

Histoire de grippe...

Joyet J (doc.jj@orange.fr)

Médecin généraliste sentinelle et médecin coordonateur EHPAD, Saint Louis, la Réunion

1/ LE SCRIPT

La (mauvaise) nouvelle tombe début 2009 : une nouvelle grippe nous menace directement. Grippe mexicaine (premiers cas décrits au Mexique), grippe porcine, grippe A, grippe H1N1... Le monde entier est en effervescence, le danger est grave, le péril imminent. L'épidémie est annoncée comme une future pandémie, réveillant ainsi le spectre de la sinistre grippe espagnole.

Dès lors, trois préoccupations, relatives à mes activités :

- me tenir informé en tant que médecin de terrain,
- rester à l'affût de nouvelles directives de notre réseau de médecins sentinelles,
- et adapter un plan de lutte à l'EHPAD de Saint Louis dont je suis le médecin coordonateur,

le tout rappelant l'épidémie du CHIK et celle redoutée de la grippe aviaire.

La crise à venir est rapidement prise en main par nos autorités politiques et sanitaires. Le 15 mai, le syndicat MG publie un plan d'action probablement en rapport avec la circulaire DGS/DHOS/HFD n° 2005-233 du 16 mai 2005 relative à la mise en place du plan gouvernemental de prévention et de lutte « Pandémie grippale ». Nous restons cependant en attente du plan gouvernemental.

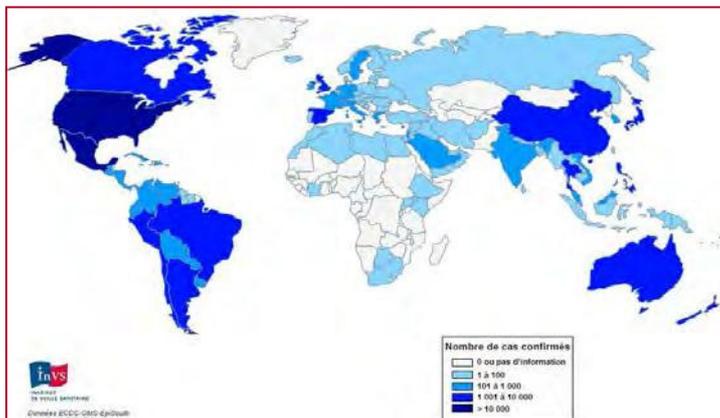
Le 11 juin : l'OMS déclare le passage en phase 6 de son plan, confirmant ainsi la situation de pandémie.

Le 7 juillet : une mise à jour de l'InVS précise la nouvelle définition et le repérage des cas de grippe A(H1N1)2009 sans référence dès lors à un voyage dans une zone exposée ou un contact avec un autre cas. Définition des cas possibles. Prise en charge du patient conformément aux instructions du ministère chargé de la Santé.

Le 10 juillet : mise à notre disposition d'un extrait du Plan gouvernemental « Pandémie grippale » (fiche C.4 concernant les mesures barrières sanitaires). Nous recevons un message pour obtenir le kit de protection : 25 masques FFP2 et 50 masques anti-projections.

| Figure 1 |

Distribution géographique par pays des cas d'Influenza A(H1N1) 2009 dans le monde, 13/07/2009, 11h



Le 15 juillet : lettre du Ministre de la Santé, Mme Roselyne BACHELOT, adressée à l'ensemble des médecins, expliquant les motifs de la stratégie mise en place jusqu'alors (appel au centre 15, hospitalisation systématique des patients grippés). En raison de la crainte de formes graves et de décès, il nous est demandé d'œuvrer solidairement et collectivement afin de limiter l'impact, tant sanitaire que sociétal, de l'épidémie. Il y est proposé de consulter les fiches « mémo » et la conduite à tenir (www.grippe.sante.gouv.fr).

Récupération le jour même d'un document à propos des facteurs de risque de la grippe et signes de gravité - j'en profite pour le réécrire pour avoir un document plus lisible à ma disposition- et d'un document indiquant la stratégie nationale de prise en charge.

Dans son bulletin 54 du 16 juillet, la Cire Réunion et Mayotte publie la situation dans le monde : 115 196 cas signalés confirmés dont 585 décès. A la Réunion, 12 cas confirmés (10 importés et 2 cas secondaires liés à des cas importés). Absence de forme sévère ou de décès.

Ce bulletin entérine les critères diagnostiques et indique qu'à la Réunion, le dispositif devra être adapté au contexte de grippe saisonnière de l'hémisphère sud et à l'extension prévisible de la pandémie. Le point épidémiologique local est assuré entre autres par le Dr Philippe RENAULT avec qui j'ai eu l'occasion (et le plaisir) de travailler à plusieurs reprises lors de l'épisode du CHIK en 2005. Il est mis à disposition des personnes séjournant dans les pays ou régions touchées par la grippe A(H1N1)2009 ou souhaitant s'y rendre, une adresse sur le site du Ministère des Affaires Etrangères (http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs_909/index.html).

