

Les premiers cas constatés au cabinet, sont apparus la première semaine d'août avec un maximum à la rentrée scolaire pendant 15 jours suivis d'une décroissance rapide avec une disparition des cas de grippe A(H1N1)2009 mis, donc une poussée épidémique relativement rapide ayant peu désorganisé le fonctionnement du cabinet. Pendant un mois, j'ai simplement reporté les consultations non urgentes pour pouvoir absorber le surcroît d'activité lié à la grippe.

À mon avis, cette rapidité épidémique a été beaucoup plus facile à gérer que l'épidémie de Chikungunya qui a duré beaucoup plus longtemps et avec beaucoup plus de consultations liées aux complications, complications qui posent encore des problèmes.

En effet, pour la grippe, les diagnostics dans leur ensemble étaient relativement simples si les deux maîtres symptômes (fièvre et toux) étaient présents. L'essentiel de l'examen consistait à dépister les complications notamment en recherchant un asthme plus fréquent que dans la grippe saisonnière et en surveillant les personnes à risque (nourrissons et femmes enceintes particulièrement ; paradoxalement il y a eu peu de personnes de plus de 55 ans atteintes).

Le traitement était simple également :

- Pour la fièvre et les douleurs ; paracétamol, éviter dans la mesure du possible AINS, Aspirine et corticoïdes.
- Pour la toux : antitussifs puis selon les cas inhalations ou aérosols en n'hésitant pas à donner bronchodilatateurs et corticoïdes inhalés voire kiné bronchique et surveiller l'apparition de crise d'asthme, les antibiotiques n'étant nécessaires que pour l'apparition de surinfection ou pour le traitement de pneumopathie bactérienne dépistée par l'examen.
- La question du vaccin ne s'est pas posée : il n'était pas disponible !
- Je n'ai donné qu'un traitement par Tamiflu, chez un patient aux antécédents d'immunodépression et un autre traitement a été initié par l'hôpital chez une patiente ayant une grippe sévère. L'essentiel des cas de grippe ne nécessitait pas de traitement

antiviral (le traitement par Tamiflu a donc été limité selon les recommandations pour éviter des risques de résistance)

En règle générale, l'essentiel des consultations a consisté à déminer les informations catastrophistes des médias, à expliquer les gestes d'hygiène de base (lavage régulier des mains, éviter de tousser sur tout le monde sans protection (masque, main ou manche ...), se moucher (dans un mouchoir jetable). Il a fallu aussi expliquer la durée de contagion, le pourquoi du port du masque, ou de l'arrêt de travail, le pourquoi du traitement symptomatique et pourquoi je ne donnais pas de Tamiflu ou d'antibiotique.

En tant que médecin sentinelle de la grippe, il m'a été demandé par l'ORS de faire deux prélèvements par semaine à compter du mois de Juin/Juillet chez des personnes ayant des symptômes grippaux. Il a été intéressant de constater le retour de prélèvement positif à grippe B saisonnière en Juillet ; tous les prélèvements d'Août sont revenus positifs à la grippe A(H1N1)2009.

L'expérience de l'épidémie de chikungunya nous a certainement aidé à garder la tête froide à la Réunion. Le fait de ne pas avoir de vaccin disponible et d'éviter de galvauder le Tamiflu, nous a permis de revenir aux bases d'hygiène et de prévention, que je continue à appliquer au cabinet après les avoir révisées lors de l'épidémie. Les réunions décideurs-acteurs de terrain me semblent tout à fait intéressantes pour se comprendre et avoir une certaine cohérence d'action. Il est dommage qu'il y eu aussi peu de monde à la 2^{ème} réunion de débriefing.

Le rôle du médecin généraliste maillon de base de la lutte contre l'épidémie reste essentiel dans l'éducation, l'évaluation de la gravité de la maladie, le dépistage des complications et l'aiguillage éventuel vers l'hôpital en évitant un engorgement hospitalier.

Les médecins réunionnais commencent à avoir une bonne expérience dans ce domaine.

| Le point de vue des décideurs |

L'épidémie de grippe A(H1N1) à la Réunion, l'action de l'Etat

Jean-François Moniotte,
Directeur de cabinet du Préfet de La Réunion

Alors que depuis quelques années, la France et la communauté internationale se préparaient à faire face à une pandémie grippale de type H₅N₁, c'est un autre virus grippal, A(H₁N₁) qui s'est propagé de manière inattendue à travers le monde et qui a touché La Réunion à partir du mois de juin 2009.

Lors du déclenchement de l'alerte sanitaire mondiale, de nombreuses incertitudes demeuraient notamment concernant la propagation du virus, sa dangerosité et sa virulence. En outre, l'évaluation fine de l'impact socio-économique susceptible d'être engendré par une épidémie de grande ampleur sur notre territoire, s'avérait difficile.

Néanmoins, l'existence d'un plan de prévention d'une pandémie grippale a permis à chaque service de l'Etat, à chaque professionnel de santé d'appréhender cet événement avec des outils déjà prêts et

donc de pouvoir mieux faire face à ces incertitudes renforcées par la progression rapide du virus en juin et en juillet 2009. En effet, durant les premières semaines de cette crise sanitaire, il était essentiel que le manque d'informations fiables sur le virus A(H1N1)2009 ne retarde pas la prise des décisions nécessaires à la protection de la santé publique.

