

Réunion grippe A H1N1

Paris – 29/06/2009

Introduction

J.P. Stahl – Président de la Spilf – CHU Grenoble

L'objectif de cette réunion est de faire une synthèse des expériences françaises de la gestion de l'épidémie de grippe A H1N1 après maintenant 2 mois de recul. Une discussion libre sera articulée par des présentations du vécu et de l'organisation de ces dernières semaines dans des services aussi différents que celui de La Pitié Salpêtrière (service référent de l'APHP), des CHU de province, des CH généraux (dont l'exemple sera Perpignan) ; mais aussi l'expérience des infectiologues libéraux, l'expérience de prise en charge de cas groupés à Toulouse. Enfin, un point épidémiologique sera réalisé par l'INVS, et le projet de recherche autour de la cohorte FLU-CO sera présenté. Ces divers témoignages permettront de nourrir un débat informel entre les différents infectiologues présents à cette réunion.

Expérience parisienne

Pr. François Bricaire – La Pitié Salpêtrière – APHP

Avant tout, il est important de souligner la différence entre la pandémie attendue (et redoutée) et la situation actuelle : les plans de préparation se basaient en effet sur une grippe aviaire, de type H5N1, venue de l'Est, et surtout « tueuse » ; on est finalement face à une grippe porcine, de type H1N1, venue de l'Ouest et à ce jour peu grave.

En Ile de France, le plan pandémique est coordonné par la cellule centrale du CO-REB (coordination des risques épidémiques et biologiques), qui se situe au siège de l'APHP. Le SAMU référent est celui de l'hôpital Necker, hôpital qui est par ailleurs référent des formes pédiatriques. L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière est désigné comme le 1^{er} référent ; 4 autres établissements (Bichat Claude Bernard, Paul Brousse, Raymond Poincaré, Necker) sont des référents associés de première ligne. Le COREB a été activé le lendemain de l'annonce des 1ers cas mexicain (et de la gravité potentielle de l'épidémie), le 25 avril 2009.

Le plan prévoit, en période de veille pré-pandémique, que le SAMU soit en 1^{ere} ligne de la prise en charge des cas suspects : en effet, tout cas suspect doit être relayé au centre 15 (que ce soient par des médecins libéraux ou hospitaliers), qui, après avoir exclus les patients ne répondant pas aux critères diagnostics, redirige les cas possibles vers les hôpitaux référents qui, eux, assurent l'accueil, l'isolement et le traitement des patients si nécessaire.

L'activation du plan pandémique a permis d'en vérifier le niveau de préparation, tant au niveau du matériel (masques notamment), qu'au niveau organisationnel (libération des chambres d'isolement, organisation du centre 15 et des services concernés : cliniques, laboratoires de virologie, pharmacie, réanimations...). En pratique, des lits d'accueil dédiés (chambres d'isolement en pression négative, entrée SAMU dédiée) ont rapidement été libérés ; la cellule de crise se réunissait initialement quotidiennement ; la communication aux médias a rapidement été organisée, avec la désignation de médecins référents ; l'information aux professionnels de santé hospitaliers a été rapide et efficace. Les patients suspects étaient accueillis dans le service référent avec une vérification des critères diagnostiques, puis, le cas échéant, ils étaient isolés et les prélèvements réalisés. Un traitement par oseltamivir n'était prescrit que si nécessaire, après réalisation des prélèvements. Du côté des laboratoires, une 1^{ère} étape a été la mise au point des tests diagnostics (avec l'appui de l'Institut Pasteur), puis l'optimisation des délais de rendu des résultats afin de pouvoir raccourcir la durée d'hospitalisation des patients suspects. Enfin, une garde (bénévole) de seniors infectiologues s'est rapidement organisée. Sa rémunération a été demandée, dans le cadre de l'UF COREB, depuis janvier 2009. Secondairement, ces mesures ont été étendues aux autres hôpitaux référents de l'APHP ainsi qu'aux laboratoires militaires.

La plupart des points clés de cette organisation a bien fonctionné : activation rapide sur un mode « fort » car alerte donnée devant un phénomène décrit comme potentiellement grave, prise en charge au niveau du centre 15 et transferts par le SAMU, mesures d'isolement, distribution de l'oseltamivir, gestion des lits. Il faut noter le calme des soignants permettant cette gestion de crise, ainsi que le rôle très important des actions de formations antérieures et des informations diffusées au cours de la crise. En pratique, sur l'Ile de France, cela a concerné 500 patients hospitalisés et 500 vus en consultation, pour finalement 75 cas confirmés (dont environ la moitié a été prise en charge à La Pitié Salpêtrière) ; il n'y a pas eu de forme grave.

