appris cet événement de SRAS dans l'Hôpital tandis qu'un autre pensait que la dernière modification suffisait.
- ◆ Quant aux changements de procédures, quatre de plus portaient un masque respiratoire type N95 en plus d'un masque chirurgical ; deux dentistes de plus mettaient une paire de gants supplémentaire ; un de plus mettait des

surlunettes ou un masque de protection ; deux de plus se désinfectaient les mains avec de l'alcool et un autre avec du Hibitane avant et après chaque patient ; cinq de plus désinfectaient l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; un de plus stérilisait les instruments après les avoir utilisés ; ainsi que six d'entre eux prenaient la température du patient avant l'acte dentaire.

- ◆ Pendant cette période, dans leur pratique, six chirurgiens dentistes hospitaliers ont reporté les cas non urgents ; quatre ont reporté les cas ayant de la fièvre ; deux ont reporté les cas ayant des symptômes d'un rhume ; et deux non réponses.
- ◆ Pendant cette période, à part deux non réponses, un parmi ces huit dentistes hospitaliers y ayant répondu a eu plus de la moitié de rendez-vous annulés ou reportés par les patients ; alors que pour les sept autres, presque tous les patients non urgents ont annulé ou reporté leur traitement dentaire.

Groupe D

- ◆ Pour six parmi ces sept étudiants, la connaissance de cet événement dans l'Hôpital a engendré des changements ou des comportements de procédures en pratique dentaire ; alors qu'un autre les a modifiés dès l'apparition de cas de SRAS dans le monde.
- ◆ Quant aux changements de comportements cliniques, six sur six portaient un masque respiratoire type N95 en plus d'un masque chirurgical ; trois de plus portaient un calot chirurgical ; un mettait deux paires de gants à la fois ; deux de plus mettaient des surlunettes ou un masque de protection ; un de plus se lavait les mains avec du savon avant et après chaque patient ; deux de plus se désinfectaient les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient ; deux de plus désinfectaient l'environnement professionnel par des produits spéciaux ; et cinq étudiants prenaient la température du patient avant l'acte dentaire.
- ◆ Pendant cette période, dans leur pratique, quatre sur sept ont reporté les cas non urgents ; trois ont reporté les cas ayant de la fièvre ; ainsi que trois ont reporté les cas ayant des symptômes d'un rhume.

- ◆ Pendant cette période, pour trois étudiants, presque tous les cas non urgents ont annulé ou reporté leur traitement ; trois d'entre eux n'avaient pas d'idée de ce taux ; et un non réponse.

Figure 10. Changements de procédures

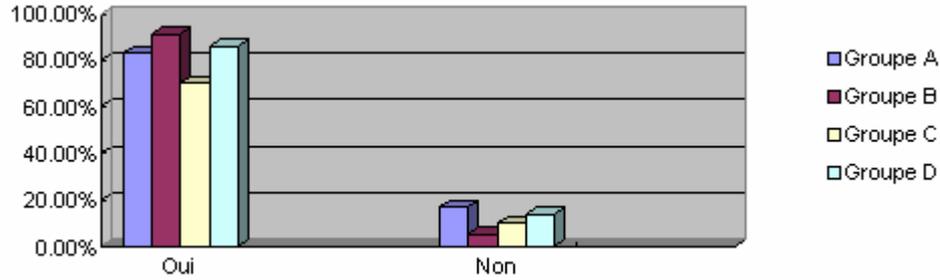


Figure 11. Modifications de procédures

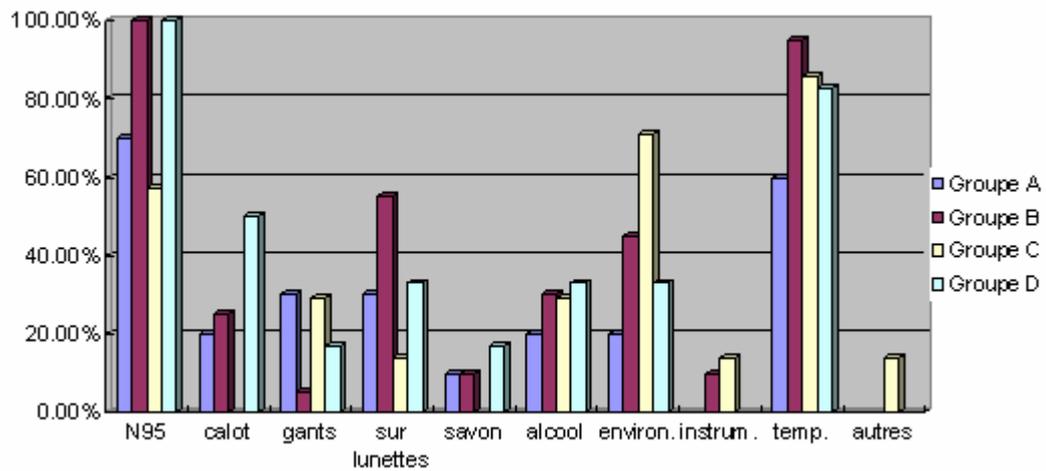


Figure 12. Patients soignés en pratique dentaire

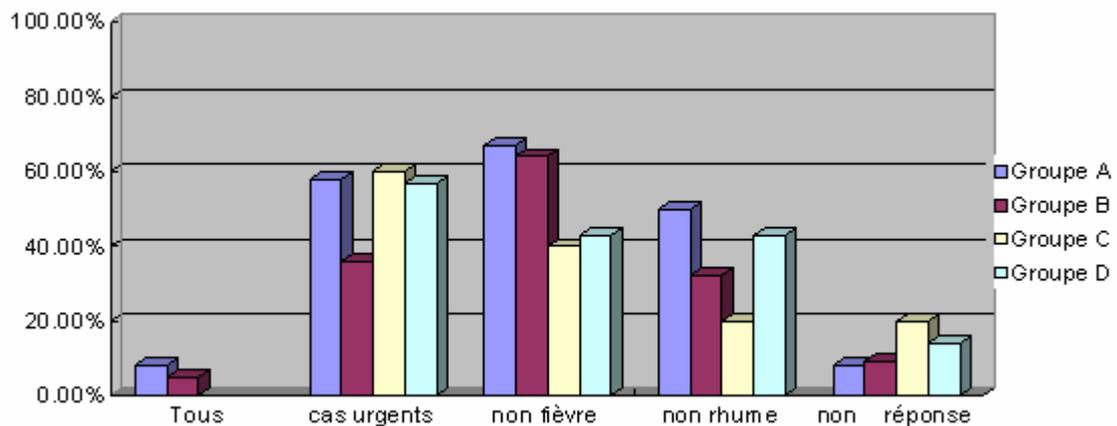
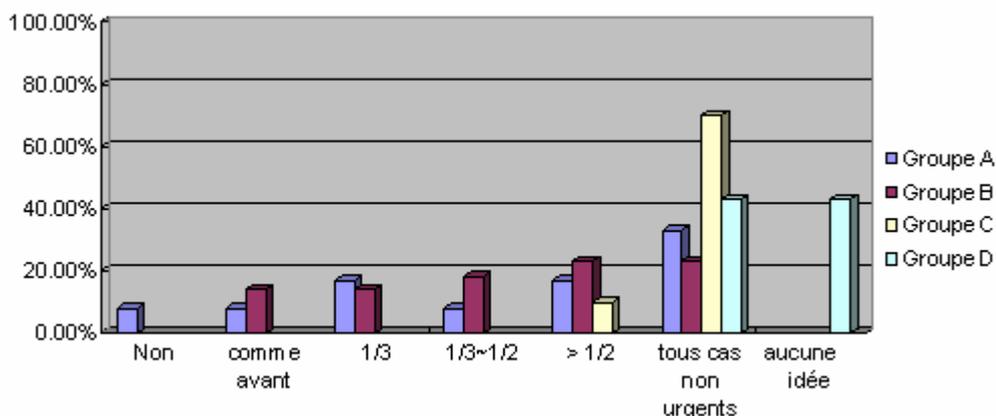


Figure 13. Rendez-vous annulés ou reportés



Modifications du règlement sanitaire en cas de crise (question 5 et figures 14~19) :

Groupe A

- ◆ Neuf parmi ces 12 chirurgiens dentistes en chef plus expérimentés disent qu'il y a eu des modifications du règlement sanitaire pendant ou après le SRAS ; alors que les 3 autres ne le savent pas.
- ◆ Quant aux modifications du règlement sanitaire par rapport à cette épidémie, onze d'entre ces douze dentistes en chef les ont apprises à l'Hôpital dont huit connaissaient également celles nationales. Un seul n'a pas répondu.
- ◆ Tous ces douze chirurgiens dentistes ont confirmé que'il y a eu lieu des conférences pour gérer cette crise dans le secteur dentaire.
- ◆ On relève ces statistiques : les sujets des conférences concernant les mesures de surveillance (9/12) ; l'épidémie de SRAS (7/12) ; les soins dentaires dans cette période spéciale (9/12) ; les procédures pour cibler les patients (9/12) ; et la protection personnelle (10/12).
- ◆ Ils étaient tous d'accord pour dire qu'il fallait apporter des modifications au règlement sanitaire en cas d'épidémie de SRAS.
- ◆ Alors que deux d'entre eux ne pensent pas qu'il faille aussi apporter des modifications aux procédures dentaires car on devait toujours suivre le principe de précaution dans la pratique.

Groupe B

- ◆ Treize parmi ces 22 chirurgiens dentistes en chef plus jeunes disent qu'il y a eu des modifications du règlement sanitaire pendant ou après le SRAS ; alors que neuf disent qu'ils ne savaient pas.
- ◆ Quant aux modifications du règlement sanitaire par rapport à cette épidémie, 15 d'entre ces 22 dentistes en chef les ont apprises à l'Hôpital dont onze connaissaient également celles nationales. Il y a sept non réponses.
- ◆ Quatorze chirurgiens dentistes ont confirmé que des conférences pour gérer cette crise ont eu lieu dans le secteur dentaire ; tandis que trois ont dit le contraire et que quatre ne savaient pas. Un seul n'a pas répondu.
- ◆ Les sujets des conférences concernant les mesures de surveillance (12/22) ; l'épidémie de SRAS (10/22) ; les soins dentaires dans cette période spéciale (9/22) ; les procédures pour cibler les patients (8/22) ; et la protection personnelle (12/22). Il y a huit non réponses.
- ◆ Quinze chirurgiens dentistes en chef sur 22 pensaient qu'il fallait apporter des modifications au règlement sanitaire en cas d'épidémie de SRAS ; alors qu'un ne le pensait pas et que quatre n'avaient pas d'idée. Deux n'ont pas répondu.
- ◆ Alors que 17 d'entre eux pensaient qu'il fallait apporter des modifications aux procédures dentaires ; et deux ne le pensaient pas et que deux n'avaient pas d'idée. Un seul n'a pas répondu.

Groupe C

- ◆ Seuls trois chirurgiens dentistes hospitaliers sur dix pensent qu'il y a eu des modifications du règlement sanitaire pendant ou après le SRAS ; alors que les sept autres ne savent pas s'il y en a eu ou non.
- ◆ Quant aux modifications du règlement sanitaire par rapport à cette épidémie, quatre d'entre eux les ont apprises à l'Hôpital et connaissaient aussi celles nationales. Six sans réponses.
- ◆ Tous ces dix chirurgiens dentistes hospitaliers ont confirmé que des conférences pour gérer cette crise ont eu lieu dans le secteur dentaire.

- ◆ Les sujets des conférences concernant les mesures de surveillance (9/10) ; l'épidémie de SRAS (3/10) ; les soins dentaires dans cette période spéciale (6/10) ; les procédures pour cibler les patients (6/10) ; et la protection personnelle (8/10).
- ◆ Huit parmi eux croyaient qu'il fallait apporter des modifications au règlement sanitaire en cas d'épidémie de SRAS ; alors que deux n'avaient pas d'idée.
- ◆ Par contre, tous ces dix dentistes hospitaliers pensaient qu'il fallait apporter des modifications aux procédures dentaires.

Groupe D

- ◆ Trois étudiants sur sept pensent qu'il y a eu des modifications du règlement sanitaire pendant ou après le SRAS ; alors que les quatre autres n'ont pas d'idée là-dessus.
- ◆ Quant aux modifications du règlement sanitaire par rapport à cette épidémie, quatre étudiants ont appris celles nationales dont trois connaissaient également celles hospitalières. Il y a pourtant trois non réponses.
- ◆ Cinq parmi eux ont confirmé qu'il y a eu des conférences pour gérer cette crise dans le secteur dentaire ; alors que deux n'avaient pas d'idée.
- ◆ Les sujets des conférences concernant les mesures de surveillance (5/7) ; l'épidémie de SRAS (3/7) ; les soins dentaires dans cette période spéciale (5/7) ; les procédures pour cibler les patients (5/7) ; et la protection personnelle (5/7). Il y a deux non réponses.
- ◆ Six étudiants pensaient qu'il fallait apporter des modifications au règlement sanitaire en cas d'épidémie de SRAS ; alors qu'un n'avait pas d'idée.
- ◆ Par ailleurs, ces sept étudiants pensaient tous qu'il fallait apporter des modifications aux procédures dentaires.

Figure 14. Y a-t-il eu des modifications du règlement sanitaire pour SRAS ?

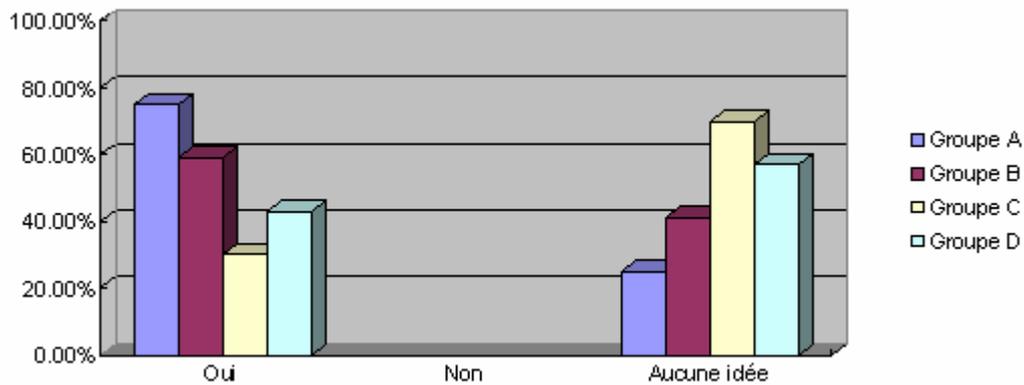


Figure 15. Qui a fait ces modifications ?

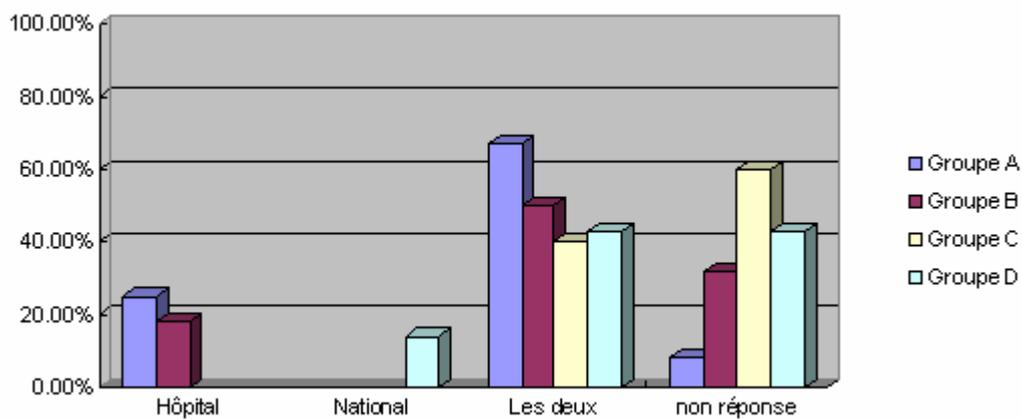


Figure 16. Des conférences pour le SRAS ont-elles eu lieu dans le secteur dentaire ?

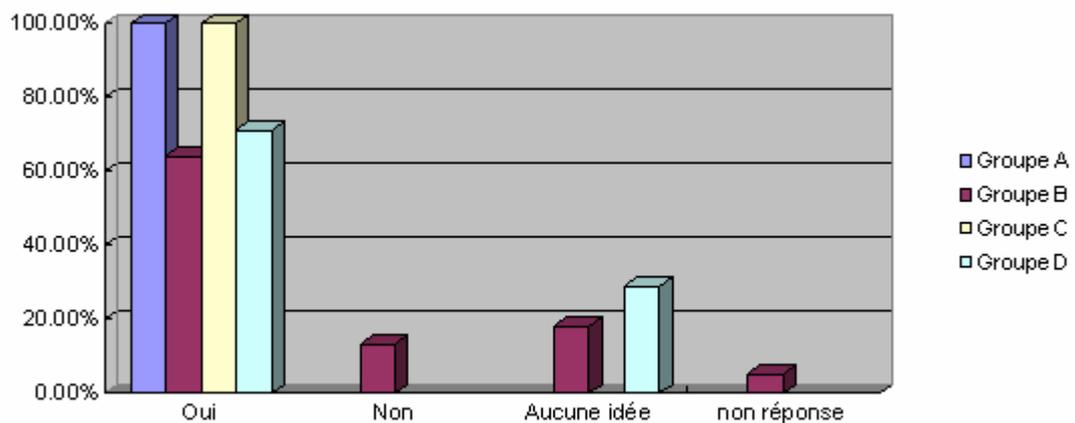


Figure 17. Sujets des conférences

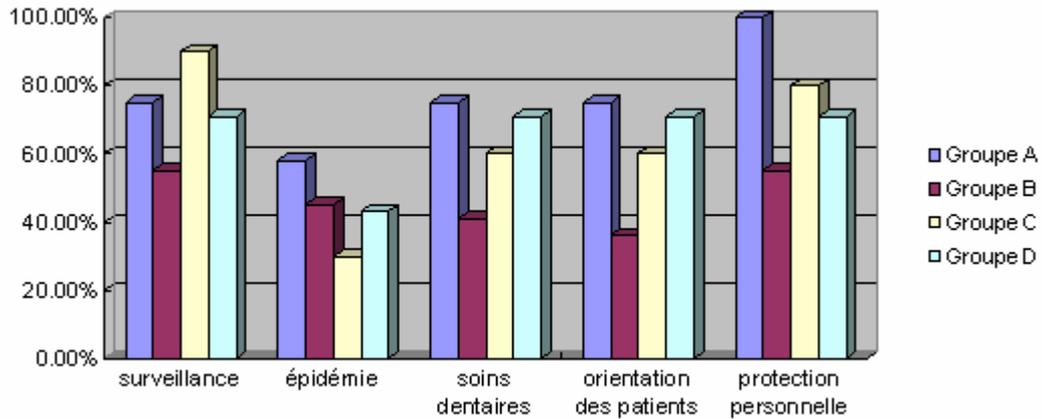


Figure 18. Fallait-il apporter des modifications au règlement sanitaire ?

