

À propos de l'épidémie de grippe A H1N1

par le Dr Marc Jamouille*

* Médecin généraliste
Médecin spécialiste
en information médicale
Maître de stage et chercheur,
CAMG UCL
6040 Jumet

ABSTRACT



This article is a reflexion of a general practitioner about the management of the AH1N1v flu epidemic. The author presents the problems that are posed in general medicine by the management of this pandemic as desired by the federal authorities. He learns also the lessons from this lived current for a valorization of the profession.

Key words: AH1N1v virus, pandemia, oseltamivir, vaccination, recording, eHealth, general medicine.

RÉSUMÉ

Cet article est une réflexion d'un médecin généraliste à propos de la gestion de l'épidémie de grippe AH1N1v. L'auteur aborde les problèmes que pose en médecine générale la gestion de cette pandémie telle que souhaitée par les instances fédérales. Il tire aussi les enseignements de ce vécu actuel pour une valorisation de la profession.

Mots clés: Virus AH1N1v, pandémie, oseltamivir, vaccination, enregistrement, eHealth, médecine générale.

La grippe H1N1 est déjà en période de diffusion active en Belgique (voir Google Flu). Elle n'est, sauf exception, pas particulièrement dangereuse et donne moins de complications et beaucoup moins de mortalité que la grippe usuelle. Nous sommes pour le moment (26 octobre 2009), en Belgique, en pleine épidémie et les médecins généralistes, surchargés de travail, semblent faire face sans grand problème.

La grippe (sauf la grippe aviaire) est avant tout une affection généralement bénigne et spontanément résolutive.

Le traitement en est simple et suppose une surveillance plus attentive des sujets atteints afin de maîtriser les complications qui peuvent être sévères⁽²⁾. Les patients le savent et le certificat d'arrêt de travail ou d'école est le plus souvent le vrai motif de rencontre. La peur du virus, suscitée par le climat médiatique démentiel récent est une autre vraie raison de contact.

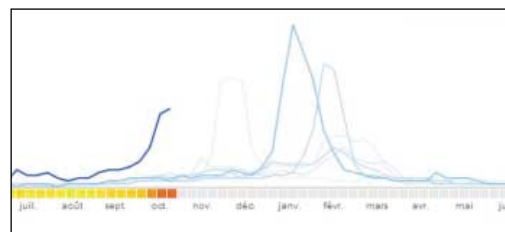
Rappelons qu'il n'y a **pas de traitement médicamenteux spécifique** contre le virus de la grippe. Si certains produits peuvent se montrer efficaces pour empêcher la pénétration du virus chez de nouveaux sujets (comme l'oseltamivir) il faut qu'ils soient administrés dans les 36 heures de la contamination. Comme il est impossible de déterminer le moment d'une contamination, cet intérêt est virtuel.

Ces traitements n'ont qu'une efficacité très limitée contre la grippe déclarée⁽³⁾ et présentent trop d'effets secondaires, particulièrement chez les enfants, pour être recommandés⁽⁴⁾. Les comprimés d'oseltamivir distribués aux médecins généralistes ont donc toutes les chances de rester confinés dans leur boîte.

Il est d'ailleurs heureux que ce produit ne serve à rien. Sinon les médecins auraient été mis dans une nouvelle situation instable, à savoir de déterminer une cible parmi leurs patients, ce qui aurait posé certainement au quotidien des questions éthiques insolubles vu le nombre limité de comprimés disponibles.

La **vaccination contre le virus H1N1v**, bien que très (trop?) rapidement mise au point et rendue disponible, semble efficace, plus chez les adultes que chez les enfants, justement diffuseurs du virus. Le délai entre l'administration du vaccin et l'immunisation réelle des sujets semble être de deux à trois semaines⁽⁵⁾.

Une vaccination doit être appliquée avant l'épidémie pour avoir une chance d'atteindre un nombre suffisant de gens non immunisés. Une vaccination pendant une épidémie n'a guère de sens puisqu'on ne peut connaître le taux d'anticorps de chaque personne avant de vacciner et qu'un grand nombre de personnes, ayant déjà fait la grippe, sont déjà vaccinées naturellement ou même récemment contaminées. Un patient



Évolution des recherches par les internautes concernant la grippe en Belgique, image du 26 octobre 2009. En bleu foncé, courbe 2009; en clair, courbe 2008 et 2007⁽¹⁾.

contaminé peut être lui-même contaminant pour autrui déjà 24 h avant de percevoir les premiers symptômes.⁽⁶⁾

Rappelons que «faire la grippe» n'est pas vécu de façon homogène. On sera surpris de trouver des montées d'anticorps chez des personnes qui vous diront avoir vécu un peu de fièvre et un petit malaise autant que chez des personnes ayant eu 40° de température. Eu égard à la dissémination épidémique actuelle, la vaccination H1N1 qui aurait dû être appliquée 3 semaines avant le premier cas identifié en Belgique, n'est plus urgente.

La modalité d'application de la vaccination doit être adaptée aux usages en cours et à l'organisation générale des soins, si elle existe.

Les **médecins généralistes**, pressentis par leurs organisations représentatives et par le ministère de la santé publique pour être les principaux acteurs de cette vaccination, sont à nouveau placés pour le moment en situation instable.

Alors que leur niveau de soin ne bénéficie d'aucune organisation structurelle du point de vue logistique et administratif (pas d'infrastructure soutenue par le secteur public, pas de secrétariat, pas de personnel) ils doivent réaliser une prestation (à savoir vacciner un groupe cible) qui demande tout d'un coup une organisation administrative (liste à jour de personnes cibles avec convocations, rappel, authentification, notation, transfert d'information) et une organisation opérationnelle (ressource en vaccin, chaîne de froid, transport, administration adéquate, évacuation des déchets).

