



HAL
open science

Les médecins généralistes dans la gestion sanitaire d'une pandémie : comparaison des mesures barrières prises durant la grippe de Hong-Kong et la COVID-19, revue narrative de la littérature

Barbara Ageron

► To cite this version:

Barbara Ageron. Les médecins généralistes dans la gestion sanitaire d'une pandémie : comparaison des mesures barrières prises durant la grippe de Hong-Kong et la COVID-19, revue narrative de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03667565

HAL Id: dumas-03667565

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03667565>

Submitted on 13 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité Médecine Générale**

Présentée et soutenue publiquement le 22 Avril 2022

Par **Barbara AGERON**

Née le 09/01/1993 à Écully (69)

**LES MEDECINS GENERALISTES DANS LA GESTION
SANITAIRE D'UNE PANDEMIE.
COMPARAISON DES MESURES BARRIERES PRISES
DURANT LA GRIPPE DE HONG-KONG ET LA COVID-19.
Revue narrative de la littérature**

Sous la direction du Docteur Benoit BLANC

Président du jury : Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE

Membres du jury : Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON

Monsieur le Professeur Laurent MAGOT

Madame Isabelle CASTERA

Remerciements

A Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE, président du jury,

Professeur des universités et praticien hospitalier dans le service de maladies infectieuses et tropicales au CHU de Bordeaux ;

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON, rapporteur et juge,

Maître de conférences associé du département de médecine générale de Bordeaux et praticien libéral ;

Vous me faites l'honneur d'être rapporteur de ce travail et membre du jury. Je vous remercie de l'aide que vous m'avez apportée dans l'élaboration et la concrétisation de ce projet.

A Monsieur le Professeur Laurent MAGOT, juge,

Professeur associé du département de médecine générale de Bordeaux et praticien libéral ;

Je vous adresse tous mes remerciements pour avoir accepté de juger mon travail et pour l'intérêt que vous lui avez porté. Soyez assuré de ma profonde considération.

A Madame Isabelle CASTERA, membre invité,

Journaliste reporter, chef de rubrique santé, groupe Sud Ouest ;

Merci pour votre participation et le regard extérieur que vous apportez à ce travail. Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de prendre part à ce jury.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Benoit BLANC,

Médecin généraliste à Bergerac ;

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce long projet, avec rigueur et patience, malgré les contraintes dues au décalage horaire. Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de diriger ma thèse, un travail me permettant d'allier deux passions que l'on partage, la Médecine et l'Histoire.

A tout ceux qui ont permis d'élaborer ce long travail,

Merci à ceux qui ont écouté mes idées et ont partagé leur point de vue.

Merci à Mme Sylvie Deleule, au Pr Casassus, à Mr Antoine Flahault et à Mr Patrick Zylberman.

Merci à Frauke Calmon et Ann Miller.

Merci pour votre aide et pour vos dons.

Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans votre concours.

Ce travail clos symboliquement un chapitre de ma vie. Tant d'années d'étude de médecine riches en expérience, en découverte et en apprentissage. Ces années n'auraient pas eu la même saveur sans les personnes qui m'ont accompagnée.

Aux médecins, équipes et personnes rencontrés durant mon internat,

A tous ceux que j'ai croisé durant mes années d'études de médecine, dans la vie il n'y a pas de hasard, il n'y a que des belles rencontres.

Merci à tous mes co-internes rencontrés au fil de mes semestres. Vous avez rendu chacun de ces stages particuliers, remplis de rire, de partage d'expérience et d'entraide.

Merci aux nombreux services m'ayant accueillie au cours de mon internat.

Enfin, merci à tous mes maîtres de stages qui ont partagé avec moi leur vision de la médecine, afin que je puisse tracer mon chemin. Merci au Dr Philippe Faroudja Deveaux, au Dr Frédéric Delrieux, au Dr Jean-Charles Belon, au Dr Nicolas Rival et au Dr Joanna Read.

Merci à ma famille,

A mes Parents, merci pour votre amour, votre soutien et vos paroles. « *Carpe Diem* ».

A mes frères, Guillaume et Rémi, pour toutes ces années partagées ensemble. Merci d'avoir supporté tous les chamboulements que mes révisions sans fin ont entraîné à la maison. Et merci d'être une oreille (plus ou moins) attentive quand il le faut.

A mes grand parents formidables. A grand-père Vincent et grand-mère Jeannette, qui nous ont appris à toujours rechercher la couleur dans les tableaux les plus ternes.

Et à tous oncles, tantes, cousines et cousins. Toujours présents quelque soient les kilomètres ou les océans qui nous séparent.

Merci à mes amis,

A mes amis de longue date du lycée. A Emeline, qui a toujours été là.

A mes amis de Toulouse. A tous les Purpanais de la « *Very Bad Prom* » et aux copains de la « *licorne* ».

Et aux « *plus belles* » de mes amies : Ambre, Mélanie, Sultan, Anne, Estelle et Marlène. A toutes nos découvertes ensemble ; et à tout ce qu'il nous reste encore à découvrir.

A tous mes amis rencontrés au cours de l'internat :

A tous mes amis Périgourdiens. A PA, et à cette première colocation à la ferme. A tous mes amis du Poulailier. J'ai passé une année magique dans cette maison, sur un air de saxophone (merci Léa).

A tous mes copains de l'internat d'Agen, et mes amis de « *Pédiagen* ». Clara, Auriane, Marie, Flavien, Bérengère, Valentine... Le confinement a pris un doux air de vacances avec vous.

A Charles, à notre colocation à Pau, et à tous nos (tes) essais de pâtes ratés.

A Marion et Romane, à notre triplète de Bayonne. Une pensée pour nos tricots jamais terminés.

A Mélanie, et à cette dernière coloc près de deux ans après celle du Poulailier. C'est avec cette vue sur l'océan Atlantique que cette thèse se termine.

A Alizée (et à nos hérissons béarnais), Nina (et à nos balades au pays basque), Estelle, Guillaume D, Etienne, Gildas, Marie L, Brendan, Clémentine (et nos pauses midi sur les plages de sable blanc) ...

Et à tous ceux que je ne cite pas, mais sans qui je ne serais pas la même aujourd'hui.

Un merci tout particulier à mes amis Kuniés et aux expats rencontrés en Nouvelle-Calédonie. Durant ces 6 mois vous avez été ma deuxième famille, et le dispensaire de Vao a été ma deuxième maison. Grâce à vous, j'ai passé un semestre hors du temps, au milieu de l'océan Pacifique.

Et une pensée pour Grigri, mon petit chat de l'île des Pins.

« Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible ».

Antoine de Saint Exupéry

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	5
Avant-propos	10
INTRODUCTION	12
PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL ET CONTEXTUEL	14
1. Les pandémies à travers l’Histoire.....	14
1.1 Définition d’une pandémie	14
1.2 Histoire des pandémies	15
1.3 La grippe de Hong Kong	18
1.3.1 Histoire.....	18
1.3.2 Structure du virus H3N2.....	19
1.3.3 Symptômes et transmission	19
1.3.4 Impact épidémiologique	20
1.4 La COVID-19	21
1.4.1 Histoire de la pandémie	21
1.4.2 Structure du virus SARS-CoV-2	22
1.4.3 Symptômes et transmission.....	23
1.4.4 Impact épidémiologique.....	23
2. Mesures de prévention	24
2.1 Les mesures barrières dans l’Histoire	24
2.1.1 Au temps de l’Antiquité (3000 avant J.-C. – 476).....	24
2.1.2 Durant le Moyen-Âge (476-149)	25
2.1.3 Les Temps modernes (1492-1789).....	25

2.1.4	Epoque contemporaine (1789 à nos jours).....	26
2.2	Les mesures barrières dans les années 1968-1970	27
2.3	De nos jours.....	28
3.	La France des années 1968 à 1970	30
3.1	Société	30
3.2	Quelques chiffres.....	30
3.3	Organisation de la santé en France	30
3.4	Système de gestion de crise	31
3.5	Gestion de la grippe de Hong Kong	32
4.	Epoque actuelle	33
4.1	Evolution de la société	33
4.2	Quelques chiffres	34
4.3	Evolution de la politique de santé	34
4.4	Système de gestion de crise	35
4.5	Gestion de la COVID-19	37
5.	Comparaison des pandémies de la grippe de Hong Kong et de la COVID-19	38
 PARTIE II : MATERIELS ET METHODES		39
1.	Revue narrative de la littérature	39
2.	Phase exploratoire	39
2.1	Définition de la période étudiée	39
2.2	Critères de sélection	40
2.3	Sources d'information et stratégies de recherche	41
2.4	Sélection des références	42
2.5	Processus de recueil et d'analyse des données	42
 PARTIE III : RESULTATS		43
1.	Sélection des résultats	43
2.	Présentation des résultats	43
3.	Synthèse des résultats	59
3.1	Mesures barrières mises en place par les grandes instances	59
3.1.1	Durant la grippe de Hong Kong	59

3.1.2	Durant la COVID-19	60
3.2	Information des médecins généralistes	67
3.2.1	Durant la grippe de Hong Kong	67
3.2.2	Durant la COVID-19	68
3.3	Rôle des médecins généralistes	70
3.3.1	Durant la grippe de Hong Kong	70
3.3.2	Durant la COVID -19	71
3.4	Information de la population française	72
3.4.1	Durant la grippe de Hong Kong	72
3.4.2	Durant la COVID-19	73
3.5	Implication des médias	74
3.5.1	Durant la grippe de Hong Kong	74
3.5.2	Durant la COVID-19	75
PARTIE IV : DISCUSSION		77
1.	Discussion des résultats	77
1.1	Comparaison des mesures barrières mises en place	77
1.2	Place du médecin généraliste durant une pandémie	82
1.3	Information de la population et campagne de prévention	85
1.4	Rôle des médias, reflet de la société	86
2.	Forces et limites de l'étude	88
CONCLUSION		90
Références bibliographique.....		94
Serment d'Hippocrate.....		105

Table des illustrations

Illustration 1 : « <i>Un VIRUS tentaculaire</i> ».....	11
Illustration 2 : Grandes épidémies et pandémies de l'Histoire.....	17
Illustration 3 : Diagrammes de flux.....	44
Illustration 4 : Caractéristiques des publications et principaux résultats.	46

Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de la Santé
COREB	Coordination Opérationnelle Risque Epidémique et Biologique
CORRUSS	Centre Opérationnel de Régulations et de Réponses aux Urgences Sanitaires et Sociales
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DGS	Direction Générale de la Santé
EPI	Equipement de Protection Individuelle
GOARN	Global Outbreak Alert and Response Network
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
J.-C.	Jésus-Christ
MERS	Middle East Respiratory Syndrome
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ORSAN	Organisation de la Réponse du Système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
SARS CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SIDA	Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis
SPF	Santé Publique France

Avant-propos

Au mois de mars 2020, le monde est ébranlé par la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). De nombreuses mesures de prévention sont prises à travers le monde et en France pour y faire face. J'ai eu le sentiment d'un manque de structuration et d'unicité dans les stratégies de prévention mises en place par les instances, impression renforcée par le ton alarmiste des médias. Je me suis alors posée beaucoup de questions sur la meilleure conduite à tenir et à préconiser à mes proches.

Mon intérêt pour l'Histoire de la médecine m'a poussée à m'intéresser aux pandémies qui ont traversé l'Histoire afin de répondre à cette question.

Mon attention s'est portée sur la grippe de Hong Kong de 1968 à 1970. Cette maladie qui a eu un fort impact épidémiologique, est aujourd'hui considérée comme l'une des dernières pandémies du XX^{ème} siècle. Elle a pourtant laissé peu de traces dans la mémoire collective. Quand j'ai interrogé mon entourage sur cette maladie, peu s'en souvenaient. A l'inverse de la COVID-19, qui est en train de laisser une trace indélébile dans les esprits. Les artistes et leurs œuvres produites durant cette période en sont les témoins (1).

C'est le constat de ce changement qui m'a poussée à commencer mes travaux de recherche. Je voulais étudier l'évolution en 50 ans de la gestion sanitaire des épidémies, et les facteurs influençant ces changements. Afin de trouver, en tant que médecin généraliste, les clefs pour gérer au mieux la pandémie actuelle, et les prochaines que le monde connaîtra inévitablement.

UN VIRUS
Tentaculaire



Illustration 1: Mulet Vincent, *Un VIRUS tentaculaire*, dessin aux crayons de pastel et à l'aquarelle, sur papier Canson, 16 x 24 cm, collection de l'artiste, Montcourt-Fromonville (1).

INTRODUCTION

De tous temps, les pandémies ont terrassé l'humanité (2). Pour y faire face, l'Homme a cherché, et cherche encore, les meilleurs moyens de lutte contre les maladies qui en sont la cause. Lors de l'apparition d'une nouvelle épidémie, devant l'absence de vaccin et de traitement adapté, la seule stratégie de lutte est la mise en place de mesures barrières. Ces mesures limitent la transmission et la diffusion des maladies, diminuant ainsi leur impact épidémiologique.

Devant la pluralité des sujets pouvant aborder les actions sanitaires, nous avons décidé d'orienter nos recherches sur l'évolution des mesures barrières à travers l'Histoire. Nos réflexions se sont naturellement basées sur la pandémie actuelle de coronavirus. Nous avons décidé de comparer les actions menées au début de cette pandémie avec celles prises durant la grippe de Hong Kong. Cette grippe, qui a touché la France entre l'été 1968 et le printemps 1970, est la dernière pandémie ayant eu un fort impact épidémiologique dans notre pays.

Après une analyse des différentes bases de recherche, nous n'avons pas trouvé d'étude menée dans le champ de la médecine générale sur ce sujet.

Notre question de recherche est donc : « Y a-t-il une différence entre les mesures barrières mises en place lors de la grippe de Hong Kong et la pandémie actuelle de la COVID-19 ? »

Notre hypothèse initiale était que les actions menées étaient similaires, mais que, du fait de l'évolution de la société, la vision de la santé était différente, avec pour conséquence une médiatisation plus importante des mesures de prévention.

Notre travail porte sur l'analyse comparée des mesures barrières menées lors de ces deux pandémies. Au cours de nos recherches, il nous est apparu qu'il était important de dégager deux objectifs principaux. Le premier est de comparer les mesures barrières mises en place par les instances durant les deux pandémies. Notre deuxième objectif principal est de comparer l'implication des médecins généralistes dans les actions menées. Notre étude comporte aussi deux objectifs secondaires qui sont la comparaison des campagnes de prévention menées auprès de la population française ainsi que celle de l'implication des médias.

Afin de répondre à ces objectifs, nous avons décidé de mener une revue narrative de la littérature, en utilisant une approche historique.

La première partie de notre travail a consisté à conceptualiser et contextualiser notre travail. Nous avons tout d'abord placé notre étude dans l'Histoire des pandémies et de l'évolution des mesures barrières. Puis nous avons travaillé sur les caractéristiques des deux pandémies afin de pouvoir évaluer les points comparables et ceux qui ne l'étaient pas.

Dans une deuxième partie, nous avons détaillé la méthodologie de notre travail et nous avons présenté nos résultats selon les objectifs de l'étude.

Enfin, nous avons discuté des résultats afin de répondre à nos objectifs.

Etudier le cours de l'Histoire et comparer la gestion de la pandémie de la grippe de Hong Kong à celle de la COVID-19 permet de mieux évaluer l'efficacité de la gestion du problème actuel.

PARTIE I :

CADRE CONCEPTUEL ET CONTEXTUEL

1. Les pandémies à travers l'Histoire

1.1. Définition d'une pandémie

Pandémie. Ce mot d'étymologie grecque (*pān* : tout et *dēmos* : peuple), est utilisé pour la première fois en 1666 par un médecin britannique, le Dr Harvey dans son livre *Morbus Anglicus* (3). Il est alors synonyme d'épidémie, qui désigne à l'époque « *un grand nombre de cas d'une maladie déterminée* » (4).

Le terme, peu utilisé, tombe en désuétude et ne sera repris qu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, dans le *Dictionnaire* de Trévoux (5). Par la suite, il entrera dans le langage courant de la langue française.

La définition de la pandémie a subi de nombreuses modifications à travers l'Histoire, et est étroitement liée à la définition d'une épidémie. Cette dernière est de nos jours définie comme une « *atteinte simultanée d'un grand nombre d'individus d'un pays ou d'une région par une maladie contagieuse* » (6).

Avec le temps, des distinctions se sont faites entre les deux termes. A la définition de la pandémie s'ajoute une notion de diffusion géographique, et même durant un temps une notion de caractère nouveau de l'agent pathogène. Ce dernier, inconnu de l'Homme ne trouvait pas devant lui de barrière immunitaire (7). Mais l'organisation mondiale de la santé (OMS) abandonne cette dernière notion et caractérise une pandémie en utilisant seulement l'angle de la diffusion géographique.

A ce jour, une pandémie est simplement définie comme « *une épidémie survenant dans le monde entier, ou sur une vaste zone, traversant les frontières de plusieurs pays, et affectant généralement un grand nombre de personnes* » (8).

Cette définition, à géométrie variable, est simplement résumée par Jean De la Fontaine dans sa fable *Les animaux et la peste* (9): « *Ils ne mouroient pas tous, mais tous étoient frappés* ».

1.2. Histoire des pandémies

De tout temps, l'Humanité a été frappée par des pandémies (tableau 1). Les premières pandémies sont d'apparitions récentes dans l'histoire de l'humanité (10). En effet, jusqu'à la révolution néolithique, l'homme était un chasseur cueilleur et vivait en petits groupes mobiles, qui avaient peu de contacts entre eux. L'apparition de l'agriculture et de l'élevage transforme les conditions de vie, et les premières civilisations voient le jour. La transmission des maladies contagieuses est alors facilitée. Les plus anciennes civilisations ont sans doute subi de nombreuses épidémies, mais la première pandémie répertoriée dans l'Histoire, est la peste d'Athènes (430-426 avant Jésus-Christ (J.-C.)). Cette pandémie, probablement causée par une fièvre typhoïde, a entraîné le déclin d'Athènes. La peste Antonine (166-165 avant J.-C.), due au virus de la variole, entraîne la chute de l'empire Romain.

Puis plusieurs pandémies ont ensuite marqué l'Histoire. Celles de la peste notamment. La première pandémie de peste, entre 541-543, se diffuse à travers l'Asie et l'Europe en suivant la route de la soie. La grande peste de 1347-1351 touche l'Asie, l'Afrique du nord et l'Europe, et décime près de 40% de la population européenne. Ensuite, des épidémies de peste sont apparues ponctuellement, mais elles étaient souvent circonscrites à une aire géographique. Cela grâce à la mise en place de mesure de quarantaine. On peut citer la grande peste de Londres de l'hiver 1664-1665 ou encore l'épidémie de Marseille de 1720 (11). La fin du XIX^{ème} siècle voit aussi apparaître les premières pandémies de choléra. Cette maladie, endémique depuis plusieurs siècles du Delta du Gange, se propage depuis l'Asie vers le reste du monde dès 1817 (12). C'est la deuxième pandémie de choléra qui touche l'Europe, elle fait un million de morts sur le continent, dont plus de 100 000 en France. Mais c'est la troisième pandémie (1840-1860) qui est la plus meurtrière. Elle fait 244 000 morts en France. Actuellement, la septième pandémie

de choléra sévit toujours dans le monde, principalement dans les pays en voie de développement.

A partir du XIX^{ème} siècle, on observe un changement d'agent étiologique, qui s'explique par les progrès de la médecine en matière d'antibiotique et de vaccination. Une meilleure maîtrise des épidémies est dès lors possible (13). Les nouvelles pandémies sont principalement d'origine virale. La première de ces pandémies de l'ère moderne est la grippe russe (1889-1893), qui aurait pour origine la Sibérie, avant de s'étendre au monde entier.

Au XX^{ème} siècle, 3 pandémies grippales importantes vont se succéder, la grippe espagnole (1918-1919), qui fait entre 20 et 100 millions de décès dans le monde, la grippe asiatique (1957-1959), qui fait entre 3 et 4 millions de morts, et la grippe de Hong Kong (1968-1970), qui fait environ 1 million de morts.

La fin du XX^{ème} siècle est marquée par la pandémie du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) qui débute en 1989. Elle atteint un pic épidémiologique dans les années 2000, avec près de deux millions de mort chaque année dans le monde. Elle est encore active ce jour.

Au XXI^{ème} siècle, plusieurs épidémies affectant les voies respiratoires ont eu lieu. L'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui débute en Chine (2002-2004) et du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) qui débute au Moyen Orient (2012) font moins de 1000 morts chacune à travers le monde. Ces pandémies n'ont pas atteint le seuil épidémique en France, à l'instar de la grippe mexicaine de 2009. Cette dernière, qualifiée de pandémie par l'OMS en juin 2009, a été moins sévère que prévue (12). Cela a donné lieu à des séances exceptionnelles au Sénat, dans lesquelles les intervenants ont critiqué une « *fausse alerte pandémique* » de la part de l'OMS (14). Deux autres épidémies ont suivi, celle du virus Zika et celle du virus Ebola. Mais ces deux pandémies n'ont pas atteint la France métropolitaine.

Durant l'hiver 2019-2020 commence la pandémie de la COVID-19. Cette pandémie est à ce jour la pandémie la plus sévère du XXI^{ème} siècle.

On peut considérer qu'aucune pandémie majeure causée par un virus respiratoire n'a eu lieu en France entre la grippe de Hong Kong de 1968-1970, et la crise sanitaire actuelle causée par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2). Ainsi, près de 50 ans séparent la dernière pandémie du XX^{ème} siècle et la première pandémie du XXI^{ème} siècle.

Illustration 2 : Grandes épidémies et pandémies de l'Histoire

Années	Evènement	Pathogène impliqué	Diffusion géographique	Impact épidémiologique estimé
430-426 av. J-C	Peste d'Athènes	Salmonella Typhi	Grèce antique	Décès d'environ 200 000 athéniens, déclin d'Athènes
166-165 av. J-C	Peste Antonine	Virus de la variole	Empire Romain	10 millions de morts, déclin de la population romaine
541-543	Peste de Justinien	Yersinia pestis	Europe et Asie	25 à 50 millions de morts, soit l'équivalent de 13 à 26 % de la population mondiale. Chute de l'empire byzantin.
1347-1351	Grande peste ou Peste Noire	Yersinia pestis	Asie, Afrique du Nord puis Europe	Décès de 25 à 34 millions, soit 40 % de la population européenne, et 10 % de la population française.
1829-1837	Deuxième pandémie de Choléra	Vibrio Cholerae	Asie puis Europe	1 million de décès en Europe dont 100 000 morts en France.
(1840-1860)	Troisième pandémie de Choléra	Vibrio Cholerae	Asie puis Europe	244 000 de décès en France
1889-1893	Grippe Russe	Influenza A/H3N8	Sibérie puis Monde	La moitié de la population mondiale est atteinte. Faible létalité, 1 million de mort.
1918-1919	Grippe Espagnole	Influenza A/H1N1	Asie puis Etats-Unis et Europe	On estime entre un quart et un tiers de la population mondiale affectée. Entre 20 et 100 millions de décès dans le monde, et 20 à 30 millions de décès en Europe.
1957-1959	Grippe Asiatique	Influenza A/H2N2	Asie puis reste du monde	1-2 millions de décès dans le monde
1968-1970	Grippe de Hong Kong	Influenza A/H3N2	Asie puis reste du monde	Entre 1 et 4 millions de décès dans le monde
Depuis 1989	SIDA	HIV-1	Congo puis reste du monde	Plus de 70 millions de malades et 36 millions de décès.
2002-2004	Pandémie de SARS	SARS-CoV-1	Chine puis extension à 37 pays	800 morts dans le monde, principalement en Asie
2009-2010	Grippe Mexicaine	Influenza A/H1N1	Mexique puis diffusion mondiale	Entre 0,45 et 1,2 million de décès dans le monde Quelques centaines de décès en France
2012	Epidémie de MERS	MERS-CoV	Moyen Orient puis extension à 22 pays	700 morts dans le monde
2013-2016	Fièvre Hémorragique	Virus Ebola	Afrique de l'Ouest	11 323 morts, taux de létalité de 40%
2015	Zika	Virus Zika	Amérique du Sud	2656 cas de microcéphalies rapportés
2019-	COVID-19	SARS-CoV-2	Chine puis diffusion au reste du monde	

1.3. La grippe de Hong Kong

1.3.1. Histoire

Le virus de la grippe de Hong Kong aurait pour origine une province de Chine méridionale (15). Du fait de la révolution culturelle chinoise, ce virus, qui se développe dès le début de l'année 1968, passe inaperçu aux yeux de la communauté scientifique internationale. Comme le rapporte Claude Hannoun (16), spécialiste français de la grippe, ce n'est que lorsqu'il touche la colonie britannique de Hong Kong, à la mi-juillet, qu'il est révélé au monde dans un article du *Times* britannique (17). En 1968, Hong Kong est une plaque tournante internationale, Le virus A2 de Hong Kong atteint près de 500 000 personnes dès la fin du mois d'août, puis l'épidémie va prendre un caractère explosif. Selon l'épidémiologiste Antoine Flahault (18), elle est considérée comme la première pandémie de l'ère moderne. C'est la grippe des voyages en avion, des conférences internationales et des déplacements à l'étranger.

Dans un article publié en 2002 (7), l'historien Patrick Zylberman retrace le parcours de ce virus depuis la Chine vers le reste du monde. Après la conquête de l'Asie, le virus se répand dans tout le Pacifique Sud avant de toucher l'Australie et l'Inde. En septembre 1968, la venue de scientifiques au congrès international de médecine tropicale à Téhéran ainsi que le retour des soldats américains des bases militaires du Pacifique contribuent à la dissémination du virus dans l'hémisphère nord. Les Etats-Unis puis l'Europe sont touchés par une première vague durant l'hiver 1968-1969.

Après une pause durant l'été, une nouvelle vague touche la France l'hiver 1969-1970. Cette deuxième vague, inattendue, est plus sévère que la première (7) et touche près d'un quart des Français. Entraînant un fort taux d'absentéisme, la grippe paralyse le pays et relance les recherches des centres nationaux concernant un vaccin préventif. La vague se termine avec la fin de l'hiver, au printemps 1970. Le virus de la grippe de Hong Kong continuera de circuler dans le monde comme un virus grippal saisonnier. La souche H3N2 fait régulièrement partie de la composition des vaccins actuels contre la grippe saisonnière hivernale.

1.3.2. Structure du virus H3N2

La grippe est une maladie infectieuse causée par un virus à ARN enveloppé, appartenant à la famille *orthomyxoviridae* du genre *influenzavirus* (19). La famille est divisée en 3 types pouvant affecter l'Homme, les types *influenzae* A, B et C. Le virus du type *influenzae* A, le seul susceptible d'être à l'origine d'une pandémie, est lui-même divisé en sous-types sérologiques. Ils sont définis par deux glycoprotéines de surface, les hémagglutinines (H) au nombre de 17, et les neuraminidases (N) au nombre de 10. On désigne donc les souches HxNy, selon les variabilités antigéniques de ses deux glycoprotéines.

La réaction immunitaire de l'hôte permet la production d'anticorps neutralisant la neuraminidase et l'hémagglutinine. Ces anticorps sont spécifiques de chaque variant de sous-type de virus. La population est immunisée à long terme. Pour survivre le virus est obligé de s'adapter en mutant.

A l'époque de la grippe de Hong Kong, le virus a été isolé par les différents laboratoires du réseau de centres nationaux de la grippe, coordonnés par l'Organisation mondiale de la santé (20). Il est étudié et appelé : « souche Hong Kong du virus A2 ». Le virus H3N2, comme on le nommera plus tard, a en commun avec le virus de la grippe asiatique H2N2 la neuraminidase N2, tandis que l'hémagglutinine est différente. Cette mutation est à l'origine du caractère épidémique de cette grippe, et comme l'a dit Claude Hannoun : « *C'était le signe de la naissance d'un virus nouveau vis-à-vis duquel, une fois encore, aucune immunité n'existait dans la population menacée* » (16).

1.3.3. Symptômes et transmission

L'apparition brutale d'une toux fébrile en période hivernale « *est une grippe jusqu'à preuve du contraire* ». D'autres symptômes peuvent s'y associer : syndrome respiratoire (rhinopharyngite, laryngite, bronchite), syndrome algique diffus (céphalées, courbatures), et altération de l'état général (hyperthermie, asthénie) (21).

Les virus grippaux ont une transmission interhumaine, et pénètrent dans l'organisme par les voies respiratoires supérieures. La transmission peut être directe par voie aérienne, via les gouttelettes excrétées par une personne lorsqu'elle tousse, éternue ou parle. Il y a également une voie de transmission indirecte par manuportage, lorsqu'une personne touche une surface contaminée et porte la main à proximité de son nez (21).