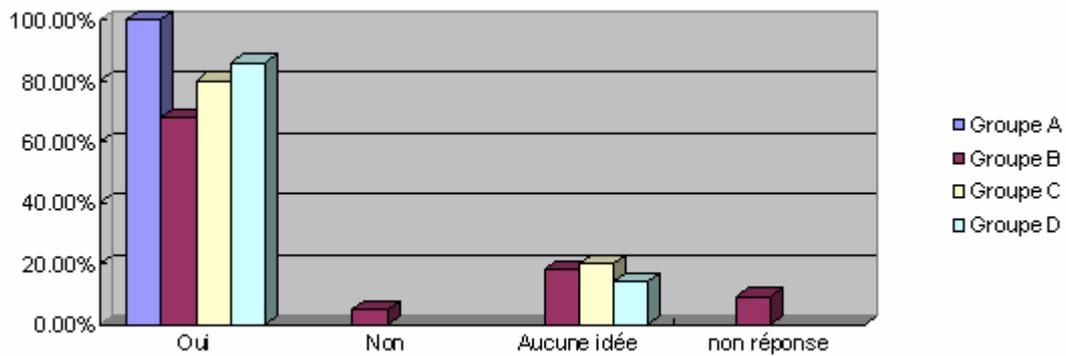
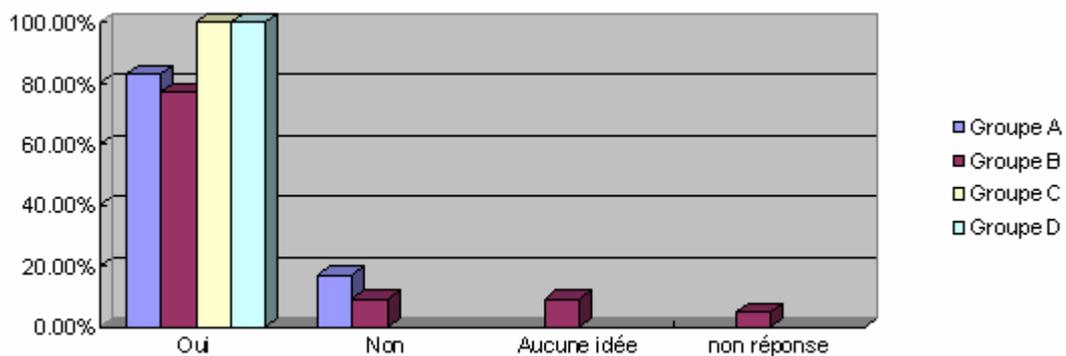


Figure 19. Fallait-il apporter des modifications aux procédures dentaires ?



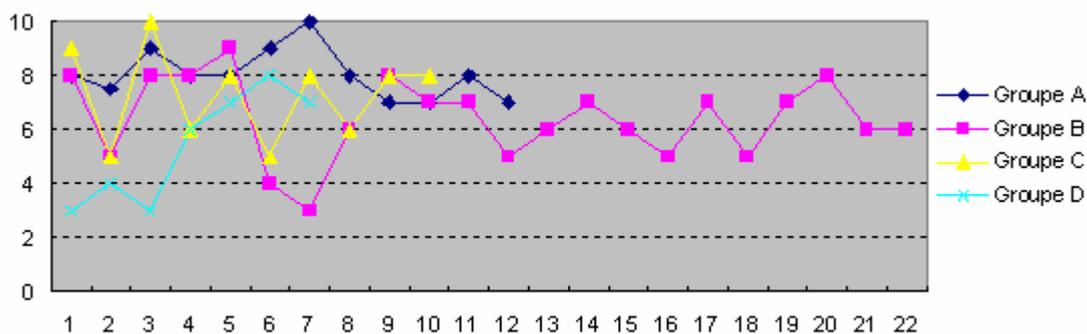
Information sur le SRAS (question 6) :

Degré d'information par rapport à cette épidémie dans la pratique dentaire (entre 0 et 10 ; pas du tout suffisante=0 ; complètement suffisante=10) (figure 20):

	Moyenne	Écart type	Minimum	Maximum
Groupe A (12)	7,6	1,2	6	10
Groupe B (22)	6,4	1,5	3	9
Groupe C (10)	7,3	1,7	5	10
Groupe D (7)	5,4	2,1	3	8
Total (51)	6,7	1,7	3	10

- ◆ Par rapport à cette épidémie dans la pratique dentaire, le degré d'information démontre que les 44 chirurgiens dentistes et les 7 étudiants pensent avoir été moyennement informés (note moyenne = 6,7 ; minimum= 3, maximum= 10 ; écart type= 1,7).
- ◆ Si nous comparons les quatre groupes, le degré moyen pour le groupe A est de 7,6 (min = 6, max = 10 ; écart type = 1,2) ; pour le groupe B est de 6,4 (min=3, max = 9 ; écart type = 1,5) ; pour le groupe C est de 7,3 (min= 5, max =10 ; écart type = 1,7) ; et enfin pour les étudiants est de 5,4 (min = 3, max = 8 ; écart type = 2,1).

Figure 20. Degré d'information concernant le SRAS en pratique dentaire



Moyens d'information :

En ce qui concerne l'importance des sources, nous mettons une note entre 1 et 7

selon la place des moyens d'information pour bien montrer leur impact. D'après toutes ces reponses, la séquence d'importance est : (1) les informations officielles de l'Hôpital (note moyenne= 4,9 ; écart type= 2,3) ; (2) les conférences dans le secteur dentaire (note moyenne= 4,1; écart type= 2,6) ; (3) le site de CDC à Taïwan (note moyenne= 4,0 ; écart type= 2,5) ; (4) le Ministère de la Santé de Taïwan (note moyenne= 3,4 ; écart type= 2,8) ; (5) le département de la santé, Taïpei (note moyenne= 2,7 ; écart type= 2,4) ; (6) le journal télévisé ou la presse (note moyenne= 2,1 ; écart type= 2,2) ; (7) les sites internationaux (ex : l'OMS, le CDC des États-Unis, etc.) (note moyenne= 1,9 ; écart type= 2,4). D'ailleurs, deux chirurgiens dentistes ont rajouté l'information du syndicat dentiste et un autre celle Internet.

Classement des moyens d'information

	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Groupe D	Total
Ministère de la Santé	4	4	3	3	4
Dépt de la santé, Taïpei	5	5	5	2	5
Informations de l'Hôpital	1	1	1	4	1
Conférences (secteur dentaire)	3	2	2	6	2
Site CDC, Taïwan	2	3	3	1	3
Sites internationaux (l'OMS...)	7	7	4	3	7
Journal télévisé/ Presse	6	6	6	5	6
Syndicat dentistes ; Internet		+	+		

- ◆ Pour les 12 chirurgiens dentistes en chef plus expérimentés, la séquence est : (1) les informations officielles de l'Hôpital (note moyenne= 5,4 ; écart type= 2,1) ; (2) le site de CDC à Taïwan (note moyenne= 4,8 ; écart type= 1,7) ; (3) les conférences dans le secteur dentaire (note moyenne= 4,2; écart type= 2,9) ; (4) le Ministère de la Santé de Taïwan (note moyenne= 3 ; écart type= 2,8) ; (5) le département de la santé, Taïpei (note moyenne= 2,5 ; écart type= 2,5) ; (6) le journal télévisé ou la presse (note moyenne= 2 ; écart type= 2,3) ; (7) les sites internationaux (ex : l'OMS, le CDC des États-Unis, etc.) (note moyenne= 1,3 ; écart type= 1,6).

- ◆ Selon les 22 dentistes en chef plus jeunes, l'ordre d'importance est : (1) les informations officielles de l'Hôpital (note moyenne= 4,8 ; écart type= 2,6) ; (2) les conférences dans le secteur dentaire (note moyenne= 4,0; écart type= 2,6) ; (3) le site de CDC à Taïwan (note moyenne= 3,9 ; écart type= 2,7) ; (4) le Ministère de la Santé de Taïwan (note moyenne= 3,7 ; écart type= 2,9) ; (5) le département de la santé, Taïpei (note moyenne= 2,7 ; écart type= 2,5) ; (6) le journal télévisé ou la presse (note moyenne= 2,4 ; écart type= 2,1) ; (7) les sites internationaux (ex : l'OMS, le CDC des États-Unis, etc.) (note moyenne= 1,2 ; écart type= 1,9).
- ◆ D'après les 10 chirurgiens dentistes hospitaliers, la séquence est : (1) les informations officielles de l'Hôpital (note moyenne= 5,6 ; écart type= 2,0) ; (2) les conférences dans le secteur dentaire (note moyenne= 5,5; écart type= 1,4) ; (3) le site de CDC à Taïwan (note moyenne= 3 ; écart type= 2,7) et le Ministère de la Santé de Taïwan (note moyenne= 3 ; écart type= 2,8) ; (4) les sites internationaux (ex : l'OMS, le CDC des États-Unis, etc.) (note moyenne= 3,1 ; écart type= 2,6) ; (5) le département de la santé, Taïpei (note moyenne= 1,8 ; écart type= 2,0) ; (6) le journal télévisé ou la presse (note moyenne= 1,4 ; écart type= 1,9).
- ◆ Pour les 7 étudiants en chirurgie dentaire, l'ordre d'importance est : (1) le site de CDC à Taïwan (note moyenne= 4,6 ; écart type= 2,4) ; (2) le département de la santé, Taïpei (note moyenne= 4,1 ; écart type= 2,1) ; (3) le Ministère de la Santé de Taïwan (note moyenne= 3,7 ; écart type= 2,6) et les sites internationaux (ex : l'OMS, le CDC des États-Unis, etc.) (note moyenne= 3,7 ; écart type= 3,3) ; (4) les informations officielles de l'Hôpital (note moyenne= 3,6 ; écart type= 1,8) ; (5) le journal télévisé ou la presse (note moyenne= 2,7 ; écart type= 2,8) ; (7) les conférences dans le secteur dentaire (note moyenne= 2,1; écart type= 2,3).

Degré de la transparence d'information pendant l'épidémie de SRAS (entre 0 et 10 ; aucune transparence= 0 ; grande transparence= 10) (figures 21-1, 21-2):

D'après les 44 chirurgiens dentistes et les 7 étudiants interrogés, le degré de la transparence d'information pendant cette épidémie est de 6,8 en moyenne dans l'Hôpital (min = 3, max = 10 ; écart type = 1,6) alors que de 5,9 en moyenne de la part du gouvernement (min = 3, max = 9 ; écart type = 1,6).

Groupe	Moyenne	Écart type	Minimum	Maximum
A (12) Hôpital	8,1	1,4	5	10
Gouvernement	6,3	1,3	3	9
B (22) Hôpital	6,6	1,5	3	9
Gouvernement	6,3	2,1	3	9
C (10) Hôpital	6,7	1,5	5	9
Gouvernement	6,4	1,7	5	9
D (7) Hôpital	5,4	1,3	4	7
Gouvernement	5	1,6	3	8
Total (51) Hôpital	6,8	1,6	3	10
Gouvernement	5,9	1,6	3	9

Les résultats par groupes sont ci-dessous :

- ◆ Groupe A : 8,1 en moyenne (min = 5, max = 10 ; écart type = 1,4) dans l'Hôpital tandis que 6,3 (min = 3, max = 9 ; écart type = 2,1) de la part du gouvernement.
- ◆ Groupe B : 6,6 en moyenne (min = 3, max = 9 ; écart type = 1,5) dans l'Hôpital et 6,3 (min = 4, max = 9 ; écart type = 1,3) du gouvernement.
- ◆ Groupe C : 6,7 en moyenne (min = 5, max = 9 ; écart type = 1,5) dans l'Hôpital ainsi que 6,4 (min = 5, max = 9 ; écart type = 1,7) de la part du gouvernement.
- ◆ Groupe D : 5,4 en moyenne (min = 4, max = 7 ; écart type = 1,3) dans l'Hôpital et 5 (min = 3, max = 8 ; écart type = 1,6) du gouvernement.

Figure 21-1. Degré de transparence d'information (Hôpital NTU)

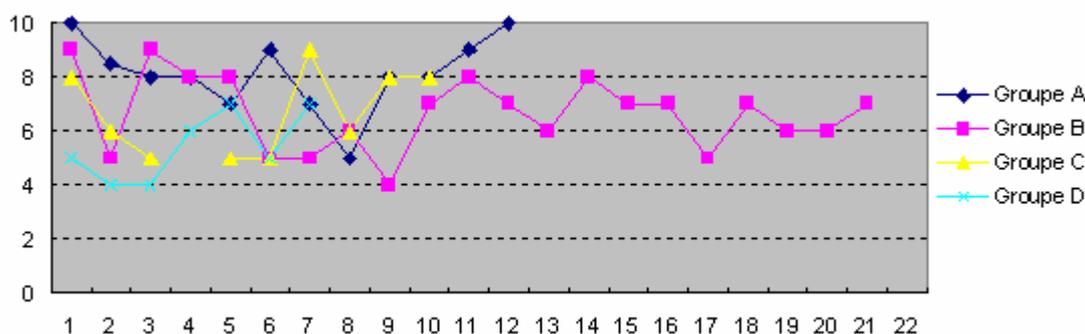
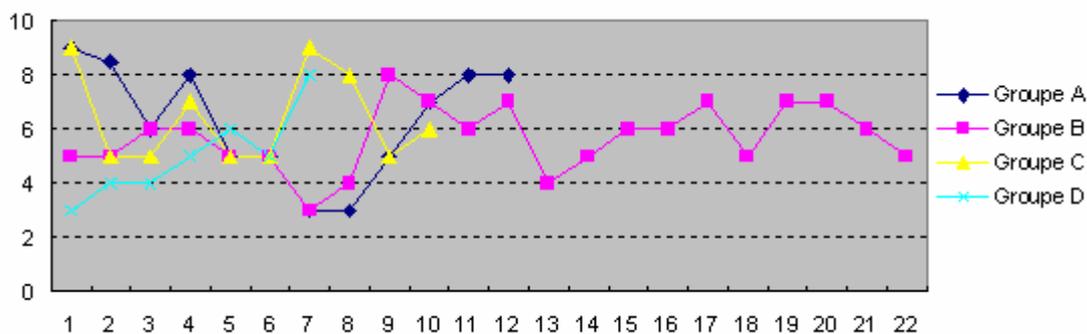


Figure 21-2. Degré de transparence d'information (gouvernement)



En cas d'épidémie, l'information donnée au public et celle donnée au professionnel de santé doivent-elles être diffusées en même temps ?

	Oui	Non	Raisons
Groupe A	11/12	1/12	1. Oui, pour la préparation, la détection ainsi que la prévention aussitôt de l'épidémie ; 2. Non, pour éviter la panique.
Groupe B	16/22	6/22	1. Oui, pour mobiliser tout le monde ; 2. Oui, pour éliminer des différends ; 3. Oui, pour connaître et réagir correctement ; 4. Non, pour que le public ne soit pas paniqué (3) ; 5. Non, il faut informer d'abord le personnel médical, donner l'idée de la prévention au public et tenir compte des médias (2).
Groupe C	9/10	1/10	1. Oui, pour bien éduquer le public ; 2. Oui, parce que le public a le droit de savoir ; 3. Oui, pour que tout le monde puisse lutter contre l'épidémie.
Groupe D	6/7	1/7	Non, pour éviter la panique, il ne faut pas l'informer qu'après la confirmation.

Groupe A

- ◆ Onze parmi ces douze chirurgiens dentistes en chef plus expérimentés pensent qu'en cas d'épidémie, il faudrait diffuser l'information au public en même temps qu'aux professionnels de la santé ; alors qu'un seul ne le pense pas.

- ◆ Raisons du choix du oui :
 - Pour se préparer, détecter ainsi que prévenir l'épidémie aussi tôt ;
- ◆ Raisons du choix du non :
 - Pour éviter la panique.

Groupe B

- ◆ Seize parmi ces 22 dentistes en chef plus jeunes pensent qu'il faudrait en même temps informer le public et le professionnel de santé en cas d'épidémie ; tandis que six pensent le contraire.
- ◆ Raisons pour le oui :
 - Pour mobiliser tout le monde afin de lutter contre l'épidémie ;
 - Pour diminuer voire éliminer des différends ;
 - Pour connaître et réagir correctement.
- ◆ Raisons pour le non :
 - Trois dentistes en chef pensent que dans ce cas-là, le public ne serait pas paniqué ;
 - Deux chirurgiens dentistes se sont exprimés par des idées suivantes. Il faut d'abord informer le personnel médical et paramédical afin qu'ils sachent à quelle situation épidémique qu'ils devront affronter, comment s'occuper des cas possibles voire probables et comment se protéger eux-mêmes dans leur pratique. Par contre, pour le grand public, il faut déjà leur donner des idées sur la prévention de l'épidémie en temps ordinaire. Quand il apparaît des cas épidémiques ou bien le risque d'avoir une résurgence, le gouvernement devrait bien évaluer les situations sociales, les ressources médicales ainsi que les possibilités du développement de l'épidémie. Après avoir bien élaboré un projet unanime ainsi que le règlement sanitaire coordonné, le gouvernement peut annoncer ces informations au public. Sinon, cela ne montre que des problèmes sans aucun programme de solutions ni de suggestions, ce genre d'information causera une grande panique sociale et laissera la place aux médias de diffuser n'importe quoi.

Groupe C

- ◆ Seul un chirurgien dentiste hospitalier pense qu'il ne faudrait pas diffuser l'information sur l'épidémie au public en même temps qu'au professionnel de santé ; alors que tous les autres pensent qu'il faudrait le faire.
- ◆ Raisons du oui :
 - Parce que l'éducation adéquate est très importante ;
 - Parce que le peuple a le droit de savoir ;
 - Parce qu'il faut que tout le monde se mobilise afin de lutter contre l'épidémie.

Groupe D

- ◆ Six étudiants en chirurgie dentaire sur sept pensent qu'il faudrait en même temps informer le public et le professionnel de santé en cas d'épidémie ; tandis qu'un seul pense le contraire.
- ◆ Raisons du non :
 - Pour éviter la panique, il faudrait informer le public après la confirmation de la situation.

Degré de panique sociale causée par le SRAS (entre 0 et 10 ; pas de panique= 0, grande panique = 10) et des raisons (figure 22):

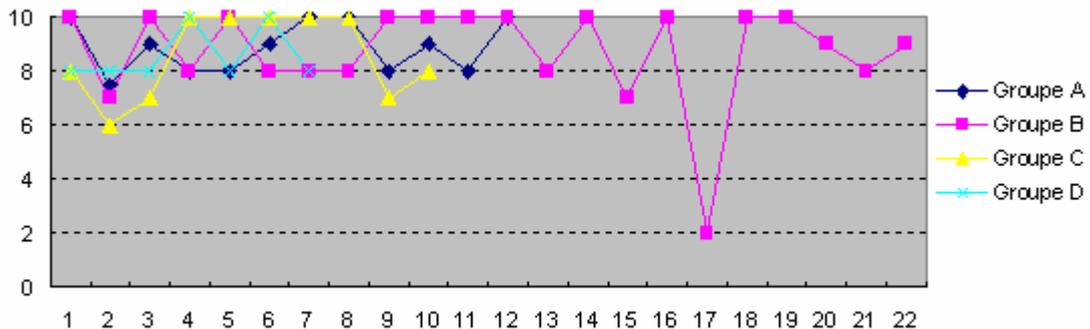
	Moyenne	Ecart type	Minimun	Maximun
Groupe A (12)	8,9	0,96	7,5	10
Groupe B (22)	8,7	1,9	2	10
Groupe C (10)	8,6	1,6	6	10
Groupe D (7)	8,6	0,98	8	10
Total (51)	8,7	1,5	2	10

Raisons (résumé des 41 réponses)

- ◆ C'est une nouvelle maladie dont on ne connaissait pas l'étiologie ni la voie d'infection et dont on n'avait aucune expérience ; (14)

- ◆ On a peur d'être contaminé car il est possible d'être infecté dans le lieu de travail ainsi que celui de la vie quotidienne ; (13)
- ◆ C'est une maladie mortelle et on ne sait pas s'il est possible de la guérir. D'ailleurs, il n'existe pas de médicaments efficaces pour la traiter ; (13)
- ◆ Les médias exagèrent trop les faits et nous font peur ; (9)
- ◆ Manque de transparence de l'information ou d'informations correctes ; (5)
- ◆ Peur de l'inconnu ; (4)
- ◆ L'autorité sanitaire n'a pas pu agir en tenant compte des circonstances dans un premier temps et a semé le doute ; (2)
- ◆ L'épidémie de SRAS n'a pas pu être bien contrôlée dans un premier temps, non seulement parce que le gouvernement n'avait pas pris conscience de la gravité de ce problème mais aussi parce que sur la responsabilité de la gestion, il avait laissé le champ libre à l'antagonisme entre l'autorité centrale et celle régionale. En plus, à cause de l'information cachée et de manque de mesures politiques définitives, le peuple ne savait pas à quel saint se vouer et par conséquent, il vivait dans une grande inquiétude et dans la peur. (1)
- ◆ Taïwan n'est pas inclu dans l'OMS, nous ne pouvons que compter sur nos propres moyens (forces) ; (1)

Figure 22. Degré de panique sociale pendant l'épidémie de SRAS

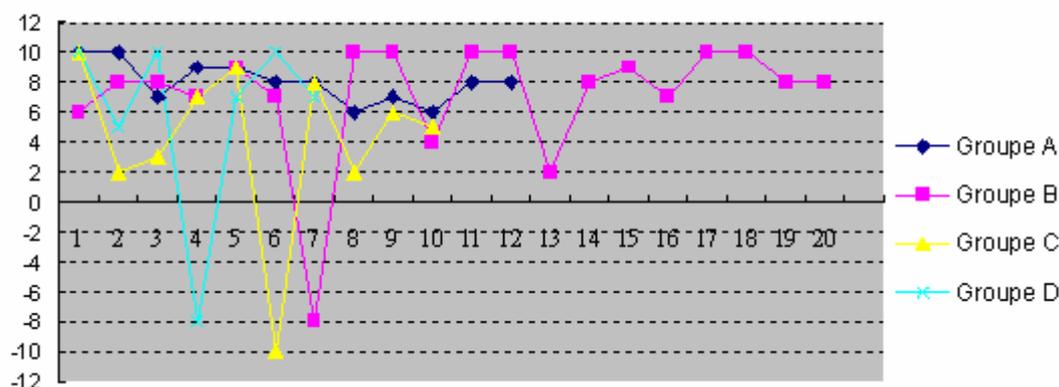


Gestion de crise en cas d'épidémie (question 7) :

Degré d'influence de la politique envisagée et soutenue pour gérer la crise du SRAS (entre -10 et 10 ; aucune influence= 0 ; grande influence = 10 ; points négatifs pour l'influence négativ) (figure 23) :

	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Groupe A (12)	8	1,3	6	10
Groupe B (20)	7,1	4,1	-8	10
Groupe C (10)	4,2	5,7	-10	10
Groupe D (7)	5,9	6,41	-8	10
Total (49)	6,5	4,5	-10	10

Figure 23. Degré d'influence de la politique envisagée et soutenue pour gérer la crise



Raisons pour des notes positives

- ◆ 8 a été donné pour : la politique envisagée et soutenue a une influence assez importante pour gérer cette crise car l'autorité sanitaire manquait d'organisation.
- ◆ 7 pour : le gouvernement régional de Taïpei a caché la situation épidémique dans son Hôpital Hopping.
- ◆ 10 pour : la décision a été prise par le pouvoir gouvernemental.
- ◆ 8 pour : il est important pour contrôler et distribuer les ressources sanitaires.
- ◆ 9 pour : la politique envisagée et soutenue a une influence très importante pour gérer la crise de SRAS car il est difficile de prévenir correctement le peuple.