Aujourd'hui, chacun le sait, les crises sanitaires sont des événements qui ont un impact social et économique majeur. La prévention des risques de dysfonctionnement global de notre société s'ajoute donc à l'organisation de la prise en charge médicale des personnes atteintes et à la prévention du risque sanitaire. Aussi l'action de l'Etat doit-elle intervenir de manière large et couvrir tous les domaines potentiellement touchés par l'événement. Elle s'organise autour du Préfet, représentant de l'Etat dans le département, qui a la charge

d'assurer la protection des populations. En période de crise, il coordonne l'ensemble des services de l'Etat et leurs partenaires, dont la Cire, en lien avec les administrations centrales des ministères concernés.

Dans ce cadre, sous l'autorité du Préfet de La Réunion une cellule de crise a été activée pendant plusieurs mois. Elle a réuni, chaque semaine, tous les services de l'Etat concernés (Préfecture, DRASS, ARH, Rectorat, DDJSVA, DTEFP, etc.), ainsi que d'autres organismes comme la CGSS, afin de dresser le bilan de l'évolution de l'épidémie et d'adapter, en tant que de besoin, les réponses apportées pour y faire face.

Dans un premier temps, la propagation rapide du virus dans le seul hémisphère Sud a amené la cellule de crise à proposer au Préfet, l'application de mesures en cours de validation au plan national. Pour cela, les analyses de la Cire, basées sur l'étude du phénomène à la Réunion mais également dans d'autres territoires touchés (Polynésie, Australie, Nouvelle-Zélande, Chili, Argentine), sont apparues comme des outils précieux dans l'aide à la prise de décision.

Ce fut le cas, par exemple, pour le maintien de l'ouverture des établissements scolaires de l'île. Les instructions ministérielles, à caractère préventif, ont été arrêtées à la mi-août, avant le début de l'épidémie en métropole. Or, à cette période, l'épidémie s'était déjà largement répandue à La Réunion. La marge de manœuvre laissée au Préfet par ces instructions ministérielles dans l'appréciation de la situation sanitaire et l'échange quotidien d'informations avec le Recteur ont permis d'adopter une position pragmatique et adaptée à la situation de l'île.

De même, l'organisation de conférences de presse hebdomadaires a offert une possibilité supplémentaire, en complément de la mise en service d'un numéro vert et d'une rubrique spécifique sur les sites Internet des services de l'Etat, d'assurer via les médias réunionnais, l'information du public tant sur l'évolution de l'épidémie que sur les gestes de prévention individuelle.

En revanche, l'application concrète du plan départemental de vaccination a été contrainte par les délais d'attente des autorisations de mise sur le marché des vaccins. Il faut toutefois souligner le remarquable travail effectué par la DRASS, en lien avec la Préfecture et les collectivités locales, d'une part pour élaborer ce plan départemental et, d'autre part, pour équiper et activer les centres de vaccination dans des délais courts.

Au final, l'épidémie de grippe qui a touché La Réunion en 2009, même si elle apparaît de moindre ampleur que celle de chikungunya que l'île a connue en 2005 et 2006, montre l'absolue nécessité, tout particulièrement pour les services de l'Etat, d'être préparé, à faire face à tout moment, à tout type de crise en apportant une réponse graduée et adaptée.

A la veille d'une réforme importante des institutions de santé avec la création des Agences Régionales de Santé, une coordination forte entre le préfet qui demeure le garant de la protection des populations et de l'ordre public et le futur directeur général de l'ARS est indispensable afin d'assurer, avec tous les moyens disponibles, la prévention et, le cas échéant, la gestion d'une nouvelle crise sanitaire.

| Le point de vue des décideurs |

La vision de l'Agence Régionale Hospitalière (ARH)

Huguette Vigneron Meleder (huguette.vigneron-meleder@sante.gouv.fr)
Agence Régionale Hospitalière Réunion-Mayotte

Les établissements de santé de la Réunion et de Mayotte sont depuis longtemps tout particulièrement formés à répondre efficacement à tous types de crises qu'elles soient de type chronique ; par exemple prise en charge du Chikungunya ou aigüe : cyclones ou grippe. Grâce aux plans blancs élaborés avec le soutien du SAMU et à Mayotte avec le service d'urgence puis des plans blancs élargis élaborés par les autorités préfectorales ceux-ci ont répondu très efficacement à l'épidémie de grippe qui a sévi à la Réunion au mois d'août à la Réunion et de façon un peu décalée à Mayotte.

La visioconférence que nous avons expérimentée lors du cyclone Gamède de février 2007, nous a permis d'échanger en temps réels voir en temps que de besoin sur l'ensemble des problèmes rencontrés avec un minimum de perte de temps quand on sait combien les équipes sont sollicitées et surchargées de travail en période de crises.

Ces visioconférences au départ réservées à la seule coordination hospitalière et élargies à la médecine de ville se sont progressive-

ment étoffées de l'ensemble des partenaires indispensables à une prise en charge globale de l'épidémie au premier rang desquels :

- la DRASS et notamment le Pharmacien inspecteur pour la gestion du stock de médicaments et de masques ainsi que de leur répartition auprès de toutes les structures de santé y compris des professionnels de santé libéraux. Il faut à ce sujet souligner l'efficacité et remercier le Centre Hospitalier Régional (CHR) et ses Pharmacies à Usage Internes (PUI) qui avec le soutien financier de l'ARH ont pu assurer cette mission de distribution qui n'est pas dans leur pratique habituelle.
- la Cire qui nous a permis de suivre les évolutions de l'épidémie et en la situant dans un contexte global de mieux appréhender les évolutions probables. C'est également grâce à l'expertise de la Cire que nous avons pu étoffer et systématiser notre recueil de données épidémiologiques et statistique qui il faut bien le reconnaître était très encore insuffisant au début de l'épidémie.