1.3.4. Impact épidémiologique

Dans le monde, la grippe de Hong Kong fait entre 1 et 4 millions de morts (22). C'est la troisième pandémie du XX^{ème} siècle, derrière la grippe espagnole et la grippe asiatique. Le virus atteint tous les groupes d'âge. Son taux de reproduction R_0 est estimé à 1,3-1,6 et son taux de surmortalité attribuable estimé au niveau mondial inférieur à 0,2% (22).

Le virus touche la France entre l'été 1968 et le printemps 1970, sans que l'impact épidémiologique ne soit relevé. C'est seulement en 2003, à la suite d'une analyse des fichiers du Centre épidémiologique sur les causes médicales de Décès (CépiDc) de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), qu'Antoine Flahault et Alain-Jacques Valleron découvrent le nombre de décès dus à cette grippe (23). Lors d'une interview donnée au journal *Libération* en 2005 (24), Mr Flahault révèle le nombre de décès supplémentaires durant l'hiver 1969-1970 : 25 068 morts en décembre et 6 158 en janvier, soit une surmortalité de 31 226 décès en deux mois.

Au total en France, la grippe de Hong Kong fait 17 000 décès directs (déclarés comme causés par la grippe) et entraîne un excès de mortalité de plus de 40 000 personnes (16). Pourtant cette pandémie sera vite oubliée, comme disparue de la mémoire collective.

1.4. La COVID-19

1.4.1. Histoire de la pandémie

En décembre 2019, l'antenne chinoise de l'OMS prend connaissance de plusieurs cas de pneumonie virale à Wuhan, une province du Hubei en Chine centrale (25). Début janvier, le virus, nommé 2019n-CoV, se propage rapidement sur tout le territoire, et un article inaugural de la *BBC* paru le 3 janvier (26) fait état d'infections en Chine dues à une mystérieuse souche de pneumonie, le virus étant apparu sur un marché aux poissons et animaux sauvages. L'OMS lance une alerte internationale dans son bulletin du 5 janvier 2020 (27) (28), et le 7 janvier, les autorités chinoises admettent que le pays fait face à une épidémie causée par un virus de la famille du coronavirus.

Le virus se répand rapidement hors de la Chine, et diffuse dans le monde entier. Fin janvier 2020, en France, la première vague arrive et 3 personnes ayant séjournées à Wuhan sont hospitalisées pour complications de pneumonie (29). Elles sont testées positives au coronavirus. Différents foyers sont ensuite isolés en France, et le nombre d'hospitalisation augmente. Grâce aux relevés épidémiologiques régulièrement mis à jour sur les sites gouvernementaux (30), on trouve de nombreuses courbes épidémiologiques permettant d'imager l'impact épidémiologique du virus. Ces courbes épidémiologique montrent, entre autres, l'évolution du nombre d'hospitalisation depuis mars 2020 ainsi que le nombre de personnes testées positives au coronavirus depuis mai 2020. Une première vague se dessine dès le mois de mars et atteint son acmé mi-mars. Une deuxième vague se déroule en automne 2020 (septembre-novembre). Puis une troisième vague durant l'hiver 2020-2021, une quatrième vague en juillet 2021 et enfin une cinquième vague durant l'hiver 2021-2022. Le pays est conscient de la diffusion du virus sur le territoire, et de nombreuses actions sanitaires sont menées par le gouvernement afin de lutter contre cette succession de vagues (31).

1.4.2. Structure du virus SARS-CoV-2

Le virus coronavirus appartient à la famille des *Coronaviridae*. Son nom vient de l'apparence des virions au microscope électronique, certaines protéines de surface leurs donnant l'aspect d'une couronne. Les coronavirus sont des virus enveloppés à ARN monocaténaire. Ils ont en commun des protéines structurales, dont 4 particulières : la protéine de surface (protéine Spike ou S), la protéine de membrane (M), la protéine d'enveloppe (E) et la protéine de nucléocapside (N). A ce jour, sept types de coronavirus identifiés infectent couramment l'homme :

- Quatre coronavirus saisonniers responsables de symptômes hivernaux sans gravité ;
- Le SARS-CoV-1 agent pathogène du SRAS en 2002-2004 ;
- Le MERS-CoV responsable du MERS à partir de 2012 ;
- Le SARS-CoV-2, responsable de la COVID-19.

L'origine du SARS-CoV-2 est encore incertaine, les coronavirus ne franchissant qu'épisodiquement la barrière d'espèces pour infecter l'Homme. Si son génome est proche du SARS-CoV-1 (79% d'homologie) et du MERS-CoV (52% d'homologie), il est le plus proche phylogénétiquement du RaTG13-CoV (96% d'homologie), virus infectant les chauves-souris. Son réservoir animal initial se trouverait chez cette espèce et son adaptation à l'humain pourrait résulter d'une transmission impliquant un hôte intermédiaire non encore identifié. L'autre hypothèse serait que le virus circulerait depuis plusieurs années chez l'Homme, à bas bruit, jusqu'à ce qu'une mutation récente l'ait rendu plus virulent et pathogène (32).

En effet, depuis le début de l'épidémie, de nombreuses mutations du SARS-CoV-2 ont été décrites dans la littérature (32). La plupart de ces mutations ne présentent aucune caractéristique préoccupante. Mais depuis fin 2020, plusieurs lignées de virus ayant des modifications problématiques sont apparues : les variants alpha et delta qui ont une contagion plus importante et les variants bêta et gamma qui sont moins sensibles à l'immunité acquise.

1.4.3. Symptômes et transmission

La COVID-19 affecte les individus de différentes manières. La plupart des personnes infectées développent une forme légère à modérée de la maladie. Les signes les plus fréquents sont une discrète altération de l'état général avec anosmie et agueusie (33).

Un tableau clinique plus grave peut également se présenter avec un syndrome respiratoire important.

Une transmission interhumaine du coronavirus est rapidement mise en évidence (29). En juillet 2020, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) publie un avis relatif à l'actualisation des connaissances scientifiques sur la transmission du virus SARS-CoV-2 (34). Comme pour la grippe, la transmission peut être directe, par transmission aérienne ou aéroportée via des gouttelettes émises par une personne infectée. Ou indirect, par manuportage ou contact direct avec une personne infectée.

1.4.4. Impact épidémiologique

Dans le monde et en France, la situation épidémiologique de la crise de la COVID-19 évolue constamment. Les données concernant le virus et le nombre de personnes malades sont internationalement et quotidiennement partagées. Dès la fin du mois de janvier, on compte 2 millions de morts dans le monde et 100 millions de cas cumulés. Au mois d'octobre 2021, 4 vagues se sont succédées dans le monde, et on compte 240 260 449 cas confirmés, dont 4 890 424 personnes décédées (35). En France, le 15 octobre 2021, on compte 7 millions de cas confirmés et 117 245 décès depuis le 1^{er} mars 2020 (36). La pandémie ayant encore eu lieu dans le monde actuellement, le bilan exact de la surmortalité qu'elle a entraîné n'est pas disponible.

2. Mesures de prévention

2.1. Les mesures barrières dans l'Histoire

Les mesures barrières sont des bonnes pratiques destinées à limiter la propagation d'un agent pathogène, notamment en situation d'épidémie. Elles désignent toutes les actions individuelles et collectives susceptibles de ralentir la progression d'une épidémie. Les comportements barrières ont été pratiqués dès l'Antiquité, et ont été repris à de nombreuses fois pour faire face aux différents fléaux. L'étude de l'Histoire et des découvertes scientifiques permet de comprendre l'évolution des mesures barrières. Les principales mesures prises, particulièrement dans le cas des infections respiratoires, étant l'hygiène des mains, la distanciation sociale et le port du masque.

2.1.1. Au temps de l'Antiquité (3000 avant J.-C. – 476)

En Mésopotamie, au troisième millénaire avant J.-C., un courant de pensée apparaît abandonnant la théorie unique disant que les maladies étaient des châtements infligés par les dieux. Cette nouvelle conception est pragmatique, basée sur le bon sens et l'observation. On commence alors à penser que toute maladie a une cause naturelle (37), et cette pensée persiste en Grèce antique. Dès le V^{ème} siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate (460-375 avant J.-C.) aborde la notion des miasmes, en écrivant dans son *Traité des vents* : « *Quand donc l'air est imprégné de miasmes qui ont pour propriété d'être ennemis de la nature humaine, ce sont alors les hommes qui sont malades ; mais quand l'air est inapproprié à une autre espèce d'êtres vivants, ce sont alors ces être-là qui sont malades* » (38).

2.1.2. Durant le Moyen Âge (476-1492)

Au Moyen-Âge, le médecin Avicenne (980-1037) reprend les idées d'Hippocrate et attribue dans son *Canon* l'origine de certaines maladies à des miasmes transmis par « *un air corrompu ou des aliments avariés* » (37). Mais c'est à la suite des vagues successives de peste noire que les médecins de l'Espagne musulmane du XIV^{ème} siècle appréhendent la notion de contagion. On assiste à la naissance des premières mesures d'isolement. Les malades doivent vivre à l'écart du reste de la population, et des mesures de quarantaine sont mises en place.

2.1.3. Les Temps modernes (1492-1789)

Au XIV^{ème} et au XV^{ème} siècles, les épidémies de peste se succèdent. Les autorités prennent des mesures afin de lutter contre ce fléau : isolement des cas suspects, signalisation par des croix des lieux atteints, nettoyage des rues, désinfection par le feu, généralisation des mises en quarantaine pour les denrées et les convalescents (39). Les traces du premier confinement dans le monde se trouvent en Italie, pour lutter contre la peste noire (2). Les cités italiennes isolent durant 40 jours les bateaux dont l'équipage est suspect de contagion. La quarantaine se fait sur terre, dans les lazarets. Cette pratique d'isolement va se répandre dans le monde entier.

Les médecins de l'époque sont imprégnés de la théorie des miasmes d'Hippocrate. Ils sont alors à la tête de la hiérarchie soignante et beaucoup écrivent des traités décrivant la maladie et la façon de la soigner et de se protéger. Au XVII^{ème} siècle, le médecin du Roi, Charles De Lorme (1584-1678), invente une tenue de protection, protégeant de la tête aux pieds. Cette dernière est composée d'une combinaison de cuir, d'un chapeau et d'un masque représentant une tête de corbeau. Le bec est garni de plantes, épices et aromates, aux propriétés désinfectantes afin d'éloigner les pestilences. La tenue est complétée d'une grande baguette, permettant d'éviter de toucher directement les patients avec les mains (40). D'abord utilisé à Paris, l'usage du costume de De Lorme se répand ensuite dans toute l'Europe.

Mais la peste n'est pas la seule maladie des Temps modernes et les médecins prennent conscience de l'importance de la mise en place de mesures préventives. Claude Pouteau (1724-1775), chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon au XVIII^{ème} siècle, met en place une série de mesures, dont le lavage des mains, pour éviter que ses patients ne développent une gangrène. Ses découvertes, bien qu'ayant un rôle important dans la prévention de l'infection, tombent dans l'oubli (41).

On trouve aussi des notions de distanciation sociale dans des écrits d'Erasmus de 1529 (42). Notamment dans *l'Hymen funeste*, où il conseille des moyens de lutte contre la syphilis, et défend « *de boire dans un gobelet commun* », « *de coucher à deux dans un même lit* » et de « *saluer par un baiser* ».

2.1.4. Epoque contemporaine (1789 à nos jours)

L'époque contemporaine voit arriver le premier mouvement hygiéniste. En 1802 est créé le conseil de salubrité de Paris, où se retrouvent de nombreux hygiénistes. Leur théorie est la suivante : l'origine d'une épidémie est liée à l'insalubrité et aux mauvaises conditions climatiques. La contagion n'existe pas (2). Les moyens de prévention, utilisés pour lutter principalement contre les épidémies de choléra, sont la lutte contre l'air et les eaux stagnantes. Pour répondre aux préoccupations des hygiénistes, les premiers hôpitaux pavillonnaires sont imaginés. Cette disposition permet, en plus d'une aération des pièces, l'isolement des malades en secteur, en fonction de leur pathologie.

C'est aussi le début de l'asepsie. Le Docteur Semmelweis (1818-1865), médecin obstétricien hongrois, découvre en 1847 l'importance du lavage des mains en constatant le nombre important de femmes mourant en couche quand les médecins pratiquaient accouchements et autopsies le même jour. Ses expériences se révèlent intéressantes mais il est vivement critiqué par ses pairs (37). Le chirurgien Joseph Lister (1827-1912) publie plusieurs articles dans le *Lancet*, décrivant la méthode de l'antisepsie (37).

Mais il fait lui aussi face au mépris, et il faut attendre la fin du XIX^{ème} siècle, pour que les travaux de Louis Pasteur (1822-1895) et de Robert Koch (1843-1910) démontrent le rôle des agents pathogènes dans les maladies infectieuses. Ils prouvent alors scientifiquement le lien entre infection et hygiène.

A la même époque, Carl Flügge (1827-1923) Professeur d'hygiène et de bactériologie allemand, se pose la question de la transmission aérienne des microbes. En effet, malgré des mesures d'asepsie respectées durant les opérations, il observe la persistance de suppurations de plaies. Avec le chirurgien Jan-Antoni Mikulicz Radecki (1850-1905), ils mettent au point le « *bandeau à bouche* », une compresse de mousseline couvrant le nez, la bouche et la barbe (43). Mais ils sont critiqués par leurs pairs, qui estiment que le masque est inutile si le chirurgien et son équipe ne parlent pas. Pourtant le dispositif s'affinera au fil des années et des épidémies, jusqu'à s'introduire dans le milieu hospitalier.

C'est la grippe espagnole de 1918 qui contribuera à l'adoption du port du masque. Cette pandémie touche le monde entier et des mesures prophylactiques sont instaurées par les autorités. Le port du masque est alors recommandé par l'académie de médecine dès 1918 (44).

Ainsi l'époque contemporaine est un temps de grandes découvertes. Les principaux agents infectieux des grands fléaux de l'humanité sont identifiés. Koch isole le bacille de la tuberculose et du choléra, Armauer Hansen (1841-1912) découvre le bacille de la lèpre et Alexandre Yersin (1863-1943) celui de la peste (37). C'est aussi le temps de la médecine coloniale, ancêtre de la médecine tropicale. La médecine s'enrichit des connaissances venues d'outre-mer, principalement des nombreux Instituts Pasteur attachés à la recherche et à l'épidémiologie des endémies tropicales (45).

Toutes ces découvertes concernant les maladies infectieuses permettent de poser les bases de la prévention, mais aussi de la vaccination. Cette dernière occupe une place prépondérante dans la lutte contre les épidémies (2).

2.2. Les mesures barrières dans les années 1968-1970

Au cours du XX^{ème} siècle, âge d'or de l'hygiène publique, on assiste à une prise de conscience de la nécessité d'actions sanitaires pour lutter contre ses maladies.

A la fin des années 60, on connaît l'importance de l'étude des agents pathogènes et de leur transmission pour adapter les mesures d'hygiènes adéquates. Les souvenirs des épidémies du début du siècle sont encore dans les mémoires, on connaît l'importance des mesures de

prévention. Des cours d'hygiène et de santé publique sont donnés dans les facultés de médecine. Favorisé par l'émergence de l'eau courante dans les foyers français, le lavage des mains s'étend au grand public et aux écoles. Il se fait toujours à l'eau et au savon, et il faut attendre le début des années 1990 pour que le Professeur suisse Didier Pittet, invente le gel hydroalcoolique.

2.3. De nos jours

En 2019, on définit la gestion sanitaire comme « *l'ensemble des mesures prises pour contrôler une maladie, qu'elle soit endémique, épidémique ou même pandémique* » (46). Les objectifs sont de prendre en charge les personnes infectées, de limiter la propagation de la maladie et de chercher les moyens de l'éradiquer (traitement, vaccin, mesures de prévention...)(46). Les mesures de gestion sanitaires, ou mesures barrières, peuvent être individuelles ou générales et évoluent en intensité en fonction de la situation épidémiologique.

Les mesures barrières individuelles comprennent les gestes barrières, la distanciation sociale et les limitations de déplacements. Les mesures barrières générales sont la distanciation sociale, le confinement, le dépistage, l'information de la population, l'adaptation des structures de soins, la fermeture d'établissement, la vaccination...

Mais en ce début de XXI^{ème} siècle, les Français ne semblent pas appliquer correctement les mesures barrières. Une étude est menée à ce propos par l'assurance maladie en octobre 2019, et est publiée dans un communiqué de presse à la veille de la crise de la COVID-19 (47). Elle révèle que moins de 30% seulement des Français respectent quotidiennement les gestes barrières. Afin de sensibiliser le grand public, le communiqué de presse répertorie les gestes barrières individuels essentiels, qui sont « *des gestes simples pour se protéger et protéger les autres* »:

- Se laver les mains régulièrement ;
- Utiliser un mouchoir à usage unique ;
- Tousser ou éternuer dans son coude ;
- Porter un masque jetable quand on est malade.

Dans les lieux de soins (hospitaliers, cabinets de ville...), des précautions standards sont respectées. A la base des stratégies de prévention, ces précautions sont un ensemble de mesures visant à réduire le risque de transmissions croisées des agents infectieux entre soignants, soignés et environnement (48). Ces recommandations sont régulièrement mises à jour et publiées par la société française de l'hygiène hospitalière :

- Respect de l'hygiène des mains, en les lavant à l'eau et au savon, ou au gel hydroalcoolique ;
- Hygiène respiratoire ;
- Port d'équipement de protection individuelle (EPI) (port de gants, protection du visage (masques/lunettes), protection de la tenue de protection) si soins particuliers.

Il existe des précautions supplémentaires en fonction des situations. Ce sont les recommandations qui s'ajoutent aux précautions standards précédemment citées, adaptées aux caractéristiques des agents pathogènes, et toujours en fonction des gestes de soins effectués (49,50) :

- Précaution complémentaire air : isolement, port d'un masque FFP2 par le soignant ;
- Précaution complémentaire gouttelette : isolement, port d'un masque chirurgical par le soignant ;
- Précaution complémentaire contact : isolement, port d'une tenue de protection (tablier de plastique jetable).

A la veille de la crise sanitaire du coronavirus, nous retrouvons dans les pratiques contemporaines, des mesures barrières provenant de milliers d'années d'observation, portées par le bon sens, et dont l'efficacité a été mise en évidence scientifiquement. Nous pouvons notamment citer l'hygiène des mains, la distanciation sociale et la protection des voies respiratoires.

3. La France des années 1968 à 1970

3.1. Société

A la fin des années 60, les Français ont la tête dans les étoiles et les pieds foulant les pavés de mai 68. Ils sont bien loin de s'inquiéter des malades de la grippe. En effet, c'est l'époque du premier pas sur la Lune, de l'élection de Pompidou à la présidence de la République française, de la guerre du Vietnam et du Biafra, et des révoltes de Mai 68. Du côté de la santé non plus, ce n'est pas la grippe qui intéresse, mais les réformes de l'assurance maladie, un projet porté par Robert Boulin, ministre de la Santé en 1969.

Les Français de la fin des années 60 ont confiance dans les progrès de la médecine. Les années précédentes ont vu la révolution des antibiotiques, la vaccination et l'anéantissement du fléau de la tuberculose (2). Le rapport à la mort est différent et la vision est plus fataliste. La mort est acceptée, et considérée comme naturelle chez les personnes de plus de 65 ans. Comme le rapporte Claude Hannoun dans une interview parlant de la grippe : « *Beaucoup de gens considéraient alors qu'il était presque normal de mourir de cette maladie* » (51). Tous ont en mémoire un père, un frère, mort de maladie infectieuse.

3.2. Quelques chiffres

En 1968, le nombre d'habitants sur terre est de 3,55 milliards d'habitants. En France, il y a 59 065 médecins généralistes (52), pour 49 723 072 Français (53), soit en moyenne 118,79 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

3.3. Organisation de la santé en France

Depuis la Révolution française, l'action sanitaire relève traditionnellement des municipalités et les lois de l'époque attribuent aux autorités communales la gestion des

compétences sanitaires (54). Un article traitant des évolutions de la santé en France montre que l'histoire de la santé publique est « *une succession de rendez-vous manqués entre le corps médical et les pouvoirs publics* » (54). Aucune des pandémies de l'histoire n'aura permis la constitution d'action sanitaire, et malgré des rôles précis décrits dans le code de la santé publique, l'intervention publique reste modeste. Le corps médical, à défaut d'une organisation collective, privilégie un exercice isolé, notamment dans des dispensaires. Les institutions sont déconcentrées.

On voit toutefois des débuts d'implication de l'Etat dans les affaires de santé notamment en 1958, avec la publication de 3 ordonnances qui aboutissent à la création des CHU (Centres Hospitaliers Universitaires) (55). Dans un souci de proximité, la médecine de proximité se développe au XX^{ème} siècle. La médecine libérale s'organise avec la charte de 1927, et l'Ordre des médecins est officiellement créé par Charles de Gaulle en 1945 (55).

L'organisation de la santé en France à la fin des années 60 est loin des préoccupations des politiques. Deux ministres d'Etat chargés de Affaires sociales se succèdent : Maurice Schumann sous Charles de Gaulle et Robert Boulin sous Georges Pompidou. La direction générale de la santé (DGS) est en place et a déjà pour missions la protection de la population face aux menaces sanitaires et la coordination des partenaires de santé. Et à la tête de la DGS se trouve Pierre Boulenger, qui occupe le poste de 1966 à 1970.

3.4. Système de gestion de crise

On trouve des traces dans l'Histoire de France des bases de la surveillance épidémiologique, s'assimilant à une démarche d'information statistique (4). On peut par exemple citer les intendants de province qui au XVIII^{ème} siècle devaient remonter certaines informations aux médecins sur de possible épidémies.

Sur le plan international, la lutte contre les épidémies débute. En Europe, ce sont les vagues successives de choléra qui poussent à la création de la première conférence sanitaire internationale en 1851 à Paris (4).

Puis l'expansion coloniale mène à une réflexion internationale, et une lutte contre les pandémies s'organise. L'Europe souhaite se protéger des épidémies tropicales traversant la Mer Rouge et

la Méditerranée, telles que le choléra, la peste et la fièvre jaune (45). De nombreuses conférences sanitaires ont lieu, aboutissant à la création de l'office international d'hygiène publique en 1907. Ce dernier fusionnera avec l'OMS en 1948.

Le monde et la France de 1968 disposent donc des prémices d'un réseau de surveillance. L'OMS a mis en place un programme contre la grippe (20), qui recense des informations venant des centres de surveillances situés dans 55 pays, et les diffuse dans des relevés épidémiologiques hebdomadaires. Le réseau des Instituts Pasteur permet aussi une surveillance internationale.

Mais cette veille sanitaire n'est pas très développée, et la communication est lente. Sur le territoire français, c'est la DGS qui a pour mission d'orchestrer la protection de la population face aux menaces sanitaires. Elle est informée des situations sanitaires via des messages arrivant par télégrammes, courriers postaux ou appels téléphoniques.

3.5. Gestion de la grippe de Hong Kong

Lors de la pandémie de la grippe de Hong Kong, l'alerte est donnée tardivement par l'OMS. Un relevé hebdomadaire de début août (56) diffuse une information venant de Hong Kong, datée du 27 juillet 1968, indiquant que la colonie britannique assiste à une extension rapide de la grippe depuis la mi-juillet, et que tous les âges sont atteints. L'OMS précise dans son relevé que le centre mondial de la grippe de Londres a confirmé l'appartenance de la première souche examinée au type A2. Durant la conférence qui a eu lieu à Atlanta en octobre 1969 (20), l'OMS revient sur ses actions et précise que dès la mi-août, les centres nationaux de la grippe ont été informés de l'émergence de la souche et de la possibilité d'épidémies généralisées.

L'article de Patrick Zylberman (7) pointe du doigt un défaut du réseau de surveillance, qui selon lui retarde l'alerte. Une étude de Robert Peckham (57), relève qu'en 1968, les relations entre les Etats-Unis et la Chine sont tendues, ce qui pourrait expliquer ce retard. De même que le climat mondial de la guerre froide qui entache les relations internationales. Pourtant, Antoine Flahault indique que « *la grippe de Hongkong est entrée dans l'histoire comme la*

première pandémie de l'ère moderne. La première, aussi, à avoir été surveillée par un réseau international » (24).

On peut aussi relever le défaut du recueil statistiques des victimes de la grippe. D'une part d'un manque de précision de la part des médecins sur les certificats de décès, qui ne mentionnent pas toujours la grippe et ses complications comme cause de décès. D'autre part le manque de surveillance en temps réel, comme le rapporte Antoine Flahault: « *En 1968, les registres de l'Inserm mettaient deux ans avant de produire les statistiques sur les causes de décès* » (51).

4. Epoque actuelle

4.1. Evolution de la société

En cinquante ans, le monde a changé et les mentalités ont évolué. Il y a eu la révolution numérique avec l'essor de l'informatique et du minitel dans les années 80, mais également le développement du réseau internet au début des années 90. Tout cela a contribué à changer la face des médias. En 2019, la presse écrite est reléguée au quatrième rang des sources d'information des Français (18%), derrière la télévision (71%), les sites d'informations en ligne (69%) et les réseaux sociaux (42%) (58).

On assiste également à la démocratisation des transports aériens à la fin des années 70. Depuis, le trafic aérien garde une croissance d'environ 6 % par an (48).

Le rapport au corps change également et la santé devient une priorité. A cours des années 70, on assiste à une nouvelle préoccupation de l'image corporelle (59), et de nombreux magazines spécialisés consacrés aux soins du corps et à la santé sont publiés. Les études marketing menées pour le lancement de ces journaux montrent l'apparition du désir de s'occuper de son corps et de son bien-être. A travers cette idéalisation de la bonne santé, de nouveaux modes de vie sont promus, et cette vague de bien être est accentuée par la popularisation du sport et des émissions d'aérobic venant des Etats-Unis.

Sur le plan de la médecine aussi les perspectives ont changé. A l'image de ce qu'écrivait à la fin des années 60 William H. Stewart, chirurgien général des Etats Unis : « *le moment est venu*

de fermer le livre des maladies infectieuses et de déclarer gagnée la guerre contre les pestilences » (60). On pensait que les maladies infectieuses faisaient parties de notre passé et qu'une page de l'Histoire s'était tournée. Le moment charnière étant l'éradication de la variole en 1979, officialisée par l'OMS dans un document publié en 1980 (61). On pense alors l'Homme invulnérable. Mais certaines maladies viennent fêler cet excès de confiance : Le SRAS de 2002, le MERS, la « fausse » pandémie de grippe aviaire... Et on prend alors conscience que l'Homme n'est pas invincible face aux maladies infectieuses.

4.2. Quelques chiffres

Depuis la fin des années 1970, la population mondiale s'est considérablement accrue, atteignant 7 714 millions d'êtres humains en 2019 (62). La population française est passée de 49 723 072 à 66 977 703 Français (63).

Depuis 1968, le nombre de médecin ne cesse d'augmenter, passant d'à peine 150 000 en 1985 à près de 216 000 en 2009 (54). Pour atteindre 226 900 médecins en France en 2019, dont 102 200 médecins généralistes (64). Le nombre de médecin généraliste a donc doublé, passant de 59 065 à 102 200.

En cinquante ans, on constate une augmentation en parallèle du nombre de médecins généralistes et de la population française. En 2019, on compte en moyenne 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 118,79 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 1968.

Ainsi, si l'article cité précédemment prédit une diminution du nombre de médecins dans les années futures (54), la densité médicale semble se maintenir.

4.3. Evolution de la politique de santé

Plusieurs crises sanitaires à la fin du XX^{ème} siècle ont entraîné des changements majeurs dans la politique de santé en France. Si le XVIII^{ème} siècle était le siècle de la médecine

prédictive et le XIX^{ème} siècle celui de la médecine curative, le XX^{ème} siècle se tourne vers une médecine préventive.

L'épidémie de SIDA et l'affaire du sang contaminé ont mis en évidence, à la fin des années 1980, les conséquences de l'absence d'une culture de santé publique. Sans réelle politique de la santé, on assiste à de nombreuses contaminations post transfusionnelles par le virus du SIDA (54). Dès lors, le seuil de tolérance des Français s'est abaissé, et ces derniers demandent aux autorités sanitaires de rendre compte de leurs actions.

La sécurité sanitaire a été définie, en 1994, comme la protection contre les risques liés au fonctionnement du système de santé. Des réseaux de vigilance et de veille sanitaire sont constitués, de nouvelles législations sont édictées et des agences sont créées (65).