Remarques négatives

- ◆ -8 a été donné pour : tout d'abord, l'autorité sanitaire n'a pas attaché d'importance au problème du SRAS, cela a donc fait amplifier l'épidémie. Ensuite, le fait que l'Hôpital Hopping à Taïpei ait été fermé brusquement a semé une panique énorme parmi le public. D'ailleurs, au début de cette épidémie, le gouvernement a laissé des hôpitaux privés refuser de soigner les cas possibles de SRAS, cela a causé une lourde charge à l'Hôpital national de Taïwan ou aux autres centres hospitaliers en première ligne pour lutter contre cette épidémie.
- ◆ 2 pour : l'autorité gouvernementale n'a pas été suffisamment alertée par cette crise et par conséquent, elle a réagi tardivement.

Compétence pour gérer la crise vis à vis d'une prochaine épidémie en plus de l'expérience du SRAS (entre 0 et 10 ; aucune compétence= 0 ; grande compétence = 10) (figure 24) :

Groupe A

	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Gouvernement	7,3	1,8	3	10
Hôpital	8,6	1,2	6	10
Secteur dentaire	7,8	1,3	5	9
Protection personnelle	7,9	1,5	5	10

Groupe B

	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Gouvernement	6,2	1,6	3	8
Hôpital	7,8	1,1	6	10
Secteur dentaire	7,7	1,3	5	10
Protection personnelle	8,0	1,3	5	10

Groupe C

	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Gouvernement	6,1	1,5	4	9
Hôpital	7,9	0,7	7	9
Secteur dentaire	7,3	1,2	6	9
Protection personnelle	7	1,9	3	9

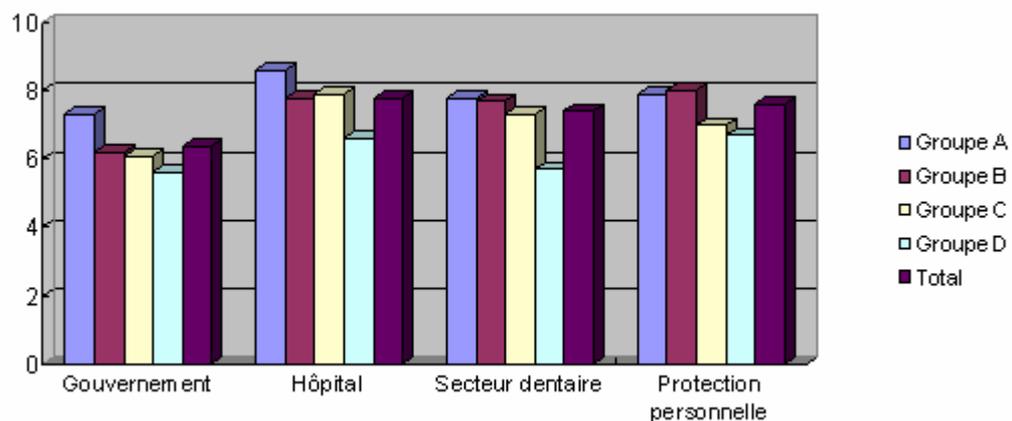
Groupe D

	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Gouvernement	5,6	1,3	4	8
Hôpital	6,6	1,1	5	8
Secteur dentaire	5,7	2,8	0	8
Protection personnelle	6,7	1,7	4	9

Total

	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Gouvernement	6,4	1,6	3	10
Hôpital	7,8	1,2	5	10
Secteur dentaire	7,4	1,6	0	10
Protection personnelle	7,6	1,6	3	10

Figure 24. Compétence pour gérer la crise d'une prochaine épidémie en question

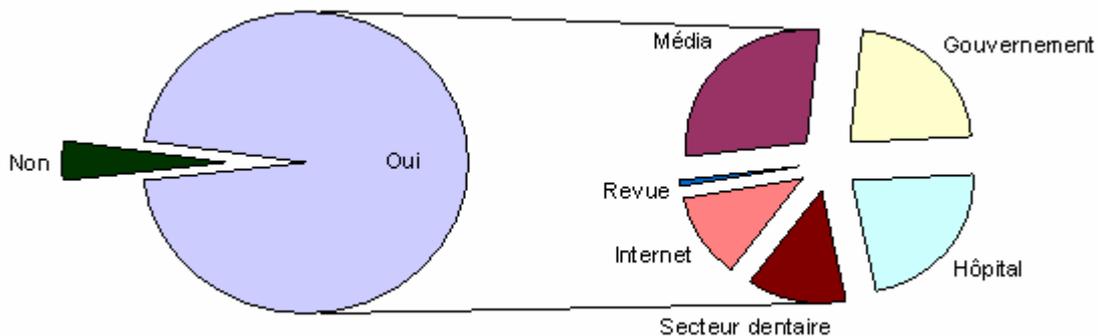


En ce qui concerne la grippe aviaire (question 8) :

Information sur le principe de précaution vis à vis de la grippe aviaire (figure 25):

- ◆ Parmi ces 51 réponses, seules trois, une respectivement pour les groupe B, C et D, montrent le manque d'information sur le principe de précaution vis à vis de la grippe aviaire.
- ◆ Tandis que les 48 autres ont été informés par des moyens suivants : les médias (38/48) ; le gouvernement (29/48) ; l' Hôpital (29/48) ; le secteur dentaire (17/48) ; Internet (16/48) ; les revues de chirurgie dentaire (1/48).

Figure 25. Information sur le principe de précaution visant à la grippe aviaire



Comportements dans la pratique dentaire en cas d'épidémie de la grippe aviaire (figure 26):

Groupe A

- ◆ Si jamais la grippe aviaire devient une épidémie affectant l'être humain, un seul parmi ces douze dentistes en chef plus expérimentés travaillerait comme d'habitude ; alors que sept prendraient les mesures prises pendant le SRAS ; un ne s'occuperait que des cas urgents ; un fermerait la clinique ; quatre chirurgiens dentistes suivraient les mesures hospitalières prescrites à l'heure actuelle.

Groupe B

- ◆ Si jamais la grippe aviaire devient une épidémie affectant l'être humain, 13 parmi ces 22 chirurgiens dentistes en chef plus jeunes prendraient les mesures prises pendant le SRAS ; quatre ne s'occuperaient que des cas urgents ; ainsi que onze d'entre eux suivraient les mesures hospitalières prescrites à l'heure actuelle.

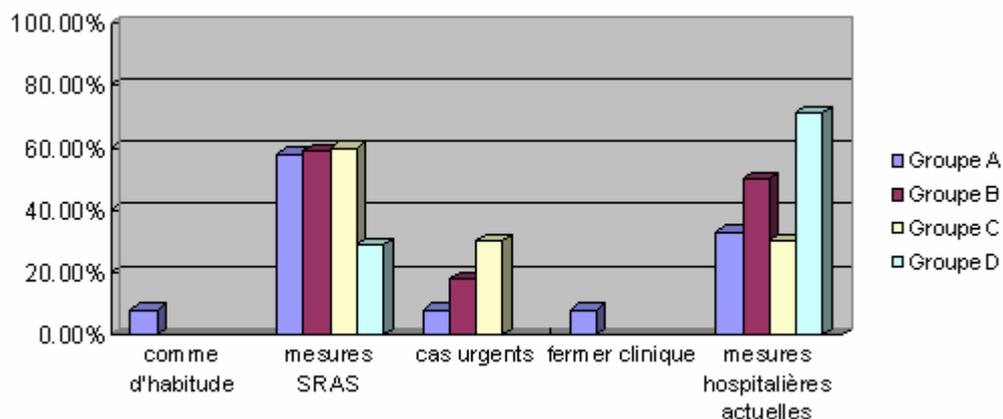
Groupe C

- ◆ Si jamais la grippe aviaire devient une épidémie affectant l'être humain, six chirurgiens dentistes hospitaliers parmi les dix prendraient les mesures prises pendant le SRAS, trois ne soigneraient que des cas urgents, trois suivraient les mesures hospitalières prescrites à l'heure actuelle.

Groupe D

- ◆ Si jamais la grippe aviaire devient une épidémie affectant l'être humain, deux étudiants en chirurgie dentaire sur sept prendraient les mesures prises pendant le SRAS, cinq suivraient les mesures hospitalières prescrites à l'heure actuelle.

Figure 26. Comportements en pratique dentaire en cas d'épidémie grippale



Épidémies les plus dangereuses pour la pratique de la chirurgie dentaire à Taïwan (question 9)

- ◆ C'est une question ouverte ayant pour but de savoir quelles sont les épidémies les plus dangereuses pour la pratique de la chirurgie dentaire à Taïwan selon les chirurgiens dentistes interrogés. Neuf parmi les 51 questionnés ont laissé cet espace blanc sans nous donner aucune réponse.
- ◆ Malgré la variété des réponses, ils nous ont plutôt indiqué des maladies contagieuses se transmettant par la voie aérienne ainsi que celles par les fluides tels que le sang ou la salive. D'après eux, ce sont les risques les plus importants dans leur pratique quotidienne. Parce que, d'une part, presque tous les actes sont sanglants et que d'autre part, certains instruments en produisant des saignements provoquent la formation d'aérosols formés de microgoutelettes en suspension dans l'air composées de liquides, dont le sang et la salive, et de particules septiques.
- ◆ Outre quelques réponses bien générales, comme toutes les maladies infectieuses ou bien celles se transmettant par la voie aérienne, par la salive ou/ et par le sang, nous avons également reçu des réponses plus précises ci-dessous :
 - Le SRAS (21/41) : c'est une maladie infectieuse potentiellement ; le taux de mortalité est très haut ; il est difficile à prévenir l'infection respiratoire ; c'est une maladie émergente ; cette maladie cause une pression psychologique entre le dentiste et le patient (la peur).
 - L'hépatite B, C ou autres (10/41) : prévalence importante à Taïwan ; sans d'évidents signes cliniques ; contamination sanglante très élevée en clinique dentaire.
 - Le SIDA/ VIH (10/41) : c'est une maladie mortelle sans signes évidents ; le séropositif ne veut pas l'informer au dentiste.
 - La tuberculose (7/41) : prévalence importante à Taïwan.
 - La grippe (aviaire) (4/41) : elle est contagieuse par la voie aérienne ; les premiers signes sont identiques à ceux d'un rhume.

DISCUSSION

Critique de la méthodologie

Remarques sur les limites de la méthodologie

Les principales limites de ce travail tiennent aux critères d'inclusion et le choix de ces populations, chirurgiens dentistes et étudiants en chirurgie dentaire. En effet, la hiérarchie dans un centre hospitalier universitaire à Taïwan est assez complexe. Normalement, l'étudiant en 5^e année d'odontologie commence à faire un stage à l'hôpital mais il n'effectue pas de traitement dentaire sur le patient, alors que celui en 6^e année est interne et travaille tous les jours en clinique. Après, il y a la résidence dentaire pour s'entraîner à la pratique approfondie voire spécialisée. Lors de ces cinq années, quelques chirurgiens dentistes hospitaliers (*residents*) poursuivent à la fois des études pour obtenir un master. En ce qui concerne le chirurgien dentiste en chef, le profil est encore plus varié. Il y a ceux qui cumulent deux fonctions, dentiste en chef au centre hospitalier universitaire ainsi que l'enseignant ou doctorant à la faculté de médecine, ceux qui ne travaillent que comme chirurgien dentiste mais dans deux ou plusieurs établissements différents etc. Ceci n'est pas forcément en relation avec la durée d'exercice et d'ailleurs, n'est pas facile à indiquer par le répertoire simplifié. Ce biais se retrouve dans l'analyse des données et sans doute dans le net décalage entre les réponses des groupes sur certains points. Il aurait certes été intéressant d'enquêter auprès des populations ayant des caractéristiques communes. Ceci aurait évité un certain déséquilibre des réponses entre les populations. Toutefois, l'opportunité d'enquêter auprès de chirurgiens dentistes exerçant dans un centre hospitalier universitaire important a permis d'objectiver l'attente dans ce domaine.

La construction du questionnaire en neuf thèmes, de 30 questions, se révèle a posteriori trop long. En outre, il y a trois ans que l'épidémie de SRAS a eu lieu à Taïwan. Ce décalage entraîne une difficulté pour retrouver la juste mémoire sur cet événement au fil du temps dont on nous ont parlé dans quelques questionnaires reçus. Donc, les 2^e et 4^e thèmes leur ont semblé parfois répétés et redondants, ce biais se retrouve dans l'analyse des données. En effet, tous ces défauts posent des problèmes par rapport à la volonté et à la possibilité de nous éclairer dans notre étude.

Il est évident qu'un nombre plus important de répondants permette une analyse

statistique. Néanmoins, certaines réponses aux questions ouvertes nous ont permis d'avoir des résultats plus intéressantes.

Reflexion sur la méthodologie¹³

Les sondages d'opinion sont généralement considérés comme une technique simple et relativement fiable. Mais ce type d'enquête tend à se présenter en outre comme un bon exemple d'enquête scientifique parce qu'elles paraissent recueillir méthodiquement des faits et semblent se borner à les commenter sans préjugés théoriques ou idéologiques. La forme même sous laquelle elles se présentent au grand public, avant leurs tableaux statistiques, leurs graphiques ou leurs courbes qui accompagnent souvent la publication des résultats dans la presse paraît donner toute les garanties de scientificité. Elles sont commentées de façon savante par des spécialistes en science politique ou en sociologie qui apportent ainsi la caution de leur discipline.

En ce qui concerne la technique du sondage, les « sondeurs » rappellent qu'il s'agit là d'une technique à la fois banale et très sûre qui est utilisée depuis longtemps dans les sciences sociales et même par les grandes institutions statistiques (comme l'Institut national des la statistique et des études économiques, l'Institut national des études démographiques, etc.) Et il est vrai que la technique du sondage est de pratique courante en sociologie et n'est pas une spécialité des instituts dits de « sondage » : pour des raisons à la fois de rapidité et d'économie, les enquêtes en sciences sociales ne portent en effet qu'exceptionnellement sur la totalité des populations étudiées, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de populations numériquement très importantes puisque l'on sait depuis longtemps qu'il suffit d'interroger un échantillon de taille très réduite, mais à la condition toutefois qu'il soit « bien choisi », les véritables problèmes sociologiques commençant à se poser à ce niveau.¹⁴

Par ailleurs, les spécialistes des sondages disent savoir depuis longtemps que la formulation des questions et même l'ordre dans lequel elles sont posées peuvent influencer sur la distribution des réponses et déclarent apporter une attention particulière à la rédaction des questionnaires afin de limiter ces effets parasites¹⁵. Le débat sur la valeur scientifique de ces enquêtes est-il dès lors clos et faut-il les considérer dans leur ensemble comme des enquêtes scientifiquement irréprochables ? Rien n'est moins sûr. Simple technique, le sondage ne peut jamais livrer en soi les conditions

adéquates de son utilisation, celle-ci dépendant de la recherche entreprise. On ne peut se prononcer, ici comme d'ailleurs pour toute méthode d'enquête, qu'en chaque cas et compte tenu de l'objet de la recherche. Le choix d'une technique d'enquête (questionnaire, observation directe, etc.), d'un échantillon de population (tirage au hasard, échantillons par quotas ou par « boule de neige », etc.) ou de la formulation des questions constituent autant de décisions stratégiques de méthode qui doivent être examinées à chaque fois en fonction de ce que l'on cherche à saisir parce qu'elles constituent autant de prises de position sur l'objet même de la recherche.

En fait, les spécialistes en sciences sociales savent depuis longtemps que les réponses faites à un questionnaire peuvent être « influencées » par la façon dont les questions sont rédigées, et par l'ordre dans lequel celles-ci sont posées. Toutefois, nous pouvons nous demander s'il existe une « bonne » formulation des questions permettant de saisir les « vraies » opinions. Il n'existe pas en soi de « bonnes » questions mais seulement des interprétations plus ou moins exactes du sens qu'il faut donner aux réponses faites à une question donnée. Ceci permet d'opérer un déplacement décisif de la réflexion critique et conduit à s'interroger sur la nature de ces « opinions ».

Le choix des populations que l'on interroge n'est jamais neutre et prédétermine très fortement, surtout en matière d'opinions, la distribution des réponses obtenues. Cela ne signifie pas pour autant que tous les choix se valent et qu'ils soient tous aussi arbitraires les uns que les autres. Ils constituent autant de points de vue sur l'objet de la recherche qu'il faut expliciter afin de déterminer lequel est le plus justifié. En tous cas, interroger systématiquement des échantillons représentatifs de l'ensemble de la population interdit la saisie des opinions effectives et la détermination des groupes sociaux qui sont réellement mobilisés ou directement concernés par les questions abordées par l'enquête. Pour chaque enquête, il faut se poser le problème de l'échantillon pertinent en sachant que, le plus souvent, la solution ne deviendra évidente que lorsque l'enquête sera déjà très avancée sinon parfois presque terminée. C'est un paradoxe ou un cercle de méthode qui ne peut paraître infranchissable qu'à ceux qui découpent les opérations de la recherche en séquences autonomes et ordonnées : hypothèses, choix de l'échantillon, questionnaire, dépouillement des données et résultats. Les données obtenues par une enquête constituent toujours une première approximation qui doit permettre, en retour, de s'interroger sur la population

retenue. Cela signifie, dans le cas des sondages d'opinion, qu'avant même de commenter les réponses obtenues lors d'une enquête et avant même de savoir combien d'enquêtes se sont prononcés « pour » ou « contre » ou si les « oui » l'emportent sur les « non », il faut mettre en relation les réponses obtenues avec la structure de la population qui a été interrogée.