Le 22 juillet : je rédige un document à afficher dans la salle d'attente de mon cabinet et à l'entrée de mon EHPAD.

Le 23 juillet : récupération du fichier recom-patients200906.pdf (recommandations pour les personnes malades). Trop long, trop dispendieux, je rédige un document plus pratique (1 feuille A4) que je transmets à tous les confrères dont je possède l'adresse email. Je l'adresserai plus tard au Dr Christian LASSALLE, ancien médecin de la DRASS Réunion, en poste depuis dans les Caraïbes, en lui demandant par la même occasion son point épidémiologique et les difficultés rencontrées (*solidarité inter-DOM, me répondra-t-il*).

Le 23 juillet : mise en route de la seconde phase de gestion de la pandémie, confiant la prise en charge aux médecins traitants.

Le 27 juillet : je confie ma patientèle à mon remplaçant car je prends un congé prévu de longue date. Je l'avertis du surcroît de travail prévisible lié à l'épidémie. Devant l'importance de l'enjeu, et pour la première fois, je lui demande de jouer le rôle de médecin sentinelle, m'étant assuré au préalable de la disponibilité des écouvillons, des documents à remplir etc. Mon remplaçant accepte de bonne grâce cette charge supplémentaire de travail. Les chiffres seront éloquentes : + 25% de consultations par rapport à la même période en 2008.

Le 24 août : rentré de vacances, je reprends le cabinet avec ardeur et détermination. Ayant déjà subi la vague du CHIK, je m'attends au pire, mais finalement, les choses se tassent et l'épidémie s'arrête progressivement. Il n'y a pas eu trop de dégâts, nous pouvons souffler...

2/ REMARQUES ET INTERROGATIONS

Quelques attitudes de patients

- Le *cinéma* avec les masques disponibles, ceux qui en demandaient et ressortaient du cabinet sans et l'inverse... A noter que ces derniers l'enlevaient pour entrer à la pharmacie pour se faire délivrer leurs médicaments... Une patiente m'a raconté qu'elle avait attendu le bus pour rentrer chez elle, avec sa fille masquée car malade. La porte s'ouvre, le conducteur demande « *Votre fille est malade ?* ». Les gens dans le bus : « *Elles n'entreront pas ces deux là !* ». Le bus est reparti sans elles. Du coup, la maman a enlevé le masque à sa fille et elles ont pu prendre le bus suivant sans aucun problème. C'est certain, nous ne sommes pas au Japon...
- « *J'ai de la fièvre, c'est donc la grippe A* » (résignation, fatalisme)
- « *Au moins Docteur, ce n'est pas la mortelle grippe A ?* » (crainte)
- « *Je suis enceinte, qu'est ce que je risque ?* ». J'ai eu 2 cas de CHIK chez des nouveaux nés gardant de graves séquelles, leur mère ayant eu le pic fébrile le jour de l'accouchement (frisson perso)
- « *Mon bébé a de la fièvre, c'est la grippe A ?* ». Non, c'est une simple rhinopharyngite !
- « *Je veux du Tamiflu !* » (branché Internet ou *Radio Moucate*) : pas besoin dans votre cas, etc.

Les prélèvements, questionnaires du réseau de médecins sentinelles

- Je suis médecin sentinelle depuis 1996 et les patients ont pris l'habitude de participer ainsi au réseau. Je faisais réaliser les prélèvements par le laboratoire en ville. Là, pas question ! Quand les secrétaires ont vu arriver un de mes patients masqué comme Zorro muni de l'enveloppe du réseau et demandant à être prélevé, il lui a été fermement demandé de retourner au cabinet. J'ai donc fait le prélèvement et apporté moi même l'enveloppe (circuit du froid indispensable pour les échantillons) en estimant qu'elles avaient sans doute raison de ne pas ainsi s'exposer inutilement.
- Bien sur, beaucoup de temps passé à remplir les questionnaires. Cependant, intérêt dans la détermination des maladies (A, B, autres) et ultérieurement, en vue de la vaccination.
- Un problème. Je pensais appliquer la même procédure que lors du CHIK : prélèvement systématique devant tout cas suspect. J'apprends à mon retour qu'il n'y aura qu'un seul prélèvement hebdomadaire, aléatoire. Les explications fournies à l'époque ne m'ayant pas convaincu, je n'ai pas changé de mode de fonctionnement, ce qui a peut-être faussé les estimations du réseau ?