Dans les années 2000, diverses actions sont menées afin de coordonner les actions sanitaires et décroiser le système de soin. En 2009, la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) promulguée le 21 juillet, est l'aboutissement de cette politisation de la santé, avec la création des Agences Régionales de la Santé (ARS). Par la suite, des projets de loi mettent en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin d'améliorer l'organisation des soins en ville. De même que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui permettent un regroupement des professionnels de santé.

En France en 2019, le président de la République française est Emmanuel Macron. Au début de la crise sanitaire, le premier ministre est Edouard Philippe, et la ministre de la Santé est Agnès Buzin. En juillet 2020, Jean Castex est nommé premier ministre et Olivier Véran ministre de la Santé. Depuis 2018, le directeur de la DGS est Jérôme Salomon.

4.4. Système de gestion de crise

C'est à partir des années 80 que la surveillance épidémiologique passe au premier plan (4). Cette surveillance a pour objectif la collecte de données, leur analyse et leur interprétation. Puis un retour d'informations aux pays concernés. C'est la mondialisation qui a permis le développement des réseaux de surveillance, notamment celui du programme mondial pour la surveillance de la grippe de l'OMS.

En 2000, l'OMS crée le *Global outbreak alert and response network* (GOARN), un réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, auquel la France participe activement. Par le biais de l'Institut de veille sanitaire (InVS) jusqu'en 2016, puis par l'agence nationale de santé publique, avec le concours des médecins « sentinelles ». Ce sont des médecins généralistes libéraux qui surveillent un certain nombre de conditions sanitaires définies. Ce réseau sentinelle est basé sur le volontariat et permet une surveillance épidémiologique hebdomadaire.

En France, il existe une veille permanente, nationale et internationale, réalisée par le CORRUSS (66). Ce dernier est créé en mai 2007 par la DGS. Il recueille et analyse quotidiennement les informations transmises par ses partenaires (Santé Publique France (SPF), OMS, ARS...). Puis il réalise un bilan quotidien des alertes existantes, qu'il transmet tous les soirs au ministre de la Santé. Lorsqu'une situation sanitaire l'exige, le CORRUSS active le CORRUSS renforcé (niveau 2), ou le centre de crise sanitaire (niveau 3) selon l'urgence et la gravité de la situation.

Face aux crises majeures, le premier ministre réunit l'ensemble des ministres concernés et décide de l'activation de la cellule interministérielle de crise. Cette cellule est un outil sur lequel le premier ministre s'appuie pour exercer avec le président de la République le pilotage politique et stratégique de l'action gouvernementale en matière de gestion de crise majeure (67). Cette organisation montre une réponse globale de l'Etat.

Le CORRUSS a le rôle d'orchestrer une réponse coordonnée à l'échelle nationale. Il peut alors diffuser des instructions à destination des ARS, des messages « DGS-Urgent » aux professionnels de santé et des « Messages d'Alerte Rapide Sanitaire » (MARS) aux établissements de santé. Une réponse à l'échelle régionale s'organise par la suite, grâce aux ARS qui s'aide du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) (68). Ce dernier permet la mise en place d'actions coordonnées des secteurs sanitaires (secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social), et une délégation de la lutte contre les épidémies vers les localités. Les CPTS et les MSP ont une action coordonnée dans la gestion des crises.

Le médecin généraliste en première ligne face à une pandémie, est le premier maillon de la chaîne et doit prévenir le centre 15, qui prévient l'agence nationale de santé publique.

4.5. Gestion de la COVID-19

Le 31 décembre 2019, un groupe de cas de pneumonie est signalé à Wuhan en Chine. Les premières analyses ont identifié un nouveau coronavirus, et l’OMS est rapidement alertée par son réseau de surveillance. Le 2 janvier, l’OMS informe les membres du GOARN de l’apparition d’un groupe de cas de pneumonie en république populaire de Chine (25). A la suite de cette annonce, de nombreuses communications internationales entre les chefs d’Etat sont organisées par visioconférence. En France, le CORRUSS débute une veille sanitaire spécifique (31) et active le niveau 2 de surveillance renforcée le 22 janvier.

Dès la fin du mois de janvier, l’OMS prononce l’état d’urgence devant l’augmentation du nombre de cas, et déclare la COVID-19 comme une pandémie le 11 mars 2020 (25). L’organisation internationale demande des mesure de protection pour prévenir la saturation des services de soins intensifs et renforcer l’hygiène préventive.

Pour freiner la formation de nouveaux foyers de contagion et préserver les capacités d'accueil de ses hôpitaux, la France, comme de nombreux pays, décide des mesures de confinement et l'annulation des manifestations sportives et culturelles. A la mi-mars 2020, le président de la République s’adresse aux Français à deux reprises, il annonce les mesures de confinement et parle de « guerre sanitaire » (69). Le confinement en France est instauré le 17 mars pour une durée de 1 mois, puis prolongé jusqu’au 11 mai 2020. Un déconfinement progressif a lieu par la suite (31).

Puis, avec une nouvelle augmentation du nombre de cas, dans une période allant de novembre 2020 à juin 2021, deux confinements sont déclarés, ainsi que plusieurs couvre-feux. Ces décisions ont de nombreuses conséquences socio-économiques et environnementales.

5. Comparaison des pandémies de la grippe de Hong Kong et de la COVID-19

La grippe de Hong Kong et la COVID-19 ont toutes les deux marquées l'Histoire des pandémies. Ces deux virus à ARN, affectant les voies respiratoires, ont des tableaux cliniques proches, bien qu'ils diffèrent par une apparition des symptômes plus progressive et une période d'incubation plus longue pour la COVID-19. Les modes de transmission, similaires, se font par air et gouttelettes. Ils permettent l'application des mêmes mesures barrières (70).

Cependant, l'époque à laquelle ces deux pandémies se déroulent n'est pas la même. Et si l'impact épidémiologique est important dans les deux cas, les répercussions sanitaires et socio-économiques sont différentes. De l'évolution des courants de pensée, de la réorganisation du système de santé ou de la révolution technologique, il résulte une gestion différente de ces crises, et l'implication de différents acteurs.

A la lumière de ces informations, et en prenant en compte l'Histoire qui a mené à ces changements, nous répondrons aux objectifs de notre étude.

PARTIE II :

MATERIELS ET METHODES

1. Revue narrative de la littérature

Pour ce travail, nous avons conduit une revue narrative de la littérature, afin de pouvoir résumer et comparer les différentes actions sanitaires menées durant la grippe de Hong Kong et la COVID-19. Une revue narrative consiste en une sélection non nécessairement systématique ni exhaustive de la littérature. Elle permet une synthèse informelle et une discussion sur un sujet précis (71). C'est un exercice qui n'est pas nécessairement soutenu par un protocole standardisé, mais dont la méthodologie repose sur celle des revues systématiques de la littérature, basée sur l'élaboration d'équations de recherche afin d'identifier des références. Puis l'utilisation de critères d'inclusion et d'exclusion et la lecture des références amènent à l'analyse des références inclus dans la revue, et à la synthétisation des informations recueillies.

2. Phase exploratoire

2.1. Définition de la période étudiée

Il a fallu tout d'abord délimiter précisément les bornes de notre problématique. Notre travail traite des mesures barrières prises par les grandes instances, durant la grippe de Hong Kong et la COVID-19, préconisées aux médecins généralistes et à la population générale française.

Concernant la période, nous avons décidé de traiter les vagues de l'hiver 1968-69 et 1969-70 pour la grippe de Hong Kong. Pour la COVID-19, compte tenu de l'évolution de la crise sanitaire durant nos travaux de recherche, nous avons choisi de limiter notre étude à la première vague ayant atteint la France (c'est-à-dire entre le début de l'épidémie et le mois de juillet 2020).

2.2. Critères de sélection

Les critères d'inclusion des publications ont été les suivants :

- 1 Type de publication : Tout format était accepté : article scientifique ou non, documents d'archives, livre, page internet...
- 2 Dates de publication : A partir du 01/01/1968 pour les documents traitants du virus H3N2 et à partir de décembre 2019 pour les documents traitants du coronavirus.
- 3 Langues : Français ou anglais.
- 4 Population d'étude : Français métropolitains et médecins généralistes français.
- 5 Contexte : Publication traitant de la gestion des épidémies étudiées.

Les critères d'exclusion ont été les suivants :

- 1 Référence ne traitant pas des souches virales étudiées : virus H3N2 ou SARS-CoV-2.
- 2 Période concernée : Etude ne concernant pas la période analysée (les deux vagues de la grippe de Hong Kong de 1968-1970 ou la première vague de la COVID-19)
- 3 Population d'étude : Référence dont le sujet d'étude ou la cible ne sont pas les Français métropolitains ou les médecins généralistes français.
- 4 Contexte : Référence ne traitant pas de la gestion d'une crise sanitaire ou des mesures barrières mis en place en situation épidémique ou pandémique.

2.3. Sources d'information et stratégies de recherche

Nous avons organisé la phase exploratoire de nos recherches bibliographiques en 2 axes, en traitant séparément les publications à propos de la grippe de Hong Kong et celles concernant la COVID-19.

Le premier axe de notre recherche a été la consultation de bases de données classiques, en utilisant différents algorithmes de recherche adaptés à chaque moteur de recherche. Cette recherche a été effectuée de manière exhaustive, jusqu'à saturation des données. Les bases de recherches utilisées ont été : PubMed, Gallica, Scopus, ScienceDirect, Dumas, CAIRN, LiSSa, Persée, Sudoc, INA.

Les différents moteurs de recherches ont été interrogés, en utilisant différents algorithmes :

- Concernant la grippe de Hong Kong, les mots clefs « influenza » « H3N2 » « grippe de Hong Kong » « epidemic » « epidemics » « pandemic » « pandemics » « prevention » « control » « transmission » « 1968 » « 1969 » « 1970 » ont été combinés avec différents opérateurs booléens ;
- Concernant la COVID-19, les mots clefs « COVID-19 » « coronavirus disease 2019 » « new coronavirus infection » « SARS-CoV-2 » « epidemic » « epidemics » « pandemic » « pandemics » « prevention » « control » « transmission » « France » « French » ont également été combinés avec différents opérateurs booléens.

Le deuxième axe s'est fait autour de la littérature grise. C'est une recherche non exhaustive, qui a été menée dans différentes archives. Les archives nationales de la Bibliothèque nationale de France (BnF), les archives de presse locale et nationale, et dans les documents provenant de grandes instances internationales (OMS), nationales (SPF, DGS, ministère des Solidarité et de la Santé, Gouvernement, Ordre national des médecins) et locales (Ordre régionaux et départementaux des médecins, ARS). Nous avons également contacté de nombreuses institutions par courriel, afin d'avoir accès à leurs archives personnelles.

2.4. Sélection des références

Pour chacune des pandémies étudiées, nous avons extrait et fusionné les références obtenues dans les différentes bases de données et dans la littérature grise. Après exclusion des doublons, la sélection des références s'est faite en deux étapes :

- Lecture des titres et résumés. Les références obtenues ont été conservées pour la deuxième étape ;
- Lecture du texte en entier. La sélection des résultats pertinents a été faite selon la liste hiérarchique des critères d'exclusion précédemment cités.

2.5. Processus de recueil et d'analyse des données

Les références ont ensuite été lues et analysées. Le but étant de répondre aux objectifs de notre recherche. Les objectifs principaux sont la comparaison des mesures barrières mises en place par les grandes instances pour faire face aux pandémies de la grippe de Hong Kong et de la COVID-19, et l'implication des médecins généralistes. Les objectifs secondaires sont les informations données à la population et la présence des médias au cours de ces crises sanitaires. Pour chaque publication, nous avons extrait les données répondant à nos objectifs puis nous les avons assemblées par groupe de résultats.

PARTIE III : RESULTATS

1. Sélection des résultats

Concernant la grippe de Hong Kong, au total, 3369 publications ont été extraites des bases de données. La lecture des titres et des résumés nous ont permis de sélectionner 140 articles répondant aux critères d'exclusion, puis 19 articles ont été inclus sur la lecture complète.

Concernant la COVID-19, 3073 publications ont été extraites des bases de données. La lecture des titres et des résumés nous ont permis de sélectionner 271 articles répondant aux critères d'exclusion, puis 41 articles ont été inclus sur la lecture complète.

L'ensemble des données est résumé dans les diagrammes de flux suivants (illustration 3).

2. Présentation des résultats

Les références étudiées sont classées par ordre chronologique et présentées sous forme de tableaux (illustration 4). Le tableau 1 concernent les résultats des publications traitants de la grippe de Hong Kong et le tableau 2 ceux de la COVID-19. Cette présentation permet une analyse comparée des groupes de données obtenus.

Illustration 3 : Diagrammes de flux

Diagramme de flux concernant la grippe de Hong Kong

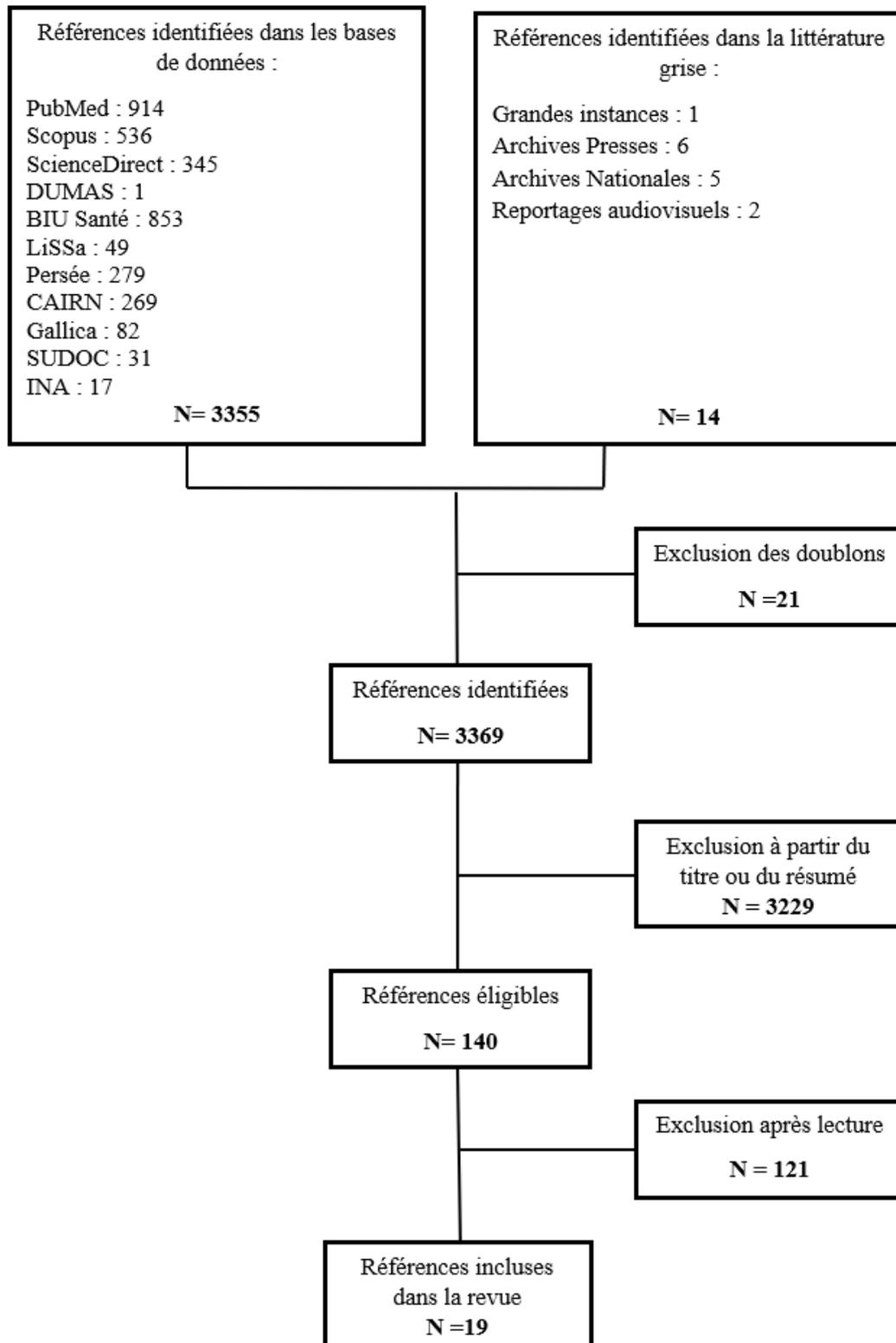


Diagramme de flux concernant la COVID-19

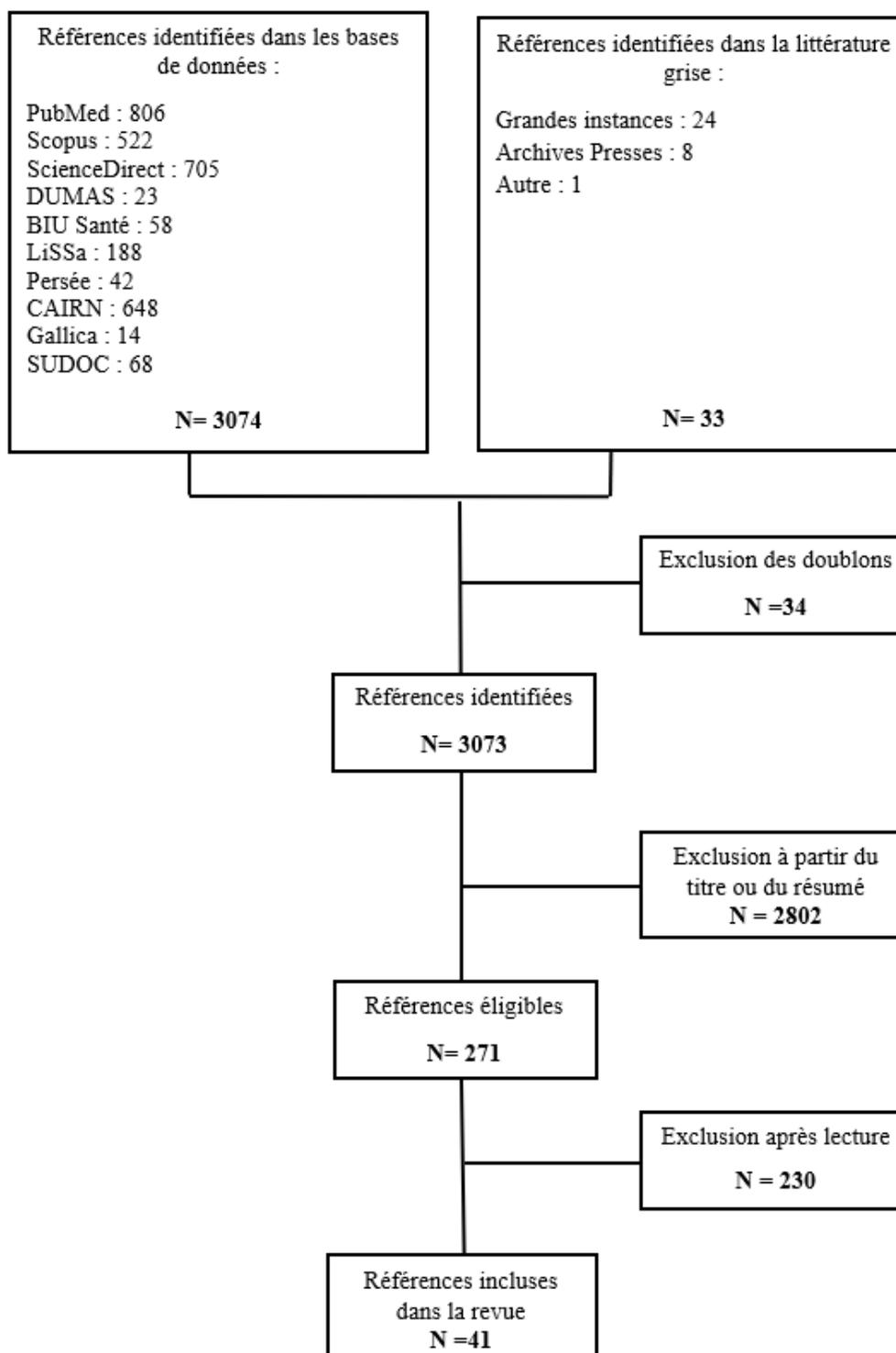


Illustration 4 : Caractéristiques des publications et principaux résultats

Grippe de Hong Kong

Référence	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
OMS. Grippe. Asie. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 1968 Aout 2;43(31):387. (56)	<i>Grippe. Asie</i> Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS Publié le 2 août 1968	L'OMS alerte sur une « rapide extension de la grippe à Hong Kong. Tous les groupes d'âges sont atteints. » La souche A2 a été isolée.	Aucune mesure de prévention n'est évoquée devant ce virus, qui semble se répandre rapidement
Sohier R. Lettre du Prof. R. Sohier [Lettre]. Lyon, 27 août 1968. (72)	Lettre écrite le 27 Aout 1968 Par le Pr R. Sohier A l'intention du directeur général de la DGS	Une des premières traces trouvées dans les archives montrant l'inquiétude des instances de santé vis à vis du nouveau virus A2 de Hong Kong. « <i>Je crois devoir attirer votre attention sur l'apparition à Hong Kong d'une nouvelle souche de virus grippal.</i> », « <i>On peut donc craindre qu'elle soit à l'origine d'une épidémie.</i> » « <i>... problèmes qu'elle va poser pour la préparation des vaccins</i> »	Les grandes instances sont alertées tôt, dès l'été 68, de l'apparition du virus H3N2 et du risque épidémique. La question de la mise en place de mesures barrières ne se pose pas. On voit que les moyens et les inquiétudes sont tournés vers la création d'un nouveau vaccin.
Philbert A. OBJET: Grippe - Pandémie 1968 (?) [Note]. 14 octobre 1968. (73)	Lettre écrite le 14 octobre 1968 Par A. Philbert, le sous-directeur de la division des affaires internes du ministère des affaires sociales A l'intention au directeur de la DGS Objet : Grippe - Pandémie 1968 [?]	La situation sanitaire a évolué et le ministère de la santé évoque le risque d'une pandémie, à la suite d'une déclaration d'un médecin britannique à l'OMS : « <i>relative aux craintes d'une pandémie grippale d'ici la fin de l'année.</i> » Le ministère de la Santé demande à la DGS d'alerter les services compétents, « <i>notamment les instituts qui s'intéressent au virus et à l'élaboration de vaccins.</i> »	La grippe évolue dans le monde entier, et le réseau de surveillance fonctionne bien. À la suite des alertes internationales, le ministère de la Santé décide de déclencher l'alerte nationale et de prévenir les services compétents. Cependant, le mot « pandémie » suivi d'un point d'interrogation dans le titre montre que le gouvernement est sceptique face au risque d'une pandémie. On ne parle pas de mesures barrières, seulement de l'importance du vaccin.
Barbotin M. Alerte à la grippe de Hong Kong. Sud Ouest Dimanche. 3 novembre 1968.3. (74)	« <i>Alerte à la grippe de Hong Kong</i> » Article du Journal Sud-Ouest, quotidien d'information régional 3 novembre 1968	Le journal alerte sur une sérieuse épidémie venant de Hong Kong, comparable à la grippe asiatique, qui va s'abattre dans la région. « <i>En attendant que soit mis au point un nouveau vaccin, chacun pourra au moins se défendre avec les armes traditionnelles</i> » Il faut donc prendre le soin « <i>de se mettre au lit dès les premiers signes et d'y demeurer pendant toute la période fébrile.</i> »	Dès la fin de 1968, il y a quelques alertes dans les journaux régionaux. Les rédacteurs annoncent une épidémie et conseillent les moyens traditionnels pour se défendre. Un des seuls conseils s'apparentant à un geste barrière que donne le journal est de « <i>rester au lit</i> ». On peut y voir une mesure de distanciation sociale.

Référence	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
Sohier R. Note sur l'évolution épidémiologique de la grippe en fonction de l'apparition de la souche A2/Hong Kong/1/68 [Note]. Lyon, 14 Novembre 1968. Disponible aux Archives Nationales, carton AN19760263/106. (75)	<i>Evolution épidémiologique de la grippe en fonction de l'apparition de la souche A2/Hong Kong/1/68</i> Note écrite le 14 novembre 1968 Par le Pr R. Sohier	Cette note rapporte les différents endroits dans le monde où le virus H3N2 circule. Le texte insiste sur le fait que les épidémies observées « n'ont pas été très importantes et ne se sont pas toujours très étendues à tout un pays ». La note résume : « s'il est possible que le virus A2/HONG KONG/68 provoque quelques épidémies au cours de l'année 1968, il est possible aussi qu'elles ne soient pas très extensives et pas sévères », et « il est très peu probable qu'on assiste à l'évolution d'une pandémie ». Enfin, un paragraphe critique le caractère alarmiste des articles de la presse française	La position de la communauté scientifique reste la même, le risque de pandémie est minime. Pour la première fois dans les archives des grandes instances, on trouve des allusions au rôle des médias et la notion de mésinformation. Là encore, aucune mesure barrière n'est abordée
Dim Dam Dom. Le punch de Mapie [En ligne] Office national de radiodiffusion télévision française ; 22 novembre 1968. Audio : 20min.23s. (76)	<i>Le punch de Mapie</i> Emission de télévision <i>dimdamdom</i> sur l'office national de radiodiffusion télévision française 22 novembre 1968	Dans une émission de la télévision française, une animatrice, Mapie de Toulouse-Lautrec, présente une recette de punch pour soigner la grippe d'un ami, car elle veut le « voir vite debout ».	Cette archive nous permet de comprendre comment les Français préviennent et se soignent de la grippe. Avec du punch.
Bourget P. Interview du Dr Cateigne diffusé au JT de 20h [En ligne] Paris: ONRTF, 1968. Vidéo: 3min37s. (77)	Interview du Dr Geneviève Cateigne, au centre national de la grippe à l'institut Pasteur. Diffusion sur France télévision, lors du JT de 20h Diffusée le 28 décembre 1968	Le Dr Cateigne fait le point sur la menace de la grippe de Hong Kong en France, en affirmant que « En France il n'y a pas d'épidémie pratiquement ce moment ni en Europe non plus » et que la grippe de Hong Kong peut venir en Europe mais « qu'elle ne touchera pas le monde entier à la vitesse à laquelle toute notre planète a été touchée en 1957 ». Et qu'il faut se protéger en vaccinant seulement les personnes vulnérables, et « qu'il n'y a pas lieu de se lancer à vacciner une très grande partie de la population »	Le Dr Cateigne, est une des spécialistes de la grippe en France. A la fin de l'année 1968, elle n'est pas inquiète de la situation sanitaire et n'alarme pas la population. On voit dans son discours que si elle envisage la possibilité d'une épidémie, elle n'envisage pas celle d'une pandémie.
AFP. La grippe de Hong Kong pousse une pointe en France [En ligne] Sud-Ouest, édition du matin. 19 février 1969.1. (78)	« La grippe de Hong Kong pousse une pointe en France » Article du Journal <i>Sud Ouest</i> , quotidien d'information régional Publié le 19 février 1969	Le Dr Cateigne est responsable de la lutte contre la grippe à l'institut Pasteur, elle accorde une interview à un quotidien régional. En parlant de la grippe de Hong Kong, elle dit que « l'épidémie arrivée en France depuis quelques jours, évolue comme une épidémie moyenne » et que « les pharmacies vendent un vaccin polyvalent et préventif contre la souche A-2 de Hong Kong »	A travers cette interview, le Dr Cateigne exprime le point de vue de l'institut Pasteur. La grippe de Hong Kong est vue comme une épidémie saisonnière dont il n'y a pas lieu de s'alarmer. Le seul moyen de prévention évoqué est la vaccination, pour une population ciblée.
Directeur général du laboratoire national de la santé publique. Epidémie de grippe. 1969 [Note] Paris, 27 mars 1969. (79)	Lettre écrite le 29 mars 1969 Par le directeur du laboratoire national de la santé publique au directeur de la DGS. Objet : Epidémie de grippe	Note d'information du DGS montrant que l'épidémie progresse en France : « J'ai l'honneur de vous faire connaître que mademoiselle docteur Cateigne vient de m'indiquer téléphoniquement que l'épidémie de grippe actuelle n'est nullement en régression »	L'épidémie progresse et les gestes barrières ne sont toujours pas évoqués. Cette note permet de se rendre compte que la communication à l'époque se faisait par appel téléphonique.