Par ailleurs, ils doivent faire face à **deux contraintes majeures**. Premièrement, ils doivent **modifier leur pratique de consultation individuelle**, dont au moins 50% à domicile,

pour grouper celle-ci en fonction du fait que le vaccin rendu disponible doit être administré à dix personnes dans les 24 heures. Ceci semble a priori complètement irréaliste, infaisable et ne sera pas fait. Le groupe cible est justement composé de personnes âgées ou de malades sévères vus à domicile et les médecins ne sont pas équipés pour voir, en plus de leur travail considérable habituel, augmenté en pleine période de grippe, dix personnes d'affilées en respectant la chaîne de froid. Rappelons que la moyenne d'âge des médecins généralistes est de 55 ans.

Deuxièmement, on impose — septembre 2010 n'est pas loin (en septembre 2010, la Belgique prendra la présidence de l'Union Européenne et d'aucun pensent que l'image de la Belgique sortirait renforcée par un développement spectaculaire sinon efficace de son système informatique de santé) — d'utiliser un serveur informatique dédié pour transmettre l'identification du lot vaccinal et du patient par son numéro national, le tout certifié par la carte d'identité électronique du médecin, avec distribution par la poste d'un lecteur de carte dans un but de pharmacovigilance aussi totale qu'expérimentale. Là, on est en plein délire phantasmatique d'une poignée de bureaucrates irréalistes désincarnés. Un patient sur trois ne dispose pas de son numéro national inscrit sur la carte SIS et la carte d'identité. Tout simplement parce qu'il n'a pas sa carte d'identité, ni même sa carte SIS lorsqu'il vient à la consultation. Innombrables sont les patients qui ont perdu ou détérioré ces outils d'organisation sociale ou qui, à la rigueur, se promènent avec un document de perte ou de remplacement. Très nombreux aussi sont ceux qui n'en connaissent pas la couleur, parmi la couche fragile de population, justement les diffuseurs de virus, ceux qui ne toussent pas dans leur coude, soit les toxicomanes, les SDF, les sans papiers. En plus, 50% des prestations doivent se faire à domicile, ce qui impose un temps d'encodage ultérieur après avoir noté sur papier les éléments administratifs indispensables. La carotte est une consultation entièrement remboursée. On ne sait pas comment la prestation sera totalement remboursée si elle est effectuée en tiers payant, ce qui est le plus souvent le cas dans la population fragile décrite plus haut.

On dit donc que les médecins doivent envoyer leurs données à un organisme officiel et que la procédure est entièrement certifiée éthique et conforme. On ne dit pas pourquoi les médecins ne peuvent pas eux-mêmes gérer les données collectives de leur profession avant d'en faire rapport à l'état. **Une profession qui n'a pas la maîtrise des informations qu'elle produit ne pourra jamais s'affirmer comme autonome.** Il n'y a vraiment aucune raison que la profession ne maîtrise pas elle-même le flux de data et n'en conserve trace pour analyse de l'action de ses propres membres.

L'argument officiel pour soutenir une telle pratique est la pharmacovigilance qui devient tout

d'un coup un élément essentiel (tant mieux). Par contre, à ce jour, le système de pharmacovigilance active habituelle n'a pas reçu des autorités les supports nécessaires à un développement général et professionnel. La transmission se fait toujours sur papier et le système par télématique est toujours dans sa phase exploratoire alors qu'il aurait pu jouer son plein rôle dans ce cas.

Bref, il n'y a jamais eu de pilote sur le bateau de la santé publique mais, cette fois-ci, le bateau accoste au pays d'Alice au Pays des Merveilles et si jamais nos responsables devaient y rencontrer la reine, ils ne pourraient qu'entendre l'effroyable « Qu'on leur coupe la tête » et, comme Alice, se sauver à toutes jambes.

ENSEIGNEMENTS DE CE NAUFRAGE ANNONCÉ

- Considérer que le médecin de famille, médecin privé des personnes, a aussi un rôle de santé publique et adapter les moyens et structures à cette nouvelle façon de voir.
- Renforcer l'accès aux études, la formation, l'installation de médecins de famille afin de baisser leur moyenne d'âge et l'attractivité de cette profession qui a pour domaine la complexité.
- Soutenir de façon structurelle l'installation de centres de santé primaires équipés et riches en ressources humaines dont le médecin de famille, acteur clef qui peut rester indépendant, serait l'acteur coordinateur.
- Installer une commission mixte Santé Publique, Médecine générale qui serait habilitée à orienter dans la durée les décisions de santé publique en soins primaires.
- Les organisations de médecins de famille doivent apprendre à recueillir et gérer elles-mêmes les données de la profession avant de transmettre aux responsables de santé publique les données pertinentes aux objectifs définis de commun accord.
- Développer les outils d'information rapide, en particulier dans le domaine sensible du médicament et donc la télé-pharmacovigilance. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Google Suivi de la grippe (<http://www.google.org/flutrends>).
2. Voir www.uptodate.com
3. On gagne au mieux 35 heures (Degré d'évidence A) Evidence-Based Medicine Guidelines (<http://ebmg.wiley.com/ebmg/ltk.koti>)
4. Ellis C, McEwen R. Who should receive Tamiflu for swine flu? *BMJ*. 2009; 339: b2698.
5. The European Scientific Working group on Influenza (<http://www.eswi.org/>)
6. Source Duodecim guidelines

N.D.L.R. : À l'heure où nous mettons sous presse, la campagne de vaccination est en cours. Les prévisions un peu pessimistes de l'auteur concernant sa faisabilité ne semblent pas avérées et le remboursement total a été accepté.