Le temps

- Que de temps passé à expliquer, à expliquer encore le cours de la maladie aux patients suspects de grippe A, à rassurer les personnes indemnes de cette pathologie, à parler de prévention chez l'entourage pour les malades ou non...
- Nos patients ont eu peur. Nous ne vaccinons pas mais passons autant de temps à expliquer pourquoi il faut vacciner...

La prise en charge et le traitement

- La prise en charge hospitalière a frisé le chaos, des cas graves, des décès, malgré la qualité de nos réanimateurs. Dans mon EHPAD,

PAD, aucun cas, ni chez nos résidents, ni chez le personnel. J'avais rédigé pour mon EHPAD un protocole « ORGANISATION PRATIQUE FACE A UNE INFECTION GRIPPALE PAR LE VIRUS H1N1 »

- Moins *d'expériences et de tâtonnements* par rapport au CHIK (AINS, AIS, Antalgiques, poudre de perlimpinpin etc.). Là, les choses étaient plus claires : facteurs de risque / hospitalisation / Tamiflu. Prescription faible et raisonnée de ce médicament. J'ai prié le ciel de ne pas avoir de petit bébé ou de femme enceinte atteints par cette maladie et j'ai été apparemment entendu, merci pour eux.
- C'est certain, le paracétamol a du bien se vendre. A ma connaissance, il n'y a pas eu d'intoxication médicamenteuse (à vérifier cependant auprès des services hospitaliers).

Les mesures barrières

- Le port du masque : impossible de tenir longtemps avec le FFP2. Cela risque d'ailleurs de poser problème en cas de grippe aviaire. Le port de lunettes est facteur de risque... Le masque chirurgical, certes plus habituel et relativement confortable, pour la protection et surtout pour montrer l'exemple.
- Lavages de main, un gros bidon de SHA (bonne affaire pour les firmes et ce d'autant plus surprenant que l'alcool était considéré jusqu'alors comme un médiocre antiseptique...).
- Distribution de ma fiche A4 explicative.

L'information

- Rappelons que nous, médecins, avons le devoir de nous tenir informés.
- Nous avons eu droit à de grandes réunions (IFSI de St Pierre) : énorme participation (j'y ai même rencontré un ami psychiatre exerçant en libéral) mais trop de bla-bla, peu de choses intéressantes, certains orateurs ... non informés. Tout cela m'a laissé une impression défavorable et conforté dans l'idée de continuer de chercher moi-même les infos de qualité sur Internet dans les sites officiels.
- La presse : la presse locale ou métropolitaine, radiophonique, télévisuelle et écrite, se cantonnant dans leurs descriptions morbides respectives habituelles, n'a eu d'autre impact que d'affoler un peu plus la population et d'engendrer une certaine pagaille... qui continue.
- Un regret : l'absence de site unifié d'information de la *force de frappe* médicale. C'est le 2^{ème} épisode d'une épidémie touchant notre île (CHIK 2005). A ce propos, la notion que la nivaquine n'avait aucun effet sur le CHIK, préventif ou curatif, avait été diffusée un matin par notre chaîne radiophonique préférée. Aucun message ne fut passé aux acteurs médicaux, ni avant l'annonce ni après, ni même aux participants à l'étude en question dont je faisais partie pour le recrutement de malades...
- Information passive, information active ? Lecture, fax, email, Internet ? A chacun ses choix mais une source unique, facile d'accès ou d'inscription automatique devrait être mise en place. Je suis sans doute un privilégié car médecin sentinelle, je dispose d'informations fiables par ce canal. Mais d'un autre côté, dans le choix d'être médecin sentinelle, il doit bien se glisser un brin de curiosité, d'observation. Avoir à chaque instant, à chaque consultation, depuis tant de temps, le souci de dépister un cas doit bien être en relation avec un esprit que je qualifierais de *chasseur* ?

Quoiqu'il en soit, une solution serait de confier à la section départementale de l'Ordre des Médecins de créer un blog en cas d'épidémie car l'Ordre a toutes les adresses, téléphoniques, fax et email des médecins de l'île, quitte à demander à chaque médecin le moyen de transmission de l'information le plus approprié. Une adresse unique, fiable et facile, permettrait ainsi de véhiculer l'information en temps réel, ce qui n'avait pas du tout été le cas lors du CHIK et dans une moindre mesure pour la grippe A(H1N1)2009.

Et après l'épidémie ?