En résumé, une enquête sociologique, dans un premier lieu, ne se réduit jamais à la simple passation d'un questionnaire d'opinion mais mobilise toujours une batterie plus ou moins large de techniques d'enquête. Si, parce que le questionnaire constitue une technique rapide et commode de recueil d'informations, le sociologue est souvent amené à traiter, lui aussi, des données obtenues par ce moyen ou à procéder à l'analyse secondaire d'enquêtes effectuées par les instituts de sondages d'opinion, il reste que la recherche sociologique n'est jamais réductible à l'analyse de ces réponses brèves, souvent incertaines, à des questions presque toujours mal comprises par une fraction plus ou moins importantes des personnes interrogées. Dans les enquêtes sociologiques le questionnaire n'est qu'un élément, et pas nécessairement le plus important, d'un dispositif d'enquête beaucoup plus diversifié qui fait appel simultanément à tout un ensemble de techniques de recollection des données : interviews approfondies auprès d'informateurs, observation ethnographique, monographies de familles ou de groupes sociaux, constitution de fichiers, analyse secondaire de documents divers, etc. En seconde lieu, l'enquête sociologique doit construire son objet et donc également ses « données ». Ces dernières demandent toujours à être interprétées et intégrées à une problématique scientifique et ne peuvent jamais parler par elles-mêmes.

Il faut donc se rendre compte que la méthode de la complexité concerne autant l'esprit que l'objet de son état¹⁶. En effet, tout en proposant certains principes de connaissance aptes à traiter les complexités, elle permet l'affermissement des qualités d'esprit qui sont la sensibilité aux ambivalences, l'attention aux effets du contexte sur l'objet étudié et ceux de cet objet sur son contexte. Elle donne la conscience de l'écologie de l'action, à savoir qu'une action échappe à ses auteurs dès qu'elle entre dans un milieu d'interactions et de rétroactions et peut avoir finalement les résultats contraires à son projet. Elle encourage à traiter la multidimensionnalité des choses humaines et sociales, à traiter les leçons de l'inattendu et à dialoguer avec l'incertain. Elle cherche à renforcer la connaissance des parties par la connaissance du tout et la

connaissance du tout par celle de ses parties. Elle tend à surmonter la fragmentation de la connaissance en s'ouvrant aux problèmes globaux et fondamentaux. Elle pressent que l'apparition d'une contradiction, dans un problème fondamental, signifie la détection d'une nappe profonde de réalité. Car l'esprit de notre temps obéit au cloisonnement disciplinaire qui brise les contextes, désintègre les problèmes globaux et fondamentaux, ne retient que des fragments de réalité, dissout les complexités ; il considère que l'apparition d'une contradiction dans le discours est signe d'erreur.

La finalité de ce que M. Edgar Morin^{16,17} a appelé méthode est d'éveiller l'esprit à lui-même, pour qu'il puisse s'emparer de quelques principes cognitifs :

- le principe de rétroaction négative ou régulation, qui permet de concevoir les autonomies organisationnelles ;
- le principe de curviligne, qui permet de comprendre tout ce qui est auto-production et auto-organisation ;
- le principe dialogique, qui permet d'associer complémentaires des termes antagonistes ;
- le principe hologrammique, qui indique que dans les organisations complexes non seulement la partie est dans le tout, mais aussi le tout est dans la partie ;
- le principe d'inclusion du connaissant dans sa connaissance.

La nature des problèmes a évolué au fil du temps. Les enjeux éthiques relèvent désormais de problèmes complexes, interreliés, qui ne concernent plus uniquement l'individu, mais qui touchent des populations entières et de nombreuses institutions sociales. Le développement d'approches méthodologiques pouvant tenir compte de la complexité croissante des enjeux éthiques devient alors une nécessité. Il nous incite à relier ce qui est radicalement disjoint : la science, l'éthique et la politique.

SRAS : l'épidémie du XXI^e siècle, poussée de fièvre mondiale^{3,18,19,20}

10 février 2003 : le premier message diffusé par ProMed, système électronique d'échange d'information de la *Society for Infectious Diseases*, porte le numéro 20030210.0357. Ce jour-là, comme la veille, un télégramme diplomatique du consulat de France à GuangDong (Canton) signale une épidémie de pneumonie. La phase de diffusion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) dans la population humaine a

alors déjà débuté. Le 12 mars 2003, l'OMS a alerté la communauté internationale après avoir appris qu'une maladie respiratoire sévère de cause indéterminée se propageait rapidement au sein du personnel hospitalier dans la Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine) et au Viet Nam. Quand, deux jours après, des hôpitaux de Singapour et de Toronto (Canada) ont également signalé des patients présentant des signes et symptômes similaires, il est apparu que la maladie se répandait, en effet, au niveau international principalement par les voies aériennes¹⁸. Nous savons aujourd'hui que les premiers cas de SRAS sont apparus à la mi-novembre 2002 dans la Province de Guangdong, en Chine. Le premier rapport officiel faisait état d'une flambée de pneumonie atypique ayant affecté 305 personnes et entraîné 5 décès dans cette province^{18,19}. L'Organisation mondiale de la santé, faute d'avoir été alertée par la Chine, ne fait son premier rapport officiel que le 11 février 2003.

En France, la veille sanitaire effectuée par les épidémiologistes de l'InVS (l'Institut de Veille Sanitaire) a permis d'alerter les autorités sanitaires dès le 18 février 2003, en signalant l'existence d'une épidémie de pneumopathies atypiques en Chine du sud. La réponse mise en place, largement inspirée des plans conçus pour répondre aux menaces bio terroristes et au risque de pandémie grippale, a permis de faire face à l'introduction des premiers cas de SRAS et de limiter la transmission secondaire autour de ces cas. Au total, sept cas probables ont été identifiés en France et les conséquences de l'épidémie sont restées limitées³.

Dans la matinée du 15 mars, au vu du contexte et de la chronologie des événements, l'OMS prit la décision d'accroître le niveau de l'alerte mondiale¹⁹. Cette décision était fondée sur l'analyse de cinq facteurs différents mais néanmoins liés. Premièrement, l'origine et donc la capacité épidémique de l'agent causal de cette nouvelle maladie n'étaient pas connues. Deuxièmement, les flambées semblaient faire courir de grands risques au personnel soignant, ainsi qu'à toute personne en contact étroit avec les malades, y compris les membres de la famille et les proches. Troisièmement, les tentatives d'utilisation empirique de plusieurs antibiotiques et antiviraux semblaient n'avoir eu aucun effet. Quatrièmement, malgré un nombre initialement limité de personnes atteintes, un pourcentage notable de malades (25 des 26 membres du personnel hospitalier de Hanoï et 24 des 39 à l'hôpital de Hong Kong) s'était rapidement trouvé en détresse respiratoire, ce qui exigeait des soins intensifs et

avait entraîné des décès chez des personnes jusque-là en bonne santé. Enfin, la maladie avait quitté son milieu d'origine, l'Asie, et semblait s'être étendue vers l'Amérique du Nord et l'Europe. Dans ce même jour, l'OMS a donc décidé de diffuser des recommandations d'urgence en déclenchant une alerte mondiale à l'usage des voyageurs et des compagnies aériennes, des professionnels de santé et des autorités sanitaires. C'était une recommandation inhabituelle.

Le SRAS, infection humaine récemment identifiée, est provoqué par un coronavirus différent de tout autre virus humain ou animal de la même famille. Sa transmission s'effectue principalement de personne à personne par l'exposition à des gouttelettes libérées par la toux ou les éternuements, ou par contact avec les liquides organiques lors de certains actes médicaux ainsi que dentaires. Il semblerait que la contamination de l'environnement par l'excrétion fécale du virus joue un rôle dans la transmission de la maladie puisqu'à la fin du mois de mars, plus de 300 résidents d'un immeuble de Hong Kong où le système d'évacuation des eaux usées était défectueux ont été infectés presque simultanément. Il n'existe actuellement aucun vaccin, aucun traitement curatif, ni aucun test diagnostique extemporané fiable, bien qu'aient été mis au point des tests sérologiques qui peuvent confirmer de manière fiable une infection passée sur les sérums en phase aiguë et en phase de convalescence. Le traitement du SRAS est donc symptomatique et les stratégies de lutte reposent sur des interventions épidémiologiques classiques: identification des sujets correspondant à la définition du cas, isolement, lutte anti-infectieuse, recherche des contacts, quarantaine, surveillance active des contacts et recommandations aux voyageurs fondées sur des bases factuelles.

Epidémie et l'histoire chinoise^{21,22,23}

Selon l'histoire chinoise, il n'existe que de petits mots pour décrire des « épidémies » et par hasard ou non, ces maladies ont souvent accompagné des guerres. D'après une recherche archéologique en 1975, un document de la dynastie de Qin (248-206 avant J.C.) montre ses lois pour lutter des maladies contagieuses, comprenant la surveillance active et la déclaration, le diagnostic précis ainsi que l'isolement du lépreux dans certaines structure. Cependant, chaque dynastie ou même chaque empereur constitue ses propres lois et change souvent de mesures. Comme le gouvernement attache toujours de l'importance à la politique ainsi qu'au pouvoir, le problème des maladies infectieuses demeure, encore aujourd'hui, plus ou moins

négligé. Même si des réglementations d'isolement ou de la quarantaine paraissent, la culture chinoise est toujours contre de telles mesures et les considère comme immorales.

Nous savons que l'historique de la peste, partie de la "loïmographie" est bien connue. Ses grands moments ont été étudiés depuis l'antiquité jusqu'au monde moderne. L'épouvantable "Grande Peste" de 1347-48 qui déstabilisa le monde européen, fit prendre conscience des dangers nosologiques venant du Proche-Orient et de l'est européen continental : "route de la soie" et invasions tartares, comme portes d'entrée du fléau. Ainsi, en Chine même, on décrivit les bubons et l'environnement dangereux des rongeurs. Ceci est attesté par les caractères : « 鼠 » qui signifie "rat" et « 疫 » qui signifie "épidémie", "contagion" ou "peste" (en pinyin : "shugi", peste) - ou encore "wen yi", peste, épidémie, épizootie : « 瘟疫 ». En fait, dans l'histoire de la dynastie de Qing, la dernière en Chine, nous ne trouvons que des descriptions ambiguës en comparaison de celles occidentales qui sont plus précises : sporadique, endémique, épidémique et pandémique.

La peste du Yunnan gagne Guangdong, Hong-Kong en 1894, puis Bombay, et étend ses méfaits par voie maritime au monde entier. C'est à cette époque, surtout, que l'on prend conscience de l'importance de la voie maritime dans sa progression. On peut remarquer que, dans cet historique succinct, on n'a guère parlé du XVI^e siècle. Pourtant celui-ci, ainsi d'ailleurs que les dernières décennies du XV^e siècle, sont par excellence les périodes d'expansion européenne à travers la planète. Lors de la peste de 1894, un médecin chinois, Dr WU Lien-Teh, a pris des mesures efficaces pour affronter cette épidémie en Chine. Il a précisé dès 1925 qu'on pouvait distinguer trois foyers endémiques de peste en Asie : l'Arabie, l'Asie occidentale avec un centre au Kurdistan et une zone plus vaste en Asie orientale. Les routes maritimes de l'Extrême-Orient, de l'Inde, de la Chine, du Japon, sont découvertes en un peu moins d'un siècle par les marins portugais. C'est une donnée historique d'une ampleur comparable à celle de l'ouverture, au XX^e siècle, du cosmos par l'aéronautique, mais les dangers en étaient sans doute plus grands voire immenses.

SRAS et Taïwan

L'épidémie de SRAS en 2003 commence par Guangdong, puis Hong Kong, et se transmet par la route aérienne dans le monde, presque comme la peste de 1894. En

raison de la proximité de Guangdong et Hong Kong, des activités commerciales et du lien culturel avec ces villes, on voyage beaucoup entre Taïwan et les régions les plus touchées par le SRAS. Le premier patient à Taïwan^{25, 26, 27, 28}, comme cas probable est retourné de Guangdong et Hong Kong le 21 février 2003. Il a été hospitalisé le 8 mars dans l'Hôpital national de Taïwan (*Hospital of National Taiwan University*), bien qu'il ait eu de la fièvre et plusieurs signes d'atteinte respiratoire quatre jours après son retour. Le 14 mars 2003, Taiwan identifie ses premiers cas groupés de pneumopathies atypiques et depuis, isole tous les cas suspects et probables. Du mois de mars au mois d'avril 2003, il y avait 764 chambres dites « pression négative » pour isoler les patients du SRAS. En plus, le Code de Santé Publique a été révisé en mars 2003 afin que ce soit légitime de mettre en oeuvre les mesures de contrôler la propagation des épidémies.²⁴ Depuis le 18 mars 2003, ceux qui ayant contacté les patients reconnus, quel que soit le cas suspect ou probable, sont mis en quarantaine à domicile pour 10 à 14 jours (la quarantaine du niveau A).^{25, 26}

Jusqu'au 22 avril 2003, à Taïwan, il y a 29 cas probables du SRAS sans décès dont 79% de pathologies importées ; l'accroissement des cas soit exponentiel mais sa détection demeure lente. Dans ce même jour, l'Hôpital Hopping à Taïpei déclare 7 cas, puis suit une propagation rapide locale qui accumule 116 cas probables et 10 décès le soir même. Ensuite, le nombre de cas augmente à 264 dont 34 décès jusqu'à la mi-mai et à 680 dont 81 décès jusqu'au 1^{er} juin 2003 ; cela représente une augmentation six fois plus grande en moins d'un seul mois. Par conséquent, tant de questions se posent sur les raisons pour lesquelles le SRAS peut se propager à toute vitesse à Taïwan même deux mois après que l'OMS a lancé l'alerte globale et plus d'un mois après son passage à Hong Kong, à Singapour ainsi que dans d'autres pays voisins. Certains^{27, 29, 30} pensent que le manque d'expérience et d'assistance d'experts de l'OMS en est responsable, au moins pour le début de cette épidémie. Par ailleurs, l'identification retardée des cas contagieux de SRAS et l'inadéquation de la lutte anti-infectieuse causent des dommages au sein du personnel hospitalier.^{27, 31}

Le 24 avril 2003, l'Hôpital Hopping à Taïpei a été fermé et la mise en quarantaine du niveau B a été imposée quatre jours après. Les personnes en quarantaine sont obligées de rester où elles sont, de prendre leur température 2 ou 3 fois par jour, de prévenir le corps médical dès qu'il y a des signes respiratoires, de porter un masque chirurgical quand elles sortent ou quand il y a d'autres gens. D'ailleurs, il est interdit

d'utiliser les réseaux de transport public, d'aller voir les patients hospitalisés ou de visiter des endroits publics. Celles qui sous la quarantaine du niveau A ne peuvent pas partir sauf pour les activités nécessaires visées par l'autorité de la santé ; le repas leur est donc livré ; alors que celles qui du niveau B sont autorisées à aller chez un médecin, à chercher à manger, à s'occuper elles-mêmes de leur poubelle ainsi qu'à faire d'autres activités nécessaires visées par l'autorité de la santé, et il faut enregistrer tout ce qui est fait à l'extérieur pour des investigations possibles à l'avenir. En cas de violation des réglementations de la quarantaine, la punition est une amende de 1 765 à 8 824 USD et une incarcération de deux ans maximum. En revanche, il existe également l'aide sociale pour les personnes en quarantaine, comme le soutien psychologique par téléphone, des soins pour sa famille et une somme de 147 USD après la quarantaine.²⁵ Jusqu'à la fin de cette épidémie, 211 945 personnes, soit 0,92% d'habitants de l'île, ont été mises en quarantaine pendant 10 à 14 jours*. Parmi elles, seules 133 (0,06%) ont été repérées comme cas probables ou suspects du SRAS plus tard²⁴. Lors de cette période, 286 (0,2%) personnes ont été condamnées à payer une amende à cause de la violation de la quarantaine. Il y avait 4 063 personnes, soit 8,0% des cas en quarantaine du niveau A, qui ont été sous surveillance vidéo à domicile. Pourtant, selon une étude faite à Taïwan concernant l'efficacité de la mise en quarantaine²⁸, nous n'arrivons pas à tirer une conclusion pour savoir si cette épidémie pouvait être mieux contrôlée en mettant moins de personnes en quarantaine. Le 5 juillet 2003, l'OMS a annoncé que Taïwan, où le dernier cas probable connu avait été isolé 20 jours plus tôt, avait interrompu les chaînes de transmission inter-humaine.¹⁸

*La durée pour la mise en quarantaine du SRAS était de 14 jours avant le 10 juin 2003. Après cette date, elle devient de 10 jours, correspondant à la période de l'incubation.

Quand l'Hôpital national de Taïwan a rencontré le SRAS^{32,33, 35}

En mi-mars 2003, dès que l'OMS a alerté la communauté internationale après avoir appris qu'une maladie respiratoire sévère de cause indéterminée se propageait rapidement à Hong Kong et au Viet Nam. Les premiers reportages concernant cet événement ne sont apparus à Taïwan que le vendredi 14 mars. Néanmoins, le matin de ce jour-là, des membres du groupe de contrôle de l'infection et de la contamination de l'Hôpital national de Taïwan ont appris qu'il y avait un cas suspect de SRAS, à examiner d'urgence, dont le mari était déjà hospitalisé en raison d'une pneumonie. Bien qu'il n'y ait aucune information dans les médias ou de la part des autorités de la

santé à Taïwan à ce moment-là, le responsable de la gestion de l'infection de l'Hôpital a pris une décision rapide en mettant immédiatement ces deux personnes dans des chambres d'isolement dès qu'il a reçu ce message. Suite à des reportages ainsi qu'à l'information depuis l'étranger, on a supposé que ces cas étaient sans doute en relation avec la maladie respiratoire sévère de Hong Kong ou du Viet Nam, même voire avec l'infection spéciale de la grippe aviaire. Une réunion d'urgence concernant cette crise en question a eu lieu en fin journée du 14 mars 2003 dans l'Hôpital. Selon ses décisions, les mesures de protection pour ces deux patients ont augmenté au niveau 3 ; de nombreux personnels ainsi que des équipements nécessaires ont mobilisés en urgence ; les membres du groupe travailleraient pendant le week end suivant afin de parer à tout éventualité. Une petite partie de ces mesures a été modifiée le lundi 17 mars en mettant le nom du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) auprès l'OMS. La semaine suivante, le groupe a coordonné les secteurs de la consultation externe et celui d'urgence dans l'Hôpital pour en discuter et fixer les mesures du contrôle et de la gestion de l'infection.

Ces patients auraient pu contaminer le personnel médical et paramédical lui apportant des soins, avant qu'une alerte ne permette de penser à une résurgence du SRAS. Le personnel soignant est en effet particulièrement exposé au risque d'infection par un patient non identifié, comme l'ont montré les épidémies survenues en Chine, à Hongkong et à Toronto. Ce phénomène, susceptible de se produire quel que soit le niveau d'alerte SRAS, nécessite la mise en oeuvre de mesures complémentaires. En effet, les caractéristiques cliniques peu spécifiques du SRAS et l'absence d'un test diagnostic rapide et fiable rendent l'identification de cas de SRAS particulièrement difficile en cas de survenue saisonnière d'autres affections respiratoires, notamment la grippe. Dans le cas d'une épidémie de grippe intercurrente, ces difficultés de diagnostic risquent d'amener des patients grippés en contact avec des patients victimes du SRAS, favorisant l'extension de l'épidémie. Une démarche de diagnostic rapide doit pouvoir permettre de poser sans délai un diagnostic différentiel. Par ailleurs, le problème de l'afflux de patients à l'hôpital en période de grippe est récurrent. La possibilité qu'une épidémie ou qu'un risque d'épidémie de SRAS vienne s'ajouter à ce problème doit être envisagée le plus en amont possible afin que des principes de gestion de l'accueil hospitalier dans de telles circonstances soient définis.