Référence	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
Le colloque sur la grippe. Colloque de la Société de pathologie humaine et animale comparée de Marseille [En ligne]. Reportages régionaux pour le journal national. 12 septembre 1969. Vidéo:2min02s (80)	<i>Le colloque sur la grippe</i> Interview lors d'une table ronde internationale sur la grippe à la Faculté de médecine de Marseille. Reportage régional pour le journal national Diffusé le 12 septembre 1969	Interview d'un médecin participant à ce colloque. Il décrit la présence « d'épidémies sporadiques » dans le monde et à un discours rassurant en assurant que la population est protégée grâce au vaccin. De plus : « <i>Les vaccins qui sont fabriqués en France à l'heure actuelle comporte dans leur composition la souche A2 et donc assurent une protection parfaite contre ce virus</i> »	Cet interview résume l'état d'esprit du corps médical et scientifique de l'époque. Il n'y a que quelques épidémies sporadiques dans le monde, sans gravité. Et la population est protégée grâce au vaccin.
OMS. Conférence internationale sur la grippe de Hong Kong. Bull World Health Organ. 1969 Oct;41(3-4-5):335-748. (20)	<i>Internationale Conférence on Hong Kong Influenza</i> Bulletin de l'OMS 14-16 octobre 1969 Conférence ayant eu lieu à Atlanta, regroupant de nombreux conseils scientifiques	Conférence de scientifiques venus du monde entier. L'objectif est d'agir face à la menace de la grippe de Hong Kong : « <i>On espérait de la sorte diffuser ces renseignements avant que la vague de grippe n'atteigne toute l'ampleur prévue dans l'hémisphère nord pendant la saison 1969-1970</i> »	Grâce à cette conférence, l'OMS et les scientifiques espèrent aider à lutter face à une possible pandémie. Mais aucune mesure barrière n'est suggérée. Les scientifiques se concentrent sur la fabrication d'un nouveau vaccin.
Crespy C. Grippe de Hong Kong – La pandémie oubliée. LCP le Mag [En ligne] Mazemme T, 26 juin 2020 Vidéo :26min55s. (81)	Interview du Dr Cateigne Image d'archive issu du reportage « <i>Grippe de Hong Kong la pandémie oubliée</i> » diffusée sur LCP Décembre 1969	Le Dr Cateigne s'adresse aux Français et les informe que « <i>une épidémie semble se dessiner dans le sud-ouest, il y a quelques cas à Paris</i> », elle pense que « <i>la France commence une épidémie</i> ». Elle donne comme conseils aux malades qu'ils « <i>se reposent et prennent des boissons chaudes, non alcoolisées</i> »	Le discours du Dr Cateigne a évolué en même temps que la situation sanitaire. Elle prévient du risque épidémique et donne quelques conseils aux Français s'ils sont atteints de la grippe de Hong Kong.
Rédaction. La grippe sévit toujours. Sud Ouest. 2 décembre 1969:5. (82)	<i>La grippe sévit toujours</i> Article du Journal Sud Ouest, quotidien d'information régional Paru le 2 décembre 1969	L'article fait état de l'évolution de l'épidémie dans le sud-ouest. A Bordeaux : « <i>L'épidémie prend de l'ampleur</i> », « <i>Selon de nombreux médecins il n'y a jamais eu autant de malades [...]. Certains d'entre eux qui étaient eux-mêmes atteints ont quitté leur lit pour soigner des clients</i> ».	L'article montre que même au pic de l'épidémie, aucune mesure barrière n'est annoncée. Au contraire, les médecins malades continuent leur activité, sans geste barrière particulier mentionné
Lefebvre P. Inter actualités de 20h [En ligne] Office national de radiodiffusion télévision française; 9 décembre 1969. Audio:20min23s. (83)	Interactualités de 20h Information de 20h sur les ondes de <i>France Inter</i> 9 décembre 1969	En plein pic épidémique, le ton est léger en annonçant l'arrivée de la grippe en France. Des Parisiens interviewés révèlent leurs armes secrètes pour éviter d'être contaminé : « <i>le meilleur moyen de ne pas avoir la grippe c'est de bien s'abriter quand on sort, d'être bien couvert et rester au chaud</i> », « <i>des tisanes parce que vu mon âge je ne peux pas me permettre de boire des grogs</i> », « <i>du rhum, un bon grog au rhum</i> ». Le journaliste finit sur une note d'humour : « <i>autant en rire n'est-ce pas, c'est d'ailleurs peut être la meilleure façon de décourager le virus qui sait</i> »	Le sujet est traité avec beaucoup de légèreté. Les Français considèrent cette grippe comme une grippe saisonnière habituelle. Et pour y faire face, rien de mieux que les méthodes traditionnelles (rester au chaud et boire des boissons chaudes, tisane et grog)

Référence	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
Pradinaud B. Rhône Alpes de actualités. L'épidémie de grippe [En ligne]. Office national de radiodiffusion française ; 10 décembre 1969 (84)	<i>L'épidémie de grippe</i> Reportage de <i>Rhône Alpes actualités</i> 10 décembre 1969	Reportage concernant la grippe. Le ton du reportage est léger, et ne parle pas de geste ni mesure barrière, au contraire... « <i>Rassurez-vous, vous n'êtes pas le seul, un Français sur 4 a la grippe</i> », « <i>elle vous laisse le temps de sortir votre mouchoir, de vous montrer dans l'autobus ou au bureau le regard brillant, avant de vous clouer dans votre lit.</i> »	Le sujet est traité comme un maoronnier d'hiver, le ton est rassurant. Dans cet article aussi, ce sont les méthodes traditionnelles qui sont conseillées pour lutter contre la grippe.
Dr Aldighieri. Objet: Grippe. [Note] 17 décembre 1969.(85)	Lettre écrite le 17 décembre 1969 Par le Dr Aldighieri, sous-directeur hygiène publique A l'intention du directeur général de la santé publique. Objet : Grippe	Note d'information concernant l'épidémiologie de la grippe en France. Beaucoup de régions sont touchées, dans tout le pays. « <i>De ces données il ressort que la plupart des régions sont actuellement atteintes par la grippe sans que l'épidémie ne revête un caractère massif</i> ». Quelques cas sévères sont rapportés	Les données épidémiologiques montrent que l'épidémie s'étend et touche une grande partie du territoire français. Mais encore une fois, le gouvernement ne s'inquiète pas et aucune mesure barrière n'est envisagée.
Rédaction. Interview express Robert Boulin. Paris Presse France soir. 7 janv 1970.6. (86)	Interview express de Robert Boulin, ministre de la Santé Parue dans le journal <i>France soir</i> 7 janvier 1970	Le journaliste demande ce que fait Mr Boulin, en tant que ministre de la Santé, pour combattre la grippe. La réponse est vague : « <i>Une épidémie de grippe comme celle que nous connaissons est très difficile à prévoir et à prévenir</i> ». Puis le ministre parle des mutations du virus, et que « <i>Il n'est pas possible de prévoir exactement quel virus va nous attaquer</i> » et donc « <i>impossible de mettre en place à temps un moyen de prévention pour tous les Français</i> ». Et il prône l'utilité du vaccin chez les personnes vulnérables « <i>Je suis un exemple vivant de l'utilité du vaccin</i> »	Une des seules interventions d'un membre du gouvernement à propos de la grippe de HK et de la situation sanitaire. Ici la seule prévention évoquée est la vaccination des sujets vulnérables. Et donc l'importance de la fabrication d'un vaccin efficace, adaptée aux mutations.
Carcenac P. Le Covid-19 n'est pas très différent de la grippe de Hongkong, mais il est plus meurtrier [En ligne]. Le Figaro, en ligne [En ligne]. 30 mars 2020. (18)	<i>Le Covid-19 n'est pas très différent de la grippe de Hongkong, mais il est plus meurtrier</i> Témoignage du Pr Dellamonica, Article du journal national <i>Le Figaro</i> Paru le 30 mars 2020	Le Pr Dellamonica, travaillait dans un service de réanimation à Lyon durant la grippe de Hong Kong. Il raconte les souvenirs qu'il lui reste de la gestion de la situation sanitaire à l'époque. « <i>Nous n'avions pas de masque et le lavage des mains n'était pas aussi fréquent qu'aujourd'hui</i> »	Les mesures barrières prises à l'époque étaient beaucoup moins importantes. Il ne parle pas de notion de directive reçue des grandes instances.
Delpyrat E. Il y avait des lits partout . Sud Ouest Gironde. 29 avril 2020:22. (87)	<i>Il y avait des lits partout</i> Témoignage d'Annie, infirmière à Bergerac en 1969 Article du journal <i>Sud Ouest</i> Paru le 29 avril 2020	Une infirmière partage les souvenirs qu'elle a de ces journées à l'hôpital de Bergerac durant la grippe de Hong Kong. « <i>Les malades affluaient. On alignait les lits dans le couloir</i> » « <i>Il n'y avait alors ni masque, ni protection aux mains obligatoire pour les soignants.</i> » « <i>C'était du grand n'importe quoi, on ne nous a rien donné. Mais, en même temps, on n'avait rien demandé non plus</i> »	Ce témoignage permet de comprendre l'absence de mesure barrière à l'époque de la grippe de Hong Kong. Il n'y a pas de distanciation sociale, pas d'EPI. Mais cela était considéré comme normal.

Références	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
OMS. Pneumonie de cause inconnue – Chine. Bulletin d'information sur les flambées épidémiques (27)	Pneumonie de cause inconnue – Chine Bulletin d'information sur les flambées épidémiques Publié le 5 janvier 2020	L'OMS communique des informations détaillées sur un groupe de cas de pneumopathie d'étiologie inconnue, et conseil aux états membres de prendre des précautions pour réduire le risque d'infection respiratoire aigüe : « <i>les recommandations de l'OMS concernant les mesures de santé publique et la surveillance de la grippe et de ses infections respiratoires aigües sévères s'appliquent encore</i> »	L'OMS réagit rapidement. Face à un virus d'origine inconnue, l'organisation conseille de respecter les mesures sanitaires habituelles.
CORRUSS. DGS-URGENT N°2020_01: Cas groupés d'infections à nouveau coronavirus (2019-NCOV) en Chine. [En ligne]. Paris, 14 janvier 2020. DGS-URGENT N°2020_01 (88)	Message urgent, écrit par le CORRUSS Publié via la liste de diffusion du DGS Note à diffusion très restreinte 14 janvier 2020. Objet : Cas groupés d'infections à nouveau coronavirus (2019-nCoV) en Chine.	C'est la première note de la DGS concernant le coronavirus. Elle informe sur la conduite à tenir : « <i>prendre contact avec le SAMU centre 15 pour analyse et mise en place des premières mesures de prise en charge</i> » Elle rappelle la nécessité, face à un patient atteint du covid, de la « <i>mise en place de protection chez le patient (masque chirurgical) et le professionnel de santé (masque, lunettes et hygiène des mains)</i> »	Cette première note de la DGS annonce l'importance de respecter l'isolement des cas contacts.
CORRUSS. DGS-URGENT N°2020_02: Epidémie d'infections à nouveau coronavirus (2019-NCOV). [En ligne]. Paris, 22 janvier 2020. DGS-URGENT N°2020_02 (89)	Message urgent, écrit par le CORRUSS Publié via la liste de diffusion du DGS Diffusion restreinte 22 janvier 2020 Objet : Epidémie d'infections à nouveau coronavirus (2019-NCOV).	Face à la situation épidémiologique évolutive, les recommandations sont mises à jour. Les gestes et mesures barrières sont rappelés « <i>la prise en charge d'un patient présentant des signes respiratoires infectieux doit s'accompagner de la mise en place de protection chez le patient (masque chirurgical, hygiène des mains) et le professionnel de santé (masque, lunettes et hygiène des mains)</i> » La DGS informe des endroits où l'on peut trouver des informations complémentaires	La note s'adresse cette fois-ci à tous les professionnels de santé. Les mesures barrières sont rappelées et précisées en fonction des dernières informations.
OMS. Lutte anti-infectieuse lors de la prise en charge des patients chez lesquels on suspecte une infection par un nouveau coronavirus (nCoV) Orientations provisoires publiées par l'OMS Publiées le 25 janvier 2020	<i>Lutte anti-infectieuse lors de la prise en charge des patients chez lesquels on suspecte une infection par un nouveau coronavirus (nCoV)</i> Orientations provisoires publiées par l'OMS Publiées le 25 janvier 2020	Première édition de ces orientations, régulièrement mise à jour en fonction des informations disponibles. L'OMS se base sur les connaissances de la situation des pays où des cas ont été identifiés, et de l'expérience acquise avec le SARS-CoV-1 et le MERS-CoV. Elle insiste sur la nécessité de mettre en place des stratégies de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé, durant les soins en ambulatoires et primaires, afin de limiter la transmission du virus.	Dès janvier, l'OMS élabore des stratégies de lutte anti-infectieuses. Les mesures barrières sont à prendre en milieu hospitalier ainsi qu'en ville. Ces dernières sont générales, dans l'attente de plus de connaissances concernant le virus.

Références	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
<p>Rédaction. Comment la France compte se protéger ? Egora Hebdo. 2020 Fév 3;(240):10. (91)</p>	<p><i>Comment la France compte se protéger ?</i> Article de la revue Egora Publié en février 2020</p>	<p>L'article qui parle de la situation pandémique, informe de la création d'un site : « infocoronavirus ». Il rappelle l'importance des gestes barrières lors des consultations, notamment s'il s'agit d'un cas suspect car « <i>des contaminations nosocomiales de soignants n'ayant pas respecté ces précautions ont été rapportées en Chine</i> ».</p>	<p>C'est le premier article qui parle de la situation à Wuhan et des conditions d'exercice de la médecine. Paragraphe sur les mesures à prendre si le virus arrive en France et où se renseigner.</p>
<p>Rédaction Prescrire. Grippe, coronavirus: masque et prévention des infections respiratoires. Prescrire. 2020 Mars;40(437):209. (92)</p>	<p><i>Grippe, coronavirus : masque et prévention des infections respiratoires</i> Article de la revue Prescrire Paru en février 2020</p>	<p>Article qui rappelle l'importance de la prévention et de l'utilisation des masques. « <i>Il est utile de motiver les patients infectés à se laver les mains à l'eau et au savon (...), à se tenir à distance des personnes à risques de complications et à porter un masque d'hygiène</i> »</p>	<p>Cet article rappelle les règles d'hygiène de base à respecter, et que ces règles sont valables pour toutes maladies respiratoires. Cet article nous montre qu'il faut garder en tête les bases d'infectiologie.</p>
<p>Bernard Stoecklin S, Rolland P, Silbe Y, Mailles A, Campese C, Simondon A, et al. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures. January 2020. Euro Surveill. févr 2020;25(6). (29)</p>	<p><i>First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures. January 2020</i> Article publié par Eurosurveillance Publié le 13 février 2020</p>	<p>Article qui étudie l'application des mesures de surveillance prises dès le 14 janvier. Le but étant d'isoler rapidement les cas positifs afin de prévenir une transmission secondaire. Les 3 premiers cas ont ainsi été isolés en France. L'article insiste sur la transparence de la part des instances françaises de la publication de leurs résultats.</p>	<p>Cet article permet d'objectiver l'importance des mesures de surveillance mise en place très tôt en France. Il met aussi en avant le rôle des médecins généralistes dans l'application des premières mesures barrières mises en place et l'isolement des sujets positif au coronavirus</p>
<p>Haut Conseil de la Santé Publique. Coronavirus SARS-CoV-2 : nettoyage des locaux d'un patient confirmé et protection des personnels [En ligne]. Paris, 18 février 2020. (93)</p>	<p><i>Coronavirus SARS-CoV-2 : nettoyage des locaux d'un patient confirmé et protection des personnels</i> Avis du Haut Conseil de Santé Publique Publié le 18/02/2020</p>	<p>Suivant la déclaration de l'OMS du risque pandémique, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) émet des recommandations relatives à la prise en charge d'un patient covid et à la protection des personnels. Ce document est basé sur les informations transmises par l'ECDC et l'OMS. Concernant les mesures d'hygiène à respecter : « <i>Le HCSP rappelle l'importance des précautions standard (en particulier l'hygiène des mains par friction hydroalcoolique) et, en complément, les mesures « Risque Epidémique et Biologique » (REB) renforcées (précautions complémentaires de type air et contact) avec port d'équipement de protection individuelle (EPI)</i> »</p>	<p>Cet avis est donné à la suite d'un saisine de la DGS le 3 février 2020. Dans le courrier écrit par Mr Salomon, la DGS demande au HCSP de mettre en place un groupe d'expertise dédié au coronavirus, comme cela avait été le cas face à la menace Ebola. Dans cet avis, les recommandations du HCSP basent sur les recommandations internationales. Les mesures barrières sont les mesures standards et complémentaires.</p>

Références	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
<p>Bidar B, Charestant P, Cohn E, Dean J-M, Philippe J-M, Pluvinage B, et al. Préparation au risque épidémique Covid-19. Guide méthodologique [En ligne]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé, 20 février 2020(94)</p>	<p><i>Préparation au risque épidémique covid-19</i> Guide méthodologique publié par le ministère des solidarités et de la santé Publié le 20 février 2020</p>	<p>Ce guide a pour « objectif est d'accompagner les acteurs du système de santé dans leur démarche locale pour se préparer à la prise en charge de patient classé cas suspect, possible et confirmé du nouveau SARS-CoV-2 ». Il rappelle les mesures standards d'hygiène, comme le lavage des mains, et les précautions complémentaires à respecter face à un cas suspect ou confirmé. Ce guide aborde les mesures à prendre en ambulatoire et en médecine de ville.</p>	<p>C'est le premier guide du ministère de la Santé à l'attention des professionnels de la santé. Il récapitule toutes les directives publiées par les grandes instances. Il insiste aussi sur le rôle en première ligne du médecin généraliste.</p>
<p>ARS Nouvelle-Aquitaine. Coronavirus : quelle organisation en région Nouvelle-Aquitaine pour faire face à une éventuelle épidémie ? Communiqué de presse de l'ARS Nouvelle-Aquitaine Publié le 25 février 2020</p>	<p><i>Coronavirus : quelle organisation en région Nouvelle-Aquitaine pour faire face à une éventuelle épidémie ?</i> Communiqué de presse de l'ARS Nouvelle-Aquitaine Publié le 25 février 2020</p>	<p>Ce communiqué montre le renforcement de l'organisation mise en place début janvier, pour assurer la gestion sanitaire et limiter la propagation du virus à une échelle régionale. On rappelle le rôle des médecins généralistes qui « est également impliqué dans le repérage et l'accompagnement des cas possibles ». Et les mesures de prévention que sont le port du masque pour les personnes symptomatiques, le lavage régulier des mains, qui est un « réflexe incontournable à adopter pour se protéger de la maladie comme pour se protéger des autres virus qui circulent en période hivernale » et l'isolement des personnes symptomatiques, ou venant des pays où circule le virus. La téléconsultation est aussi recommandée dans certaines situations.</p>	<p>Ce communiqué permet de rappeler l'organisation mise en place dans chaque région pour faire face à cette crise sanitaire. L'ARS préconise le respect de mesures barrières.</p>
<p>WHO Headquarters, WHO Worldwide. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19): Interim guidance. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2020. WHO/2019-nCoV/IPC_PPE_use/2020.4. (96)</p>	<p><i>Utilisation rationnelle des EPI dans le cadre de la covid-19.</i> Orientations provisoires publiées par l'OMS Publiées le 27 février 2020</p>	<p>Publication concernant l'usage rationnel des EPI, compte tenu de la situation mondiale de pénurie. Recommandations sur le type d'EPI à utiliser en fonction du lieu (salle d'attente, d'examen...), de la personne et du type d'activité à effectuer.</p>	<p>L'OMS adapte ses recommandations et ligne de conduite en fonction de la situation mondiale et des dernières découvertes (notamment vis-à-vis de la découverte de la transmission interhumaine du virus et de la transmission via contact et gouttelettes.</p>

Références	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
Mission COREB nationale. Repérer et prendre en charge un patient suspect COVID-19 [En ligne]. 29 février 2020. (97)	Repérer et prendre en charge un patient suspect covid-19. Information pour les SAMU et autres soignants de première ligne Mission COREB (Coordination Opérationnelle Risque Epidémiologie et Biologique) nationale Diffusion restreinte 29 février 2020	C'est le document sur lequel s'appuie les recommandations de la DGS et du CORUSS. Il insiste sur l'importance du signalement de chaque patient suspect au centre 15, ou à l'infectiologue référent. Cela « après application stricte des mesures de protection » « Protéger : TOUX+ FIEVRE = MASQUE pour le patient + précautions renforcées REB pour le soignant ». Les protections REB sont les précautions standards et complémentaires « air » et « contact » En annexe on retrouve aussi les questions clés que le soignant doit poser au patient.	Dès le début du mois de janvier, des consignes protocolisées concernant la conduite à tenir face à un patient suspect sont diffusées. Il faut tout d'abord se protéger avec des précautions standards et d'autres adaptés à la situation sanitaire. Ici, devant le peu d'information et d'étude concernant la transmission, le masque FFP2 est conseillé. Ensuite il faut signaler la présence d'un cas suspect aux personnes adéquates.
Gocko X. Utopie et pragmatisme. Exercer. 2020 Mars;(161):99. (98)	<i>Utopie et pragmatisme</i> Edito du magazine <i>Exercer</i> , écrit par le directeur de la rédaction Paru en mars 2020	Rappel sur l'importance des mesures d'hygiène : « En attendant, plus prosaïquement, j'invite chacun d'entre nous à mettre en place les mesures barrières et à améliorer nos mesures d'hygiène. Face aux infections, l'hygiène a fait la preuve de son efficacité à travers l'histoire et elle est actuellement notre meilleur atout disponible pour protéger les plus fragiles ».	Cet article montre l'importance dans l'Histoire de l'hygiène dans la lutte contre les épidémies. Aucune autre mesure barrière n'est évoquée.
Ghanchi A. Adaptation of the National Plan for the Prevention and Fight Against Pandemic Influenza to the 2020 COVID-19 Epidemic in France. Disaster Med Public Health Prep. 2020 Déc;14(6):805-7. (99)	Adaptation of the National Plan for the Prevention and Fight Against Pandemic Influenza to the 2020 COVID-19 Epidemic in France » Article publié dans la revue <i>Disaster Medicine and Public Health</i> <i>Preparedness</i> . Publié en mars 2020	Etude de l'adaptation du « Plan national de lutte et de prévention « pandémie grippale », publié en 2011 », pour faire faire à de nouvelles pandémies, en l'occurrence ici celle du coronavirus, et de leurs évolutions. L'étude montre que la communication faite par les autorités était inadéquate, et que cela entraîne des discordances entre les messages donnés par les autorités et la perception du public.	Cet article montre l'importance d'une adaptation des stratégies de lutte à une situation à risque pandémique. Et surtout d'une bonne communication de ces stratégies entre les autorités et la population.
Elysée [En ligne] Adresse aux Français, 12 mars (100)	Discours télévisé, disponible en ligne sur le site de l'Elysée Prononcé le 12 mars 2020 Par le président de la République française, Emmanuel Macron	Première allocution du président. Il annonce que l'urgence est de protéger les personnes les plus vulnérables, en leur conseillant de rester à domicile et de limiter les contacts, et que « chacun d'entre nous détiend une part de la protection des autres, à commencer par ses proches ». Des premières mesures sont prises afin de freiner l'épidémie (fermeture d'établissement public, limitation des mouvements) et les gestes barrières sont rappelés : « se laver les mains suffisamment longtemps avec du savon ou avec des gels hydroalcooliques », « saluer sans embrasser ou serrer la main pour ne pas se transmettre le virus », « se tenir à distance d'un mètre »	Le président s'adresse à tous les Français pour la première fois à la télévision, ce qui a un fort impact. Il parle déjà de crise sanitaire et responsabilise les Français en leur demandant de protéger les plus vulnérables. Il annonce les premières mesures barrières avec la distanciation sociale et l'hygiène des mains

Références	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
Samson T, AFP. Coronavirus : Édouard Philippe annonce la fermeture de tous les lieux publics « non indispensables ». Le monde, en ligne [En ligne]. 14 mars 2020 (101)	Coronavirus : Édouard Philippe annonce la fermeture de tous les lieux publics « non indispensables » Article d'un journal national le Monde 14 mars 2020	Article faisant suite à l'allocution du premier ministre annonçant la fermeture des lieux publics. Le premier ministre critique les Français sur le manque de respect des mesures qui avaient été mises en place, et qui étaient « <i>imparfaitement appliquées</i> », il appui ces décisions en indiquant avoir pris conseil auprès du "conseil scientifique composé de dix experts"	Les médias Français relayent les allocutions du gouvernement. Les politiques argumentent leur décision sur des décisions scientifiques. Les journaux critiquent aussi les décisions du gouvernement
Discours du président de la République aux Français (69)	Discours télévisé, disponible en ligne sur le site de l'Élysée Prononcé le 16 mars 2020 Par le président de la République française, Emmanuel Macron	Le président insiste de nouveau sur l'importance de freiner l'épidémie. Il rappelle l'importance du respect des gestes barrières et des consignes sanitaires promues par les instances de santé. Et il recommande de consulter son médecin en cas de symptomatologie bénigne. Il parle pour la première fois d'une guerre sanitaire	Le président parle d'une « <i>guerre sanitaire</i> », des mots à fort impact, qui marquent les Français. Il répète l'importance du respect des mesures barrières mises en place par les instances françaises.
Bidar B, Cano P, Henry C, Philippe I-M. Préparation à la phase épidémique de Covid-19. Guide méthodologique [En ligne]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé, 16 mars 2020. (102)	<i>Préparation à la phase épidémique de covid-19</i> Guide méthodologique publié par le ministère des solidarités et de la santé Publié le 16 mars 2020	Ce guide méthodologique à destination des professionnels de santé « <i>a pour objectif de les accompagner dans leur démarche de préparation à la phase épidémique du nouveau Coronavirus : SARS-CoV-2</i> ». Ce guide se veut complémentaire au guide précédemment cité et insiste sur la relation médecine de ville-hôpital, et le pilotage par l'ARS. Les mesures barrières sont toujours les mêmes.	Ce guide est complémentaire au précédent, en y ajoutant des précisions par rapport aux dernières connaissances du virus.
Ministère des solidarités et de la santé. Lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid 19. Fiche ARS [En ligne]. Ministère des solidarités et de la santé. 20 mars 2020. (103)	<i>Lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid 19</i> Fiche à destination des professionnels de santé disponible sur le site santé publique France Publiée le 20 mars 2020	Cette fiche résume la conduite à tenir concernant la prise en charge à domicile des patients atteint de la covid, en phase épidémique. Lignes directrices notamment concernant l'examen clinique (en téléconsultation ou en consultation) Annexes traitant de l'organisation des cabinets en ville, des consignes d'hygiènes qui doivent être faites aux patients notamment via des affiches en salle d'attente, et des mesures d'hygiène en cabinet médical	Ce document diffuse des lignes directrices, à destination du médecin traitant, concernant l'organisations des soins en ambulatoire et les consignes que le médecin doit donner au patient.
SPF. Alerte coronavirus : comment se laver les mains ? Affiche A4 [En ligne]. Santé Publique France, 27 mars 2020. réf: W-0311-001-2003 (104)	<i>Alerte coronavirus Comment se laver les mains ?</i> Affiche diffusée par SPF à destination du grand public Mise à jour le 27 mars 2020	Cette affiche indique la méthode à suivre pour se laver les mains de manière efficace afin de lutter contre la transmission du coronavirus.	De nouveau, éducation du patient, à l'hygiène des mains cette fois. Affiche qui peut être affichée dans la salle d'attente