Cependant, plusieurs problèmes ont émergés : la saturation rapide des laboratoires de virologie, avec, pour corollaire, un allongement des délais de réponse donc d'hospitalisation des patients ; mais aussi une gestion difficile des cas contacts pour lesquels la DDASS demandaient aux médecins de rédiger des ordonnances d'oseltamivir alors même qu'ils ne les avaient pas vu en consultation et que l'indication de la prophylaxie reste discutable ; ou encore la lourdeur de la procédure de définition des cas possibles/probables/confirmés auprès de l'INVS, indispensable pour la prescription du traitement. Enfin, cette organisation de crise, possible sur quelques semaines, semble difficile à faire perdurer sans aucun moyen supplémentaire alloué.

Car la véritable difficulté est d'intégrer cette surcharge de travail à des services qui conservent par ailleurs leur activité de base, et coordonner le réseau opérationnel et ce sans qu'aucun moyen financier n'ait été alloué à l'UF COREB et aucun moyen supplémentaire n'ait été mobilisé dans les services. De ce fait, la gestion de la « crise » grippale A H1N1 retentit sûrement sur la qualité de la prise en charge des autres patients hospitalisés, qui sont, actuellement, bien plus gravement malades. Concernant l'impact financier, non seulement il n'y a pas eu de financement ni de valorisation de ces mesures, mais en plus, leur mise en place a fait perdre de l'activité en T2A aux services concernés...

L'ensemble de ces données plaident pour un assouplissement des mesures décidées initialement, au vu des caractéristiques actuelles de la grippe A H1N1 (qui semble peu virulente) : diminuer les hospitalisations aux profits d'une prise en charge ambulatoire en consultations dédiées voire en médecine libérale, élargir le nombre d'établissements

susceptibles d'accueillir les patients, diminuer le nombre de prélèvements réalisés pour désengorger les laboratoires... le tout en restant vigilants, en exerçant une surveillance attentive sur l'évolution de l'épidémie. Si certaines de ces modifications du plan initial sont déjà appliquées ou en passe de l'être (par exemple, l'organisation de consultations dédiées), d'autres sont de mise en œuvre plus difficile, notamment, sur Paris, l'élargissement de la prise en charge aux autres hôpitaux et aux médecins libéraux.

En conclusion, la mise en pratique du plan pandémique prévue a globalement fonctionné, mais ce plan était prévu pour une pandémie grave. Or, maintenant que les caractéristiques actuelles de l'épidémie sont connues et plutôt rassurantes, un certain assouplissement des mesures initiales semble nécessaire mais semble paradoxalement plus difficile à mettre en œuvre. Enfin, le travail fourni est colossal, avec, malheureusement, un manque cruel de valorisation humaine et financière.

Discussion :

Le problème d'acceptation par la population des ces mesures strictes d'isolement (peu en rapport avec la symptomatologie bénigne de l'infection) est posé, ce d'autant plus que le lieu d'hospitalisation peut être éloigné du domicile. Il pourrait être résolu en partie par une multiplication des lieux de prise en charge (autres hôpitaux de l'APHP ou non) voire par l'implication des médecins généralistes pour une prise en charge ambulatoire, mais la direction de l'APHP semble réticente. Il faut souligner à cet égard que l'organisation parisienne est très centralisée.

L'expérience des CHU de province.

Pr Michel Dupon - CHU Bordeaux

L'expérience des CHU de province est relayée par le Pr. Dupon, du CHU de Bordeaux, qui a recueilli le vécu de plusieurs de ses collègues par un questionnaire récent.

En France, il existe 32 CHU, qui n'ont pas tous un laboratoire P3, au sein desquels la mise en pratique du plan pandémique peut varier sensiblement. Cependant, il existe des points communs : les appels proviennent essentiellement du SAMU, mais parfois aussi des médecins généralistes ; la plupart des cas suspects ont été hospitalisés (mais pas tous !!!), avec une durée moyenne de séjour de 1 à 2 jours pour les cas possibles et de 5 jours pour les cas confirmés ; plus de la moitié des services (60%) ont du hospitaliser des enfants dans des services pour adultes, avec les difficultés d'une prise en charge spécifique ; les patients suspects étaient hospitalisés en chambre seule isolée (66% en chambres à pression négative, dont tous les CHU ne bénéficient pas). Cependant, il existe une disparité dans les moyens disponibles : peu de CHU bénéficient de circuit de prise en charge fermé pour les patients suspects (seulement 33% au niveau des urgences !), et 40% des CHU envoyait leur prélèvement à d'autres centres faute de laboratoire P3. Par contre, il existe une constance

quant aux peu de moyens alloués aux mesures de lutte contre la pandémie : des moyens supplémentaires pour les laboratoires de virologie ou la mise en place de gardes médicales n'ont été dégagés que dans 5% des cas.