- D'autres soucis pointent à l'horizon : la seconde vague, sa date, les mutations virales ?
- Le 19 octobre, message du Directeur de la Santé à propos de la vaccination. La qualité des vaccins, les adjuvants, le risque de syndrome neurologique (Guillain-Barré), une dose, 2 doses ? Passage médiatique de notre Ministre de la Santé à la Réunion : qui a vraiment été convaincu ?
- La vaccination en centre de vaccination : les médecins généralistes sont écartés des soins de prévention, les protocoles utilisés ont été lourds, peu de réussite de ce plan vaccinal tant au plan local que national, doses de vaccin revendues ou commandes purement et simplement annulées. Changement de cap avec la circulaire n°DGAS/DGS/2009/364 du 3 décembre relative à l'organisation de la campagne de vaccination contre le virus A(H1N1)2009 dans le champ social et médico-social...

La France détient un tiers du stock mondial de Tamiflu... avec son délai de péremption incontournable. Autorisation officielle fin décem-

bre d'une prescription cette fois *larga manu* de ce médicament (d'efficacité faible, non dénué de risque)... autorisation heureusement non suivie par la population médicale dans son ensemble

3/ CONCLUSION

Comme lors du CHIK, les médecins de ville dont je fais partie se sont mis à la tâche avec une ardeur sans faille. Je pense que nous avons ainsi répondu aux attentes de nos patients, de la population.

L'information n'a pas été forcément claire pour tous voire trop abondante (trop de feux rouges annulent le feu rouge). Une gradation (avec sectorisation ?) de cette information aurait sans doute été souhaitable.

Quoiqu'il en soit, en dehors de toute polémique, d'une part, un traitement efficace a pu être disponible dans des délais raisonnables (ce vaccin restant à mon sens l'arme incontournable) et d'autre part, si l'organisation a pu paraître excessivement administrative, ne s'agissait-il pas en quelque sorte d'un plan MARSHALL ?

Répétition dans l'optique d'une épidémie de grippe aviaire, sans doute plus meurtrière... Serons-nous attentifs ? N'oublions pas que chez nous pourraient faire irruption d'autres maladies en provenance des îles voisines et de l'Afrique toute proche...

Restons vigilants et sentinelles !

| L'épidémie vue par les médecins libéraux |

Expérience d'un médecin généraliste sentinelle lors de la pandémie A(H1N1)2009 à l'île de la Réunion

Perriaux D (medecinsperriauxfontaine@yahoo.fr),
Médecin généraliste sentinelle, Les Avirons, la Réunion

Médecin installé depuis 12 ans dans une commune semi-rurale du sud-ouest de l'île de la Réunion, médecin sentinelle de la grippe, j'ai été confronté en 2009 à 2 épidémies : la première de type grippe A (H1N1)2009, la deuxième de type déferlement médiatique.

L'une des difficultés a été en effet de faire le tri entre les informations véhiculées par les médias plutôt de type catastrophistes, et les informations médicales qui ont pu être affinées au cours de la progression de l'épidémie. Les bulletins épidémiologiques publiés par la Cire m'ont permis de suivre l'évolution de l'épidémie, de comprendre les adaptations de politique de lutte en fonction de cette évolution, et de pouvoir faire passer le message aux patients.

Les réunions d'informations organisées par la Drass furent intéressantes grâce à la pluridisciplinarité des intervenants, et par la rencontre entre les décideurs et les acteurs de terrain que nous sommes.

Les infos télé et radios locales, de catastrophistes pendant 6 mois, ont heureusement évolué pendant l'épidémie sur la Réunion et le spot de l'URMLR a été le bienvenu pour diffuser des infos simples sur lesquelles s'appuyer pour informer, dédramatiser, rassurer, éduquer les patients.

Le message qui a sous-tendu mon action a été le suivant : la grippe A(H1N1)2009 est une maladie bénigne dans la majorité des cas, plutôt plus contagieuse que la grippe saisonnière mais avec moins de risque mortel ; les complications possibles, comme pour toute grippe, nécessitent une vigilance sans affolement et la mise en pratique de quelques moyens simples pour limiter sa diffusion.

À cet effet, l'accueil dans le cabinet a été modifié, avec si possible, un temps d'attente réduit pour les personnes fébriles ou toussant, celles-ci recevant un masque chirurgical à l'entrée de la salle d'attente en attendant la consultation, en leur demandant de mettre ce masque pour éviter la contamination des autres personnes présentes. Dans l'immense majorité des cas, les personnes potentiellement atteintes par le virus de la grippe ont joué le jeu et ont compris le sens de ce qui leur était demandé. Pour les jeunes enfants qui avaient des difficultés à accepter ce masque, il y avait une autre salle disponible.

Personnellement, j'ai mis un masque FFP2 pour examiner tous ces patients, et l'ai enlevé pour les autres. Le lavage des mains a été systématisé avant de dire bonjour ... et non après.