La détection des cas primaires de SRAS ne sera alors réalisée que par l'identification, dans un établissement de soins, de cas groupés d'infections respiratoires avec un tableau de pneumopathie atypique aiguë sévère (PAAS), transmissibles de patient à patient par contact direct. Cette modalité de détection fait partie des modalités d'alerte préconisées par l'OMS et prises en compte par l'Hôpital national de Taïwan. Il faut se rendre compte que l'état d'avancement de l'épidémie de grippe doit être connu de l'ensemble des professionnels de santé et de la population, et que les critères épidémiologiques permettent de suspecter un cas de SRAS, l'examen clinique seul étant insuffisant. (voir Annexe II)

Un premier diagnostic d'un cas possible de SRAS à Taïwan a été noté à l'Hôpital national de Taïwan ; ce dernier a créé, dans un premier temps, un groupe pour lutter contre l'épidémie de SRAS en s'appuyant sur les références des mesures nationales ainsi qu'internationales. En plus, il a élaboré les plans de diagnostic, de contrôle de l'infection et du traitement visant le SRAS. Par ailleurs, l'Hôpital a organisé une conférence multidisciplinaire pour délibérer sur cette épidémie en cours le 28 mars 2003 à la faculté de médecine de l'Université nationale de Taïwan. C'est grâce à cette mobilisation immédiate, même avant que l'autorité de la santé ne donne les recommandations, que les premiers cas épidémiques n'ont pas entraîné de grande contamination hospitalière. Toutefois, pendant que ces mesures étaient en train d'être diffusées aux établissements médicaux, l'épidémie de SRAS a malheureusement explosé par suite des cas d'infection à l'hôpital Hopping et à l'hôpital Renji à Taïpei.

Expérience sur la gestion épidémiologique du SRAS par le secteur dentaire de l'Hôpital national de Taïwan³⁴

Dès le premier cas probable de SRAS en mars 2003 à Taïwan, l'Hôpital national de Taïwan était en première ligne pour lutter contre cette épidémie. Après les affaires d'infection dans l'hôpital Hopping et l'hôpital Renji, beaucoup de cas suspects de SRAS ont afflué dans cet hôpital à tel point que moins de 3% du personnel médical devait s'occuper de plus de 40% de cas épidémiques dans tout le pays. Bien qu'il n'y ait évidemment pas assez de ressources ni de personnels dans l'Hôpital pour soigner tous ces malades, on ne pouvait s'adresser nulle part ailleurs. L'Hôpital national de Taïwan risquait donc à tout moment d'avoir une résurgence d'infection nosocomiale. Face à cette grave crise, le secteur dentaire a immédiatement fondé un groupe pour surveiller et gérer l'épidémie de SRAS. Par la même occasion, on a mis en oeuvre un

plan de protection et de contrôle de l'infection. Ce plan a été effectué réellement et complètement. Les principes des mesures étaient les suivants : organisation et mobilisation ; éducation pour tous ; suivi de l'épidémie ; signalisation des cas possibles ; contrôle des personnels ; orientation des patients ; protection personnelle ; désinfection de l'environnement ; plan de circulation ; séparation des cabinets dentaires ; regroupement du personnel en équipes distinctes ; et fixation des différents plans d'intervention.

L'ampleur de la mobilisation et de l'organisation a attiré l'attention de tous les personnels dentaires sur la crise due à cette épidémie pour qu'il n'y ait aucun lieu sans surveillance. Dans le secteur dentaire, en plus d'un responsable de la prévention et de la lutte contre le SRAS, il y avait des coordinateurs dans chaque division. Sous cette direction, on a établi plusieurs sous-groupes pour prévenir et cibler les cas épidémiques, contrôler et éduquer le personnel sanitaire, fournir les ressources, et surveiller l'hygiène de l'environnement. L'éducation est le premier pas ainsi que la clé essentielle de la réussite. Il faut que tous les personnels médicaux et paramédicaux aient les connaissances correctes sur le SRAS par tous les moyens d'informations et par les programmes d'éducation. C'est d'une part, pour éviter de provoquer une panique supplémentaire et d'autre part, pour pouvoir exactement suivre et effectuer toutes les procédures de la prévention de la contamination. La signalisation des cas épidémiques est une manifestation de la transparence de l'information au niveau hospitalier ainsi que national, afin que le personnel dans le secteur dentaire soit informé à temps. En outre, on prenait quotidiennement la température du personnel du secteur et on faisait un rapport afin de suivre de près la santé du personnel hospitalier ainsi que celle de sa famille. Ce contrôle des personnels inclut la suspension des consultations externes des stagiaires et celles des dentistes dans toutes les cliniques, également l'arrêt de toutes les réunions non essentielles, etc. Pour bien cibler les patients, des principes de gestion de l'accueil hospitalier dans de telles circonstances étaient appliqués par la station de contrôle à l'entrée de l'Hôpital : limiter le nombre d'accompagnants et les horaires de visite des malades hospitalisés ; faire remplir un formulaire sur les critères épidémiques ; prendre la température de tout le monde ; insister pour faire porter un masque, etc. Ces mesures sont pour but de cibler la population à haut risque et d'orienter les cas suspects pour reconfirmation. En ce qui concerne la protection personnelle, il est exigé que le personnel se lave souvent les mains avec du désinfectant, porte un masque respiratoire type N95, des surlunettes ou

un masque de protection, un calot, deux paires de gants et des vêtements de protection. Il faut désinfecter l'environnement, y compris les lieux cliniques, les instruments, les chaises dentaires, etc., au moins trois fois par jour. Toutes les mesures peuvent être modifiées à tout moment, par rapport à la situation épidémique.

Le SRAS n'est pas une maladie effrayante si l'on s'y attaque sérieusement et avec des connaissances correctes. Vu la spécialité du traitement de la chirurgie dentaire, le professionnel ainsi que le patient risquent d'être contaminés par les soins dentaires. A part les épidémies existantes, il y aura probablement beaucoup d'autres maladies contagieuses émergentes comme ce cas. Il faudrait donc tirer les leçons de cette épidémie afin de bien mobiliser et mieux gérer une crise sanitaire à venir. (résumé par un texte de présentation spéciale par Dr. Lee, Jang-Jaer dans la 26e conférence du Comité de la recherche en chirurgie dentaire à Taïwan, daté 7/9/2003.)

Remarques

En raison de la proximité géographique de Guangdong et Hong Kong, des activités commerciales et du lien culturel avec les régions les plus touchées par le SRAS, Taïwan a déclaré ses premiers cas le 14 mars 2003. Ensuite, une flambée assez violente s'est passée à l'Hôpital Hoping à Taïpei le 22 avril. Le 24 avril 2003, cet hôpital a été cerné et fermé en état d'urgence ; la quarantaine a été mise sans aucun préavis ni préparation. Tous les patients et personnels hospitaliers étaient enfermés et isolés dans l'Hôpital Hoping pour que le SRAS ne se transmette plus. Ces personnels hospitaliers mis en quarantaine ont éprouvé des sentiments de peur, de dépression, d'angoisse, de colère et de frustration qui pourraient avoir des conséquences à long terme. En ce qui concerne l'efficacité de la politique envisagée et soutenue, il faudrait des recherches approfondies afin de trouver des moyens appropriés qui pourront empêcher des épidémies avec minimum d'impacts.

En plus, des médias taïwanais, par intérêt financier, ne diffusent ni la vérité ni l'information essentielle mais l'événement exagéré qui sème la panique dans le public, surtout pendant une épidémie grave³⁶. Le gouvernement est responsable du contrôle des médias pour donner l'information importante et réelle au public et pour éviter la panique sociale. Selon une enquête faite à Singapour³⁷, même si l'information sur le risque du SRAS et sur les mesures préventives entraîne un peu d'angoisse dans le public, qui ne pose quasiment pas de problème de santé, cela conduit néanmoins plus

à un comportement de prévention et de précaution.

L'équation entre les trois termes justice, médecine et média semble difficile, voire impossible à résoudre. La médecine et les médias évoluent en suivant le raccourcissement de l'échelle mondiale dû à la technique. Les virus se répandent en quelques jours sur toute la planète, ce dont chacun peut être informé en temps réel. Nous pouvons suivre le déplacement d'un virus à la trace, alerter les populations, prendre les mesures qui s'imposent et éventuellement juger les responsables de la sécurité sanitaire³⁸ Le cas du SRAS et de la grippe aviaire présentent les exemples les plus récents qui répondent en partie de la solution à cette équation.

Il faut néanmoins se rendre compte que le média a une exigence d'audience et donc un « effet marketing » qui repose sur le spectacle, le scandale, le sensationnel et la distraction.³⁹ L'effet économique est évident pour le média et considérable pour les conséquences sur les informations. La médecine est sans doute victime, mais elle est bien souvent complice. La mise en scène médiatique d'une information médicale est toujours soumise à une contradiction. Depuis un certain temps, la santé publique est gérée plutôt par les médias que par la médecine. Cela aboutit quelquefois à des dérives, en tout cas à ce que les médias soient actuellement un agent fondamental de la santé publique. De l'autre côté, la vérité médicale est toujours incomplète, lente, relative et peu interpellante. L'important est de réduire la confusion entre transparence et opacité de l'information.

Leçons tirées de l'épidémie de SRAS ^{18,19,40,41}

Dès l'apparition des premiers cas suspects de SRAS dans de nouveaux pays après l'alerte de la mi-mars, de nombreux membres du personnel hospitalier ont cité la recommandation de l'OMS et la prise de conscience qu'elle a suscitée pour expliquer la rapidité avec laquelle les cas étaient dépistés et isolés. Ce qui a contribué à limiter – si ce n'est arrêter – la propagation de la transmission du virus du SRAS. Nous pouvons trouver une autre explication à la situation des Etats-Unis, où la contamination par le virus du SRAS est comparativement faible et bien maîtrisée, par le niveau élevé de préparation et de planification à l'échelle nationale consécutif à l'épisode de distribution malveillante, au sein du système postal américain, de courrier contaminé par des spores du charbon (octobre 2001).⁴²

Les grandes leçons tirées de cette expérience seront une aide importante pour

guider à l'avenir dans la lutte contre les maladies infectieuses et se préparer à l'arrivée soudaine d'une nouvelle maladie. Premièrement, il est indispensable de signaler rapidement et de façon transparente tous les cas d'une maladie susceptible de se propager au niveau international dans un monde interdépendant et très mobile. Deuxièmement, des alertes sanitaires mondiales déclenchées en temps utile peuvent éviter que des cas importés ne provoquent d'importantes flambées dans des zones jusque-là indemnes. Troisièmement, des recommandations pour les voyages prévoyant des mesures de dépistage dans les aéroports contribuent à freiner la propagation internationale d'une nouvelle infection. Quatrièmement, grâce aux moyens de communication électroniques, les scientifiques, cliniciens et experts de la santé publique peuvent collaborer entre eux en vue d'établir promptement les bases scientifiques sur lesquelles fonder les mesures de lutte. Cinquièmement, les lacunes des systèmes de santé contribuent dans une large mesure à la propagation des infections nouvelles. Sixièmement, une épidémie peut être endiguée même en l'absence d'un médicament ou d'un vaccin efficaces si les interventions sont adaptées aux circonstances et s'appuient sur un engagement politique. Enfin, la communication sur les risques des infections nouvelles et émergentes est une tâche très délicate; il est indispensable de donner au public des informations aussi exactes que possible et sans aucune ambiguïté.

Par ailleurs, plusieurs articles récemment parus^{4,43} proposent des synthèses critiques en discutant de l'éthique dans les cadres suivants : la quarantaine, la confidentialité, la mission de soignant, les dégâts collatéraux, la globalisation des échanges. Dans un article paru dans le *British Medical Journal*⁴³, un groupe d'experts pluridisciplinaire recense et analyse les problèmes éthiques qui se sont posés dans le cadre de l'épidémie de SRAS à Toronto. En préambule, les auteurs rappellent que dans toute situation d'urgence, les décideurs doivent mettre en balance les libertés individuelles et le bien commun, la crainte des personnels soignants pour leur sécurité personnelle et le devoir de porter assistance aux personnes malades, les pertes économiques et la nécessité de contenir la diffusion d'une maladie mortelle.

Problèmes éthiques liés à la mission de soignant⁴⁴

Durant l'épidémie de SRAS, les soignants ont été contraints de mettre en balance les risques de santé encourus par leurs proches avec leur mission de soignants. En principe, cela fait partie des risques du métier auxquels ils ne peuvent se soustraire, à

l'instar des pompiers avec le feu ou des policiers avec la violence dans la société. Ce jugement peut être relativisé en considérant que pour venir en aide aux malades, les personnels de soins doivent d'abord rester en bonne santé. Mais il n'en reste pas moins que leur profession les expose par nature à des risques inévitables. Sans exiger d'eux un héroïsme impossible, les pouvoirs publics doivent leur donner les moyens d'assumer les situations à haut stress, en les formant à travailler et en prévoyant des protocoles techniques sur lesquels s'appuyer dans de telles conditions. Dans la perspective d'épidémies futures, il faut également réfléchir à la création de fonds d'indemnisation en cas de maladies ou de décès des personnels soignants, en incluant les personnels des services techniques et administratifs.

Règlement sanitaire international de l'OMS ^{45,46}

Le Règlement Sanitaire International (RSI) a pour objet d'assurer le maximum de protection contre la propagation internationale des maladies, moyennant le minimum d'entraves au trafic international. Son origine remonte au milieu du XIX^e siècle, après que des épidémies de choléra se sont déclarées en Europe, entre 1830 et 1847. Ces épidémies ont donné lieu à d'intenses activités diplomatiques et la première Conférence sanitaire internationale réunie à Paris en 1851, a marqué le début d'une coopération multilatérale dans le domaine de la santé publique. Huit conventions sur la propagation transfrontière des maladies infectieuses ont été négociées entre 1851 et la fin du siècle. Des organisations internationales, et notamment celle qui a précédé l'actuelle Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), ont été créées pour appliquer ces conventions au début de XX^e siècle. La constitution de l'OMS est entrée en vigueur en 1948 et le Règlement sanitaire international, adopté par les Etats Membres de l'OMS en 1951, a été révisé en 1969. Le Règlement a ensuite été modifié en 1973 et 1981.

De nombreuses dispositions du nouveau Règlement reposent sur l'expérience qu'ont acquise l'OMS ainsi que la communauté internationale ces trente dernières années et sur les leçons qu'elles en ont tirées. Après les flambées de SRAS en 2003 et de grippe aviaire en 2004-2005, l'Assemblée mondiale de la santé a décidé de mettre en place un nouveau règlement sanitaire international pour faire face à la propagation des maladies infectieuses émergentes et pour mieux coordonner la riposte internationale aux flambées épidémiques.

Le Règlement adopté en 1969 était censé aider à surveiller et maîtriser six grandes maladies infectieuses - le choléra, la peste, le typhus, la fièvre récurrente, la variole et la fièvre jaune. Dans sa nouvelle version, il couvrira un éventail plus large d'urgences de santé publique de portée internationale, y compris les maladies émergentes. Le 16 mai 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé un nouveau RSI pour faire face à la propagation internationale des maladies infectieuses. Ce Règlement vise à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ». Il contient une liste de maladies comme la variole, la poliomyélite et le SRAS, dont les cas doivent être déclarés à l'OMS, ainsi qu'un instrument de décision sur lequel les pays peuvent s'appuyer pour déterminer si une flambée constitue un événement de portée internationale. Il s'agit de savoir si la flambée est grave, inhabituelle ou inattendue, s'il y a un risque important de propagation internationale et de restrictions aux voyages internationaux ou au commerce international. Le nouveau Règlement fait entrer la lutte contre la maladie dans le XXI^e siècle, selon un responsable de l'agence des Nations Unies pour la santé.

Dans ce nouveau Règlement la définition de « quarantaine » s'entend comme la restriction des activités et/ou la mise à l'écart des personnes suspectes qui ne sont pas malades ou des bagages, conteneurs, moyens de transport ou marchandises suspects, de façon à prévenir la propagation éventuelle de l'infection ou de la contamination (Art. 1).

Par ailleurs, d'après les *Centres for Diseases Control (CDC) and prevention* d'Atlanta, les maladies quaranténaires communicables comprennent, depuis 1983, la choléra, la diphtérie, la tuberculose infectieuse, la peste, la variole, la fièvre jaune ainsi que la fièvre hémorragique virale (par exemple les virus Marburg, Ebola et Crimée-Congo). Après la propagation globale de l'épidémie de SRAS, cette maladie est classée comme une maladie quarantenaire et donc rajoutée dans la liste du 4 avril 2003.⁴⁷

Règlement sanitaire de Taïwan ⁴⁸

En recherchant sur le site officiel du *Center for Disease Control, Taiwan, R.O.C.*,

on trouve le règlement de prévention et la surveillance de la maladie contagieuse, révisé le 20 janvier 2004, comprenant 75 articles au lieu de 47 depuis la révision précédente. À son origine il n'avait que 35 articles (le 6 décembre 1944). Il y a eu quelques petites modifications en 1948, 1983, 1999, 2002 et le 7 janvier 2004. En outre, beaucoup de modifications sur le règlement sanitaire à Taïwan sont faites depuis. On pourrait sans doute supposer que l'importance de la politique sanitaire est sérieusement prise en compte par les autorités de la santé depuis l'épidémie de SRAS en 2003 à Taïwan.

Épidémie et société ^{49, 50}

Une épidémie est le constat d'un nombre temporairement excessif ou anormal de cas d'une pathologie au sein d'une population pendant une période donnée. Une maladie fréquente au sein d'une population mais de façon stable est dite endémique. Cependant, on parle souvent de situation endémo-épidémique pour décrire des pathologies de fréquence stable avec des poussées épidémiques.

Le plus souvent, on envisage le terme d'épidémies sous l'angle pasteurien de maladies transmissibles par un agent pathogène identifiable et reproductible. Cependant, ces dernières ne représentent plus actuellement qu'une faible partie des pathologies observées au sein des populations des pays développés. En réalité, une épidémie stricto sensu peut être aussi bien liée à une pathologie effectivement biologiquement transmissible (liée à un virus, une bactérie ou un parasite) qu'à une pathologie non directement contaminante mais liée à des circonstances d'exposition fréquentes au sein de la population ou à des phénomènes de « contagion psychologique » reposant sur le mimétisme de comportements (tabagisme, suicide, par exemple). On peut ainsi traduire l'augmentation des pathologies cardio-vasculaires en termes d'épidémie même si l'infarctus du myocarde ne se transmet pas d'une personne à l'autre, d'épidémie des accidents de la route ou encore d'épidémie des tentatives de suicides sans que pour autant on induise qu'il existe concrètement un agent transmetteur d'un individu à un autre.

Toute épidémie – émergence soudaine et inhabituelle d'une pathologie – est liée à la rencontre d'un facteur pathogène avec un nombre significatif de personnes réceptives et susceptibles de déclarer la maladie. Le pouvoir de nuisance de ce système « population vulnérable <-> agent pathogène » dépend de la société, de ses

habitudes, de sa réactivité et conditionne la gravité et l'ampleur de l'épidémie. Une épidémie est donc le révélateur de l'état d'une société. Elle traduit ses faiblesses dans la mesure où elle met en évidence les conséquences sur la santé de la grande fréquence de l'exposition à certains facteurs. Elle révèle aussi les ruptures du contrat social d'égalité des chances et de bénéfice sanitaire passé entre la société et ses membres. Cette perspective d'analyse permet de comprendre en quoi une épidémie est à la fois réelle et fantasmée et pourquoi ce qui en est dit dans une société traduit l'image que cette société se fait d'elle-même. Certaines épidémies sont acceptées, assumées comme telles, permettant de mobiliser ressources et énergies pour la contrôler. D'autres sont niées ou minimisées. A l'extrême, lorsqu'elles ne peuvent être contrôlées, elles sont comprises et utilisées par les divers pouvoirs comme des symboles de punition d'essence divine, auxquels l'homme peut tenter de répondre avec les moyens de l'époque mais toujours en imposant un sentiment de culpabilité et de soumission. L'efficacité de la mobilisation des fantasmes, reliquats du souvenir légendaire des épidémies historiques, peste ou lèpre moyen-âgeuses, grippe espagnole du début du XX^e siècle, est toujours très grande, malgré les progrès technologiques.