Les commentaires des médecins concernés révèlent avant tout l'ampleur de la charge de travail supplémentaire générée par ces mesures, notamment concernant la gestion des cas contacts ou la saturation rapide des laboratoires de virologie, alors que l'activité quotidienne devait se poursuivre ; lesquelles mesures semblent disproportionnées par rapport à la gravité réelle de l'épidémie. A ce titre, les cliniciens concernés s'inquiètent d'une potentielle mise en danger des autres patients, qui parfois se sont vu refuser l'hospitalisation en service adapté faute de place. Par ailleurs, cette disproportion est palpable par les réactions parfois agressives des patients en isolement. Enfin, l'application pratique des mesures du plan pandémique a fait ressortir l'inadéquation des moyens par rapport aux mesures préconisées : locaux non adaptés, accueil d'enfants dans des services dédiés aux adultes, absence de moyen humain ou financier spécifiquement alloués.

Ces expériences aboutissent à diverses propositions : avant tout, une adaptation plus rapide d'un plan, créé pour un risque différent de celui existant actuellement, semble nécessaire, avec, pour cela, la nécessité de relayer les avis des experts de santé aux autorités décideuses ; en pratique, il faudrait par exemple multiplier les lieux de prise en charge des cas suspects avec une implication plus grande des médecins généralistes, et pouvoir dégager des moyens spécifiques, tant au niveau humain que matériel (centres de régulation 15, automates de laboratoire...). Une question essentielle est en effet celle du coût de ces mesures, direct mais aussi indirect (baisse d'activité des services concernés avec net retentissement sur le PMSI).

Enfin, la préparation de la gestion de la période hivernale est nécessaire, avec notamment des difficultés diagnostiques qui seront plus importantes du fait de la circulation simultanée de plusieurs agents viraux responsables de syndrome grippal, et beaucoup d'inconnues en suspens : va-t-il y avoir un 2^{ème} pic épidémique automnal ? Si oui, quelle en sera la gravité ? Va-t-il y avoir une campagne vaccinale ? Si oui, avec quel vaccin et sur quel schéma ?

Discussion :

Les capacités de diagnostic semblent rapidement dépassées, et seront probablement insuffisante en période automnale : faut-il permettre aux laboratoires P2 de réaliser les tests diagnostics ?

Pour l'instant, la prise en charge des cas possibles/probables/confirmés nécessite de les rapporter à l'INVS, ce qui n'est pas sans lourdeur : il est probable que la surveillance évolue d'une surveillance exhaustive vers une surveillance des cas graves et des cas groupés. L'INVS en a déjà fait la demande aux autorités de tutelles, mais ces dernières n'ont pas encore donné leur aval.

Gestion de cas groupés : cluster H1N1 Quint-Fonsegrive : des travaux pratiques en grandeur réelle.

Le 12 juin, plusieurs élèves d'une classe de 6^{ème} du collège de Quint-Fonsegrive présentent un syndrome grippal. Le 13 juin, il est établi qu'il s'agit de cas groupés de grippe A H1N1. Après recensement des cas et sur avis donné par la DDASS, les enfants et leur famille sont dirigés la nuit même vers le service de maladies infectieuses du CHU de Toulouse. En conséquence, dans ce service, certains patients vont devoir changer de chambre pour permettre l'accueil des 11 enfants et de leur famille, qui arrivent entre minuit et 5h00 du matin.

Le lendemain, le DGS (Directeur Général de la Santé) contacte directement le responsable du service pour prendre connaissance de la situation ; la DGS décide de fermer le collège concerné à partir du 15 juin. Le 15 juin, il faut faire face à l'incompréhension des parents d'élève devant le double discours qui leur est fourni : d'un côté, les médecins les rassurent quant à la bénignité des symptômes, mais de l'autre, les mesures mises en place semblent disproportionnées par rapport au risque annoncé (prise en charge par le SAMU, hospitalisation systématique et isolement des cas, fermeture du collège...). L'ensemble est la source d'une inquiétude importante pour les cas contacts, voire de réactions de panique. Cette alerte va générer un net surcroît d'activité, avec, rapidement, des difficultés au niveau du laboratoire de virologie qui ne pourra rendre les résultats qu'en 48 heures au lieu de moins de 24 heures. Le 16 juin au matin, une réunion de service est organisée pour prendre les mesures nécessaires: il est décidé du retour à domicile des cas confirmés qui n'avaient plus aucun symptôme depuis plus de 48 heures et de modifier l'organisation du service en créant une partie dédiée à la grippe A H1N1. A la mi-journée, la nouvelle organisation est en place ; elle sera en accord avec l'avis du DGS arrivé ce même jour. Le soir même, un courriel est élaboré avec les médecins du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins afin de définir les cas possibles d'une éventuelle épidémie locale (syndrome grippal avec une fièvre > à 38°5c sans notion de voyage) ; le lendemain, ce courriel est envoyé à l'ensemble des médecins du département, en accord avec les autorités concernées (DGS, INVS, Préfecture). Finalement, le 23 juin, le bilan de ce cluster sera de 15 cas confirmés dans une classe de 30 élèves et de 2 autres cas dans 2 autres classes du collège ; le sujet source n'a pas pu être identifié et les prélèvements postérieurs n'ont pas mis en évidence de circulation autochtone du virus (54 résultats négatifs/54).