Références	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
<p>Pozzetto B. CORONAVIRUS COVID-19. 101 Fiches pratiques pour connaître la maladie et s'en prémunir. Paris: MA Éditions ESKA; 2020. 96 p. (105)</p>	<p>CORONAVIRUS COVID-19. <i>101 Fiches pratiques pour connaître la maladie et s'en prémunir.</i> Livres paru le 28 mars 2020</p>	<p>Ce livre dit rassembler l'essentiel des questions que se posent les Français.</p>	<p>Livre de vulgarisation scientifique et médicale à destination de la population. Ce livre reflète les interrogations des Français et l'importance que la société actuelle accorde à cette pandémie et l'inquiétude qu'elle suscite.</p>
<p>Chauvin F. Ce qui ne nous tue pas... Exercer. 2020 Avr;(162):147. (106)</p>	<p><i>Ce qui ne nous tue pas...</i> Édito du magazine <i>Exercer</i>, écrit par Président du Haut Conseil de la Santé Publique, membre du Comité scientifique Covid-19 Avril 2020</p>	<p>Article qui parle de l'organisation du système de soins français, du rôle primordial des médecins généralistes, en première ligne, et de la capacité d'adaptation de la pratique face à cette crise sanitaire: « <i>Les médecins généralistes ont su s'adapter très rapidement pour diminuer les risques de contact avec le virus pour leurs patients en développant des téléconsultations, en créant des circuits particuliers pour minimiser les risques de transmission, en allant au domicile des patients pour les prendre en charge, les rassurer, les accompagner</i> »</p>	<p>Importance de la capacité d'adaptation de la pratique du médecin généraliste en fonction du contexte sanitaire, importance d'être en première ligne et de répondre aux interrogations des patients</p>
<p>Astagneau P, Blanchard H. Hygiène au cabinet médicale: cruciale. Rev Prat. 2020 Avr;34(1039):273-4. (107)</p>	<p><i>Hygiène au cabinet médicale : cruciale</i> Article de <i>La revue du Praticien</i> Avril 2020</p>	<p>Cet article traite de l'hygiène et de la protection des patients et du médecin. Il réactualise un vieux article sur l'hygiène des mains en cabinet de médecine générale. Il insiste sur l'application des précautions standards, et sur l'importance de toujours considérer chacun, soigné comme soignant, comme un vecteur potentiel. Rappel également de l'hygiène respiratoire et des EPI</p>	<p>Les méthodes traditionnelles sont rappelées et remises à jour à la lumière des connaissances à propos des caractéristiques du coronavirus.</p>
<p>OMS. Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19, Orientations provisoires publiées par l'OMS. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2020. WHO/2019-nCoV/IPC_Masks/2020.3. (108)</p>	<p>Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19, Orientations provisoires publiées par l'OMS Publiées le 6 avril 2020</p>	<p>Ce sont les premières orientations provisoires de l'OMS concernant le port du masque. « <i>Le port d'un masque médical est l'une des mesures de prévention qui permettent de limiter la propagation de certaines virus respiratoires, dont la COVID-19. Toutefois, un masque n'offre pas une protection suffisante à lui seul et il convient de prendre aussi d'autres précautions.</i> » « <i>Les mesures d'hygiène des mains et les autres mesures de lutte anti-infectieuse doivent être appliquées scrupuleusement pour éviter la transmission inter/humaine de la COVID-19</i> »</p>	<p>L'OMS publie très tôt des orientations provisoires concernant le port du masque et les réactualise fréquemment. L'OMS insiste sur le port du masque, et sur le fait que ce n'est pas la seule mesure nécessaire. On voit qu'il insiste sur le port du masque et les autres mesures d'hygiène. L'OMS émet aussi quelques réserves, du fait du manque d'étude, quant au port du masque dans les maisons et les espaces collectifs pour les personnes en bonne santé.</p>

Références	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
SPF. Comment se protéger du coronavirus ? [En ligne] Santé Publique France. 27 avril 2020. réf. : CW-3010-001-2009. Vidéo: 0min24s. (109)	<i>Comment se protéger du coronavirus ?</i> Vidéo diffusée par SPF A partir du 17 avril 2020 Disponible aux formats : Facebook 1080p Full HD, Facebook 720p HD, YouTube 720p Full HD.	Vidéo qui explique de manière simple les consignes à suivre pour limiter la propagation du virus : « Restez chez vous ou isolé, à plus d'1m les uns des autres. Ne vous serrez pas les mains. Ne faites pas la bise. Tousssez ou éternuez dans un mouchoir en papier, ou dans votre coude. Lavez-vous les mains très souvent avec du gel désinfectant ou du savon. »	Ce sont toujours les mêmes mesures d'hygiènes rappelées mais sur des supports d'information et des sources de diffusion différentes.
Lepelletier D, Grandbastien B, Romano-Bertrand S, Aho S, Chidiac C, Géhanno J-F, et al. What face mask for what use in the context of the COVID-19 pandemic? The French guidelines. J Hosp Infect. 2020 Jul 1;105(3):414-8 (110)	<i>What face mask for what use in the context of the COVID-19 pandemic ? The French guidelines</i> Article de la revue <i>Journal of Hospital Infection</i> Publié le 26 avril 2020	Article s'appuie sur les dernières recommandations de l'OMS et les recommandations européennes pour rationaliser l'utilisation du masque. Il conclut sur l'utilisation dans des conditions spécifiques du masque FFP2. Les mesures barrières standards sont rappelées, en insistant sur l'application des précautions gouttelettes et contact quotidienne, et aériennes dans des conditions particulières.	L'article conclut sur l'efficacité de l'application de mesures barrières simples lors d'une consultation standard de médecine générale. Ces mesures étant l'hygiène des mains et la protection respiratoire avec masque chirurgical
Jalbert P. Pourquoi les gestes barrières ? Les gestes barrières expliqués aux enfants [En ligne]. La récré des petits loups: comptes et docs; 27 avril 2020. Vidéo:2m13s. (111)	<i>Pourquoi les gestes barrières ? Les gestes barrières expliqués aux enfants</i> Documentaire vidéo pour enfant, disponible sur YouTube 28 avril 2020	Un dessin animé conçu par l'auteur d'un livre pour enfant, expliquant les gestes barrières.	De nouveau les mesures et gestes barrières sont expliqués aux enfants, cette fois si via une vidéo mise en ligne.
SPF. Bien utiliser son masque. Affiche A4 [En ligne]. Santé Publique France, 30 avril 2020 réf. W-0316-001-2003 (112)	<i>Bien utiliser son masque.</i> Affiche diffusée par SPF à destination du grand public Mise à jour le 30 avril 2020	Les différentes étapes de mise en place et de retrait du masque pour limiter les contaminations.	Ces affiches montrent une volonté de la part des grandes instances d'une éducation à la santé. Affiche qui peut être affichée dans la salle d'attente.
SPF. Information coronavirus - autres [En ligne] Santé Publique France. 8 mai 2020. Vidéo:1min (113)	<i>Protégeons-nous les uns les autres</i> Spot publicitaire à destination du grand public Diffusé à partir de mai 2020	Publicité de 60s d'information sur la COVID-19 dont le message est : « le virus est toujours là et il est dangereux ». Rappel des mesures précédemment évoquée mais sur un support différent	Spot publicitaire diffusé à la télévision permettant une grande diffusion du message.
Service Infographie. Comment fabriquer son masque en tissu maison : patrons et usages. Le Monde, en ligne [En ligne]. 5 mai 2020 (114)	<i>Comment fabriquer son masque en tissu maison : patrons et usages</i> Article du Journal en ligne du Monde en ligne 5 mai 2020	Article faisant suite aux annonces gouvernementales et à l'obligation, dès le 11 mai, du port du masque « grand public » dans les transports. C'est un petit guide pour fabriquer son masque à la maison, selon les préconisations de l'Afnor.	On voit à travers cet article, que les mentalités ont changé. En 1968 le médias montrait comment préparer un punch, en 2020 ils montrent comment fabriquer un masque

Références	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
SPF. Porter un masque pour mieux nous protéger. A4 [En ligne]. Santé Publique France, 5 mai 2020. réf. W-0315-001-2003. (115)	<i>Porter un masque pour mieux nous protéger</i> Affiche diffusée par SPF à destination du grand public Mise à jour le 5 mai 2020	Document qui conseil sur la manière de bien porter son masque, notamment de le changer régulièrement et de se laver les mains après l'avoir manipulé. Rappel également que le masque est nécessaire mais non suffisant.	Indication sur le port du masque pour le grand public Affiche qui peut être affichée dans la salle d'attente
Rédaction Prescrire. Quelques repères pour le nettoyage et la désinfection des lieux de santé peut-être contaminés par le sars cov2. 2020 Juin;40(440):445. (116)	<i>Quelques repères pour le nettoyage et la désinfection des lieux de santé peut-être contaminés par le SARS-CoV-2</i> Article de la revue <i>Prescrire</i> Paru le 7 mai 2020	Recommandations concernant le nettoyage des lieux et surfaces après passage de patients covid ou supposés covid. Il faut aérer la pièce et nettoyer les surfaces avec des désinfectants recommandés par le centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies.	Ce document est une aide pour les médecins traitants, pour nettoyer les cabinets et maison de santé. Après les recommandations sur les mesures barrières individuelles, on parle des mesures générales.
SPF. Information coronavirus : Conduite à tenir en cas de signes. Affiche 62x100cm [En Ligne] Santé Publique France, mai 2021. réf. W-0327-001-2003 (117)	<i>Conduite à tenir en cas de signes</i> Affiche diffusée par SPF à destination du grand public Mise à jour le 20 mai 2020	Affiche qui informe qu'en cas de signe de maladie, il faut consulter un médecin pour qu'il décide si on doit se faire tester, puis s'isoler à domicile en attendant le résultat du test	Conduite à tenir en cas de symptômes et consigne de respecter un isolement et donc une distanciation sociale Affiche qui peut être affichée dans la salle d'attente
Jaibert P. Les gestes barrières expliqués aux enfants. Vanves. Deux coqs d'Or; 2020. 24p (118)	<i>Les gestes barrières expliqués aux enfants</i> Ouvrage pour la jeunesse Paru le 16 juillet 2020	Livre à destination des enfants de l'école maternelle qui explique simplement les gestes barrières, « pour qu'ils puissent se protéger et protéger les autres du coronavirus ». Les enfants doivent « se laver les mains, éternuer dans son coude, se moucher dans des mouchoirs jetables. »	Explications à des petits enfants, à travers un ouvrage documentaire, des gestes barrières simples. C'est un document à visée informative et rassurante, diffusé sur différents supports.
Obiała J, Obiała K, Mańczak M, Owoc J, Olszewski R. COVID-19 misinformation: Accuracy of articles about coronavirus prevention mostly shared on social media. Health Policy Technol. 2021 Mar;10(1):182-6. (119)	<i>COVID-19 misinformation : Accuracy of articles about coronavirus prevention mostly shared on social media</i> Article de la revue <i>Health Policy and Technology</i> Novembre 2020	Cette étude montre que si la plupart des articles diffusés sur les réseaux sociaux sont sérieux et traitent d'informations vraies (24/30), les plus partagés (64%) sont ceux qui apportent de mauvaises informations...	Les médias sont des outils qui peuvent avoir une réelle utilité. Mais ils représentent un risque de mésinformations en rendant accessible des informations fausses au grand public.
Farsalinos K, Poulas K, Kouretas D, Vantarakis A, Leotsinidis M, Kouvelas D et al. Improved strategies to counter the COVID-19 pandemic Lockdowns vs. primary and community healthcare. Toxicol. Rep. 2020 Déc;8 :1-9. (120)	<i>Improved strategies to counter the COVID-19 pandemic Lockdowns vs. primary and community healthcare</i> Article de la revue <i>Toxicology Reports</i> Paru en décembre 2020	Etude qui compare deux stratégies majeures pour lutter contre la covid-19: le confinement ou les soins en ambulatoire. L'article insiste sur l'importance du rôle du médecin généraliste et de la relation de confiance qu'il a avec ses patients. Cela lui permet de lutter contre les fausses informations, mais aussi d'avoir un rôle d'éducation...	On constate l'importance du rôle des acteurs de soins de premiers recours, dont les médecins généralistes. Notamment grâce à leur connaissance des patients en tant que personnes.

Références	Informations de la publication	Résumé de la publication	Données obtenues
SPF. Je limite la transmission du virus en adoptant la bonne conduite à tenir. Fiche patient conduite à tenir. Fiche patient [En ligne] Santé Publique France, 17 mars 2021. réf.CW-3006-003-2102. (121)	<i>Je limite la transmission du virus en adoptant la bonne conduite à tenir</i> Fiche patient diffusée par Santé Publique France Mise à jour le 17 mars 2021	Cette fiche à destination du patient énonce quelques principes simples et essentiels pour limiter la diffusion du virus dans la population : « Se protéger et protéger son entourage en appliquant les mesures barrières, consulter un médecin en cas de signes de COVID-19, faire le test rapidement si le médecin l'a prescrit, s'isoler si on est malade, aider à identifier les personnes contacts ».	Données obtenues Cette fiche résume la conduite à tenir par la population générale, afin de limiter la transmission du virus. Le document rappelle les gestes et mesures barrières, responsabilise la population. C'est une fiche que le médecin généraliste doit donner à ses patients
Schultz E, Ward JK. Public perceptions of scientific advice: toward a science savvy public culture. Article de la revue Public Health. 2021 Avr 15;194:86-8. (122)	<i>Public perceptions of scientific advice: toward a science savvy public culture.</i> Article de la revue Public Health Publié en mai 2021	Etude sur l'acceptation des Français des décisions politiques basées sur des conseils scientifiques. L'étude montre que les Français ont confiance dans les décisions prises par le conseil scientifique, mais ils estiment que les politiques ne connaissent pas assez le sujet pour relayer la parole des scientifiques.	Les médias couvrent le sujet. La décision des politiques est guidée par le conseil scientifique. La population n'a pas confiance dans la capacité du gouvernement à gérer la crise sanitaire.
SPF. Covid-19 : supports d'information grand public et professionnels. Catalogue. [En ligne]. Santé Publique France, 18 novembre 2021. réf. CW-3062-001-2110. (123)	<i>Covid-19 : supports d'information grand public et professionnels</i> Catalogue publié en ligne sur Santé Publique France Dernière mise à jour de mai 2021	Ce catalogue, actualisé régulièrement, présente les outils d'information et de prévention créés par Santé publique France dans la lutte contre le coronavirus. Supports papiers, audios et vidéos	Catalogue permettant de télécharger divers supports d'information. Le message principal est : « <i>Protégeons-nous les uns des autres</i> ».
Gouvernement [En ligne] Les actions du gouvernement - Chronologie des actions. (31)	<i>Les actions du Gouvernement. Chronologie des actions</i> Document disponible sur le site du gouvernement français Dernière mise à jour le 31 mai 2021	Ce document est une chronologie des actions du gouvernement français. Le ministère de la santé informe en janvier l'ARS et les sociétés savantes puis les médecins libéraux (via la DGS) En février, le gouvernement envoie des guides méthodologiques, commande des masques à destination des professionnels de santé et diffuse des spots de prévention à la radio et à la télévision.	Ce document permet d'avoir une vision globale de l'organisation du système de santé français. On comprend que les premiers alertés de la crise sont les ARS et les professionnels concernés, puis les autres professionnels de santé dont les médecins libéraux, et enfin la population générale française.
SPF. Information coronavirus : protégeons-nous les uns les autres. Affiche A4. [En ligne] Santé Publique France, 2 juin 2021. réf.CW-3059-002-2105 (124)	<i>Protégeons-nous les uns les autres</i> Affiche diffusée par SPF à destination du grand public Mise à jour le 02 juin 2021	Les gestes à adopter pour se protéger et protéger les autres du coronavirus : respect d'un distance d'1m ou port du masque si c'est impossible, lavage des mains avec de l'eau et du savon ou avec un gel hydroalcoolique, ne pas se frotter le visage, saluer sans se serrer la main, tousser ou éternuer dans son coude ou un mouchoir, se moucher dans un mouchoir à usage unique avant de le jeter.	Rappel des gestes et mesures barrières à adopter : hygiène des mains, distanciation sociale et protection des voies respiratoires. Affiche qui peut être affichée dans la salle d'attente

3. Synthèse des résultats

3.1. Mesures barrières mises en place par les grandes instances

3.1.1. Durant la grippe de Hong Kong

Dans le monde, c'est l'OMS qui lance la première alerte internationale de l'apparition d'une nouvelle souche de virus grippal (56), via un bulletin épidémiologique hebdomadaire, envoyé par télégramme ou courrier. Cependant le ton n'est pas alarmant et aucune mesure barrière n'est évoquée. La seule trace d'action sanitaire mise en place afin de faire face à ce virus est l'organisation de la conférence d'Atlanta en octobre 1969 (20), qui réunit de nombreux scientifiques venant du monde entier. Ces derniers espéraient « *diffuser ces renseignements avant que la vague de grippe n'atteigne toute l'ampleur prévue dans l'hémisphère nord pendant la saison 1969-1970* ». Mais dans le bulletin 41 résumant cette conférence, on trouve essentiellement des informations concernant des caractéristiques virologiques ou des stratégies de recherche pour un vaccin antigrippal. Là encore, aucune mesure barrière n'est mentionnée.

En France, on trouve dans les archives de la DGS de nombreuses correspondances entre les différentes instances de santé française (DGS, laboratoire de surveillance national de la grippe, Institut Pasteur...). Les premières références que nous avons trouvées ont été écrites au moment de la première vague. Une lettre du Professeur Sohier, écrite en août 1968 (72), indique que les instances gouvernementales ont été alertées très tôt de l'arrivée d'une nouvelle souche de virus grippal, le virus « A2 de Hong Kong », avant même que le virus n'arrive en France. Ensuite, une note d'octobre 1968 (73), montre que la DGS écoute les alertes émises par les pays voisins, notamment une déclaration britannique du Docteur Griffith au bureau européen de l'OMS. Face au risque pandémique, les services compétents sont alors avertis de la situation sanitaire. Malgré toutes ces alertes et la situation épidémiologique qui évolue rapidement, les grandes instances françaises restent sceptiques quant à la gravité de cette grippe et ne préconisent pas de mesure barrière particulière (73,75). L'unique action sanitaire évoquée est la nécessité d'accélérer la recherche d'un nouveau vaccin.

A la fin de la première vague, une note écrite par le directeur du laboratoire national de la santé publique rapporte une conversation téléphonique avec le Dr Cateigne, médecin à l'Institut Pasteur (79). La souche du virus a été isolée dans 16 villes de France et l'épidémie progresse dans le pays. Le ton n'est pas alarmant, et toujours aucune mesure barrière particulière n'est évoquée. En décembre 1969, le pays est touché par une deuxième vague de grippe, et les télégrammes qui arrivent sur le bureau du directeur de la DGS montrent une augmentation des cas, avec l'apparition de quelques cas sévères (85). Mais la gestion de la situation sanitaire ne change pas.

Les autres institutions suivent le même chemin, à l'instar de l'Institut Pasteur, qui juge la grippe de Hong Kong comme « *une épidémie moyenne* » dont il n'y a pas lieu de s'affoler. Le Dr Cateigne prend plusieurs fois la parole au nom de l'institut et ne recommande pas d'autre mesure supplémentaire que le respect des règles de bon sens : bien se couvrir et rester au chaud chez soi (77) (81). La seule mesure de prévention évoquée est la vaccination des populations à risque.

A la lecture de ces références, on comprend qu'aucune mesure barrière particulière ne sera recommandée par les instances mondiales ou françaises durant la pandémie de la grippe de Hong Kong. Comme le dira Robert Boulin, alors ministre de la santé, il est « *impossible de mettre en place à temps un moyen de prévention pour tous les Français* » (86).

La seule prévention évoquée, en dehors des mesures traditionnelles hivernales, sera la vaccination des populations vulnérables (77,78). Dans une interview publiée dans la presse écrite, le ministre de la santé insistera sur l'importance de la vaccination des populations les plus fragiles, et précisera que ce vaccin n'est pas obligatoire car les quantités sont limitées.

3.1.2. Durant la COVID -19

Près de 50 ans plus tard, c'est aussi l'OMS qui lance l'alerte internationale le 5 janvier 2020 (27). L'organisation préconise, devant l'origine inconnue de cas multiples de pneumonie, de prendre des précautions standards et complémentaires qui s'appliquent aux infections

respiratoires aigües que l'on connaît. A la suite de la découverte de la nature du virus et du risque pandémique grandissant, l'OMS publie de nombreuses recommandations. Elle insiste sur l'importance du respect des mesures barrières à prendre face à ce virus respiratoire, compte tenu de l'absence de traitement antirétroviral adapté et de vaccin. Ces recommandations sont régulièrement mises à jour en fonction des dernières découvertes et publications scientifiques.

Ainsi, dès fin janvier 2020, l'OMS publie des orientations provisoires informant de l'importance de la mise en place de stratégies de lutte anti-infectieuse afin de limiter la transmission (90). Ces stratégies de lutte sont une adaptation de précédentes recommandations de l'OMS publiées pour lutter contre le SARS-CoV-1 et le MERS-CoV. Chaque pays doit adapter les recommandations à la situation sanitaire qu'il traverse. Cinq grandes stratégies de lutte sont préconisées aux établissements de santé :

- « *Triage, identification précoce et confinement* » : Il faut évaluer tous les patients afin d'identifier les cas suspects et de les isoler rapidement ;
- « *Précaution standard à appliquer pour tous les patients* » : Tout d'abord la protection des voies respiratoires en se couvrant le nez ou la bouche quand on tousse ou éternue, veiller à ce que les patients suspects portent un masque chirurgical dans les lieux communs. Il y a aussi l'hygiène des mains avec les « *5 moments pour l'hygiène des mains* » préconisées par l'OMS, et l'utilisation de savon ou de gel hydroalcoolique en fonction des situations. L'utilisation correctes des EPI. Et enfin le nettoyage et la désinfection régulière de l'environnement ;
- « *Mise en œuvre de précaution supplémentaire en fonction de la situation* » : Notamment les précautions contacts et gouttelettes face à des patients suspects covid.
- « *Mesures administratives* » ;
- « *Mesures environnementales et techniques* ».

On peut relever dans ces stratégies de lutte, les mesures de confinement visant à isoler les personnes malades et les précautions standards comprenant l'hygiène des mains et la protection des voies respiratoires.

En février 2020, à la suite des études faites sur le virus et compte tenu de la pénurie mondiale d'EPI (notamment les masques et les gants), l'OMS publie des recommandations sur leurs usages rationnels (96). Ces recommandations s'adaptent aux lieux (salle d'attente, d'examen...), à la personne et aux types d'activité à effectuer. Par exemple, le soignant doit porter un masque et des EPI en cas d'examen de patient suspect ou atteint.

Puis des recommandations plus spécifiques sont émises. En avril 2020, les premières orientations provisoires concernant le port du masque sont publiées (108). Dans ces recommandations, L'OMS insiste sur le port du masque « *Le port d'un masque médical est l'une des mesures de prévention qui permettent de limiter la propagation de certaines viroses respiratoires, dont la COVID-19* ». Mais elle rappelle aussi que ces mesures nécessaires ne sont pas suffisantes et il ne faut pas oublier les autres mesures d'hygiène de base telles que le lavage des mains.

L'OMS informe aussi quand elle ne possède pas assez d'informations pour établir des recommandations. Ainsi, elle émet des réserves et ne se prononce pas concernant le port obligatoire du masque dans certaines situations et certains espaces.

En France, le gouvernement français pilote toutes les décisions, et ses actions sont répertoriées sous forme d'une chronologie (31). A travers ce document, on se rend compte de la mécanique de diffusion des alertes et des informations qui s'est produit au cours de cette crise sanitaire. Le ministère des Solidarités et de la Santé informe tout d'abord les ARS et les sociétés savantes des professionnels de la santé concernés (urgentistes, infectiologues et SAMU). Puis à mesure que la crise sanitaire évolue, ils informent les médecins libéraux via la DGS, et 1 mois plus tard la population générale, via des spots diffusés dans les médias audiovisuels.

Le CORRUSS, via la liste de diffusion urgente de la DGS, informe les médecins libéraux. Dès le début, il est rappelé l'importance du respect de mesures barrières et du port d'EPI pour le patient et pour le soignant (88,89). Pour écrire ses recommandations, la DGS et le CORRUSS s'appuie sur un document de la mission de Coordination Opérationnelle Risque Epidémique et Biologique (COREB) nationale. Ce dernier, devant le peu d'étude concernant la menace, recommande des mesures de protection générale et renforcée (97).

Les premières décisions prises par le gouvernement lors de cette crise sanitaire ont été réfléchies en se basant sur le plan national de prévention et de lutte pandémie grippal, mis en place en 2011, suite à l'épidémie de grippe de 2009 (125). Cette adaptation a été étudiée dans un article publié en 2020 (99). Le plan de prévention consiste à diviser en 4 phases les stratégies de lutte anti-infectieuses, en fonction de l'évolution de la pandémie :

- Phase 1 : Freiner l'introduction du virus sur le territoire en isolant les personnes contaminées ;
- Phase 2 : Freiner la propagation du virus sur le territoire ;

- Phase 3 : Atténuer les effets de la vague épidémique ;
- Phase 4 : Revenir à la situation antérieure.

Ainsi, lors de la première phase, il faut mettre en place un réseau de surveillance afin d'isoler les cas positifs et donc de limiter la transmission du virus. Un article d'*Eurosurveillance* (29) revient sur l'efficacité du système mis en place en France durant le mois de janvier 2020, et sur les 3 cas qui ont pu être isolés en France. Cet article rappelle également la définition de cas contacts, afin d'appliquer les gestes et mesures adéquats autour des cas isolés.

Lors de la deuxième phase, il faut limiter la diffusion du virus sur le territoire. Le haut conseil de la santé publique (HCSP) est saisi en février 2020 par la DGS pour émettre des recommandations concernant la prise en charge d'un patient covid et la protection du personnel soignant (93). Les mesures recommandées par le HCSP sont les précautions standard (en particulier l'hygiène des mains par friction hydroalcoolique) complétées des mesures « Risque Epidémique et Biologique » (REB) renforcées (précautions complémentaires de type air et contact) avec port d'équipement de protection individuelle (EPI).

Le ministère des Solidarités et de la Santé publie en février 2020, un guide méthodologique à destination des professionnels de santé. Dans ce guide, intitulé préparation au risque épidémique (94), l'objectif est de préparer les professionnels de santé à faire face aux patients suspects ou malades. C'est le premier guide publié par le ministère, et ce document rappelle les caractéristiques du virus, l'organisation de la gestion sanitaire d'une crise. Il informe aussi sur les moyens dont doivent disposer les médecins généralistes pour exercer correctement :

- Des masques chirurgicaux pour les patients ;
- Des EPI : masques de type FFP2, gants non stériles à usage unique, lunettes de protection en plus de l'APR FFP2 pendant un soin exposant ;
- Une solution hydroalcoolique pour se désinfecter les mains avant et après le soin et dès le retrait des gants ;
- Un thermomètre sans contact ou à usage unique.

Pour émettre ce guide, le ministère se base sur les avis de plusieurs institutions, notamment SPF, le HCSP, la mission COREB nationale mais aussi des organismes plus spécifiques tels

que les Centres nationaux de références des virus respiratoires, la société de pathologie infectieuse de langue française, ou encore la Société française de médecine d'urgence.

Au niveau régional, les lignes de conduites émises par le ministère sont suivies, adaptées à la situation sanitaire et diffusées. Un communiqué de presse de février 2020 de l'ARS de Nouvelle Aquitaine (95), annonce un renforcement des actions notamment le respect des mesures barrières avec le port du masque pour les personnes symptomatiques, le lavage régulier des mains, qui est un « *réflexe incontournable à adopter pour se protéger de la maladie comme pour se protéger des autres virus qui circulent en période hivernale* ». L'ARS conseille également l'isolement des personnes symptomatiques, ou venant des pays où circule le virus.

Les directives des grandes instances évoluent au fil du temps et de la diffusion du virus. Lors de l'entrée dans la phase 3, un nouveau guide est publié à destination des professionnels de santé, un autre guide de préparation à la phase épidémique (102), le but est alors d'atténuer les effets de la vague épidémique. Il guide également les médecins généralistes dans la prise en charge des patients atteints du coronavirus, peu symptomatiques. Les mesures barrières sont sensiblement les mêmes que dans le premier guide, même s'il existe quelques différences. Elles semblent plus générales dans les premières recommandations : par exemple concernant le port du masque FFP2, qui doit être porté en permanence par les soignants en février alors qu'il n'est recommandé que dans quelques situations particulières dans le deuxième guide.

En mars 2020, à la suite de la propagation de l'épidémie, le président de la République française s'adresse pour la première fois depuis le début de cette crise, directement aux Français. Lors de son premier discours, le 12 mars 2020 (100), il annonce les premières mesures barrières (distanciation sociale, fermeture d'établissements...), et responsabilise les Français sur l'importance du respect des consignes : « *chacun d'entre nous détient une part de la protection des autres, à commencer par ses proches* ». Des premières mesures sont prises afin de freiner l'épidémie (fermeture d'établissements publics, limitation des mouvements) et les gestes barrières sont rappelés : « *se laver les mains suffisamment longtemps avec du savon ou avec des gels hydroalcooliques* », « *saluer sans embrasser ou serrer la main pour ne pas se transmettre le virus* », « *se tenir à distance d'un mètre* ». Lors de sa deuxième allocution, le président annonce des mesures plus strictes dont la mise en place d'un confinement total et prononce pour la première fois l'expression « guerre sanitaire ». Il rappelle l'importance du

respect des gestes barrières et des consignes sanitaires promues par les instances de santé. Et il recommande de consulter son médecin en cas de symptomatologie bénigne (69).