Les véritables grands fléaux et les peurs

Cette peur atavique de l'humanité à l'égard des épidémies est aujourd'hui renforcée par des idées contradictoires sur la modernité. Si les progrès de la médecine sont perçus comme devant lui permettre de tout contrôler, elle peut le faire à condition de ne faire courir aucun risque. L'idée d'efficacité technologique s'accompagne de celle d'une sécurité absolue, d'une maîtrise de tous les cataclysmes, en particulier les épidémies. Lorsque cette maîtrise est prise en défaut, et, pire encore, de façon consciente comme ce fut le cas du sang contaminé, la défiance à l'égard du progrès médical prend des allures paranoïaques. Par ailleurs, ce même progrès technologique est aussi perçu comme source de multiples nuisances (pollution, radioactivité, bruit, disparition des espèces, etc.) et menaçant l'état de santé de la population. En outre, l'extrême réactivité des médias a créé une susceptibilité particulière de la société à l'égard d'informations *a priori* inquiétantes qui peuvent créer un vent de panique ou une angoisse sociale profonde.

L'épidémie d'encéphalopathie spongiforme bovine en est un exemple frappant. Alors que les victimes humaines se comptent sur les doigts des mains, l'impact médiatique et sur la société a été considérable. Sans doute cet effet est-il lié au

caractère totalement scandaleux de transformer des animaux végétariens en carnivores, induisant l'épidémie bovine. Mais encore faut-il ne pas confondre une épidémie qui a un impact réel sur la santé publique, véritable fléau induisant un fort taux de mortalité évitable, avec la peur d'une épidémie, tout aussi légitime soit-elle lorsqu'il s'agit comme dans ce cas précis de contrôler les effets négatifs d'un développement technologique sans retenue.

Le SRAS, à un niveau peut-être moins caricatural, démontre la capacité des médias à amplifier ces représentations. D'une mortalité inférieure à 10% ayant contaminé quelques milliers de personnes en une année, ce syndrome a un impact sanitaire sans commune mesure avec l'encre qu'il fait couler. En effet, le temps passé à décrire ces questions, l'énergie et les ressources consacrées à les contrôler occultent les vrais problèmes de santé publique. Entretienues par les médias, ces grandes peurs permettent ainsi d'oublier les ravages que causent des phénomènes comme le tabac, l'alcool, les suicides ou les accidents de la route. Trop proches de nous, trop ancrés dans notre quotidien, trop intégrés dans notre économie, ces fléaux deviennent des compagnons de route certes désagréables, mais apparemment incontournables, que seule une très forte volonté politique peut combattre, au risque d'être impopulaire.

Les méthodes de contrôle des épidémies

Elles dépendent des connaissances et des notions acceptées à une certaine époque. Ainsi, au XIX^e siècle, les notions hygiénistes ont permis de contrôler les épidémies de choléra et de paludisme en Europe, parce qu'elles correspondaient au système de valeurs qui prenait place au sein de la société de l'époque. L'urbanisme rationnel se développait, l'État prenait une importance de plus en plus grande dans la gestion des affaires sociales, la médecine découvrait l'existence des germes transmissibles qui permettaient de désigner la cause du mal et de s'en prémunir. À l'heure actuelle, parmi les épidémies auxquelles est prêtée une certaine attention, le sida occupe une place privilégiée. Remettant en question le pouvoir de la technique médicale, cette épidémie a montré aux occidentaux que le progrès ne pouvait pas tout contrôler, du moins pas immédiatement, chose que les habitants des pays en voie de développement savent depuis leur naissance. Mais cette épidémie renvoie aussi (et peut-être surtout) à la condamnation inconsciente – cependant parfois explicite – de la transgression des règles morales classiques.

Le système de santé est mandaté par la société pour réagir en premier face à une épidémie et il le fait dans une certaine séquence. La première phase est la reconnaissance du fait épidémique. Ce n'est pas toujours chose facile, car les systèmes de surveillance sont coûteux et lourds à gérer. En France, on peut citer deux systèmes de surveillance particulièrement intéressants, parmi tous ceux qui existent : les réseaux de médecins ou de structures de santé sentinelles qui permettent de mesurer l'évolution de certaines épidémies en demandant à quelques professionnels de santé (volontaires) de déclarer tous les cas qu'ils sont amenés à voir. Grippe, gonorrhée disposent de réseaux de ce type, parfois par télématique, plus efficaces que les déclarations obligatoires de certaines pathologies que très peu de médecins remplissent. En parallèle, les interventions épidémiologiques d'urgence mettent en place rapidement des enquêtes capables d'explorer les situations épidémiques soudaines et de les expliquer. L'InVS a été créé initialement pour ce type d'intervention, ce qui explique les difficultés rencontrées pour appréhender un phénomène de fond soudainement émergent comme les conséquences de la canicule 2003 sur les personnes âgées.

La seconde phase est l'acceptation par le système de soins de l'épidémie. Tout professionnel de santé est aussi un individu et un citoyen, et réagit en conséquence. Devant une situation inédite, telle que le sida, il n'est pas surprenant de constater que les personnels manifestent eux aussi de la peur, de l'angoisse, et présentent parfois des réactions irrationnelles. Ils peuvent parfois subir une « usure », se décourager face à la maladie dont l'issue fatale est incontournable. Cependant, leur position de relais au sein de la société, leur donne une audience auprès du public qui leur interdit de douter sous peine de susciter des réactions de panique. Ce sont quelques unes des raisons pour lesquelles de gros efforts de formation sont faits en leur direction.

La troisième phase est la mise en place de structures de prévention, permettant de limiter l'extension de la maladie. Ces structures sont soit spécifiques de la pathologie visée, soit permettent de couvrir plusieurs épidémies. Elles ont pour objectifs de limiter l'extension de l'épidémie en luttant contre le facteur pathogène (traitement des cas des pathologies transmissibles en neutralisant les germes, élimination de toxiques alimentaires), contre ses vecteurs (moustiques, puces, mouches) ou, pour les maladies non transmissibles ou dont le germe est inaccessible à la thérapeutique, en limitant l'exposition des populations au facteur pathogène par tous les moyens de prophylaxie.

En fin, la quatrième phase est la réorganisation du système de soins face à l'afflux de nouveaux malades. De nouvelles pratiques sont organisées (dépistage), d'anciennes sont remises au goût du jour (renforcement des règles d'hygiène), de nouveaux débats sont engagés souvent sur des bases anciennes. Ainsi la révélation de la séropositivité reprend les débats et les enjeux éthiques posés par la gestion par le patient du diagnostic de cancer potentiellement fatal.

Une épidémie est donc un « fait social total », impliquant tous les secteurs de la société dans la création des circonstances favorables à son émergence et mobilisant toutes ses forces pour en venir à bout (ou pour l'accepter). Pour qu'il y ait épidémie, il faut qu'en même temps coexistent le facteur pathogène et la population réceptive. Ainsi, le régime alimentaire chargé en graisses de certains de nos ancêtres provoquait alors moins de décès qu'actuellement car la population réceptive et susceptible d'athérome était moins nombreuse. En effet, on vieillissait peu, mourant jeune de maladies transmissibles, et on n'avait pas le temps de développer ces pathologies cardio-vasculaires.

Le même raisonnement peut être appliqué au sida. Cette épidémie a pu prendre l'ampleur qu'on lui connaît à cause d'une réceptivité particulière et jusque là inédite de la population mondiale. En effet, tout porte à croire que les virus VIH pré-existaient de longue date et ne se transmettaient que peu à l'homme, de façon sporadique. L'hypothèse d'une mutation soudaine aggravant leur pathogénicité est peu probable (elle ne peut rendre compte du fait qu'il y ait au moins deux VIH en même temps). Mais la société s'est profondément modifiée ces dernières années. D'une part, les transports ont permis une plus grande circulation des populations et des germes qu'elles véhiculent. D'autre part, les manipulations de produits sanguins ont été multipliées, soit dans un but thérapeutique (transfusions), soit dans une logique de toxicomanie, multipliant les occasions de transmission massive du VIH.

Mais à cet égard, il est peu honnête de considérer que le « relâchement » des mœurs serait à l'origine de l'épidémie comme le font certains, affirmant que nos grands-pères et grands-mères étaient beaucoup plus raisonnables que nous et nos contemporains dans leurs relations amoureuses... L'histoire millénaire de la syphilis et la présence permanente dans les chansons et les contes égrillards traditionnels de la gonorrhée sont là pour nous démontrer le contraire.

Éthique médicale et politique de santé^{50, 51}

« *Il n'est pas un de nos actes qui, en créant l'homme que nous voulons être, ne crée en même temps une image de l'homme tel que nous estimons qu'il doit être* »
~ Jean-Paul Sartre ~⁵²

Michel Foucault a fait un travail axé sur la question du gouvernement des corps ; celle des rapports entre savoir et pouvoir. S'affronter à l'épidémie, c'était inévitablement réfléchir au savoir-pouvoir médical, à la notion de « santé publique ». La réflexion qu'il y engage porte, entre autres, sur la gestion des épidémies. Le « point de départ » de sa réflexion est sur le pouvoir. Les luttes « transversales » ne se limitent, ni à tel ou tel pays, ni à « un type particulier de gouvernement politique et économique », et les luttes « immédiates » s'attaquent, non à un « ennemi numéro un », mais aux instances de pouvoir les plus proches⁵³.

L'absence de reconnaissance initiale d'une épidémie peut être liée aux craintes des difficultés économiques et sociales qu'une telle situation pourrait engendrer : frein au tourisme, limitation des déplacements professionnels ou religieux (pèlerinages, problèmes transfrontaliers, etc.)⁵⁴

« Le monde change » : constatation banale, à laquelle Stéfan Zweig, décrivant avec nostalgie son *Monde d'hier*, nous avait préparés. Constatation que, sur le plan sanitaire, les pages précédentes nous ont permis de confirmer et de préciser. « Rien n'est permanent, hormis le changement », disait déjà Héraclite d'Éphèse, au VI^e siècle av. J. -C. ! Bien malin qui pourrait entrevoir l'avenir, qui pourrait savoir l'évolution du monde, même pour les seules vingt ou trente prochaines années. Il est toujours hasardeux, voire présomptueux, de vouloir écrire l'histoire du futur, car nous ne pouvons pas tout prévoir.

Nous constatons que les humains ont du mal à intégrer le risques infectieux d'épidémie. Pourtant, des risques nouveaux peuvent se manifester ; l'apparition de nouveaux agents infectieux inconnus jusqu'ici est inéluctable. Il faut donc s'attendre à voir apparaître de nouvelles épidémies. Les autorités sanitaires savent bien, mais chacun d'entre nous doit le savoir aussi, que nous pouvons nous trouver, du jour au lendemain, devant une émergence imprévue, avec éventuellement des conséquences dramatiques, sanitaires bien sûr, mais aussi économiques, sociales, politiques.

D'autre part, au moins dans les pays européens, la perception par les citoyens des

questions de santé publique a beaucoup évolué ; il en est de même, naturellement, de l'attention accordée par les autorités sanitaires, qui ont à prendre en compte de nouveaux risques et qui aiguillonnées qu'elles sont par les réactions médiatiques, doivent réagir très rapidement, car la population se fait de plus en plus exigeante en matière de sécurité sanitaire. Au point que, lors d'une crise sanitaire, en particulier lors de la survenue d'une épidémie, s'instaure, comme le souligne Michel Setbon, une « confusion dangereuse entre la recherche justifiée d'explications et celle de responsabilités », cette dernière « occup[ant] finalement le centre des débats »⁵⁵.

Pour la plupart des maladies épidémiques connues, nous avons souvent l'impression que nous aurions les moyens techniques d'y faire face ou en tout cas d'éviter qu'elles ne causent des ravages considérables. Il est vrai en théorie, il « suffirait » de disposer d'une eau de bonne qualité, d'une nutrition suffisante, d'un système d'alerte efficace, de campagnes de vaccination bien conçues et d'une éducation sanitaire correcte. Les obstacles seraient donc à chercher ailleurs. Il seraient avant tout d'ordre politique et financier : il ne s'agirait finalement que d'une question de moyens et de volonté politique. S'il est vrai que, face à une épidémie, l'engagement du politique est indispensable pour opérer avec suffisamment de rapidité la mobilisation nécessaire, il ne faut pas oublier que lorsque des maladies « nouvelles », inconnues jusque-là, se manifestent, nous n'avons, *a priori*, pas d'armes spécifiques.

Dans le cas du SRAS, la lutte contre la diffusion de la maladie s'est appuyée sur les données scientifiques issues des premières observations épidémiques : survenue de la maladie (cas secondaires) chez les personnes ayant été en contact proche des malades ; incubation de un à dix jours ; absence de cas chez eux ayant été en contact d'individus atteints mais encore asymptomatiques. Ces trois constatations simples sont à la base des principales mesures prises (isolement des malades et quarantaine pendant dix jours des personnes ayant été à leur contact). Mesures qui se sont révélées efficaces pour éliminer en quatre mois la maladie une première fois. Dans cet exemple, il est aussi remarquable de constater que l'ensemble des autorités politiques des pays concernés ont adopté et appliqué ces mesures contraignantes, puisque attentatoires, pour certaines, aux libertés individuelles (quarantaine des contacts, limitation du droit de circulation, etc.), sans nécessairement disposer des outils juridiques nécessaires.

Principe de prévention : protéger sans nuire

La lutte contre les maladies infectieuses peut se décomposer en actions de prévention – dont l'objet est de réduire la morbidité et la mortalité futures- et en actions de maîtrise ou de contrôle – on agit alors sur un phénomène infectieux en cours pour en limiter les conséquences.

Dans le premier scénario, nous anticipons le risque en agissant en amont, alors que dans le second, on réagit à un risque évolutif après qu'il a été reconnu. Ces deux modalités d'action répondent cependant toutes deux au principe de prévention. Qui dit mesures de prévention dit mesures sans danger et acceptables par les personnes et la population. Comme elles s'appliquent à des sujets sains pour prévenir un risque à distance, on conçoit bien que leur efficacité doit être avérée et leur sécurité maximale. C'est pourquoi les programmes de prévention (vaccination, dépistage, éducation, modification de comportements, etc.) sont habituellement mis en oeuvre sur la base d'évidences scientifiques de niveau élevé (essais ou études menés à grande échelle, en double aveugle). Lorsqu'il s'agit de limiter les conséquences d'une infection en cours, le niveau de preuve peut, en revanche, être de niveau moindre (études cas-témoins, études descriptives, etc.).

Principe de précaution : à manier avec circonspection

Au cours des deux dernières décennies, le principe de précaution s'est considérablement développé, notamment à la suite de la transmission du VIH par la transfusion sanguine. Il influence de plus en plus les décisions de santé publique. Selon ce principe, une hypothèse peut être considérée comme suffisante, en l'absence de connaissances scientifiques, pour gérer un risque et prendre des décisions, notamment quand nous nous trouvons face à un risque émergent.

Il est fondamental de bien distinguer le rôle des experts de celui des responsables politiques. Les premiers doivent préconiser des solutions ; aux seconds revient la charge, toujours délicate, de choisir parmi celles-ci, de prendre des décisions et surtout de les mettre en oeuvre.

CONCLUSION

La riposte au SRAS a bénéficié des leçons tirées de la préparation et de la planification en vue d'une prochaine pandémie de grippe ou en cas d'attaque bioterroriste. Ces situations d'urgence en matière de santé publique bénéficieront à leur tour des enseignements qu'apportera le suivi de la contre-attaque internationale au SRAS. De même que cette riposte a déjà mis en lumière des points positifs, elle révèle aussi bon nombre de défis pour l'avenir. Les défis majeurs qui devront être relevés à l'avenir seront ceux de la transparence et de la capacité d'intervention aiguë. Taïwan est un des pays qui ont été gravement touchés par l'épidémie de SRAS en 2003. La valeur des mesures sanitaires prises pose des problèmes juridiques, sociaux ainsi qu'économiques auxquels il faudra réfléchir prudemment avant la prochaine épidémie. D'ailleurs, il nous faut des recherches approfondies pour analyser, non seulement l'efficacité de la politique envisagée et soutenue, mais aussi son impact psychologique, social, juridique, économique et surtout éthique. De toute façon, si le coronavirus du SRAS ne réapparaît pas chez l'homme, cette épidémie aura eu le mérite de marquer les esprits et de montrer l'intérêt de la recherche en collaboration et en réseaux, ainsi que l'importance de la diffusion des informations et des décisions de santé publique quand elles sont prises avec courage, au bon moment.

De nouvelles maladies infectieuses peuvent apparaître en tout endroit du monde et à tout moment, comme le SIDA et Ebola en Afrique noire, la grippe aviaire et le SRAS en Asie, la maladie de la vache folle en Grande-Bretagne. Il est impossible de prévoir quelle prochaine maladie fera demain son apparition. « La vie sans risques est-elle encore la vie ? » écrit Michel Drancourt. Face au mystère des épidémies, seule la vigilance nous permettra de les détecter le plus tôt possible avant qu'elles frappent une partie trop importante de la population. Moralement, notre société n'est pas préparée à une pandémie, et l'attention se porte peu sur les aspects éthiques des dispositifs envisagés⁵⁶. Les valeurs à sauvegarder doivent être hiérarchisées : la loyauté, l'intégrité, l'équité et la transparence doivent s'imposer dans la détermination et le contrôle des choix. La gestion anticipée d'un risque pandémique constitue un phénomène sans précédent. Il est indispensable d'expliquer, voire de justifier les mesures préconisées. Il s'agit d'une nécessité permanente des réflexions éthiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le normal et le pathologique. G. Canguilhem ; 1966 ; PUF.
2. L'Institut Pasteur (2003). Le SRAS, virus émergents. 2004.
<http://www.pasteur.fr/actu/presse/dossiers/emergent/SRAS.htm>.
(30/11/2004)
3. Dounia Bitar, J. E. (2003). Syndrome respiratoire aigu sévère - L'épidémie de Sras en 2003 en France. Rapport sur la gestion épidémiologique du Sras par l'InVS.
4. Gostin, L. O., R. Bayer, et al. (2003). "Ethical and legal challenges posed by severe acute respiratory syndrome: implications for the control of severe infectious disease threats." JAMA 290(24): 3229-37.
5. http://www.who.int/topics/avian_influenza/fr/ (16/3/2006) et l'extrait du dossier Les Centres Collaborateurs de l'OMS à l'Institut Pasteur
http://www.pasteur.fr/actu/presse/documentation/grippe_aviaire.html
6. Dentisterie et transfusion. *Dossier de presse de dentistes sans frontières*.
7. Éthique, politique et santé (préface). Christian Hervé, Presses Universitaires de France, 2000.
8. LEFEBVRE, H. (2002). L'esprit scientifique et la science en général. Méthodologie des sciences. R. HESS. Paris, Anthropos. Chapitre I: 19-44.
9. LEFEBVRE, H. (2002). La science de l'Homme. Généralité. Méthodologie des sciences. R. HESS. Paris, Anthropos. Chapitre IV: 115-35.
10. LEFEBVRE, H. (2002). La science des superstructures: l'histoire. Méthodologie des sciences. R. HESS. Paris, Anthropos. Chapitre VI: 153-60.
11. Initiation à la pratique sociologique. Patrick Champagne, Rémi Lenoir, Domonique Merllié, Louis Pinto. 2^e édition, 1999, Dunod. Chapitre 1 : Expérience vécue et exigence scientifique d'objectivité par Liouso Pinto, pp 7-50.
12. BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Sociologie 128, Ed.Nathan Université, Paris, 1992, 127p.
13. Initiation à la pratique sociologique. Patrick Champagne, Rémi Lenoir, Domonique Merllié, Louis Pinto. 2^e édition, 1999, Dunod. Chapitre 4 : La rupture avec les préconstructions spontanées ou savantes (par Patrick Champagne, pp 165-220.