Cette expérience a montré l'importance, en cas de gestion de crise, d'une collaboration étroite entre le SAMU, le SMIT, la DDASS et la CIRE. Elle montre aussi l'importance de l'organisation sur le terrain, du rôle du personnel médical et paramédical qui a ici réussi à garder son calme au milieu de cet affolement collectif ; elle montre enfin qu'il faut parfois prendre sur place les mesures qui deviennent nécessaires. De fait, certaines des décisions prises dans l'urgence de la gestion de ce cluster seront mises en application par la DGS dès le 22 juin avec notamment hospitalisation réservée aux seuls cas graves. Au niveau local, l'organisation mise en place en temps de crise a permis de conserver, après retour à la normale, une consultation dédiée avec 2 lits réservés. Enfin, plusieurs questions restent en suspens, et notamment les rôles respectifs de l'oseltamivir et de la fermeture du collège dans le contrôle du cluster.

Discussion :

L'impact des différentes mesures dans le contrôle de ce cluster est difficilement évaluable. Concernant l'oseltamivir, il semble que la prophylaxie soit efficace (jusqu'à 80%) mais à condition d'être donnée tôt. La fermeture rapide du collège, même si elle est source d'inquiétude et d'incompréhension du grand public, a probablement été elle aussi très efficace.

L'oseltamivir a été souvent prescrit, sur demande de la DDASS, à des sujets contacts qui n'ont jamais été vus par le prescripteur. Or son utilisation n'est pas dénuée d'effets secondaires : des céphalées, nausées et vomissements semblent relativement fréquents ; il est par ailleurs décrit des effets graves neuro-psychiques chez des enfants japonais sous oseltamivir. Les dernières recommandations de la DGS (26/ 06) restreignent la prescription des inhibiteurs de neuraminidase aux seules formes graves et contacts étroits avec facteurs de risque de complications. Afin d'éviter une prescription trop large, l'oseltamivir n'est pour l'instant délivré que par les pharmacies hospitalières. Si le rôle des médecins généralistes dans la gestion de l'épidémie est acté, se posera la question de la disponibilité de l'oseltamivir dans les officines de ville. Actuellement, les autorités ne sont pas favorables à de telles mesures car elles craignent un débordement des prescriptions et une émergence rapide de résistance à ce médicament.

Concernant l'allègement des mesures de contrôle épidémique, les recommandations canadiennes sont depuis un mois qu'il ne faut plus traiter tous les sujets contacts, ni même tous les cas confirmés ; par ailleurs, la surveillance épidémique n'est plus exhaustive mais se limite aux cas graves et aux cas rapportés par des réseaux de surveillance. J.C. Desenclos (de l'INVS) fait remarquer que, si l'on peut penser que la France est « en retard » sur d'autres pays dans l'évolution de ses recommandations, c'est peut-être parce qu'il y a eu relativement peu de cas de grippe.

Un vaccin pandémique est en cours de préparation ; on peut se demander, compte tenu du caractère actuellement bénin de la grippe A H1N1, s'il ne vaudrait mieux pas une immunisation directe de la population en laissant circuler le virus. D'autant plus que le risque d'une vaccination de masse peut rapidement dépasser le bénéfice attendu, qui est, pour l'heure, minime.

Enfin, est soulevée la question du dépistage systématique d'une maladie fréquente peu grave : le nombre de diagnostics faits sous-estime très probablement le nombre réel de personnes touchées. Ces maladies (fréquentes et bénignes) sont plutôt du domaine des médecins généralistes. Il apparaît donc urgent d'impliquer les médecins généralistes dans la prise en charge de cette épidémie.

L'expérience d'un CH général.