Le ministère des Solidarités et de la Santé et ses différentes antennes ont une mission d'information envers les professionnels de santé et le public. Durant la crise épidémique, l'Agence nationale de santé publique diffuse de nombreux documents sur son site internet. On trouve notamment un guide à destination des professionnels de santé qui rappelle les mesures d'hygiène à prendre dans les cabinets de ville (103). Des lignes directrices sont données. La téléconsultation est à privilégier, et durant une consultation, des mesures barrières doivent être respectées : distanciation sociale, protection des voies respiratoire et hygiène des mains. Des règles doivent aussi être respectées dans la salle d'attente. À la suite de consultations de patients malades, il faut désinfecter le matériel et nettoyer les surfaces.

Santé Publique France publie un catalogue regroupant des supports d'information créés pour diffuser des conduites à tenir afin de faire face au coronavirus (123).

On trouve dans ce catalogue une fiche-patient (121) que le médecin peut donner à ses patients, qui résume la conduite à tenir par la population générale, afin de limiter la transmission du virus. Elle rappelle les gestes et mesures barrières, responsabilise la population.

Plusieurs affiches à destination des patients sont aussi disponibles. Elles rappellent les mesures barrières générales (124), la conduite à tenir en cas de symptômes (117). La manière de bien porter le masque et l'importance de ce dernier (112,115), ce dernier étant nécessaire mais non suffisant. Et enfin une affiche détaillant la manière correcte de se laver les mains en sept étapes (104).

On trouve également dans le catalogue des supports différents pour diffuser les mêmes messages, un spot publicitaire (113), une vidéo destinée à être diffusée sur les réseaux sociaux (109).

Toutes ces publications partagent le même message principal : « *protégeons-nous les uns des autres* », et insistent sur les mêmes mesures barrières : les gestes barrières et les mesures de distanciation sociale. On peut noter l'évolution et la précision de ces mesures (les gestes barrières notamment) au fur et à mesure de la situation épidémiologique et des connaissances du virus. Au moment de la réalisation de ce travail, les mesures barrières préconisées sont :

- Des gestes barrières :
 - Se laver régulièrement les mains ;
 - Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir ;

- Se moucher dans un mouchoir à usage unique et se laver les mains après ;
- Ne pas serrer les mains et éviter les embrassades ;
- Porter un masque grand public quand la distance d'écart d'1mètre avec une autre personne ne peut être respectée, dès que l'on est en présence d'une personne fragile ou dans tous les lieux où cela est obligatoire.
- Des mesures de distanciation sociale :
 - Rester confiné à la maison le plus possible ;
 - Limiter toutes formes d'interactions sociales (réunion familiale ou entre amis, apéritifs...);
 - Rester à au moins 1 mètre avec les autres personnes dans les magasins, les marchés, les lieux publics ou dehors.

Les mesures barrières qui reviennent le plus souvent et qui paraissent donc les plus importantes sont : l'hygiène des mains, la protection des voies respiratoire et la distanciation sociale. Toutes ces affiches semblent montrer une envie d'éduquer le patient au bon respect des gestes et mesures barrières. Ces affiches, émises par l'agence nationale de santé publique, sont également diffusées sur le site du gouvernement.

Les grandes instances émettent de nombreuses recommandations à destination des professionnels de santé et de la population. Pour les écrire, elles se basent sur les dernières études du virus et de la maladie, les recommandations internationales (OMS), certaines institutions spécialisées (Société de pathologie infectieuse de langue française (SPLIF), Société française de médecine d'urgence (SFMU), ...) et les différents conseils scientifiques français. En mars 2020, le conseil scientifique COVID-19 est créé par le ministre de la Santé dans le but de créer une instance scientifique pluridisciplinaire permettant d'éclairer les décisions publiques. Le HCSP est aussi régulièrement saisi par le ministère des Solidarité et de la Santé et la DGS afin d'émettre des avis concernant certaines mesures barrières à prendre.

3.2. Informations des médecins généralistes

3.2.1. Durant la grippe de Hong Kong

On trouve très peu de traces des informations transmises aux médecins durant la grippe de Hong Kong, et aucune trace écrite. On trouve des témoignages oraux des mesures barrières prises à l'époque. Une infirmière, travaillant à l'hôpital de Bergerac durant la grippe de Hong Kong raconte « *Il n'y avait alors ni masque, ni protection aux mains* », « *c'était du grand n'importe quoi, on ne nous a rien donné* »(87). Il n'y avait aucune forme de distanciation sociale. Seul le lavage des mains était présent, avec parfois une désinfection à l'alcool.

Le Professeur Dellamonica témoigne lui aussi et décrit dans une interview le manque de mesures barrières à l'époque « *Nous n'avions pas de masque et le lavage des mains n'était pas aussi fréquent qu'aujourd'hui* » (18).

Au cours de nos recherches, nous n'avons pas trouvé d'autre trace de conduite à tenir donnée aux médecins, ou de mesure barrière conseillée. Au contraire, les médecins continuent de faire des visites à domicile, même en étant eux-mêmes malades. Ils ne semblent pas respecter de mesure barrière complémentaire (82).

Pour compléter nos recherches, nous avons parcouru certaines revues médicales publiées à la fin des années 60. La lecture des exemplaires de la *Revue du praticien* publiés entre l'été 1968 et l'été 1970 a été vaine. Nous n'avons trouvé aucune référence faisant mention de la grippe de Hong Kong, que ce soit dans les articles principaux ou dans les actualités médicales. Nous avons trouvé deux articles de *La Presse Médicale* traitant de l'épidémie de grippe H3N2, datant de 1971 (126,127). Ils traitent respectivement des aspects cliniques de l'épidémie et des caractéristiques antigéniques de cette grippe. Ils n'abordent aucunement les mesures de prévention.

Nous avons trouvé, dans un numéro de la *Vie médicale* de 1971, un article de 70 pages consacrées aux grandes épidémies de grippe (128). L'enquête aborde la grippe de Hong Kong en se penchant sur sa prise en charge des patients dans un service hospitalier parisien. A aucun moment l'article ne fait référence aux mesures barrières, et des auteurs spécialistes de la grippe, dont le Dr Cateigne, insistent sur le fait « *qu'en l'absence de chimioprophylaxie et de chimiothérapie, la lutte contre la grippe passe obligatoirement par la vaccination de couches aussi larges que possible de la population* ».

Dans les années 1970, la seule mesure de prévention que l'on trouve dans les presses médicales, à l'instar des recommandations des instances internationales de l'époque, est la vaccination. Et les mesures barrières ne sont pas d'actualité.

3.2.2. Durant la COVID-19

A l'inverse de nos recherches concernant la grippe de Hong Kong, nos recherches concernant la COVID-19 ont été fructueuses. Nous avons eu beaucoup de références à analyser, et les sources d'informations ont été nombreuses. Des recommandations émanent de grandes instances internationales comme l'OMS, et nationales comme la DGS, SPF... Et on trouve des informations sur les sites de ces instances, dans des articles publiés dans des revues spécialisées...

Dès l'annonce du risque de menace épidémique, les médecins généralistes sont informés par courriels via la liste de diffusion de la DGS (88,89). Le médecin doit isoler le cas suspect et contacter le centre 15. La DGS transmet une fiche de la mission COREB nationale (97) qui indique comment prendre en charge les patients suspects. Afin de se protéger les médecins doivent prendre les précautions renforcées REB, c'est à dire les précautions standard et complémentaires « air » et « contact »: lavage des mains au gel hydroalcoolique et port de masque de type FFP2, surblouse à usage unique, lunette de protection et charlotte. Ils doivent aussi veiller à ce que leurs patients aient une hygiène des mains correcte et portent un masque chirurgical. Les mesures barrières standards sont aussi rappelées, notamment celles utilisées pour lutter contre les virus d'origine respiratoire.

L'article d'*Eurosurveillance* (29) étudie le suivi de ces mesures par les médecins, qui se révèlent assez bon. Cela montre une bonne diffusion de l'information. Les médecins pouvaient aussi se référer aux orientations provisoires de l'OMS concernant la lutte anti-infectieuse face à un virus d'origine inconnue (90), qui indique les mesures barrières à mettre en place lors de l'examen d'un patient, à savoir l'hygiène des mains, la protection des voies respiratoires, l'utilisation d'EPI par les soignants et l'utilisation appropriée des précautions complémentaires de type contact et gouttelette face à un cas suspect. Il est précisé que ce sont les mêmes précautions standards qui s'appliquent dans les établissements de santé et en ambulatoire.

Puis au fur et à mesure des découvertes concernant le virus et ses particularités, des guides vont être publiés par les grandes instances, recommandant des conduites à tenir adaptées aux caractéristiques de la pandémie (94,102,103). Tous ces guides rappellent le rôle en première ligne des médecins traitants et les moyens qu'ils doivent mettre en œuvre pour lutter contre cette pandémie et limiter la transmission du virus. On leur rappelle les mesures barrières adéquates à prendre face à un patient malade. Dans les documents diffusés par les instances françaises, mais aussi dans ceux émis par l'OMS qui informent les médecins sur l'usage rationnel des EPI et sur le port du masque (96).

Les médecins peuvent aussi s'informer en lisant les revues scientifiques. De nombreux articles concernant la pandémie de coronavirus ont été publiés, analysant les différentes recommandations publiées. A l'instar d'un article paru en avril 2020 dans la revue *Journal of hospital infection* (110), et qui conclut sur l'efficacité de l'application des précautions d'hygiène standards lors d'une consultation de médecine générale.

Ces études ont à leur tour permis d'affiner les premières recommandations faites aux professionnels de santé. A l'image de l'article *Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis* (129) sur lequel l'OMS s'appuie pour élaborer ses orientations, qui étudie l'efficacité de la distanciation sociale, la port du masque et la protection oculaire.

Les revues hebdomadaires de médecine générale ont consacré beaucoup d'articles à la situation pandémique. La revue *Egora* (91) aborde très tôt les mesures à prendre en cas de consultation avec un patient suspect, en se basant sur les retours des médecins de Wuhan, « *des contaminations nosocomiales de soignants n'ayant pas respecté ces précautions ont été rapportées en Chine* ».

Un article de la revue *Prescrire* (92) rappelle dès le début les règles traditionnelles de mesures d'hygiène à prendre, que ce soit pour le coronavirus mais aussi pour tous les virus respiratoires. A l'instar de l'édito du mois d'avril du magazine *Exercer* qui écrit « *En attendant, plus prosaïquement, j'invite chacun d'entre nous à mettre en place les mesures barrières et à améliorer nos mesures d'hygiène. Face aux infections, l'hygiène a fait la preuve de son efficacité à travers l'histoire et elle est actuellement notre meilleur atout disponible pour protéger les plus fragiles* » (98). La *Revue du praticien* rappelle aussi l'importance de l'hygiène

des mains, en réactualisant un article de 2017 (107). Toutes ces revues insistent sur l'importance des bases d'hygiène des médecins et sur l'application des précautions standards en toutes circonstances.

Certains articles abordent aussi les mesures barrières générales, notamment la désinfection des lieux et l'aération des pièces (116).

Enfin, on peut voir à travers un éditorial de la revue *Exercer*, que l'organisation du système de soins français pour lutter contre le coronavirus, et en particulier celle des médecins généralistes, a montré que « *Les médecins généralistes ont su s'adapter très rapidement pour diminuer les risques de contact avec le virus pour leurs patients en développant des téléconsultations, en créant des circuits particuliers pour minimiser les risques de transmission, en allant au domicile des patients pour les prendre en charge, les rassurer, les accompagner* » (106). Et donc qu'il faut continuer à garder cette capacité à s'adapter pour lutter contre la crise sanitaire que le pays traverse.

3.3. Rôle des médecins généralistes

3.3.1. Durant la grippe de Hong Kong

Nous n'avons pas trouvé de résultat particulier concernant le rôle du médecin généraliste durant la grippe de Hong Kong, en dehors de celui d'aller soigner au lit du malade, quand ce dernier ne pouvait pas se déplacer (82). On peut supposer le rôle du médecin généraliste dans le repérage des patients fragiles (vieillards, cardiaques, diabétiques, malades pulmonaires ou rénaux chroniques), nécessitant une vaccination antigrippale (78). Or, en dehors de ces deux points relevés, le médecin semble exercer comme à l'accoutumée durant cette période.

3.3.2. Durant la COVID-19

Le médecin généraliste, acteur des soins de premier recours, tient une place centrale dans la lutte contre l'épidémie de coronavirus. De ce fait, dès le début de l'apparition du virus sur le territoire, le médecin a un rôle primordial au sein du système de soin ambulatoire.

Il joue un rôle important dans la veille sanitaire et l'identification des patients atteints de la COVID-19. Dès janvier 2020, la DGS émet un mémo à destination des médecins généralistes afin qu'ils contactent rapidement le 15 devant tous cas suspects (88).

Le médecin généraliste doit adapter son exercice à la situation sanitaire. Tout d'abord en sécurisant sa pratique quotidienne. Il prend les mesures d'hygiènes adéquates, afin de protéger ses patients et lui-même. Il respecte donc les précautions standards et les mesures complémentaires quand cela est nécessaire (86, 93, 94, 99). Il doit aussi faire attention à l'environnement et veiller à la désinfection et au nettoyage du cabinet et de la salle d'attente. Il peut aussi avoir recours à la télémédecine en mettant en place des téléconsultations quand cela est possible (94,103). Enfin, il prend part aux activités hospitalières, comme cela est décrit dans un rapport du Sénat : certains médecins généralistes ont laissé de côté leur cabinet et ont pris des gardes aux urgences ou dans les services de médecine (12).

Durant le temps de la consultation, temps dédié au patient, le médecin généraliste a des rôles majeurs. Grâce à sa position et la relation qu'il a avec ses patients, il doit les informer des mesures barrières à adopter au quotidien et des mesures à prendre dans des situations particulières. En étant une source d'information sûre pour le patient, il participe à la lutte contre la mésinformation (120). C'est une éducation thérapeutique que le médecin entreprend. Comme le précise un article de *Prescrire* (92), dans lequel on lit qu'il faut rappeler aux patients malades que, « *quand il importe de ne pas transmettre une infection respiratoire, il est utile de motiver les patients infectés à se laver les mains à l'eau et au savon (...), à se tenir à distance des personnes à risques de complications et à porter un masque d'hygiène* ». Les différents guides ou recommandations à disposition du médecin traitant l'aident à jouer ce rôle et à transmettre les bonnes informations. En plus des informations données durant la consultation, le médecin traitant peut afficher les documents fournis par l'agence nationale de santé publique, comme les affiches précédemment citées (104,112,115,117,124), ou encore des fiches-patients qui peuvent être données en consultation, ou mises librement à disposition (121). Le médecin doit faire passer à ses patients le message suivant : « *Protégeons-nous les uns des autres* ».

Le médecin doit également faire attention à ses patients les plus vulnérables. Notamment en veillant au bon respect des mesures barrières mais aussi à leur respect par son entourage. En cas de contamination par la COVID-19, il doit évaluer la situation et la nécessité ou non d'une hospitalisation (103).

3.4. Information à destination de la population

3.4.1. Durant la grippe de Hong Kong

A l'époque de la grippe de Hong Kong, les Français sont principalement informés via la télévision et les journaux papiers.

Ces moyens de communication sont déjà utilisés par certaines instances de santé comme l'Institut Pasteur, afin de s'adresser à la population. Ainsi, le Dr Cateigne donne une interview sur France télévision à la fin de l'année 1968 (77). La virologue se veut rassurante, en affirmant qu'il est très peu probable qu'une épidémie arrive en France, et ne donnant aucun autre conseil de prévention que celui de vacciner les populations vulnérables. Le point de vue du Dr Cateigne évolue au cours de la situation sanitaire, comme le montre les deux interventions suivantes qu'elle aura auprès des Français. En février 1969, dans une interview, elle déclare que la grippe arrive en France (78), et qu'elle évolue comme une épidémie moyenne. En décembre 1969 (81), elle dira aux Français que le pays « *commence une épidémie* », et qu'en cas de symptômes, il faut bien se couvrir, rester au chaud et boire des boissons chaudes (non alcoolisées). Ici, la seule mesure barrière que l'on peut relever est le fait de rester chez soi quand on est malade, ce qui équivaut à une forme de distanciation sociale.

D'autres figures du corps médical expriment leur opinion à travers les médias. Comme un médecin interviewé lors d'un colloque international sur la grippe en septembre 1969 (80). Il décrit une épidémie sporadique ayant lieu dans le monde, sans gravité. De plus des vaccins existent et protègent la population le cas échéant.

Les journalistes informent aussi les Français de la situation épidémique ; comme le journal du *Sud Ouest* qui lance une alerte (74) en novembre 1968 sur une possible épidémie venant de Hong Kong. Le journal conseille aux futurs malades de se défendre avec les armes traditionnelles et de prendre le soin « *de se mettre au lit dès les premiers signes et d'y demeurer pendant toute la période fébrile* ».

Les politiques ne s'expriment quasiment pas durant cette crise, la seule intervention notable est celle du ministre de la Santé Robert Boulin en 1970. Dans une interview qu'il accorde au journal *France Soir* (86), il aborde la difficulté de prévenir et prévoir une grippe comme la grippe de Hong Kong et que face aux mutations fréquentes du virus, « *Il n'est pas possible de prévoir exactement quel virus va nous attaquer* » et donc il est « *impossible de mettre en place à temps un moyen de prévention pour tous les Français* ». Son discours insiste sur l'importance de la vaccination.

Ces références résument l'état d'esprit du corps médical et scientifique de l'époque. La population française est rassurée par les informations qu'elle reçoit. Elle est très peu inquiétée par la sphère scientifique, et jamais par les politiques. Le message transmis par les médias est simple : la grippe hivernale est là, elle est semblable à celles des années précédentes, et pour les plus vulnérables, un vaccin est à disposition.

3.4.2. Durant la COVID-19

L'information circule différemment à l'époque du coronavirus, et très vite la population est mise au courant de la situation sanitaire. Très vite, les médias couvrent le sujet. En parcourant les différentes archives de presse, nous avons trouvé les premiers articles publiés début janvier 2020 (130).

A destination de la population l'agence nationale de santé publique créé de nombreux supports différents afin de rappeler les mesures barrières à respecter durant une situation épidémique et pandémique. Les mesures barrières restent les mêmes : l'hygiène des mains, la protection des voies respiratoires et la distanciation sociale. Les deux messages phares étant :

- Je limite la transmission du virus en adoptant la bonne conduite à tenir ;
- Protégeons-nous les uns des autres.

Ces informations sont données aux patients par le médecin généraliste ou diffusées sur les médias via des spots publicitaires diffusés à la télévision ou des vidéos sur les réseaux sociaux (109,113). Ces mesures barrières sont réactualisées régulièrement, en fonction des nouvelles connaissances mais également de la réaction et de l'observance de la population.

Lors de cette crise, les politiques s'adressent aux Français à plusieurs reprises (31), et l'intervention la plus marquante est celle du président de la République, Emmanuel Macron, qui s'adresse à deux reprises en mars aux Français (69,100). Ces discours, prononcés à 20h sur une chaîne nationale de télévision, ont un fort impact médiatique. De plus le président français responsabilise tous les citoyens, leur demandant un effort collectif afin de limiter la transmission du virus. Une étude montre qu'il y a cependant un manque de clarté dans les communications des politiques ce qui entraîne des discordances entre le message des politiques et la perception du public (99). Malgré cela, les Français font confiance au gouvernement et au conseil scientifique, et s'informent de leurs décisions grâce aux médias (122).

Des livres seront également publiés, supports d'informations supplémentaires à destination du grand public. Il y a des livres pour les adultes de vulgarisation scientifique et médicale (105), qui reflètent les interrogations des Français et l'importance que la société actuelle prête à cette pandémie. Mais aussi des livres pour enfants qui ont une visée éducative et rassurante (118). Des petites vidéos sont également mises en ligne sur YouTube, dans le même but (111).

3.5. Implication des médias

3.5.1. Durant la grippe de Hong Kong

Les médias en 1968 sont les journaux papiers, la télévision et la radio. Ils ont peu parlé de la grippe de Hong Kong au moment où elle sévissait en France.

Dans les quelques articles que nous avons pu trouver, le sujet était banalisé et la grippe traitée comme une épidémie hivernale classique. Il y a quelques encarts concernant les célébrités du moment atteintes de la maladie. On apprend ainsi que le président américain Nixon est grippé (131) et que le cardinal Bêa est mort « *des suites d'une forte grippe contractée* » (132). On peut

aussi lire que des astronautes ont emporté le virus dans l'espace lors de la mission Apollo 8 (133).

On apprend surtout que rien ne vaut un bon remède maison pour lutter contre la grippe, et une émission de télé livre la recette d'un punch miracle (76).

Dès novembre 1968, des articles alertent sur l'arrivée de la grippe de Hong Kong (74) et préconisent d'utiliser les « *moyens de défense traditionnels* » en attente d'un vaccin, et donc « *se mettre au lit dès les premiers signes et y demeurer pendant toute la période fébrile* ». La seule mesure barrière préconisée par les médias est donc la distanciation sociale.

Les journaux publient des interviews de médecins, qui gardent le même ton, estimant l'arrivée d'une épidémie peu probable, puis la qualifient de minime à son arrivée.

En décembre 1969, au plus fort de l'épidémie, les journaux consacrent quelques articles aux Français malades (83,84), le ton est léger « *Rassurez-vous, vous n'êtes pas le seul, un Français sur 4 a la grippe* » voire moqueur « *autant en rire n'est-ce pas, c'est d'ailleurs peut être la meilleure façon de décourager le virus, qui sait ?* ». Le sujet est traité comme une épidémie moyenne qui « *vous laisse le temps de sortir votre mouchoir, de vous montrer dans l'autobus ou au bureau le regard brillant, avant de vous clouer dans votre lit* ». Les journaux diffusent des interviews de passants, montrant que les Français aussi ne sont pas inquiets. Et un chroniqueur du *Monde* écrit le 11 décembre 1969 : « *les Français, comme la plupart des Européens, subissent les misères de l'hiver, rhumes et gripes en tête. Mais est-il bien utile d'ajouter à ces maux, somme toute banals, les risques d'une véritable psychose collective ?* » (134).

Malgré le ton léger des articles, une note de la DGS (75) pointe du doigt la mésinformation des médias.

3.5.2. Durant la COVID-19

Durant la première vague de la pandémie de coronavirus, les médias sont omniprésents dans la vie des Français, entre les réseaux sociaux, internet, la télévision, les journaux ... Beaucoup d'informations sont consultables, partout et en continu.

Les médias diffusent les communiqués et informations venants des grandes instances, des scientifiques, des membres du gouvernement. Ils diffusent ainsi les mesures barrières.

En cherchant le mot coronavirus dans les bases de données de presse, nous avons obtenu des milliers d'occurrences. Comme cet article du *Monde* qui publie le discours du premier Ministre concernant la fermeture des lieux publics (101). On voit que les médias diffusent et critiquent les décisions prises par les pouvoirs en place.

De nombreux autres intervenants s'expriment également à travers les médias. Cette pluralité d'information associée à une mauvaise communication, perd la population française.

Une autre étude montre qu'il y a beaucoup de mésinformation sur internet et que si la plupart des informations sur internet sont justes, les plus partagées sont celles qui sont fausses (119). Le médecin généraliste, grâce à la relation de confiance qu'il a avec ses patients, peut lutter contre cette mésinformation (120).

Enfin, on trouve aussi sur les réseaux sociaux des informations conduisant les Français à adopter les bonnes mesures barrières, ainsi que des tutoriels qui montrant comment fabriquer son propre masque maison (114).

PARTIE IV : DISCUSSION

1. Discussion des résultats

Avant de commencer l'analyse des résultats, nous rappelons les limites temporelles de notre travail. Concernant la grippe de Hong Kong, nous avons étudié toute la période pandémique, à savoir la première et la deuxième vague. Au sujet de la pandémie actuelle du coronavirus, nous avons choisi d'étudier la première vague, qui s'est déroulée de janvier à juillet 2020. Ce choix est motivé par deux raisons. Tout d'abord la pandémie n'est pas terminée. Etudier seulement la première vague, qui a eu lieu il y a plus d'un an au moment où nous terminons les recherches bibliographiques, permet de prendre un peu de recul, nécessaire à un travail d'analyse. Ensuite, les deux pandémies, bien que toutes les deux causées par un virus nouveau, affectant les voies respiratoires, n'ont pas le même impact épidémiologique. Ainsi, se concentrer sur les actions menées lors des 2 vagues de la grippe de H3N2 et la première vague de la COVID-19 permet de limiter le biais d'interprétation.

1.1. Comparaison des mesures barrières mises en place

Lors de la première phase d'une pandémie, le réseau de surveillance est primordial. Que ce soit pour la grippe de Hong Kong ou la COVID-19, une surveillance internationale a été orchestrée par l'OMS et s'est révélée être efficace. On peut tout de même relever certains troubles liés à la situation géopolitique. Lors de la grippe de Hong Kong, il existait des tensions entre l'URSS et les Etats-Unis, dues à la guerre froide, et entre la Chine et le reste du monde.

L'OMS lance une alerte mondiale l'été 1968 pour la pandémie grippale (56) et l'hiver 2019-2020 (27) pour la COVID-19. Mais la similitude semble s'arrêter là. En 2020, à la suite à la menace pandémique, une veille sanitaire est organisée en France grâce au travail du CORRUSS. Puis les niveaux d'alertes augmentent et une cascade d'informations se met en place. La DGS informe les sociétés savantes concernées et les ARS, qui à leur tour informent les médecins et les autres professionnels de santé. Lors de la grippe de Hong Kong la mécanique n'a pas été la même. Le ministère via la DGS et les différentes instances échangent sur le risque épidémique, et on retrouve ces échanges dans plusieurs archives (73). Mais aucune alerte pandémique n'est lancée. Les professionnels de santé ne semblent pas informés de la situation sanitaire, et les prises de décisions semblent déconcentrées.

La deuxième phase consiste à freiner la propagation du virus sur le territoire, en mettant en place des mesures barrières, qui peuvent être individuelles ou générales.

Mesures d'hygiènes de base

Il est important de prendre en considération les mesures barrières considérées comme traditionnelles, qui sont valables quotidiennement, même hors période de pandémie. Ce sont principalement des méthodes qui reposent sur le bon sens et l'observation. Dans les années 1968-1970, ces mesures sont celles décrites par les passants (83) comme les méthodes traditionnelles pour lutter contre la grippe : rester au chaud, bien se couvrir et boire des boissons chaudes.

En 2020, ce sont les mesures que l'on trouve sur le site de l'agence nationale de santé publique en 2019 (47) : Se laver les mains régulièrement, utiliser un mouchoir à usage unique, tousser ou éternuer dans son coude et porter un masque jetable quand on est malade.

Dans le milieu médical, ces mesures de base peuvent se référer aux précautions standards, prises avec chaque patient durant les consultations. En 2019, elles sont définies par la SPLIF : hygiène des mains, EPI en fonction des situations et des actes effectués...

En temps de pandémie, à ces mesures s'ajoutent des mesures barrières spécifiques, destinées à limiter la diffusion de l'agent pathogène. Les scientifiques se réunissent afin de rassembler les connaissances. En 1969, nous avons la trace de ces réunions grâce au bulletin de l'OMS qui rapporte la conférence d'Atlanta (20). En 2020, de nombreuses recommandations

internationales sont publiées par l'OMS et des conseils scientifiques tels que le HCSP. Ces derniers se regroupent afin de répondre aux demandes des grandes instances telles que la haute autorité de santé (HAS), SPF...

Mesures barrières générales

Les mesures barrières peuvent être générales. Durant la crise du coronavirus, des mesures de distanciation sociale sont rapidement mises en place. Dès la phase initiale, les cas suspects ou avérés devaient être isolés (88). Puis au moment de la phase 2, afin de limiter la diffusion du virus, les rassemblements de personnes dans les lieux publics et privés ont été limités. La première mesure prise a été la fermeture de nombreux établissements publics, puis l'instauration d'un couvre-feux et enfin d'un confinement total.

Lors de la grippe de Hong Kong, nous n'avons pas trouvé de trace de mesure générale mise en place.

Mesures barrières individuelles

Les actions sanitaires peuvent aussi être individuelles. Dans un premier temps, les grandes instances sensibilisent le public aux règles élémentaires d'hygiène. Durant la pandémie de Hong Kong, c'est principalement au travers d'interview du Dr Cateigne, alors médecin à l'Institut Pasteur que l'on retrouve des traces de ces interventions publiques. Lorsque la virologue s'adresse au grand public fin 1968 (77), elle ne conseille pas de mesure particulière en dehors des règles de bon sens. En 1969, son discours change un peu mais elle ne recommande toujours pas de mesure particulière.