14. A. Girard et J. Stoetzel, Les sondages d'opinion publique, Paris PUF, 1973.
« Le politique ».
15. J. Grémy, « Les expériences françaises sur la formulation des questions d'enquête. Résultats d'un premier inventaire », Revue française de sociologie, XXVIII, n°4, octobre-décembre 1987, p.567-599.
16. Bioéthique : méthode et complexité ; Ghislaine Cleret de Langavant (préface d'Edgar Morin). 2001, Presses de l'Université du Québec)
17. La méthode 6 Éthique ; Edgar Morin ; Edition du Seuil, novembre 2004.
18. L'OMS : rapport sur la santé dans le monde 2003. SRAS: les leçons tirées d'une nouvelle maladie (chapitre 5).
<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter5-fr.pdf>. (11/2/2005)
19. CSR/OMS (20 mai 2003). Maladies transmissibles, surveillance et réponse: syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)—Statut de la flambée et leçons pour l'avenir. www.who.int/csr/media/sars_whafr.pdf. (30/11/2004)
20. Lam, W. K., N. S. Zhong, et al. (2003). "Overview on SARS in Asia and the world." *Respirology* 8 Suppl: S2-5.
21. 郝明義. 傳染病和近代中國 (原文載於 <Net and Book 網路與書> 第六期 《移動在瘟疫蔓延時》) 06/2003.
22. 王紹東. 中國最古早的傳染病防治立法. 中國經濟史論壇 (2003-10-20 發布)
23. 楊念群. 我國近代「防疫」體系的演變—在中國人民大學演講 (節選)
24. Ho, M. S. and I. J. Su (2004). "Preparing to prevent severe acute respiratory syndrome and other respiratory infections." *Lancet Infect Dis* 4(11): 684-9.
25. (2003). "Use of quarantine to prevent transmission of severe acute respiratory syndrome--Beijing, China, 2003." *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 52(43): 1037-40.
26. Twu, S. J., T. J. Chen, et al. (2003). "Control measures for severe acute respiratory syndrome (SARS) in Taiwan." *Emerg Infect Dis* 9(6): 718-20.
27. Hsieh, Y. H., C. W. Chen, et al. (2004). "SARS outbreak, Taiwan, 2003." *Emerg Infect Dis* 10(2): 201-6.
28. Hsieh, Y. H., C. C. King, et al. (2005). "Quarantine for SARS, Taiwan." *Emerg Infect Dis* 11(2): 278-82.
29. Hsieh, Y. H. (2003). "Politics hindering SARS work." *Nature* 423(6938): 381.

30. Cyranoski, D. (2003). "Taiwan left isolated in fight against SARS." Nature 422(6933): 652.
31. Hsueh, P. R. and P. C. Yang (2004). "SARS outbreak in Taiwan." Emerg Infect Dis 10(8): 1514-5; author reply 1515-6.
32. 嚴重急性呼吸道症候群 (Severe Acute Respiratory Syndrome; SARS) 之感染管制措施 - 台大醫院之經驗. 感染控制雜誌,13 卷 2 期 (2003/04) ,pp85-9.
33. 當臺大醫院碰上 SARS - 台大醫院抗煞訪談紀錄. 台大醫院著(訪談. 整理 李素芳) 合記圖書出版社發行 (2004 年 6 月 10 日)
34. 大會論文摘要, SRAS 之感染控制 – 台大醫院經驗談 , 2003-9-7, 中華牙醫學會第 26 次學術研討會專題演講 (台北國際會議中心)
35. <http://ntuh.mc.ntu.edu.tw/med/sars/>
36. Hsin, D. H. and D. R. Macer (2004). "Heroes of SARS: professional roles and ethics of health care workers." J Infect 49(3): 210-5.
37. Quah, S. R. and L. Hin-Peng (2004). "Crisis prevention and management during SARS outbreak, Singapore." Emerg Infect Dis 10(2): 364-8.
38. Éthique, justice et médecine. Sous la direction de Emmanuel Hirsche et Jean-Claude Magendie. Édition Vuibert, nov. 2005. « Les dérives qui menacent » , Clément Weill-Raynal, p.87.
39. Éthique, justice et médecine. Sous la direction de Emmanuel Hirsche et Jean-Claude Magendie. Édition Vuibert, nov. 2005. « La confusion des genres » , Didier Sicard, p.93.
40. Arguin, P. M., A. W. Navin, et al. (2004). "Health communication during SARS." Emerg Infect Dis 10(2): 377-80.
41. Blendon, R. J., J. M. Benson, et al. (2004). "The public's response to severe acute respiratory syndrome in Toronto and the United States." Clin Infect Dis 38(7): 925-31.
42. Barbera, J., A. Macintyre, et al. (2001). "Large-scale quarantine following biological terrorism in the United States: scientific examination, logistic and legal limits, and possible consequences." JAMA 286(21): 2711-7.
43. Edelson, P. J. (2003). "MSJAMA. Quarantine and social inequity." JAMA 290(21): 2874.
44. Singer, P. A., S. R. Benatar, et al. (2003). "Ethics and SARS: lessons from Toronto." BMJ 327(7427): 1342-4.
45. Organisation Mondiale de la Santé. Maladie transmissibles : surveillance et

- action. <http://www.who.int/csr/ihr/fr/>. (Consulter le 16 juin 2005)
46. Organisation Mondiale de la Santé : révision du Règlement sanitaire international. Cinquante-huitième assemblée mondiale de la santé (16 mai 2005). http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_4-fr.pdf.
 47. Misrahi, J. J., J. A. Foster, et al. (2004). "HHS/CDC legal response to SARS outbreak." *Emerg Infect Dis* 10(2): 353-5.
 48. http://www.cdc.gov.tw/file/38695_3481481482_傳染病防治法_9301.doc (9/2005)
 49. Santé publique, santé communautaire. 2^e édition ;Chapitre 8.3 pp 283-7, MALOINE 2004 (Necker) Stéphane Tessier, Jean-Baptiste Andréys, Marie-Adèle Ribeiro.
 50. Les nouveaux risques infectieux. Grippe aviaire, SRAS, et après ? Didier Raoult. Éditions Lignes de repères en nov. 2005. Chapitre 15 : SRAS et grippe aviaire, les nouvelles infections respiratoires
 51. Éthique médicale et politique de santé. Sous la direction de Philippe BATIFOULIER et Maryse GADREAU. Ed. ECONOMICA, 2005.
 52. L'existentialisme est un humanisme. Jean-Paul Sartre, Nagel, 1946, p.24.
 53. Michel Foucault, « Le sujet et le pouvoir », Dits et écrits, texte 306.
 54. Le mystère des épidémies. Sous la direction de François Rodhain et Jean-François Saluzzo. Edition Pasteur, 2005.(Quatrième partie—quelles menaces pour demain ? comment s'y préparer ? pp.281-401).
 55. Martine PEREZ, « Les plans de prévention sont bâtis sur l'expérience », *Le Figaro*, 12 septembre 2003.
 56. Emmanuel Hirsch, « Questions éthiques face à la pandémie grippale ». *Le Monde*, 18 mars 2006.

Annexe I : Questionnaire

Cher (Chère) collègue,

Ancienne étudiante en chirurgie dentaire de National Taiwan University, ayant obtenu mon diplôme en 1994, je poursuis actuellement un master de recherche à l'Université Paris 5 (René Descartes) en France. Je réalise une enquête sur l'impact et le rôle de l'épidémie dans la pratique de la chirurgie dentaire à Taïwan. Vu que le Centre hospitalier universitaire de National Taiwan University prend quasiment toujours la tête du système de santé à Taïwan et qu'en plus, pendant la période de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), le *Hospital of National Taiwan University* a soigné le plus grand nombre de malades y compris les tous premiers cas, vous aviez sans doute plus de chance d'avoir rencontré des malades souffrant de la maladie contagieuse en cas de pandémie. Nous avons vivement besoin de votre vécu ainsi que de votre précieuse expérience pendant l'épidémie de SRAS. Veuillez aider notre étude en nous retournant le questionnaire ci-joint dûment complété. Nous vous précisons qu'il gardera une forme tout à fait anonyme.

Espérant obtenir une réponse rapide de votre part, ce dont je vous remercie, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Cordialement,

WU, Yen-Chun

Questionnaire

1. Au sujet des premiers cas du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) :
 - i. Quand avez-vous appris qu'il y avait eu des cas de SRAS dans le monde ?
 - (A) février 2003 ;
 - (B) mars 2003 ;
 - (C) avril 2003 ;
 - (D) je ne m'en souviens plus ;
 - (E) je ne sais pas ;
 - (F) autres _____.
 - ii. Par quels moyens ? Par
 - (A) des journaux ;
 - (B) des revus de la médecine ;
 - (C) l'annonce du Center for Disease Control Taiwan, ROC ;
 - (D) l'annonce des organisations de la santé ;
 - (E) des sites d'Internet : _____;
 - (F) des conversations non officielles ;
 - (G) autres _____
2. Le lien entre cette information et les comportements de procédures en pratique dentaire (répondez par vos connaissances si vous n'aviez aucune expérience pratique) :
 - i. Quelles étaient vos procédures en pratique dentaire avant l'épidémie de SRAS (réponses multiples possibles)?
 - (A) porter un masque chirurgical ;
 - (B) porter un calot chirurgical ;
 - (C) mettre des gants et en changer pour ____ patient(s) ;
 - (D) mettre des surlunettes ou un masque de protection ;
 - (E) se laver les mains avec du savon avant et après chaque patient ;
 - (F) se désinfecter les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient;
 - (G) désinfecter l'environnement professionnel par des produits spéciaux ;
 - (H) stériliser les instruments après les avoir utilisés ;
 - (I) autres _____

- ii. La connaissance de cette épidémie a-t-elle engendré des changements ou des comportements de procédures en pratique dentaire ?
- (A) Oui (continuez à la question iii) ;
- (B) Non, parce que _____ ;
- (C) je ne sais pas.
- iii. Si oui, comme quoi ? (réponses multiples possibles)
- (A) porter un masque chirurgical ;
- (B) porter un masque respiratoire type N95 ;
- (C) porter un calot chirurgical ;
- (D) mettre des gants et en changer pour ____ patient(s) ;
- (E) mettre des surlunettes ou un masque de protection ;
- (F) se laver les mains avec du savon avant et après chaque patient ;
- (G) se désinfecter les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient ;
- (H) désinfecter l'environnement professionnel par des produits spéciaux ;
- (H) stériliser les instruments après les avoir utilisés ;
- (I) prendre la température du patient avant l'acte dentaire ;
- (K) autres _____
- iv. Pendant cette période, dans votre pratique, vous avez
- (A) soigné tous les patients qui sont venus ;
- (B) reporté les cas non urgents ;
- (C) reporté les cas ayant de la fièvre ;
- (D) reporté les cas ayant des symptômes d'un rhume ;
- (E) autres _____.
- v. Pendant cette période, est ce que les rendez-vous fixés ont été annulés ou reportés par les patients ?
- (A) Non ;
- (B) Oui, à peu près le même taux qu'avant ;
- (C) Oui, environ un tiers ;
- (D) Oui, entre 1/3 et 1/2 ;
- (E) Oui, plus de la moitié ;
- (F) Oui, presque tous les cas non urgents ;

(G) aucune idée ;

(H) autres _____.

3. En ce qui concerne les cas de SRAS dans le Hospital of National Taiwan University :

i. Quand avez-vous appris qu'il y avait eu des cas de SRAS hospitalisés dans le Hospital of National Taiwan University , par rapport au 8/3/2003 où le premier cas y était hospitalisé ?

(A) dans la semaine ;

(B) 2-3 semaines après ;

(C) 4-5 semaines après ;

(D) après la fermeture de l'Hôpital Hopping à Taïpei ;

(E) Je ne sais pas ;

(F) autres _____

ii. Par quels moyens ? Par

(A) des journaux ;

(B) l'annonce de l'Hôpital ;

(C) l'annonce du Center for Disease Control Taiwan, ROC ;

(D) l'annonce des organisations de la santé ;

(E) des sites d'Internet : _____;

(F) des paroles non officielle ;

(G) autres _____

4. Le lien entre cette information et les comportements de procédures en pratique dentaire (répondez par vos connaissances si vous n'aviez aucune expérience pratique) :

i. Ces cas de SRAS ont-ils engendré des changements ou des comportements de procédures en pratique dentaire ?

(A) Oui (continuez à la question iii) ;

(B) Non, parce que _____ ;

(C) je ne sais pas.

ii. Si oui, comme quoi ? (réponses multiples possibles)

(A) porter un masque chirurgical ;

(B) porter un masque respiratoire type N95 ;

(C) porter un calot chirurgical ;

- (D) mettre des gants et en changer pour ___ patient(s) ;
- (E) mettre des surlunettes ou un masque de protection ;
- (F) se laver les mains avec du savon avant et après chaque patient ;
- (G) se désinfecter les mains avec de l'alcool avant et après chaque patient ;
- (H) désinfecter l'environnement professionnel par des produits spéciaux ;
- (H) stériliser les instruments après les avoir utilisés ;
- (I) prendre la température du patient avant l'acte dentaire ;
- (K) autres _____

iii. Pendant cette période, dans votre pratique, vous avez

- (A) soigné tous les patients qui sont venus ;
- (B) reporté les cas non urgents ;
- (C) reporté les cas ayant de la fièvre ;
- (D) reporté les cas ayant des symptômes d'un rhume ;
- (E) autres _____.

iv. Pendant cette période, est-ce que les rendez-vous fixés ont été annulés ou reportés par les patients ?

- (A) Non ;
- (B) Oui, à peu près le même taux qu'avant ;
- (C) Oui, environ un tiers ;
- (D) Oui, entre 1/3 et 1/2 ;
- (E) Oui, plus de la moitié ;
- (F) Oui, presque tous les cas non urgents ;
- (G) aucune idée ;
- (H) autres _____.

5. En ce qui concerne les modifications du règlement sanitaire :

i. A vos connaissances, est-ce qu'il y a eu des modifications du règlement sanitaire pendant ou après le SRAS ?

- (A) Oui. Veuillez indiquer la période : pendant ou/et après. (continuez à répondre la question suivante, s'il vous plaît !) ;
- (B) Non. ;
- (C) Je ne sais pas.

- ii. C'étaient des modifications du règlement sanitaire dans votre hôpital ou national ?
- (A) Dans l'Hôpital ;
- (B) Sur le règlement sanitaire national ;
- (C) Les deux.
- iii. Dans le secteur dentaire, est-ce qu'il y a eu lieu des conférences pour le SRAS ?
- (A) Oui, avant/ pendant/ après l'épidémie de SRAS à Taïwan. (Veuillez indiquer la/les période(s) et continuez à répondre la question suivante, s'il vous plaît !) ;
- (B) Non. ;
- (C) Je ne sais pas.
- iv. Quelles ont été les sujets concernés (multiples réponses possibles) ?
- (A) Les mesures de surveillance ;
- (B) L'épidémie de SRAS ;
- (C) Les soins dentaires dans cette période spéciale ;
- (D) Les procédures pour cibler les patients ;
- (E) La protection personnelle ;
- (F) autres _____.
- v. A votre avis, fallait-il apporter des modifications au règlement sanitaire en cas d'épidémie de SRAS ?
- (A) Oui, parce que _____ ;
- (B) Non, parce que _____ ;
- (C) Je ne sais pas.
- vi. Pensez-vous qu'il fallait apporter des modifications aux procédures dentaires en cas d'épidémie de SRAS ?
- (A) Oui, parce que _____ ;
- (B) Non, parce que _____ ;
- (C) Je ne sais pas.
6. En ce qui concerne l'information sur le SRAS :
- i. Pensez-vous avoir été suffisamment informé(e) par rapport à cette épidémie dans votre propre pratique à ce que vous en attendiez? (Veuillez donner une note entre 0 et 10 : pas du tout =0 ; complètement suffisant =10) _____
- ii. Par qui avez-vous été informé(e) ? Par _____ (Veuillez

indiquer par la séquence d'importance et omettez ceux qui n'ont aucune importance, s'il vous plaît !)

- (A) le Ministère de la Santé de Taïwan;
- (B) le département de la santé, Taïpei ;
- (C) les informations officielles de l'Hôpital ;
- (D) les conférences dans le secteur dentaire ;
- (E) le site de CDC à Taïwan ;
- (F) les sites internationaux (ex : l'OMS, le CDC des États-Unis, etc.) ;
- (G) le journal télévisé ou la presse ;
- (H) autres _____.

iii. D'après vous, quel est le degré de la transparence d'information pendant cette épidémie ? (Veuillez donner une note entre 0 et 10 : pas du tout =0 ; complètement transparent =10)

- (A) Dans l'Hôpital : _____ ;
- (B) De la part du gouvernement : _____.

iv. En cas d'épidémie, pensez-vous que l'information au public et celle au professionnel de santé doivent être diffusées en même temps ?

- (A) Oui, parce que _____ ;
- (B) Non, parce que _____ ;
- (C) je ne sais pas.

v. Pensez-vous que l'épidémie de SRAS a causé une panique sociale ? (Veuillez donner une note entre 0 et 10 : pas du tout =0 ; une panique totale =10) _____

vi. Selon vous, quelles sont les raisons de la réponse à question précédente ?

7. En ce qui concerne la gestion de crise en cas d'épidémie :

i. D'après vous, la politique envisagée et soutenue a-t-elle eu une influence sur la gestion de la crise ? (Veuillez donner une note entre -10 et 10 : aucune influence =0 ; grande influence =10 ; points négatifs pour l'influence négative) _____

ii. En plus de l'expérience du SRAS, pensez-vous que l'on serait compétent pour gérer la crise face à une prochaine épidémie ? (Veuillez donner une note entre 0 et 10 : aucune compétence =0 ; totalement compétent =10)

- (A) Le gouvernement : _____ ;

- (B) L'Hôpital : _____ ;
- (C) Le secteur dentaire : _____ ;
- (D) La protection personnelle : _____

8. En ce qui concerne la grippe aviaire :

i. Avez-vous déjà été informé sur le principe de précaution vis à vis de la grippe aviaire ?

- (A) Non ;
- (B) Oui, diffusé par le gouvernement/ l'Hôpital/ le secteur dentaire/ les médias/ Internet : (site) _____/autres _____

ii. Si jamais la grippe aviaire devient une épidémie affectant l'être humain, que feriez-vous dans votre pratique ?

- (A) Je travaille comme d'habitude ;
- (B) Je prends les mesures prises pendant le SRAS ;
- (C) Je ne m'occupe que des cas urgents. ;
- (D) Je ferme la clinique. ;
- (E) Je suis les mesures hospitalières prescrites à l'heure actuelle ;
- (F) autres _____

9. A votre avis, quelles sont les épidémies les plus dangereuses pour la pratique de la chirurgie dentaire à Taïwan ? (Veuillez en indiquer au moins une, s'il vous plaît) Et en donnez la raison _____

10. Information générale :

i. Lors de l'épidémie de SRAS à Taïwan, vous étiez en ___ année de (A) chirurgien dentiste en chef ; (B) Resident ; (B) intern ; (C) clerk ; (D) étudiant ; (E) autres _____.

ii. Sexe : (A) homme ; (B) femme.

Merci infiniment de votre réponse ! Si vous avez d'autres suggestions, n'hésitez pas à m'en faire part, s'il vous plaît !