Dr. H. Aumaître – CH Perpignan

5 cas prouvés ont été pris en charge à Perpignan, dans un secteur dédié fermé avec des chambres d'isolement (à pression normale), et, initialement, du personnel dédié. Leur prise en

charge a nécessité une collaboration entre les différents acteurs : elle fut excellente avec le centre 15, par lequel ont transités tous les appels ; ainsi qu'avec les responsables administratifs de l'hôpital, ce qui a probablement été facilité par la taille « humaine » de la structure. Par contre, elle fut plus problématique avec la DDASS, qui s'est retrouvée en difficulté pour la gestion des cas contact et incapable de répondre à l'inquiétude des médecins libéraux, peut-être à cause du manque de directives précises et pratiques du Ministère. Concernant le laboratoire de virologie, Perpignan dépend du laboratoire P3 de Marseille auquel il a fallu envoyer tous les prélèvements en taxi... ce qui a généré un surcoût conséquent (en effet, Toulouse, pourtant plus proche, ne fait pas partie de la même zone de vigilance).

Les réactions des médecins libéraux ont été très diverses : de la sous-évaluation initiale du risque par défaut d'information entraînant une panique secondairement, jusqu'à des médecins libéraux bien informés faisant part du sentiment de ne pas être intégrés au dispositif de prise en charge alors qu'ils sont bons connaisseurs des syndromes grippaux peu graves. Enfin, chaque cas a été médiatisé, avec, fort heureusement, une décision préfectorale limitant le nombre d'interlocuteurs et permettant ainsi d'éviter la cacophonie.

Suite à l'expérience de ces 5 cas, le dispositif de prise en charge a évolué : ainsi, une consultation dédiée, gérée de manière conjointe par le SAMU et le SMIT, a vu le jour ; les infirmiers hospitaliers et libéraux ont été formés ; les médecins libéraux informés et une « fiche réflexe » leur a été remise. Ainsi, le but est d'évoluer vers une prise en charge communautaire des cas non graves, avec une participation des médecins hospitaliers spécialistes pour les cas posant des problèmes, notamment les cas groupés.

Des questions demeurent cependant non résolues : à qui donner de l'oseltamivir ? Quelle répartition des rôles entre les établissements publics et privés ? Une vaccination de masse va-t-elle être indiquée ? Si oui, qui l'assurera ?

Enfin, il faut noter que ces mesures ont un coût non négligeable, tant sur le plan humain et matériel que financier : les coûts directs sont facilement évaluables (utilisation de consommables, coût des ambulances transportant les prélèvements...), mais les coûts indirects sont aussi très importants : on note par exemple une baisse de 30% du PMSI au cours de cette période, et plusieurs hospitalisations programmées ont dûes être annulées, possiblement au profit des établissements privés.

En conclusion, la prise en charge des ces 5 cas a mobilisé des moyens humains et financiers qui semblent démesurés par rapports à la bénignité reconnue de la grippe A H1N1 actuelle. Il est donc nécessaire, pour le futur, de limiter l'impact de cette prise en charge sur l'activité globale du service et de l'hôpital : pour cela, une implication forte de la médecine ambulatoire est souhaitable, soutenue par des infectiologues disponibles et relayant les informations ; ainsi qu'une meilleure préparation de la population, qui passera par une information fiable et claire : mesures barrières à appliquer, vaccination de masse si nécessaire. Dans ce cas, le rôle des infectiologues sera plus celui de référent, formant ses confrères généralistes et informant la population, que celui de médecin en première ligne.

Discussion :

L'exemple de Perpignan, qui doit envoyer ses prélèvements à Marseille, montre bien le problème posé par le diagnostic virologique : trop peu de laboratoires habilités en France, qui sont par ailleurs mal répartis et vite saturés. La solution d'élargir le diagnostic aux laboratoires P2 est possible, mais nécessiterait des moyens matériels (machines pour PCR) et humains probablement non disponibles. Une piste est peut-être le développement de tests de diagnostics rapides.

Cette expérience conclue encore sur la nécessité d'alléger les mesures actuelles, qui ont été mises en place pour une grippe potentiellement grave (et qui s'avère bénigne) : cet allègement permettra en outre de rassurer le grand public, actuellement partagé entre les discours rassurants et l'ampleur des mesures mises en place, qui est inquiétante. Par contre, l'évolution de cette épidémie est, comme le virus grippal, imprévisible : cette flexibilité doit s'accompagner d'une vigilance particulière et de la capacité à remettre en œuvre des mesures plus fortes si nécessaires. En effet, si, dans la situation actuelle, les mesures sont surdimensionnées, le risque, en les allégeant, est qu'elles soient ensuite sous-dimensionnées si l'épidémie devient plus grave.

A propos d'un cas chez un soignant de réanimation en MCO Privé.

Réactivité et implication des soignants libéraux en santé communautaire, et ici pour le H1N1.