En 2020, de nombreuses campagnes de prévention définissent les gestes barrières à respecter. Le public est sensibilisé aux règles d'hygiènes de base des voies respiratoires (se couvrir la bouche à chaque fois qu'on tousse et se couvrir le nez et la bouche chaque fois qu'on éternue, utilisation de mouchoirs à usage unique). Et l'hygiène des mains est promue (avec du gel hydroalcoolique ou de l'eau et du savon en fonction des situations) (104,112,115,117,124).

Puis au fil de l'évolution des pandémies et selon leurs sévérités, des recommandations spécifiques peuvent s'ajouter à ces mesures standards.

En avril 2020, en complément des mesures barrières précédemment citées et devant l'évolution de la situation épidémiologique, les grandes instances promeuvent le port du masque chirurgical par la population générale. Ce sont des masques antiprojections qui doivent être portés par toutes les personnes (symptomatiques ou non) qui ne peuvent respecter la distance d'un mètre avec les autres personnes présentes dans la pièce.

Des recommandations spécifiques sont aussi adressées aux professionnels de santé. Aux précautions standards habituelles, qui doivent être quotidiennement respectées, s'ajoutent les mesures complémentaires. Ces mesures « gouttelettes », « contact » et « air » sont prises dans certains cas de figure en fonction du statut sanitaire du patient, et du geste médical effectué (108). Ces recommandations publiées par les instances de santé nationales et internationales sont régulièrement mises à jour en fonction des caractéristiques de l'épidémie, des études du virus ou de travaux scientifiques menés.

Nous n'avons pas trouvé de traces de mesures spécifiques prises lors de la grippe de Hong Kong. Nous avons alors décidé de formuler deux hypothèses :

- Première hypothèse : Aucune alerte sanitaire n'a été lancée. La grippe de Hong Kong était considérée comme une épidémie moyenne à l'époque et les grandes instances de santé n'ont pas été inquiétées. De plus, les statistiques manquaient de précisions. Les constats de décès ne mentionnaient pas toujours la grippe comme cause de la mort et les relevés épidémiologiques mettaient du temps à être réalisés (86). Ainsi, l'alerte n'a jamais été déclenchée et les instances peu inquiétées. Cela peut expliquer l'absence d'action sanitaire particulière menée lors de la grippe de Hong Kong ;
- Deuxième hypothèse : On peut aussi imaginer que des actions sanitaires aient été menées par les grandes instances, mais que nous n'en disposions pas de témoignages dans les archives que nous avons consultées. A la fin des années 60, les moyens de communication étaient moins développés et des recommandations ont pu être émises par appels téléphonique, télégrammes ou courriers, sans laisser de trace.

En revanche, durant chacune des pandémies, les actions sanitaires menées semblent suivre le même schéma. Ce sont des mesures qui ont des bases communes, fondées sur le bon sens, l'observation et les années d'expérience de la lutte des Hommes contre les pandémies. A cela s'ajoutent les connaissances scientifiques et les études de chacun des virus, permettant

d'adapter les mesures de prévention. Les mesures sont aussi adaptées à la situation sanitaire et à la perception de la pandémie par la société.

Cependant, lors de la grippe de Hong Kong, seulement des mesures individuelles sont prises. Tandis que lors de la COVID-19, des mesures individuelles et générales sont prises.

Lors de la grippe de Hong Kong, il n'y avait pas de crise sanitaire car la grippe de Hong Kong n'était pas perçue comme inquiétante par les autorités sanitaires et le public. Aucune mesure spécifique ne semble avoir été prise car cela ne semblait pas nécessaire. Seulement les règles d'hygiène de base et les précautions standards semblent avoir été mises en œuvre. On peut se demander si ce défaut de communication a entraîné un retard de prise de conscience de l'ampleur et de la vitesse de dissémination de la crise.

Au contraire, durant la COVID-19, les informations ont circulé très rapidement, et les instances ont considéré très vite la menace pandémique du SARS-CoV-2. Des mesures ont été mises en place, adaptées aux différentes phases d'une pandémie. Des précautions standards et complémentaires ont été conseillées aux professionnels de santé, les premiers à faire face au risque. Ces mesures ont été affinées au fur et à mesure des découvertes scientifiques. Auprès de la population, c'est tout d'abord un renforcement des règles d'hygiène de base qui a été fait, suivi de mesures barrières complémentaires.

Pour terminer cette partie sur les mesures barrières instaurées par les grandes instances et les autorités politiques, nous pouvons mettre en avant la volonté de trouver un vaccin. En effet, les deux pandémies sont causées par des agents pathogènes contre lesquels il n'y avait ni traitement ni vaccin. Lors de la grippe de Hong Kong, tous les moyens publics semblent tournés vers la recherche, à l'image de l'Institut Pasteur qui travaille sur le vaccin. Les articles retrouvés dans les publications scientifiques (20) et médicales (126,127) en sont des témoins. Ce sera aussi le sujet d'articles de journaux (78) et le seul point sanitaire sur lequel s'exprimera le ministre de la santé (86). Concernant la pandémie de la COVID-19, la recherche d'un vaccin est aussi cœur des préoccupations, menée par des laboratoires privés, mais au même titre que d'autres mesures barrières mise en place afin de limiter la diffusion du virus sur le territoire.

1.2. Place du médecin généraliste durant une pandémie

En médecine générale, des précautions standards d'hygiène sont quotidiennement respectées. Durant une crise sanitaire, des précautions complémentaires sont mises en place afin de lutter contre une maladie. Mais ces précautions complémentaires sont adaptées au virus et à la situation sanitaire. Il est donc essentiel de chercher l'information et se renseigner sur l'état sanitaire de son lieu d'exercice. Ainsi, il pourra appliquer et faire appliquer à ses patients, les mesures barrières adéquates. En fonction de ses connaissances générales mais aussi des dernières recommandations.

Information du médecin généraliste

Concernant les informations fournies aux médecins généralistes durant la période de la grippe de Hong Kong, nous n'avons trouvé aucune référence. Comme dit précédemment, on peut imaginer que les médecins aient été contactés par les directions des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de l'époque, mais que nous n'en ayons pas de trace. En effet, nous avons contacté les ARS et les conseils d'ordre des médecins de différentes régions et départements, sans réponse positive de leur part. Dans les quelques magazines de l'époque que nous avons pu consulter, nous avons trouvé très peu de traces de la grippe de Hong Kong. Seulement deux articles dans une revue datant de 1971, postérieurs à la pandémie. Les médecins étaient donc assez peu informés de la situation sanitaire.

Toutefois, la grippe de Hong Kong étant considérée comme une épidémie moyenne à l'époque (78), on peut supposer que les médecins aient appliqué les mesures d'hygiène classiques, respectées durant chaque épidémie grippale hivernale, notamment l'hygiène des mains. Il ne semble pas y avoir eu de mesures spécifiques instaurées, comme en témoigne le Professeur Dellamonica : « *Nous n'avions pas de masque et le lavage des mains n'était pas aussi fréquent qu'aujourd'hui* » (18), et une infirmière travaillant alors à l'hôpital de Bergerac durant la pandémie : « *Il n'y avait alors ni masque, ni protection aux mains* », « *c'était du grand n'importe quoi, on ne nous a rien donné* » (87).

Au contraire, lors de la COVID-19, nous avons trouvé beaucoup de références concernant les informations que les médecins généralistes ont reçu concernant les mesures à adopter. En plus des précautions standards que les médecins devaient respecter, des précautions complémentaires étaient conseillées. Ces informations sont pour la plupart diffusées par des guides publiés par les grandes instances, mais certaines le sont par des revues spécialisées, scientifiques ou médicales (internationales ou nationales). On peut relever deux sortes d'informations transmises aux médecins :

- Celles diffusées dès le début de l'épidémie, qui font suite aux premières alertes du risque pandémique. Ce sont donc des recommandations renforcées destinées à faire face à un virus d'origine inconnue (27,88,97). Les règles d'hygiène de base sont aussi rappelées dans la presse médicale, notamment l'hygiène des mains (99,108)
- Les recommandations qui suivront seront adaptées aux découvertes et aux études permettant de caractériser le virus et son mode de transmission. Elles s'adaptent aussi à la situation épidémiologique évoluant (103,108,110). La protection des voies respiratoires, grâce à un masque chirurgical, et une bonne hygiène des mains doivent être respectées lors de chaque situation. L'utilisation d'autres EPI dépendra des situations et des gestes pratiqués.

Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est un acteur de soins de premier recours. Sa place en première ligne revêt un caractère particulièrement important durant un temps de pandémie. En effet, c'est une époque anxiogène pour la population, et le médecin traitant est parfois le seul lien entre les Français et le système de santé. De plus, nous avons pu voir à travers nos recherches que le rôle primordial du médecin a toujours été la lutte contre les épidémies.

Le premier rôle qu'il a dans cette crise est de prendre part à la surveillance de la diffusion du virus sur le territoire. Nous avons trouvé de nombreuses traces de cette mission dans les références traitants de la COVID-19 (88,89), et cette surveillance a semblé efficace. Nous n'en avons pas trouvé de résultats dans les références concernant le grippe de Hong Kong.

Le médecin doit ensuite adapter son exercice à la situation sanitaire. Nous n'avons pas trouvé de trace de changement d'exercice des médecins durant la grippe de Hong Kong, au contraire,

des articles de journaux prônent le courage des médecins qui continuent les visites à domicile, malgré le fait qu'ils soient eux-mêmes grippés (82).

A l'inverse, durant la COVID-19, l'état de crise sanitaire est déclaré, et le médecin adapte son activité. Les cabinets et les MSP sont restructurés afin de limiter les interactions entre les patients atteints ou suspects covid et les autres : il y a des plages horaires dédiées à chacun, et des circuits patients aménagés. Le médecin généraliste prend également les précautions standards et complémentaires nécessaires lors des consultations et au cabinet de médecine. Quand cela est possible, il organise des téléconsultations (95,102,103). La télémédecine est une activité rendue possible grâce aux développements technologiques qui ont eu lieu depuis la fin des années 60.

Sa place privilégiée auprès du patient lui permet d'encourager ses patients au respect des mesures barrières, et de répondre aux interrogations qu'il peut avoir. Ce rôle d'éducation du patient est clairement défini dans les différents guides publiés durant la COVID-19. Nous n'avons pas trouvé de référence concernant ce rôle durant la grippe de Hong Kong. Cette dernière notion reprend l'idée d'une médecine curative, toujours présente au XX^{ème} siècle, et à la volonté de se tourner vers une médecine préventive, par l'éducation à la santé, au XXI^{ème} siècle.

Enfin, il garde le rôle de protection de ses patients, notamment les plus vulnérables. Durant la grippe de Hong Kong, une des seules actions sanitaires menée par l'Etat est la vaccination des patients fragiles (77), le médecin doit donc encourager ses patients à se faire vacciner. Durant la COVID-19, le vaccin arrive après la période étudiée dans ce travail. Mais nous pouvons néanmoins relever le rôle qu'a le médecin, à encourager plus particulièrement ses patients les plus vulnérables à respecter les mesures barrières (103).

1.3. Information de la population et campagne de prévention

Durant les deux périodes étudiées, la population est tenue informée de la situation sanitaire. Et cela par les journalistes, les professionnels de santé et les politiques qui donnent des interviews, ou encore les diverses publications des instances de santé.

Cependant durant la grippe de Hong Kong, les professionnels de santé s'expriment peu. Nous n'avons trouvé que quelques traces d'interviews contemporaines de l'époque. Ce sont surtout les journalistes qui informent la population de la propagation du virus sur le territoire. Les seules mesures annoncées par les grandes instances à la population sont le respect des mesures d'hygiène de base, et la nécessité de vacciner les personnes vulnérables.

A l'inverse durant la COVID-19, les informations incessantes sont diffusées sous divers formats et en continu. Les mesures de prévention sont largement édictées par le ministère des Solidarités et de la Santé et l'agence nationale de santé publique . Il semble que ces campagnes de prévention aient adopté les codes du marketing social. Cette technique née aux Etats Unis en 1971, consiste à « *utiliser les techniques du marketing commercial dans l'objectif d'encourager les comportements favorables au bien-être et/ou à la santé des individus* » (135). On peut supposer que l'agence nationale de santé publique utilise cette technique pour promouvoir un comportement, en l'occurrence ici les gestes barrières, grâce à une technique de communication adaptée. Un dossier de juillet 2020 publié par l'agence nationale de santé publique appuie cette idée, en étudiant l'évolution des perceptions et pratiques des gestes barrières, dans le but d'améliorer les messages clefs diffusés dans les communications (136). Deux messages clefs sont ainsi régulièrement rappelés aux Français :

- Je limite la transmission du virus en adoptant la bonne conduite à tenir ;
- Protégeons-nous les uns des autres.

Les campagnes de préventions menées auprès des Français sont radicalement différentes. Premièrement du fait de la perception différente de la situation sanitaire, et deuxième du fait des techniques de communication qui ont évolué depuis le début des années 70.

1.4. Rôle des médias, reflet de la société

Durant les deux périodes pandémiques étudiées, les médias ont eu un regard critique sur les événements de l'actualité. Grâce aux différentes archives consultables en ligne ou sur place, les médias sont des témoins de l'Histoire. Ils nous permettent de comparer les sociétés et leurs réactions faces aux pandémies.

Lors de la grippe de Hong Kong, le ton pris dans les articles traitant de la maladie est léger et alimente les pages célébrités. A l'apogée de l'épidémie en France, les journaux consacrent quelques articles sporadiques traitant d'une « *épidémie moyenne* », qui touche une grande partie du pays : « *Rassurez-vous, vous n'êtes pas le seul, un Français sur 4 a la grippe* » (84).

Ces articles sont à l'image de la pensée fataliste de la maladie de l'époque « *autant en rire n'est-ce pas, c'est d'ailleurs peut être la meilleure façon de décourager le virus qui sait* » (83), « *les Français, comme la plupart des Européens, subissent les misères de l'hiver, rhumes et gripes en tête. Mais est-il bien utile d'ajouter à ces maux, somme toute banals, les risques d'une véritable psychose collective ?* » (134). Afin de prévenir la maladie, les journaux publient les conseils des passants et la télévision diffuse des émissions de cuisine dans lesquels on donne la vraie recette du punch pour lutter contre la grippe (76).

A l'inverse, durant la crise de la COVID-19, les médias diffusent largement les messages de prévention venant des grandes instances et les mesures barrières sont rappelées à la radio, à la télévision, sur internet et les différents réseaux sociaux. Ils sont omniprésents dans la vie des Français et ont un regard critique sur la société et les événements.

Durant la première vague du coronavirus, un confinement généralisé a été instauré. Beaucoup de Français se sont retrouvés isolés chez eux, et les médias étaient leur seule fenêtre sur le monde. Cela a contribué aux caractères anxiogènes des publications médiatiques. On observe un cercle vicieux entre les médias alarmistes et la peur des Français de ce virus inconnu. Ce dernier point montre qu'au XXI^{ème} siècle, malgré un système de santé français plus performant, les Français n'ont plus une vision fataliste de la mort et perçoivent cette situation sanitaire avec beaucoup d'inquiétude.

Ainsi les médias sont les reflets des sociétés. A travers leurs critiques de la gestion sanitaire nous pouvons comprendre la pensée des Français. Cependant, il est nécessaire de rester

vigilants. Car, que ce soit en 1968 ou en 2019, ils peuvent être vecteurs de mauvaises informations (75,119). Le médecin, grâce à sa position de soignant de premier recours doit alors jouer son rôle et donner les bonnes informations aux patients et leurs indiquer les mesures barrières qu'il est nécessaire de respecter.

2. Forces et limites de l'étude

Forces de l'étude

Une des forces de ce travail est son originalité. La COVID-19 fait actuellement l'objet de nombreux travaux de recherche mais nous n'avons pas trouvé de sujet concernant une approche historique de la comparaison des mesures barrières entre la COVID-19 et la grippe de Hong Kong. De plus l'évolution de la place du médecin généraliste durant les pandémie a été peu étudiée.

La recherche a été menée dans de nombreuses bases de données scientifique mais aussi dans des archives nationales, des archives de presse... Cette pluralité de sources d'information a permis d'inclure de nombreuses références dans la première partie de notre travail.

Nous avons mené notre recherche en deux temps. Et ce travail, fait en prenant le temps de chercher et d'analyser les références de chaque pandémie, en ayant conscience des caractéristiques sociétales, a permis de limiter le biais d'interprétation.

De plus, comme dit précédemment, l'analyse comparée des deux vagues de la grippe de Hong Kong (dont la deuxième vague a eu le plus d'impact épidémiologique) à la première vague de la pandémie de SARS-CoV-2, permet de réduire ce biais.

Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites.

La limite principale de cette étude est le fait que ce soit une revue de la littérature à un seul auteur. Ce qui peut être la source de biais, notamment lors de la sélection et de l'évaluation des références, car la subjectivité de l'auteur n'est pas contestée par un deuxième auteur. Cela entraîne un biais de sélection et de subjectivité. Nous avons tenté d'être le plus objectif possible en utilisant des critères d'exclusion et d'inclusion bien définis.

Malgré une recherche dans de nombreuses bases de données, et de nombreuses autres archives, nous n'avons pas interrogé toutes les sources d'informations existantes, et certaines

références ont pu être omises. Les références sélectionnées dans notre étude sont limitées et non exhaustives. Aussi, nous avons décidé d'inclure toutes les références sélectionnées selon les critères définis, et ceux uniformément. Sans tenir compte de la qualité méthodologique des articles. Ce qui a pu créer un biais de sélection.

Nous pouvons aussi nous attarder sur la difficulté et les limites de comparer des pandémies ayant eu lieu à deux époques différentes. Nous avons essayé de ne pas faire d'anachronisme, en prenant en compte les différences existantes et en comparant ce qui est comparable (de proche en proche).

Concernant la grippe de Hong Kong, peu de données sont disponibles. Nous avons contacté par courriels de nombreuses instances afin d'avoir accès à leurs archives mais l'Ordre national des médecins, l'Ordre régional de la Nouvelle-Aquitaine des médecins, l'Ordre départemental de la Dordogne et de la Gironde n'ont pas d'archive concernant la grippe de Hong Kong. Nous avons trouvé une limite du fait de la réorganisation du système de santé et des instances qui ont changé. De ce fait, l'ARS d'Aquitaine ne possède pas d'archive de la grippe de Hong Kong. Les quelques hôpitaux auxquels nous avons demandé des informations (CHU de Bordeaux et l'APHP) n'avaient pas de trace de la grippe de Hong Kong dans leurs archives. Nous avons trouvé dans des publications récentes quelques témoignages de personnes ayant vécu la pandémie, mais un biais de mémoire est évident.

Concernant la pandémie actuelle du coronavirus. Il est crucial d'avoir du recul, la pandémie étant encore en cours, et les recommandations sont régulièrement actualisées. On peut donc critiquer la recherche difficile concernant les références traitant du coronavirus, notamment celles en ligne. En effet, les recommandations étant actualisées régulièrement en fonction des dernières mises à jour, les recommandations publiées lors de la période étudiée, sont difficiles à trouver, et parfois plus disponibles.

CONCLUSION

La lutte des Hommes contre les pandémies est un combat de longue haleine. Quand une maladie est terrassée, une nouvelle apparaît... Et cette lutte sans merci semble destinée à se répéter jusqu'à la fin des temps.

Le but de ce travail est de comprendre l'évolution des mesures barrières prises pour lutter contre la transmission de ces maladies afin d'améliorer la gestion sanitaire des pandémies. La question de notre travail était de savoir s'il y avait une différence entre les mesures barrières prise durant la grippe de Hong Kong (1968-1970) et la COVID-19.

Notre hypothèse initiale était que les mesures barrières étaient similaires, mais que l'évolution de la société et notamment de la vision de la santé était différente, ce qui amène à une médiatisation plus importante des mesures de prévention.

Afin de répondre à notre question, nous avons mené une revue de la littérature permettant une analyse comparée des mesures barrières menées lors de ces deux pandémies, avec une limite temporelle réfléchie, ce qui permet de limiter le biais d'interprétation.

Le premier objectif de ce travail était de comparer les mesures mises en place. La différence fondamentale entre le pandémie de la grippe de Hong Kong et la pandémie de SARS-CoV-2 est l'ampleur de l'action publique qu'elles ont suscitée et les moyens mis en place. Bien que les moyens de surveillance se soient développés en 50 ans, l'alerte a toujours été rapidement donnée par l'OMS. Puis les mesures d'hygiène de bases ont été rappelées à la population. Mais la gestion sanitaire lors de la grippe de Hong Kong s'est limitée à ces rappels. Alors que lors de la pandémie de la COVID-19, de nombreuses mesures barrières spécifiques sont mises en place et sont régulièrement mise à jour en fonction des résultats d'études concernant le virus et de l'évolution de la situation sanitaire. Ces recommandations sont largement diffusées à la population.

Chercher les réponses à cette première question nous a permis de dégager un second objectif principal. Nous avons analysé la place du médecin généraliste dans la gestion sanitaire d'une pandémie. Et lors des deux pandémies, ces derniers gardent leur rôle classique. Mais ce rôle s'adapte à la situation sanitaire durant les temps de crise pandémique.

Pour pouvoir assurer correctement ses rôles, le médecin généraliste doit s'informer régulièrement et rechercher l'information. Cela permet de faire un parallèle avec l'obligation de formation continue des médecins. Aussi, à l'instar de l'information de la population, que l'on étudiera dans le paragraphe suivant, les médecins sont moins informés durant la grippe de Hong Kong que durant la pandémie de la COVID-19. On observe une évolution des sources d'informations et de leur diffusion.

A propos des campagnes de prévention qui ont été menées lors des deux pandémies, on peut clairement soulever une différence importante entre les informations diffusées à la population concernant les mesures barrières à respecter. Cette différence peut s'expliquer, en plus de la différence de perception de la crise, par les techniques de communications qui ont évoluées depuis la fin des années 70, notamment avec l'apparition du marketing social. Les supports de diffusion se sont aussi multipliés en 50 ans.

Enfin de grosses différences existent concernant la médiatisation de ces deux événements. Les médias reflètent les sociétés avec quelques nuances qu'il est nécessaire de prendre en considération (notamment les fausses informations...). Ils nous ont permis de travailler sur les changements de perception de la pandémie à chaque époque. Durant la crise du coronavirus, on observe une médiatisation mondiale importante et continue des événements.

Lors de la grippe de Hong Kong, le mot « pandémie » n'aura jamais réellement été prononcé. Et c'est sur ce constat que se base notre conclusion : Les mesures barrières mises en place sont différentes essentiellement parce que les instances sanitaires, ainsi que les professionnels de santé et la population, n'avaient pas conscience de l'impact épidémiologique de l'épidémie lors de la grippe de 1968-1970. L'état de crise sanitaire n'a jamais été déclenché.

Ainsi, lors des deux pandémies, les Français ont globalement fait preuve de bon sens et ont respecté des règles d'hygiène de base et les mesures rappelées par les instances sanitaires. Mais c'est du fait de la menace pandémique de la COVID-19 que de nombreuses mesures barrières

spécifiques ont été mises en place. Tout d'abord auprès des professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, mais aussi auprès de la population.

Notre hypothèse de départ suggérait que les mesures barrières prises lors des deux pandémies étaient les mêmes, mais diffusées plus largement lors de la période actuelle. Si ce second point se révèle vrai, le premier ne l'est pas totalement.

En 50 ans, la société a évolué, les réseaux de surveillance et de communication se sont améliorés, les techniques de prévention également. Cela explique une meilleure diffusion de l'information durant la crise de la COVID-19. Alors qu'à la fin des années 60, l'action sanitaire lors de la grippe de Hong Kong est minimisée du fait de défaut du réseau de surveillance qui n'a pas permis à l'époque de prendre conscience de l'impact épidémiologique de la pandémie.

Néanmoins, il faut ajouter à ce constat l'évolution de la santé. On assiste depuis la fin des années 2000, à un changement de physionomie et de pouvoir des instances sanitaires, et à un décloisonnement du système de santé. Mais surtout à des changements de perception de la santé. Au XXI^{ème} siècle, les mentalités ont changé et la mort ne fait plus partie de la vie. La population vieillit, l'espérance de vie s'allonge et les grandes pandémies de l'Histoire paraissent bien lointaines...

Ainsi, si les mesures barrières prises ne sont pas les mêmes durant chacune des pandémies, c'est parce qu'elles sont dans chaque cas adaptées aux besoins exprimés par les Français de leur époque.

Enfin on peut remarquer la place plus importante du médecin généraliste en tant qu'acteur de soins de premier recours et son rôle dans les différentes étapes de la gestion d'une pandémie. Rôle facilité par une meilleure structuration du réseau de soin de proximité (MSP, CPTS).

Pour conclure ce travail, on comprend que pour faire face aux pandémies de la grippe de Hong Kong et de la COVID-19, l'homme a utilisé les mêmes mesures barrières que ses ancêtres. Ces dernières reposant sur des milliers d'années d'observation et portées par le bon sens. Il persiste des mesures d'hygiène de base, notamment l'hygiène des mains et la protection

des voies respiratoires. Mais aussi le réflexe humain de distanciation sociale, qui existe depuis l'antiquité. Mesures auxquelles s'ajoutent certaines mesures spécifiques en fonction de la situation sanitaire et de sa gestion par les grandes instances.

L'évolution des sociétés a permis une application plus rapide de ces mesures barrières grâce à l'amélioration des connaissances scientifiques, des réseaux de communication, et une réactualisation fréquente selon les dernières études publiées. On peut espérer que le XXI^{ème} siècle voit arriver une utilisation plus raisonnée des mesures barrières, influencée cependant par la modification radicale, en 50 ans, de la perception de la mort liée aux épidémies.

Nous espérons que ce travail permettra au lecteur d'avoir une vision globale des tenants et des aboutissants de la mise en place des mesures barrières durant une pandémie. Mais aussi de comprendre l'importance du rôle des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes libéraux, et leur place au sein d'un nouvel essor de santé communautaire. Permettant ainsi une meilleure synergie des acteurs de soins dans la lutte contre les épidémies et les pandémies. Le but étant d'améliorer les actions sanitaires que nous pourrions mener face à de futures pandémies. Car comme le disait Antoine de Saint Exupéry, « *Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible* ».

Références bibliographiques

1. Mulet Vincent, 2020. Un VIRUS tentaculaire [dessin aux crayons de pastel et à l'aquarelle, sur papier Canson, 16 x 24cm], collection personnelle de l'artiste, Montcourt-Fromonville, France.
2. Bourdelais P. Les Epidémies terrassées : Une histoire des pays riches. Paris: Editions de La Martinière; 2003, 246 p.
3. Harvey G. Morbus anglicus or a theoretick and practical discourse of consumptions and hipochondriack melancholy. Londres: William Thackeray; 1674. 261 p.
4. Flahault A, Zylberman P. Des épidémies et des Hommes. Paris: Editions de La Martinière; 2008, 239 p.
5. Dictionnaire universel françois et latin, vulgairement appelé Dictionnaire de Trévoux : contenant la signification et la définition des mots de l'une et de l'autre langue. Tome 6, Mithridate-Proféides. Edition de MDCCLXII (1752). Paris: Compagnie des libraires associés; 1771. Pandémie;p.487.
6. Le petit Larousse illustré. Edition 1994. Paris: Larousse; 1993. Pandémie;p.739.
7. Zylberman P. Un siècle de pandémies grippales (1889-1970). Trib Santé. 2020; 4(66): 35-54.
8. Conly J, Eremin S, Pessoa-Silva C, Raajev T. Infection prevention and control of epidemic and pandemic prone acute respiratory infections in health care. WHO guidelines [En ligne]. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2014 [cité le 11 oct 2021]. 156 p. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-of-epidemic-and-pandemic-prone-acute-respiratory-infections-in-health-care>.
9. De La Fontaine J. Livre septième, Fable I: Les animaux malades de la peste. In: Fables De La Fontaine. Paris: Claude Barbin;1678.
10. Sardon J-P. De la longue histoire des épidémies au Covid-19. Les Analyses de Population & Avenir. 2020 Mai;26(8):1-18.
11. Casassus P. Retour sur les épidémies du passé: que nous apprennent-elles ? Médecine. Oct 2020;16(8):377-84.
12. Piret J, Boivin G. Pandemics throughout history. Front Microbiol. 2020;11:631736.
13. Drouet E, Grillot R, Morand S. Pandémies virales de l'ère moderne. Encyclopédie de l'environnement [En ligne]. 2020 [cité le 12 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.encyclopedie-environnement.org/sante/pandemies-virales-ere-moderne/>.