親愛的牙醫界先進同仁，您好：

本人是台大牙醫系第卅四屆的畢業生（民國八十三年畢業），目前於法國的巴黎第五大學(Université Paris 5–René Descarte)研修碩士學位。現在正進行關於 SARS (非典型肺炎)的相關研究，希望能了解這個世紀流行病對於台灣牙醫學界造成的衝擊，以及是否會影響牙醫師執業習慣或態度。

由於臺大牙科一向執國內牙醫界的牛耳，各位的態度動見觀瞻；而臺大醫院在 SARS 期間亦首當其衝，不僅發現最早的確定病例，也是治療的最多 SARS 病例的醫學中心。因此您較其他同業在當時有更多的機會接觸或耳聞到有疑似染病的牙科患者，將來在全國甚至全球性流行病盛行期間，各位也遠較其他的醫療院所的牙醫師，更可能接觸到這種具高度傳染性的牙科患者。我們非常需要您寶貴的經驗與意見，懇切希望各位能撥冗填寫本問卷以協助學術研究。同時，本問卷將以不記名的方式進行分析。

衷心感謝您的協助，並期望早日收到您珍貴的意見。

祝 身體健康 萬事如意

晚輩

吳彥群 敬上 (95.4.22)

問卷

1. 關於SARS (非典型肺炎) 的首例：
 - i. 請問您約在何時得知有 SARS 病例出現？(A) 2003年2月；(B) 2003年3月；(C) 2003年4月；(D) 不記得；(E) 不知道；(F) 其他 _____
 - ii. 請問您是從何處得知這項消息？(A) 報紙；(B) 醫學期刊；(C) 疾病管制局公告；(D) 衛生機關宣布；(E) 網路：_____的網站；(F) 口耳相傳_____；(G) 其他 _____
2. 此資訊與牙科臨床處置的關聯：(無臨床經驗者請根據您的想法回答)
 - i. 請問您在SARS出現之前的感染控制措施為 (可複選)：(A) 戴外科口罩；(B) 戴外科頭帽；(C) 戴手套____層 (_ 人換一次)；(D) 戴護目鏡或面罩；(E) 看診前後用肥皂洗手；(F) 看診前後用酒精消毒雙手；(G) 用特殊藥劑消毒診區；(H) 看診過後消毒所有器械；(I) 其他 _____
 - ii. 請問當您得知此流行病 (epidemic disease) 之後您在臨床處置上是否有所改變？(A) 是 (請繼續回答 ii)；(B) 否，因為_____；(C) 不知道
 - iii. 您在處置上有哪些變化？(可複選) (A) 戴外科口罩；(B) 戴 N95 口罩；(C) 戴外科頭帽；(D) 戴手套____層 (_ 人換一次)；(E) 戴護目鏡或面罩；(F) 看診前後用肥皂洗手；(G) 看診前後用酒精消毒雙手；(H) 用特殊藥劑消毒診區；(I) 看診過後消毒所有器械；(J) 先替病人量體溫；(K) 其他 _____
 - iv. 您當時的臨床治療情況為：(A) 治療所有前來看診的病患；(B) 延後治療非急症的患者；(C) 延後治療發燒的病患；(D) 延後治療有感冒症狀的患者；(E) 其他 _____
 - v. 在當時是否有患者取消或延後已排定的約診？(A) 沒有；(B) 與往常比例接近；(C) 約1/3；(D) 約1/3 ~ 1/2；(E) > 1/2；(F) 幾乎所有非急症者；(G) 不知道；(H) 其他 _____
3. 關於台大醫院的SARS (非典型肺炎) 病例：
 - i. 請問您約在何時得知貴院有 SARS 的病例？2003年3月8日(首例住院病例) (A) 之後的一週內；(B) 之後第二與第三週之內；(C) 之後第四與第五週之內；(D) 台北市立和平醫院封院之後；(E)

不知道 ; (F) 其他 _ _ _ _ _

- ii. 請問您是從何得知這項消息 ? (A) 報紙 ; (B) 醫院公文 ; (C) 疾病管制局公告 ; (D) 衛生機關宣布 ; (E) 網路 : _____
的網站 ; (F) 口耳相傳 _____ ; (G) 其他 _____

4. 此資訊與牙科臨床處置的關聯 : (無臨床經驗者請根據您的想法回答)

- i. 請問當您得知此流行病之後您在臨床處置上是否有行為變化 ?
(A) 是 (請繼續回答 ii) ; (B) 否 , 原因 _ _ _ _ _ ; (C) 不知道
- ii. 您在處置上有哪些改變 ? (可複選) (A) 戴外科口罩 ; (B) 戴 N95
口罩 ; (C) 戴外科頭帽 ; (D) 戴手套 _ 層 (_ 人換一次) ; (E)
戴護目鏡或面罩 ; (F) 看診前後用肥皂洗手 ; (G) 看診前後用酒精
消毒雙手 ; (H) 用特殊藥劑消毒診區 ; (I) 看診過後消毒所有器械 ;
(J) 先替病人量體溫 ; (K) 其他 _____
- iii. 您當時的臨床治療情況為 : (A) 治療所有前來看診的病患 ; (B)
延後治療非急症的患者 ; (C) 延後治療發燒的病患 ; (D) 延後治
療有感冒症狀的患者 ; (E) 其他 _____
- iv. 在當時是否有患者取消或延後已排定的約診 ? (A) 沒有 ; (B) 與
往常比例接近 ; (C) 約 1/3 ; (D) 約 1/3 ~ 1/2 ; (E) > 1/2 ; (F)
幾乎所有非急症者 ; (G) 不知道 ; (H) 其他 _____

5. 關於衛生法規的修訂 :

- i. 請問您是否知道在流行病 SARS 期間或之後有無相關衛生法規
的修訂 ? (A) 有 (請指出期間 : SARS 期間 / 之後) (請繼續回
答問題 ii) ; (B) 無 ; (C) 不知道
- ii. 是貴院內部或是全國性的規定 ? (A) 醫院內部 ; (B) 全國衛生政
策 ; (C) 兩者都有
- iii. 貴院牙科部是否有因應 SARS 而舉辦相關的討論會議 ? (A) 有 ,
(請指出時期並繼續回答問題 iv) 台灣出現 SARS 之前 / SARS 期間
/ SARS 之後 ; (B) 沒有 ; (C) 不知道
- iv. 承問題 iii , 主要討論內容為何 ? (A) 感染防治方法 ; (B) SARS
疫情討論 ; (C) 門診開放問題 ; (D) 患者篩檢 ; (E) 自我防護方
式 ; (F) 其他 _ _ _ _ _
- v. 您認為當 SARS 的疫情出現時 , 是否需要應變的衛生法規 ? (A)
是 , 因為 _____ ; (B) 否 , 因為 _ _ _
_ _ _ _ _ ; (C) 不知道

- vi. 您認為是否應該因為 SARS 疫情的出現而調整牙科的處理程序？
 (A) 是，因為 _____ ; (B) 否，
 因為 _____ ; (C) 不知道

6. 關於 SARS 的資訊：

- i. 您認為在 SARS 流行期間所得到的資訊是否讓您足以應付臨床診療的需要？(請依程度由一到十給分：完全沒有 = 0，非常足夠 = 10) _____
- ii. 承上題，資訊來源為何？(請由最重要到最不重要排序，若完全無影響者可予以忽略) _____
 (A) 中華民國衛生署 ; (B) 台北市衛生局 ; (C) 醫院內部文書 ;
 (D) 牙科內部會議 ; (E) 台灣疾病管制局 ; (F) 國際衛生組織網址 (例如：WHO 世界衛生組織，美國 CDC--Centers for Disease Control and Prevention 等等) ; (G) 媒體報導 ; (H) 其他 _____
- iii. 您認為 SARS 期間，資訊透明化的程度如何？(請依程度由一到十給分：完全沒有 = 0，非常足夠 = 10) (A) 來自院內 _____ ; (B) 來自政府 _____
- iv. 您認為在全球性流行病出現或可能爆發流行之際，對醫護人員與一般大眾是否應同時告知？(A) 是 ; (B) 否 ; (C) 不知道。原因是：

- v. 您認為當時 SARS 的疫情是否造成社會恐慌？ _____ (請依程度由一到十給分：完全沒有 = 0，非常嚴重 = 10)
- vi. 承問題 v，您認為主要原因為何？ _____

7. 流行病疫情的危機處理：

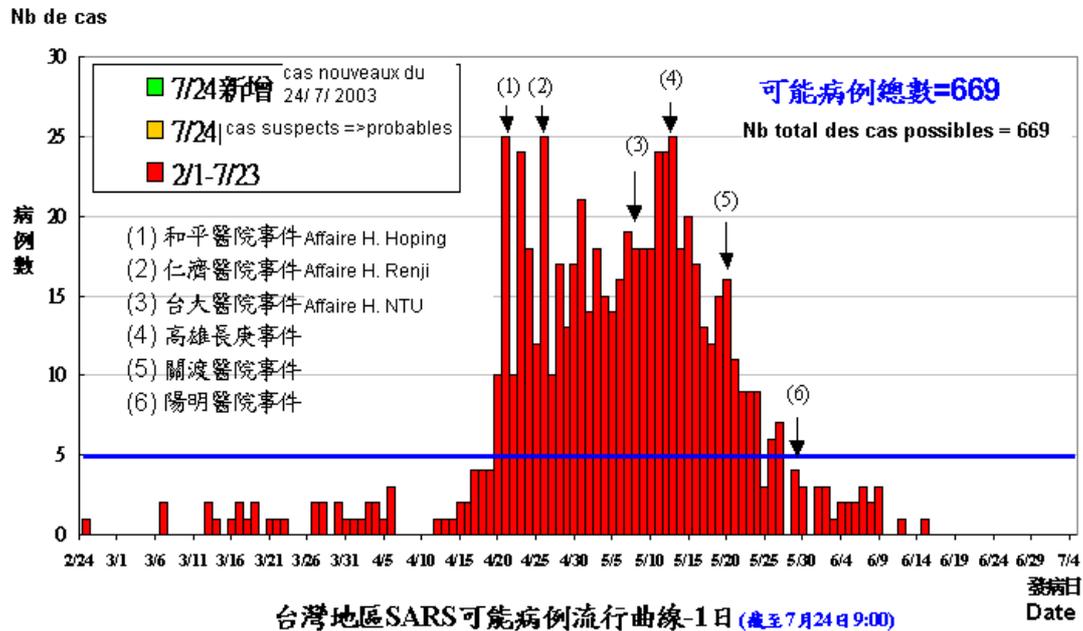
- i. 您認為政府的衛生行政措施對於大流行病疫情的危機處理的影響程度為何？ _____ (請由一到十給分，完全沒影響 = 0，影響甚巨 = 10，若是負面影響請給負分) 因為 _____
- ii. 經由 SARS 的處理經驗，您對於下一波可能爆發的流行病疫情之危機處理的看法為何？(請由一到十給分，完全無法處理 = 0，可以完善處理 = 10) (A) 政府方面 _____ ; (B) 醫院方面 _____ ; (C) 牙科方面 _____ ; (D) 個人防護 _____

8. 關於禽流感：

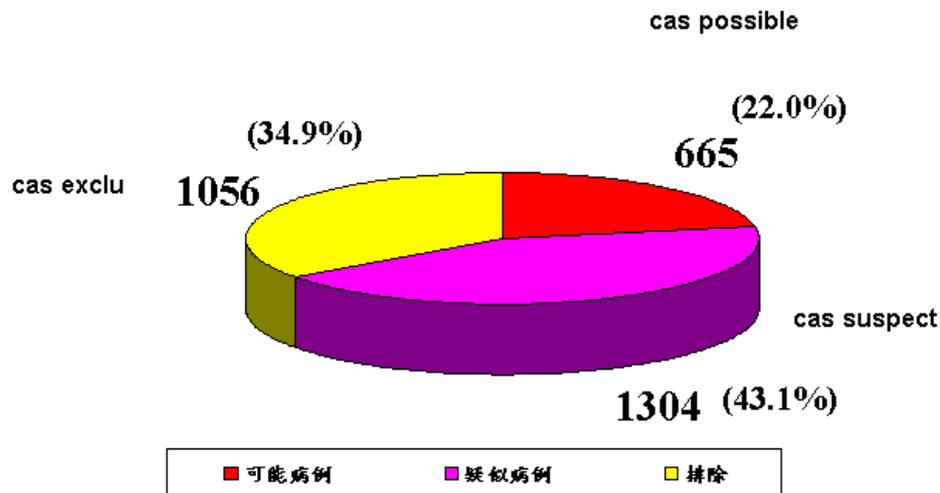
- i. 請問您是否已經得知關於禽流感的防疫相關資訊？(A) 否 ; (B)

Annexe II

ANNEXE II



Courbe épidémique de cas possible de SRAS à Taiwan (jusqu'à 9h 24/7/2003)



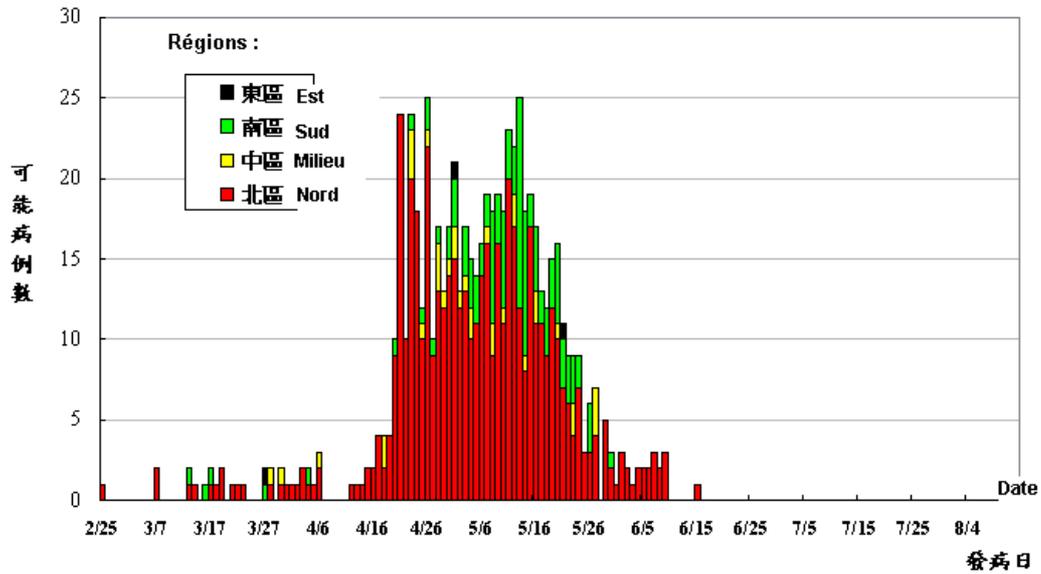
台灣地區SARS通報病例審查結果統計

Résultats des cas de SRAS à Taiwan

資料公布時間:8月14日

14/ 8/ 2003

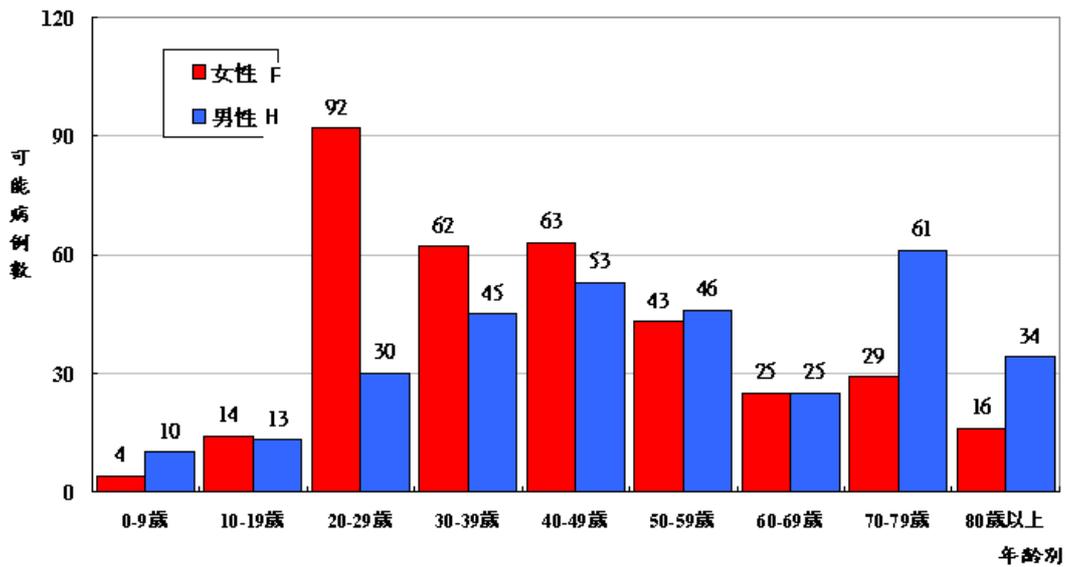
Nb de cas



台灣地區SARS可能病例發病日流行曲線圖—區別
 Courbe épidémique de cas possible de SRAS à Taïwan

資料公布時間:8月14日
 Référence: 14/ 8/ 2003

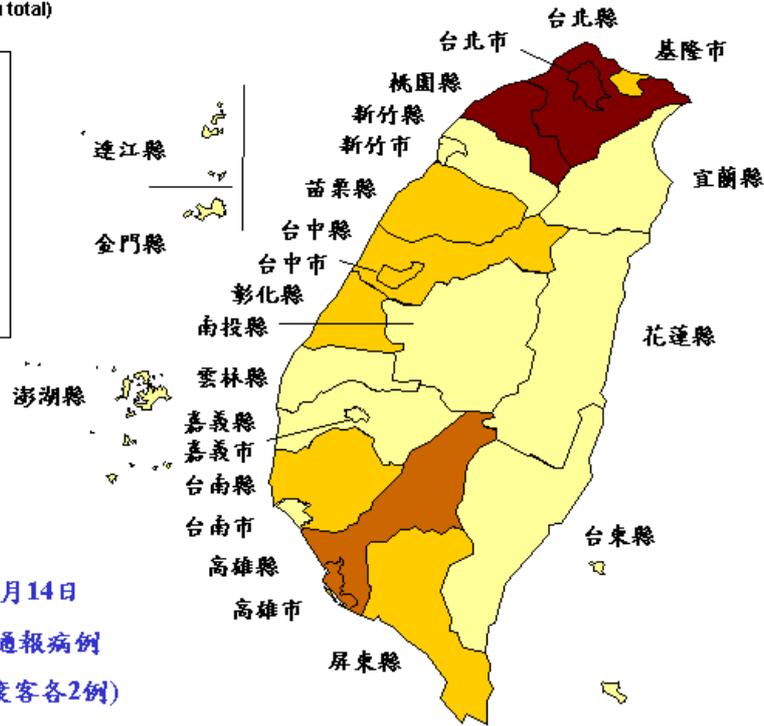
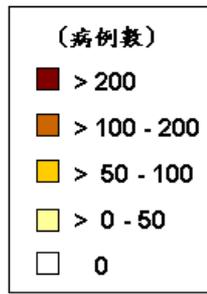
Nb de cas



台灣地區SARS可能病例年齡-性別分布圖
 Distribution des cas possible à Taïwan -- âge et sexe

資料公布時間:8月14日
 Référence : 8/ 14/ 2003

Nb de cas suspect (3025 au total)

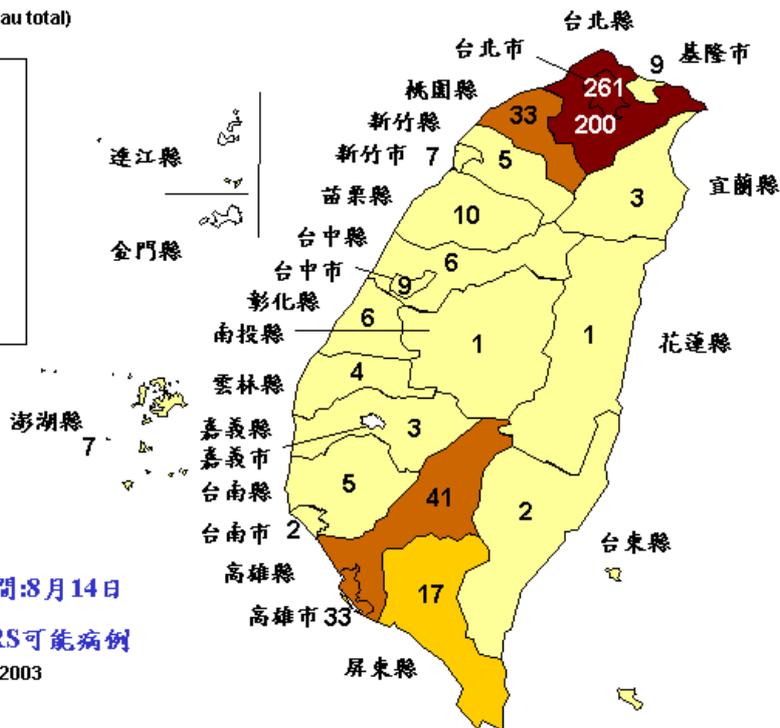
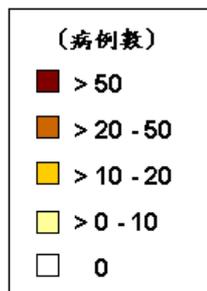


Référence : 14/ 8/ 2003

資料公布時間:8月14日
 共3025例SARS通報病例
 (含過境者與偷渡客各2例)

台灣地區疑似SARS通報病例地理分布

Nb de cas possible (665 au total)



資料公布時間:8月14日
 共665例SARS可能病例

Référence : 14/ 8/ 2003

台灣地區SARS可能病例地理分布