Dr. P. Andre – Montpellier

Dans un premier temps l'expérience de la prise en charge d'un cas probable puis confirmé chez un soignant de réanimation en MCO privé est relatée. Les difficultés pratiques rencontrées ont été de plusieurs ordres : tout d'abord, la préférence du cas probable pour une prise en charge à domicile a devancé l'évolution actuelle de la réglementation, venant poser des questions de responsabilité des divers acteurs retardant la réalisation des prélèvements, et générant la désignation de parfaits « coupables désignés ». Ensuite la définition des cas contacts à traiter dans le contexte de réanimation, la définition des sujets contacts a été élargie à ceux qui avaient passé plus de 20 minutes (vs 1 heure) à moins d'1 mètre du cas. Il n'y eut aucun cas secondaire parmi les 5 patients et 17 soignants contacts . .

Enfin, le point le plus délicat fut la gestion des émotions et rumeurs, facilement mobilisables dans ce contexte, reflets d'une anxiété alimentée par la méconnaissance. La bonne gestion interne et externe de cet épisode est venue pointer la nécessité d'une communication précise, simple et rassurante par une cellule de crise rapidement mobilisable et pragmatique, en lien avec le service médical de la DDASS .

Secondairement, ont été abordées des idées pour une prise en charge extrahospitalière des cas de grippe A H1N1. Ainsi, dans l'Hérault, comme partout en France, il existe des réseaux de soignants libéraux formés à l'infectiologie par le biais d'une FMC. Ces soignants, fortement impliqués dans la santé communautaire et la santé publique, ont un champ d'intervention qui diffère de celui des spécialistes hospitaliers et qui est peut-être plus adapté aux caractéristiques actuelles de l'épidémie : environnement familial, domicile des patients, actions de prévention... Cependant, ils ne sont que très peu impliqués et reconnus par les tenants de la santé publique officielle, probablement par manque de représentativité des

acteurs de terrain, se formant régulièrement, dans les instances officielles. Lorsqu'on questionne les médecins libéraux, beaucoup répondent pouvoir se mobiliser et se rendre disponibles rapidement, mais qu'ils n'en ont pas, pour l'instant, les moyens : les tests diagnostics sont réalisés dans des laboratoires des gros hôpitaux, la prescription et la délivrance d'oseltamivir est limitée à la médecine hospitalière, il manque des masques pour appliquer les mesures barrières... Ils pensent ne pas être suffisamment informés, avec l'impression que leur principale source d'information sont les médias. En pratique, il existe plusieurs propositions pour améliorer l'implication des médecins libéraux dans la gestion de cette épidémie : la première est la nécessité de reconnaître le rôle et les qualités du soignant de proximité, en facilitant la rencontre entre les instances locales de santé publique et les dynamiques en place sur le terrain, en particulier via la formation continue, qui mobilise et organise, par secteurs, l'accès à un soin de qualité, pragmatique et transversale. La deuxième est de faciliter la communication en optant pour un mode transversal et non pyramidal comme à présent, et en réalisant des campagnes d'information visant le grand public, soutenues par le travail réalisable en salles d'attentes et dans les consultations de ces acteurs du soin extra hospitaliers.

Le point sur la surveillance épidémiologique.

Dr. Isabelle Bonmarin- INVS

La surveillance épidémiologique de cette épidémie repose actuellement sur un système exhaustif, comptabilisant tous les cas possibles/probables et prouvés de grippe A H1N1. Ce système a pour objectif de retarder la diffusion virale en mettant en place des mesures de contrôle autour de chaque cas. S'il est bien adapté à la surveillance et à la gestion du début d'une épidémie, il est par contre trop lourd et risque d'être vite saturé ensuite. Il semble, que, pour cette épidémie de grippe A H1N1, on arrive au moment où il faut faire évoluer le système de surveillance vers un système de sentinelles.

En effet, le dispositif INVS actuel est très lourd : il monopolise d'énormes moyens financiers mais surtout humains. Il arrive actuellement à saturation et aux limites de faisabilité. Ainsi, 200 à 300 appels sont gérés par jour !!! Depuis le début de l'épidémie, 3851 appels ont été traités, parmi lesquels 238 cas confirmés dont 54 cas groupés et 2 cas graves.

Il est donc probablement nécessaire de faire évoluer le système de surveillance vers un système plus adapté à la phase actuelle de l'épidémie et aux phases futures : ce qui a été proposé aux autorités est de recenser de façon exhaustive seulement les cas groupés et les cas graves, et de s'appuyer sur des réseaux de sentinelles (médecins libéraux, GROG...) pour surveiller l'évolution du nombre de cas non graves/non groupés. Pour l'instant, l'INVS est en attente de l'avis favorable de ces autorités de tutelle. Ce système permettrait de mieux répondre aux besoins de cette nouvelle phase épidémique, et aurait le mérite d'alléger les procédures tant au niveau de l'INVS qu'au niveau des soignants prenant en charge les patients. Cependant, l'arrêt de cette surveillance exhaustive doit s'accompagner de consignes claires de prise en charge des cas (qui ne seront plus systématiquement signalés) et d'une information des personnels de santé, des patients et du grand public sur les raisons de ce changement.

Discussion:

Là encore, ressort le sentiment d'inadéquation de modalités « lourdes » et parfois inquiétantes de la prise en charge des cas, contrastant avec un discours rassurant basé sur des faits qui le sont. Cette ambivalence est source d'une incompréhension du grand public et probablement d'un sentiment que les autorités « cachent » quelque-chose... Cela montre le déficit d'information auprès du grand public, mais aussi auprès des professionnels de santé. Cela montre aussi que le système actuel, s'il était adapté à la gestion du début d'une épidémie potentiellement grave, est actuellement dépassé et en inadéquation avec le caractère bénin actuel de l'infection.

Concernant les cas graves, s'il y en a, il sera important de savoir à quoi ils sont dus : à l'atteinte virale elle-même ou à une surinfection bactérienne ? Dans ce dernier cas, ne serait-il pas intéressant de réaliser une vaccination anti-pneumococcique large avant cet automne ?

Une grande question reste la place exacte des antiviraux : faut-il les utiliser largement alors qu'une seule classe est disponible, avec le risque de voir émerger des virus résistants ? Quelles sont les indications de traitement ? Si on reprend les données de la littérature, l'oseltamivir n'est que peu validé en thérapeutique, et ne l'a jamais été dans les formes graves ; par contre, il a démontré une efficacité certaine (jusqu'à 80%) en prophylaxie, à condition qu'on l'utilise tôt.

Présentation de FLU-CO : cohorte nationale de patients atteints de grippe pandémique, infection par virus émergent H1N1.

Pr. Catherine Leport – INSERM

L'infection par le virus grippal A H1N1 est une infection émergente, pour laquelle il est nécessaire de connaître la contagiosité et la gravité afin d'adapter les mesures de sa prise en charge.

La cohorte FLU-CO a été mise en place dès les 1ers cas, avec 2 phases successives : une phase pilote, comportant une analyse rétrospective des 1ers cas ; puis une phase prospective qui va se mettre en place prochainement et a pour volonté d'analyser des cas hospitaliers mais aussi en ville. Son élaboration regroupe plusieurs groupes de travail, permettant ainsi une approche pluri-disciplinaire : clinique, virologique, immunologique, sociologique...

Son objectif principal est d'étudier les déterminants de l'expression clinique, et notamment les facteurs de risque de formes graves, s'il y en a. Les objectifs secondaires seront d'ordre cliniques (description des symptômes), mais aussi épidémiologiques (impact des mesures de protection), sociologiques (perception de ces mesures), virologiques (évaluation de tests de détection rapides), immunologiques (modalités de la réponse immunitaire, spécificité de cette dernière dans les formes graves)... Le but de cette cohorte est d'assurer un rôle de passerelle entre la surveillance de l'épidémie et la recherche.

Les modalités d'inclusion seront les suivantes : une pré-inclusion des cas suspects (selon les critères de l'INVS) puis une inclusion définitive si confirmation du diagnostic par PCR.

Un consentement sera demandé lors de la pré-inclusion (moment où sera réalisé le prélèvement pour la PCR). Les centres participants ne sont pas encore définis : idéalement, ce serait la totalité des centres prenant en charge des patients atteints, mais les contraintes pratiques en période épidémique amèneront probablement à réaliser des échantillonnages voire même des pauses. Aussi longtemps que possible, une participation des praticiens de ville sera nécessaire.

Les prélèvements réalisés serviront à alimenter une bibliothèque ; des données cliniques et épidémiologiques seront collectées. Ces données seront exploitées par différents modules (cliniques, virologiques, immunologiques, génétiques, sociologiques...) afin de préciser les déterminants des formes graves. Pour cela, un groupe « témoins » sera constitué par les cas confirmés bénins, les cas confirmés et graves constituant le groupe « cas ».

Ce projet doit passer devant les autorités compétentes pour sa validation ; les 1ères inclusions sont donc prévues à partir de septembre.

Discussion générale : les points clés

1) La problématique :

- Décalage entre le cadre planifié initialement dans l'hypothèse d'un virus aviaire agressif, et les moyens raisonnablement nécessaires aujourd'hui en regard de la faible agressivité du virus actuel. Positionnement français en décalage avec le reste de la communauté internationale. Discordance constatée par les acteurs de terrain extra hospitaliers, les infectiologues, et le grand public, avec pertinence et cohérence du discours en jeu. Changement nécessaire de stratégie avec communication à ajuster auprès des soignants extra hospitaliers et puis du grand public.
- Cinétique lente de modification de la planification, avec décalage observé entre les acteurs de terrain et l'adaptation du cadre réglementaire , d'origine multifactorielle :
 - Expertise médicale complexe :
 - Données mouvantes, avec historique de 1918 en représentation négative (début identique de la pandémie)
 - Démarche préventive extra hospitalière plus pertinente et efficace, que la démarche curative de masse (Trt efficace seulement si très précoce, Trt utile seulement si forme grave), mais peu d'expertise dans ce domaine, par manque de coopération avec les experts soignants libéraux.
 - Absence de preuve suffisamment établie, de l'éventuelle fonction protectrice à l'égard d'une souche plus agressive à venir, d'une immunisation passive à un virus H1N1 peu agressif , comme pourrait y faire penser la protection relative des personnes âgées à ce jour.

- Principe de précaution à tout prix... mais peut être à trop court terme ? Quel impact sur la cinétique et la sensibilité virale d'une pression de sélection excessive antivirale (oseltamivir, zanamivir, vaccins)...

-Gestion politique du dossier

- Cellule de crise interministérielle sous la responsabilité directe du ministère de l'Intérieur = démultiplication des échelons, dilution de l'avis de l'expertise médicale infectiologique, absence de reconnaissance de l'expertise libérale en santé communautaire .

-

- 2) L'évolution en cours

- Cadre initial en vigueur jusqu'au 22/06/09 : dans l'hypothèse d'un virus contagieux et agressif : recours systématique à l'hospitalisation, envoi des prélèvements régionalisés, traitement de tous les cas prouvés, traitement des sujets contacts, suivi des sujets contacts, quarantaine avec mesures barrières lourdes (pression négative, protection vestimentaire en plus du basique masque et Sha), vaccination à grande échelle
- Cadre en vigueur au 29/06/09: gestion ambulatoire intra hospitalière puis retour sur le domicile, hospitalisation des seuls et à ce jour exceptionnels cas graves, traitement curatif précoce avant 48h des seuls cas graves ou avec facteurs de risque, traitement préventif avant 48h des sujets contacts étroits avec facteur de risque, arrêt d'investigation / sujets contacts, mesures barrières lourdes .
-
- Cadre raisonnable à valider: Gestion ambulatoire extra hospitalière, confirmation biologique de proximité pour les cas graves ou groupés et dans le cadre des réseaux sentinelles, recours hospitalier pour les cas graves, traitement antiviral très précoce des détresses respiratoires aiguës et des cas graves ou avec comorbidités prédéfinies , traitement préventif des seuls cas contacts avec comorbidités prédéfinies avec délivrance cadrée en officine. Simplification (masque et Sha) et extension (pour tous, si toux) des mesures barrières préventives .
- Communication explicite et simple grand public avec incitation au recours aux soignants de proximité , acteurs naturels de santé communautaire .

Réadaptation régulière du cadre en fonction de l'évolution épidémiologique et virale.

Conclusion de la journée

1) Ainsi il se dégage nettement que la situation actuelle nécessite des mises au point régulières, claires et adaptées aux caractéristiques maintenant connues et évolutives de cette épidémie.

2) Les professionnels insistent tous sur la nécessité d'une implication de la médecine libérale, et d'un allègement du dispositif actuellement en place, qu'ils estiment maintenant

disproportionné par rapport à la gravité actuelle de l'infection. L'hospitalocentrisme ne peut pas être la réponse à une épidémie bénigne.

3) Il a été décidé, au cours de cette réunion, la rédaction de fiches d'information pragmatiques à destination des professionnels de santé, écrites par des experts des sociétés savantes impliquées (SPILF, SRLF, société d'hygiène), sous la responsabilité générale de la commission des recommandations de la SPILF (Pr. Benoit Guery) : l'une concernerait les indications et non indications de l'oseltamivir, l'autre sur les moyens de protection (mesures barrières). Ces fiches seront élaborées en concertation et complément avec les fiches éventuellement déjà existantes (cellule grippe par exemple).

4) Il serait sans doute utile, pour élargir la prescription et la délivrance de l'oseltamivir à la pratique de ville, d'élaborer des ordonnances nominatives avec des cases prédéfinies reprenant les indications, à cocher par le prescripteur. Bien entendu, toutes ces propositions devront pouvoir évoluer en fonction de l'évolution de l'épidémie et de sa gravité.