14. Milon A, rapporteur. Rapport de la commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le Gouvernement de la grippe A (H1N1). Commandité par la commission d'enquête sur la grippe A [En ligne]. Assemblée parlementaire; 2010 Jul 29; tome I (2009-2010), n°5 [cité le 3 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r09-685-1/r09-685-11.pdf>.
15. OMS. Gestion des risques de pandémie de grippe: Guide de l'OMS pour prise de décisions éclairées et harmonisation, à l'échelle nationale et internationale, de la préparation et la réponse en cas de grippe pandémique.[En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2017 [cité le 12 octobre 2021]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272667/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
16. Hannoun C. Histoire naturelle de la grippe. Rev Prat. 2008 Oct 15;58:1645-51.
17. Kilbourne E. Asian influenza (again)--1968 version. Am Rev Respir Dis. 1968;98(5):776-7.
18. Carcenac P. Le Covid-19 n'est pas très différent de la grippe de Hongkong, mais il est plus meurtrier. Le Figaro, en ligne [En ligne]. 30 mars 2020 [cité le 3 septembre 2021]. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/sciences/le-covid-19-n-est-pas-tres-different-de-la-grippe-de-hongkong-mais-il-est-plus-meurtrier-20200330>.
19. Institut Pasteur. Grippe - Fiche maladie [En ligne]. 19 octobre 2021 [cité le 20 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/grippe>.
20. OMS. Conférence internationale sur la grippe de Hong Kong. Bull World Health Organ. 1969 Oct;41(3-4-5):335-748.
21. Pulcini C, Rapp C, Tatevin P. Grippe. In: ECN PILLY - Maladies infectieuses et tropicales. 4ème éd. Paris: Alinéa plus; 2016. p. 173-9.
22. Fukuda K, Harmanji H, Park K, Chamberland M, Pluut E, Curtin Niemi T. Préparation et action en cas de grippe pandémique: Document d'orientation de l'OMS [En ligne]. Genève: Organisation Mondiale de la santé, 2009 [cité le 13 octobre 2021]. Disponible sur:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44143/9789242547689_fre.pdf?sequence=1.
23. Viboud C, Grais RF, Lafont BAP, Miller MA, Simonsen L. Multinational impact of the 1968 Hong Kong influenza pandemic: Evidence for a smoldering pandemic. J Infect Dis. 2005;192(2):233-48.
24. Bensimon C. 1968, la planète grippée. Libération [En ligne]. 7 décembre 2005 [cité le 11 octobre 2021]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2005/12/07/1968-la-planete-grippee_540957/.
25. OMS. Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19 [En ligne]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé. 2021 [cité le 30 août 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.

26. China pneumonia outbreak: Mystery virus probed in Wuhan. BBC News - en ligne [En ligne]. 3 janvier 2020 [cité le 15 novembre 2021]. Disponible sur: <https://www.bbc.com/news/world-asia-china-50984025>.
27. OMS. Pneumonie de cause inconnue - Chine. Bulletin d'information sur les flambées épidémiques [En ligne]. 5 janvier 2020 [cité le 25 octobre 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON22>.
28. Mahyeux D. Entre ombre et lumière, l'esquisse d'une épidémie. *Nouv Rev Enfance Adolesc.* 8 avr 2021;N° Hors-série(HS1):19-48.
29. Bernard Stoecklin SB, Rolland P, Silue Y, Mailles A, Campese C, Simondon A, et al. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures, January 2020. *Euro Surveill.* févr 2020;25(6).
30. Gouvernement [En ligne] Informations Covid-19-Carte et données [cité le 16 janvier 2021]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/carte-et-donnees#vue_d_ensemble_-_nombre_moyen_de_nouvelles_hospitalisations_quotidiennes.
31. Gouvernement [En ligne] Les actions du gouvernement - Chronologie des actions [cité le 9 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>.
32. D'Ortenzio E, Yazdanpanah Y, Lina B. Coronavirus et Covid-19. Du simple rhume au syndrome respiratoire aigu sévère. Dossier INSERM [En ligne]. INSERM, 2021 [cité le 23 octobre 2021] Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov/>.
33. Assurance maladie. Covid-19 : reconnaître la maladie et ses symptômes, adopter les bons gestes [En ligne]. AMELI, 2021 [cité le 20 novembre 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/covid-19/symptomes-gestes-barrieres-cas-contact-et-isolement>.
34. Camus D, Chidiac C, Gehanno J-F, Minodier P, Pozzetto B. Avis relatif à l'actualisation des connaissances scientifiques sur la transmission du virus SARS-CoV-2 par aérosols et des recommandations sanitaire [En ligne]. Haut Conseil de la santé Publique, 23 juillet 2020 [cité le 15 novembre 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=894>.
35. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [page consultée le 15 octobre 2021]. WHO, [En ligne]. Disponible sur: <https://covid19.who.int/>.
36. Santé Publique France [En ligne] Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde [cité le 15 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>.
37. Berche P. Une histoire des microbes. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2007. 320 p.

38. Hippocrate. Traité des vents. In: Gardeil J-B. Encyclopédie des sciences médicales. Œuvres d'Hippocrate traduites. Paris: Paul Mellier;1836.p.640-649.
39. Lucenet M. La peste, fléau majeur [En ligne]. Bibliothèque d'Université de Paris, 2010 [cité le 15 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/presentations/peste.php>.
40. Holländer, E. Doctor Schnabel : homme-oiseau, médecin de la peste. (Gravure de Paul Fürst, 1656). In: Hollander E. Die Karikatur und Satire in der Medizin : medikokunsthistorische Studie. 2ème éd. Stuttgart:Ferdinand Enke; 1921. fig.79;p.171.
41. Fischer L, Toul K. Claude Pouteau (1725-1775), chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon : son « asepsie » au moyen de l'eau, du feu et du linge propre. Hist Sci Médicales. 1998;32(1):27-37.
42. Erasme. L'Hymen funeste ou l'union mal assortie. In: Develay V. Les colloques d'Erasme. Tome 3. Nouvellement trad. Paris: Librairie des Bibliophiles; 1875. p.67-83.
43. COITO S. Sortez masqué ! La petite histoire du masque au cours du temps. Rev Biol Médicale. 2021 Juil;(361):61-9.
44. Plicque AF. Le masque protecteur contre les bronchopneumopathies. J Médecine Chir Prat À Usage Médecins Prat.1918 Oct 25;LXXXIX(20)(article 25914):790-2.
45. Richard-Lenoble D, Danis M, Saliou P. La médecine tropicale d'hier à aujourd'hui. 2013 Oct 22. Bull Acad Natle Méd. 2013;197(7):1353-64.
46. Ameli [En ligne] Épidémies, pandémies, gestions sanitaires : ce qu'il faut savoir [cité le 3 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/epidemie/epidemie-et-pandemie>.
47. Assurance maladie. Contre les virus de l'hiver, apprenons les gestes barrières. Communiqué de presse [En ligne]. 2019 [cité le 12 oct 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2019-12-04-cp-virus-hiver-gestes-barrieres.pdf>.
48. SF2H. Champ d'application et stratégie de mise en œuvre. Actualisation des précautions standard. Établissements de santé. Établissements médicosociaux. Soins de ville. Hygiènes. 2017 Juin ;Volume XXV-Hors-série:13-8.
49. SF2H. Recommandations nationales. Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes. Recommandations pour la pratique clinique (RPC). 2013 Mars;XX(1):15-6.
50. SF2H. Précautions complémentaires de type contact. Recommandations nationales Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. 2009 Avr;XVII(2):105-8.
51. Rérolle R. Grippe de Hongkong, la pandémie oubliée. Le Monde. 12 mai 2020:23.

52. IRDES [En ligne] Données de cadrage: démographie et activité des professions de santé ; 2013 [cité 12 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographiePr ofSante/DemoMedecins.htm>.
53. Insee [En ligne] Estimations de population et statistiques de l'état civil. Composantes de la croissance démographique, France métropolitaine; 2020 [cité 12 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>.
54. Tabuteau D. 1983-2013 : Les évolutions de la politique de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2013;31(1):53-68.
55. Rougeron C. La médecine générale en France de la Révolution à aujourd'hui : la métamorphose. *Ethics Med. Public Health*. 2015;1(2):283-8.
56. OMS. Grippe. Asie. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 1968 Aout 2;43(31):387.
57. Peckham R. Viral surveillance and the 1968 Hong Kong flu pandemic. *Journal of Global History*. 2020 Juil;15:444-458.
58. Antheaume A. Analysis by Country, France. Dans: Newman N, Fletcher R, Kalogeropoulos A, Nielsen R. Reuters Institute for the Study of Journalism. Digital News Report 2019 [En ligne] 2019 [cité le 15 novembre 2021] Disponible sur: https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/sites/default/files/inline-files/DNR_2019_FINAL.pdf.
59. Travaillot Y. Les années 1970 : de nouvelles contraintes pour le corps. Dans: Travaillot Y. *Sociologie des pratiques d'entretien du corps*. Paris: Presses Universitaires de France; 1998. p. 49-69.
60. Cramer P. Le défi des maladies infectieuses. *Bull Académie Natl Méd*. 2015 Nov 24;199(8-9):1459-67.
61. OMS. L' éradication mondiale de la variole : Rapport final de la Commission mondiale pour la Certification de l' Eradication de la Variole [En ligne] Genève: Organisation mondiale de la santé, décembre 1979 [cité le 13 novembre].Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39258/a41464_fre.pdf?sequence=1&is Allowed=y.
62. Pison G. Tous les pays du monde (2019). *Population et société*. 2019 Sept;569.
63. Insee. [En ligne]. Estimations de population et statistiques de l'état civil. Composantes de la croissance démographique, France; 2020 [cité le 12 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>.
64. Insee. Personnels et équipements de santé. Dans: *Tableaux de l'économie française, éd 2020*. Paris: Insee Références;2020,p.88-9.
65. Tabuteau D. La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique ? *Trib Sante*. 2007;16(3):87-103.

66. Instruction N° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Légifrance [En ligne] [cité le 24 octobre 2021] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37219>.
67. France. Premier Ministre. Circulaire n°5567/SG relative à l'organisation gouvernementales pour la gestion des crises majeures. Paris, 2 janvier 2012.
68. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne] Le dispositif ORSAN; 2016.[cité le 15 septembre 2021] Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/le-dispositif-orsan>.
69. Elysée [En ligne]. Adresse aux français du président de la république Emmanuel Macron; 16 Mars 2020 [cité le 9 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/16/adresse-aux-francais-covid19>.
70. Bai Y, Tao X. Comparison of COVID-19 and influenza characteristics. J Zhejiang Univ Sci B. 2021 Fév 15;22(2):87-98.
71. Saracci C, Mahamat M, Jacquéroz F. Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature ? Rev Médicale Suisse. 2019 Sept 25;5(664):1694-8.
72. Sohier R. Lettre du Prof. R. Sohier [Lettre]. Lyon, 27 août 1968. Disponible aux Archives Nationales, carton AN19760263/24.
73. Philbert A. OBJET: Grippe - Pandémie 1968 (?) [Note]. 14 octobre 1968. Disponible aux Archives Nationales, carton AN19760263/24.
74. Barbotin M. Alerte à la grippe de Hong Kong. Sud Ouest Dimanche. 3 novembre 1968:3.
75. Sohier R. Note sur l'évolution épidémiologique de la grippe en fonction de l'apparition de la souche A2/Hong Kong/1/68 [Note]. Lyon, 14 Novembre 1968. Disponible aux Archives Nationales, carton AN19760263/106.
76. Dim Dam Dom. Le punch de Mapie [En ligne] Office national de radiodiffusion télévision française; 22 novembre 1968. [cité le 2 novembre 2021] Vidéo:3min58s. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=HUNP81Go6IQ>.
77. Bourget P. Interview du Dr Cateigne diffusé au JT de 20h [En ligne] Paris: ONRTF, 1968. [cité le 20 novembre 2021] Vidéo:3min37s. Disponible sur: <https://www.ina.fr/ina-eclair-actu/video/caf96079573/grippe-de-hong-kong>.
78. AFP. La grippe de Hong Kong pousse une pointe en France. Sud-Ouest, édition du matin. 19 février 1969:1.
79. Directeur général du laboratoire national de la santé publique. Objet: Epidémie de grippe. 1969 [Note] Paris, 27 mars 1969. Disponible aux Archives Nationales, carton AN19760263/24.

80. Le colloque sur la grippe. Colloque de la Société de pathologie humaine et animale comparée de Marseille [En ligne]. Reportages régionaux pour le journal national. 12 septembre 1969 [cité le 3 novembre 2021] Vidéo:2min02s. Disponible sur: <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/video/raf03033060/le-colloque-sur-la-grippe>.
81. Crespy C. Grippe de Hong Kong - La pandémie oubliée. LCP le Mag. [En ligne]Mazelle T, 26 juin 2020 [cité le 15 novembre 2021]. Vidéo:26min55s. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=KOU4urOID0s>.
82. Rédaction. La grippe sévit toujours. Sud Ouest. 2 décembre 1969:5.
83. Lefebvre P. Inter actualités de 20h [En ligne] Office national de radiodiffusion télévision française; 9 décembre 1969. [cité le 31 octobre 2021] Audio:20min23s. Disponible sur <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/audio/phf06054514/inter-actualites-de-20h00-du-9-decembre-1969>.
84. Pradinaud B. Rhône Alpes actualités. L'épidémie de grippe [En ligne]. Office national de radiodiffusion télévision française;10 décembre 1969 [cité le 9 octobre 2021]. Vidéo:0min36s. Disponible sur: <https://www.ina.fr/video/LXC9704282957/l-epidemie-de-grippe-video.html>.
85. Dr Aldighieri. Objet: Grippe. [Note] 17 décembre 1969. Disponible aux Archives Nationales, carton AN19760263/24.
86. Rédaction. Interview express Robert Boulin. Paris Presse France soir. 7 janv 1970:6.
87. Delpeyrat E. Il y avait des lits partout. Sud Ouest Gironde. 29 avril 2020:22.
88. CORRUSS. DGS-URGENT N°2020_01: Cas groupés d'infections à nouveau coronavirus (2019-NCOV) en Chine. [En ligne]. Paris, 14 janvier 2020. DGS-URGENT N°2020_01 [cité le 9 octobre 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2020_-_dgs_urgent_01_-_cas_groupes_d_infections_a_nouveau_coronavirus_2019-ncov_en_chine.pdf.
89. CORRUSS. DGS-URGENT N°2020_02: Epidémie d'infections à nouveau coronavirus (2019-NCOV). [En ligne]. Paris, 22 janvier 2020. DGS-URGENT N°2020_02 [cité le 9 octobre 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2020_-_dgs_urgent_02_-_epidemie_d_infections_a_nouveau_coronavirus_2019-ncov_.pdf.
90. OMS. Lutte anti-infectieuse lors de la prise en charge des patients chez lesquels on suspecte une infection par un nouveau coronavirus (nCoV): Orientations provisoires. [En ligne]. Genève: Organisation mondiale de la santé, 25 Janvier 2020. WHO/2019-nCoV/IPC/2020.2 [cité le 20 novembre 2021] Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330675/9789240000933-fre.pdf>.
91. Rédaction. Comment la France compte se protéger ? Egora Hebdo. 2020 Fév 3;(240):10.
92. Rédaction Prescrire. Grippe, coronavirus: masque et prévention des infections respiratoires. Prescrire. 2020 Mars;40(437):209.
93. Haut Conseil de la Santé Publique. Coronavirus SARS-CoV-2 : nettoyage des locaux d'un patient confirmé et protection des personnels [En ligne]. Paris, 18 février 2020 [cité le 15

- novembre 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=761>.
94. Bidar B, Charestant P, Cohn E, Dean J-M, Philippe J-M, Pluinage B, et al. Préparation au risque épidémique Covid-19. Guide méthodologique [En ligne]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé, 20 février 2020 [cité le 9 octobre 2021] Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf.
 95. ARS Nouvelle Aquitaine. Coronavirus : quelle organisation en région Nouvelle-Aquitaine pour faire face à une éventuelle épidémie ? Communiqué de presse [En ligne]. Bordeaux: ARS Nouvelle Aquitaine 25 février 2020 [cité le 9 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/communique-de-presse-coronavirus-quelle-organisation-en-region-nouvelle-aquitaine-pour-faire-face>.
 96. WHO Headquarters, WHO Worldwide. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19): Interim guidance. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2020. WHO/2019-nCoV/IPC_PPE_use/2020.4. [cité le 20 novembre 2021] Disponible sur: [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages).
 97. Mission COREB nationale. Repérer et prendre en charge un patient suspect COVID-19 [En ligne]. 29 février 2020 [cité le 9 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/procedures/20200229-covid19-fichesoignants29fev.pdf>.
 98. Gocko X. Utopie et pragmatisme. Exercer. 2020 Mars;(161):99.
 99. Ghanchi A. Adaptation of the National Plan for the Prevention and Fight Against Pandemic Influenza to the 2020 COVID-19 Epidemic in France. Disaster Med Public Health Prep. 2020 Déc;14(6):805-7.
 100. Elysée [En ligne] Adresse aux français, 12 mars 2020 [cité le 9 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/12/adresse-aux-francais>.
 101. Samson T, AFP. Coronavirus : Edouard Philippe annonce la fermeture de tous les lieux publics « non indispensables ». Le monde, en ligne [En ligne]. 14 mars 2020 [cité le 4 novembre 2021] Disponible sur: https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/03/14/edouard-philippe-annonce-la-fermeture-de-tous-les-lieux-publics-non-indispensables_6033110_823448.html.
 102. Bidar B, Cano P, Henry C, Philippe J-M. Préparation à la phase épidémique de Covid-19. Guide méthodologique [En ligne]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé, 16 mars 2020 [cité le 9 octobre 2021] Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidemie-v15-16032020.pdf>.
 103. Ministère des solidarités et de la santé. Lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid 19. Fiche ARS [En ligne]. Ministère des solidarités et de la santé. 20 mars 2020 [consulté le 3 novembre 2021] Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_doctrine_ville_v16032020finalise.pdf.

104. SPF. Alerte coronavirus : comment se laver les mains ? Affiche A4 [En ligne]. Santé Publique France, 27 mars 2020. réf: W-0311-001-2003 [cité le 8 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/affiche/alerte-coronavirus-comment-se-laver-les-mains-affiche-a4-francais>.
105. Pozzetto B. CORONAVIRUS COVID-19. 101 Fiches pratiques pour connaître la maladie et s'en prémunir. Paris: MA Éditions ESKA; 2020. 96 p.
106. Chauvin F. Ce qui ne nous tue pas.... Exercer. 2020 Avr;(162):147.
107. Astagneau P, Blanchard H. Hygiène au cabinet médicale: cruciale. Rev Prat. 2020 Avr;34(1039):273-4.
108. OMS. Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19, Orientations Provisoires. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2020. WHO/2019-nCoV/IPC_Masks/2020.3 . [cité le 20 novembre 2021] Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331831/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-2020.3-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
109. SPF. Comment se protéger du coronavirus ? [En ligne] Santé Publique France. 27 avril 2020. réf: CW-3010-001-2009 [cité le 9 octobre 2021] Vidéo:0min24s. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=aQRpj3z1bU4>.
110. Lepelletier D, Grandbastien B, Romano-Bertrand S, Aho S, Chidiac C, Géhanno J-F, et al. What face mask for what use in the context of the COVID-19 pandemic? The French guidelines. J Hosp Infect. 2020 Jul 1;105(3):414-8.
111. Jalbert P. Pourquoi les gestes barrières ? Les gestes barrières expliqués aux enfants [En ligne]. La récré des petits loups: comptines et docs; 27 avril 2020 [cité le 26 septembre 2021] Vidéo:2m13s. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=HUNP81Go6IQ>.
112. SPF. Bien utiliser son masque. Affiche A4 [En ligne]. Santé Publique France, 30 avril 2020 réf: W-0316-001-2003 [cité le 8 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/affiche/bien-utiliser-son-masque-affiche-a4>.
113. SPF. Information coronavirus - Protégeons-nous les uns les autres [En ligne] Santé Publique France. 8 mai 2020 [cité le 20 novembre 2021] Vidéo:1min. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=3JEhQ0GDW80>.
114. Service Infographie. Comment fabriquer son masque en tissu maison : patrons et usages. Le Monde, en ligne [En ligne]. 5 mai 2020 [cité le 11 novembre 2021] Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/05/05/comment-fabriquer-son-masque-en-tissu-maison-patrons-et-usages_6038741_3244.html.

115. SPF. Porter un masque pour mieux nous protéger. Affiche A4 [En ligne]. Santé Publique France, 5 mai 2020. réf: W-0315-001-2003. [cité le 9 octobre 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/affiche/porter-un-masque-pour-mieux-nous-protoger-affiche-a4>
116. Rédaction Prescrire. Quelques repères pour le nettoyage et la désinfection des lieux de santé peut-être contaminés par le sars cov2. 2020 Juin;40(440):445.
117. SPF. Information coronavirus : Conduite à tenir en cas de signes. Affiche 62x100cm [En Ligne] Santé Publique France, mai 2021. réf: W-0327-001-2003. [cité le 9 octobre 2021] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/affiche/information-coronavirus-conduite-a-tenir-en-cas-de-signes-affiche-a4>
118. Jalbert P. Les gestes barrières expliqués aux enfants. Vanves: Deux coqs d'Or; 2020. 24p.
119. Obiała J, Obiała K, Mańczak M, Owoc J, Olszewski R. COVID-19 misinformation: Accuracy of articles about coronavirus prevention mostly shared on social media. Health Policy Technol. 2021 Mars;10(1):182-6.
120. Farsalinos K, Poulas K, Kouretas D, Vantarakis A, Leotsinidis M, Kouvelas D et al. Improved strategies to counter the COVID-19 pandemic Lockdowns vs. primary and community healthcare. Toxicol. Rep. 2020 Déc;8 :1-9.
121. SPF. Je limite la transmission du virus en adoptant la bonne conduite à tenir. Fiche patient [En ligne] Santé Publique France, 17 mars 2021. réf: CW-3006-003-2102. [cité le 9 octobre 2021] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/depliant-flyer/je-limite-la-transmission-du-virus-en-adoptant-la-bonne-conduite-a-tenir-fiche-patients#:~:text=Cette%20fiche%20destinée%20aux%20patients,l'a%20prescrit%2C%20s>
122. Schultz É, Ward JK. Public perceptions of scientific advice: toward a science savvy public culture? Public Health. 2021 Avr 15;194:86-8.
123. SPF. Covid-19 : supports d'information grand public et professionnels. Catalogue. [En ligne]. Santé Publique France, 18 novembre 2021. réf: CW-3062-001-2110 [cité le 20 novembre 2021] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/depliant-flyer/covid-19-supports-d-information-grand-public.-catalogue-novembre-2021>
124. SPF. Information coronavirus : protégeons-nous les uns les autres. Affiche A4. [En ligne] Santé Publique France, 2 juin 2021. réf: CW-3059-002-2105 [cité le 12 octobre 2021] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/affiche/information-coronavirus-protégeons-nous-les-uns-les-autres-affiche-a4>.

125. Secrétariat générale de la défense et de la sécurité nationale. Plan national de Prévention et de lutte « Pandémie griPPale », document d'aide à la préparation et à la décision. [En ligne]. 2011. N°850/SGDSN/PSE/PS [cité le 9 octobre 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Pandemie_Grippale_2011.pdf.
126. Bertrand A, Brunel D, Jambon F, Bosc E. La grippe durant l'hiver 1969-1970. *Presse Med.* 1971 Fév 6;79(7):294.
127. Mandin J, Clot J, Delpont H, Despaux E. Épidémie de grippe A2 Hong-Kong à Montpellier hiver 1969-1970. *Presse Med.* 1971 Fév 6;79(7):294.
128. Lépine P, Worms R, Vernant J-P, Offroy P, Cateigne G. La grippe. *Enquête. La Vie médicale.* 1970 Oct;2(31) :4151-222
129. Chu D, Akl E, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann H. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2020 Juin 27;395:1973-87.
130. B.T (avec agences). Chine : une mystérieuse épidémie au Wuhan infecte 44 personnes et fait craindre une nouvelle flambée de SRAS. *Nord éclair (en ligne)* [En ligne]. 3 janvier 2020 [cité le 14 novembre 2021] Disponible sur: <https://www.nordeclair.fr/688904/article/2020-01-03/chine-une-mysterieuse-epidemie-au-wuhan-infectent-44-personnes-et-fait-craindre>.
131. Richard Nixon grippé. *Sud Ouest.* 24 décembre 1968:2.
132. AFP U. Ancien confesseur de Pie XII et président du secrétariat pour l'unité des chrétiens le cardinal BEA est mort. *Sud Ouest Dimanche.* 17 novembre 1968;1.
133. AFP. Des éruptions solaires peuvent soumettre la cabine à d'inquiétantes zones de radiations...mais c'est la grippe qui reste, à bord, le premier ennemi. *Sud Ouest.* 23 décembre 1968;3.
134. Dr E. L. Grippe, pharmacie et psychose. *Le Monde.* 11 décembre 1969.
135. Gallopel-Morvan K, Nguyen Thanh V, Arwidson, P, Hastings G. Introduction. Dans: *Marketing social. De la compréhension des publics au changement de comportement.* Rennes: Presses de l'EHESP; 2019. p. 13-8.
136. Santé Publique France [En ligne] COVID-19 : étude ViQuoP "Vie quotidienne et prévention dans 60 foyers français à l'heure du coronavirus".[cité le 12 novembre 2021] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-etude-viquop-vie-quotidienne-et-prevention-dans-60-foyers-francais-a-l-heure-du-coronavirus>.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Résumé

Contexte : Depuis la nuit des temps, l'Homme lutte contre le fléau des pandémies. En absence de thérapeutique adaptée, la meilleure défense est la mise en place de mesures barrières. La dernière pandémie en France est celle de la COVID-19, 50 ans après la grippe de Hong Kong de 1968-1970. Face à ces constats nous avons voulu comparer les mesures barrières mises en place par les instances sanitaires lors de ces pandémies et l'implication des médecins généralistes. Nos objectifs secondaires sont la comparaison des campagnes de prévention et de l'implication des médias.

Matériel et méthode : Elaboration d'un travail historique de revue narrative de la littérature basé sur une recherche exhaustive dans des bases de données, et une recherche non exhaustive menée dans différentes archives. Organisation de la lecture des références obtenues en utilisant des critères d'inclusion et d'exclusion.

Résultats : Lors de la grippe de Hong Kong, l'état de crise sanitaire n'est pas déclaré : les instances n'émettent pas de directive particulière et le rôle des médecins généralistes reste inchangé. Durant la COVID-19, de nombreuses recommandations concernant les mesures barrières sont publiées et diffusées largement. Les médecins généralistes participent activement aux actions sanitaires.

Conclusion : L'évolution de la société et l'amélioration des réseaux de surveillance ont réformé la gestion sanitaire des pandémies. Ainsi, si ce sont les mêmes mesures barrières qui traversent le temps, portées par le bon sens et les découvertes scientifiques, ce qui a changé, c'est la perception que nous avons de leur nécessité.

Mots clefs : prévention ; pandémie ; COVID-19 ; grippe de Hong Kong.

Abstract: General practitioners in health management of a pandemic. Comparison of preventive measures taken during the Hong Kong flu and COVID-19. Narrative review of the literature

Background: Since the dawn of time, mankind has been fighting against various pandemics. Without appropriate treatment, the best defence is the establishment of preventive measures. The latest pandemic in France is COVID-19, fifty years after the Hong Kong flu. Given this observation, we compared preventive measures put in place by health authorities during those pandemics and the involvement of general practitioners. Our secondary objective is the comparison of prevention campaigns and the involvement of the media.

Methods: Elaboration of historical work of narrative review of the literature, based on exhaustive research in databases, and non-exhaustive research in different archives. Organization of the reading of references obtained using inclusive and exclusive criteria.

Results: During the Hong Kong flu, a state of emergency had not been declared: health authorities did not provide specific directives and the role of general practitioners remained the same. During the COVID-19 crisis, many specific recommendations have been published and widely transmitted. General practitioners have been actively participating in health management.

Conclusion: The evolution of society and the improvement of a monitoring system have changed health management during a pandemic. Even if the same preventive measures have crossed the time, driven by common sense and scientific discoveries, our perception of their necessity has changed.

Keywords: preventive measures ; pandemic ; COVID-19 ; Hong Kong flu.

Discipline : MEDECINE GENERALE

Université de Bordeaux
U.F.R des SCIENCES MEDICALES
146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux