



## Infections virales aiguës

# « Il faut se préparer comme pour la guerre »

Fin 2001, un rapport du HCSP sur les « infections virales aiguës hautement contagieuses et leur prise en charge » était rendu public.

Entretien avec le P<sup>r</sup> René Roué, coordinateur de ce rapport.

Le système français de veille sanitaire et d'alerte et le système de soins sont-ils prêts à répondre à une pandémie grippale ou à la survenue de cas d'une maladie hautement contagieuse comme une fièvre hémorragique virale ? C'est la question que posaient, en mai 1999, Martine Aubry et Bernard Kouchner en commandant un rapport au Haut Comité de la santé publique sur les infections virales aiguës hautement contagieuses. En décembre dernier, le P<sup>r</sup> René Roué, chef du service des maladies infectieuses et tropicales à l'hôpital militaire Bégïn de Saint-Mandé, a remis officiellement le rapport du groupe de travail qu'il présidait. Explications.

### *Qu'est-ce qui justifiait la commande du rapport ?*

Certains ont trop souvent tendance à prétendre qu'en France, on attend la survenue d'une catastrophe pour s'intéresser à un problème. Là, les ministres ont voulu anticiper des risques potentiels dans le cadre de l'émergence de maladies infectieuses. Car il ne suffit pas de dire que nous avons de bons médecins, de bons hôpitaux. Il faut réellement savoir si, en cas de fièvre hémorragique virale (FHV) de type Ebola par exemple ou en cas de

pandémie grippale, chacun serait prêt à faire face à la situation.

### *Pourquoi traiter dans un même rapport le virus Ebola, hautement mortel, et celui de la grippe ?*

Il n'est pas question, dans ce rapport, d'une épidémie de grippe hivernale habituelle, mais d'une pandémie grippale par mutation, par cassure du virus qui engendre une pathologie grave où on est alors quasiment dépourvu d'immunité. Le grand modèle de ce type de pandémie, c'est la grippe espagnole de 1918. Là, dans le meilleur des cas, nous ne disposerions pas de parade vaccinale avant trois ou quatre mois.

Il existe donc de nombreux points communs entre ces maladies émergentes ou ré-émergentes. Ce sont des maladies virales, aiguës, hautement contagieuses, susceptibles de transmission inter humaine avec un risque nosocomial pour les autres malades. Ce sont des maladies importées : pour faire simple, de Chine pour la grippe et d'Afrique pour les FHV les plus graves. Il n'y a pas de prévention vaccinale, les traitements médicamenteux sont quasi inexistantes et ces infections sont en elles-mêmes hautement létales. Dans les deux cas, il existe un délai de réponse pour le diagnostic, ce qui conduit à prendre

des mesures de sécurité entre la suspicion clinique et le moment où l'on affirme le diagnostic. En cas de survenue d'une pandémie grippale, il y aurait un risque d'engorgement majeur aux urgences. Dans les deux cas, ces maladies déclencheraient une peur relayée par une médiatisation inévitable, et les pouvoirs publics auraient à gérer cette panique. Voilà aussi pourquoi les ministres nous ont posé la question.

### *Mais ces deux types de maladies ne sont pas susceptibles de toucher le même nombre de personnes.*

C'est vrai et c'est une différence. Dans le cas des FHV, le risque est presque nul en France si les mesures adéquates sont prises. Il n'y a jamais eu de contamination en Europe, les cas connus étaient importés et, même en Afrique, les foyers restent limités : les épidémies d'Ebola touchent 300, 500 personnes, certes avec une mortalité très importante. En revanche, une pandémie grippale pourrait toucher une part importante de la population. Peut-être aussi avec une très forte mortalité : on est allé jusqu'à 30 ou 40 % selon le virus.

### *Qu'est-ce qui explique l'émergence de ces maladies virales ?*

Très simplement, les virus font partie du vivant. Ce sont des maladies de la vie. Il ne faut pas croire à l'aseptisation de notre milieu ni de nos sociétés. Avec le triomphe des antibiotiques, nous avons fini par penser que les maladies infectieuses ne sont plus un problème, ce n'est pas vrai. Nous sommes toujours en situation d'alerte. De nouveaux facteurs explicités dans le rapport tentent d'approcher les émergences actuelles.

### *Vous avez ausculté le système ; alors, sommes-nous prêts à faire face à ces alertes ?*

Commençons par les fièvres hémorragiques dont nous avons revu toute la chaîne. Les principales lacunes sont d'abord dans le retard à la reconnaissance des cas là où ils émergent, avant que les instances internationales de santé soient alertées ; c'est le silence épidémiologique, ensuite c'est sûrement au niveau du transport puisqu'il faut rapatrier d'Afrique les malades suspects. Or la France ne possède pas d'avion sanitaire équipé dans ce but. Il n'y a pas non plus de brancard d'isolement adapté, avec des manchons étanches. Et pour conduire le malade aux portes du service hospitalier, il ne suffit pas de dire que c'est tel Samu qui s'en charge. Il faut du personnel informé,



préparé. Ebola, c'est comme dans le film *Virus* : ça sème la panique, de manière excessive d'ailleurs. Ensuite, il faut un service d'accueil. Dans notre hôpital, pour les six cas de suspicion que nous avons reçus, nous avons vidé la moitié du service pour créer un no man's land. L'équipe est entraînée et, chez les militaires, le personnel est très disponible. Les containers sont prêts avec les vêtements à revêtir. Les consignes, les protocoles sont connus.

*Tous les services hospitaliers ne peuvent pas être ainsi sur la brèche. Que recommandez-vous ?*

Que le service de maladies infectieuses et tropicales de chaque CHU soit capable de prendre les mesures immédiates dites de précaution standard en cas de suspicion ; le patient doit être pris en charge comme un cas avéré jusqu'au diagnostic : isolement du malade, protection du personnel qui ne doit plus entrer dans la chambre qu'avec des bottes, des lunettes, des casques...

*Cela veut dire qu'ils n'ont pas les moyens de le faire ?*

Ils sont certainement capables de le faire, mais la fonctionnalité n'est pas forcément en place. Et puis, les médecins n'ont pas que l'Ebola dans la tête. Aux urgences, toutes les pathologies leur arrivent, il faut pouvoir y penser. Et là, l'information est fondamentale. Le rapport du Haut Comité va être largement diffusé auprès de tous ceux que cela concerne. La formation va se mettre en place par l'intermédiaire des sociétés savantes. Par exemple, durant les Journées nationales d'infectiologie à Grenoble, en juin, qui réuniront 1 000 infectiologues, une session spéciale sera consacrée aux fièvres hémorragiques. Pour que l'on puisse, demain à Aurillac, penser à une FHV devant une forte fièvre au retour d'une zone d'endémie présumée ou avérée. Les médecins en connaissent l'existence, mais ils estiment qu'ils n'en verront

jamais. Le travail, c'est de les convaincre que la marée monte. Tout un chacun doit désormais penser que ce type de cas peut lui arriver et s'y préparer.

*Voilà pour le diagnostic. Que recommandez-vous pour la prise en charge ?*

Dès le diagnostic suspecté, il faudrait pouvoir envisager un transport secondaire vers un centre spécialisé qui disposerait de chambres d'isolement, en dépression où le personnel travaille dans une meilleure sécurité mais qui n'existent pas actuellement hormis à Lyon, en satellite du laboratoire P4. Le rapport propose d'ailleurs de créer deux à trois centres de ce type en France, civils et militaires. Ils pourraient aussi servir en cas de bio-terrorisme.

*Accessoirement, votre rapport, bien que remis après le 11 septembre, n'évoque pas le bio-terrorisme. Pourquoi ?*

Dès le départ, il a été convenu que nous ne nous occuperions que du risque naturel, pas du bio-terrorisme qui était déjà traité directement par le ministère, par la cellule Biotox qui existe, non pas depuis le 11 septembre, mais depuis plus d'un an.

*Deuxième sujet, la grippe. Le système de santé est-il prêt à faire face à une pandémie ?*

Non, les ministres se sont placés dans une logique d'anticipation du risque. Si la pandémie survenait, l'effet de panique pourrait être très important. Vous verriez les gens attraper la grippe autour de vous. Ils seraient très malades, certains en mourraient. On imagine l'ambiance. Les urgences seraient débordées. Que feraient-on des malades ? Les renvoyer chez eux ou les hospitaliser au risque qu'ils contaminent le personnel et les autres malades ? Faudrait-il donner les traitements dont l'efficacité mérite d'être réévaluée ? Y aurait-il suffisamment de

stock ? Quand le vaccin arriverait au bout de plusieurs mois, qui en bénéficierait ?

*Dans le rapport, vous écrivez qu'il ne faut pas céder à la panique et vous indiquez qu'il faudrait choisir qui traiter ou vacciner ; c'est finalement très angoissant.*

Mais c'est obligatoire. Nous ne pourrions pas disposer en même temps de 60 millions de doses. Il faut donc prévoir qui sera vacciné en priorité : par exemple, les groupes à risques médicaux ou les personnes qui sont nécessaires à la vie économique du pays ? D'autant que les pandémies ne connaissent pas les frontières. En 1995, un groupe de travail a déjà réfléchi sur la pandémie grippale, nous demandons que les conclusions de l'époque soient réactualisées annuellement. Il faut avoir un débat de société, un débat politique où l'on imagine concrètement le scénario.

*Que proposez-vous ?*

Je n'ai pas la solution. Personne n'a la solution. Il existe une cellule grippe, nous lui demandons d'élaborer un « plan grippe ». Un aréopage de 30 ou 40 experts de la maladie, de santé publique, du médicament, du vaccin doit s'y atteler, avec les politiques. Pour prévoir, à froid, les décisions, les stratégies, l'information envers les professionnels et la population. Nous, médecins, ne sommes pas habilités à dire s'il faut d'abord préserver les forces économiques de la nation. C'est aux politiques d'anticiper ces choix pour limiter les dégâts. Et quand ce plan grippe sera prêt, il faudra le publier, le diffuser auprès des utilisateurs. Et le tester avec une simulation comme on le fait pour tout plan rouge en cas d'accident, de catastrophe. C'est comme un plan de bataille car si demain il y a la pandémie, il faudra se défendre... comme à la guerre.

*Vous recommandez de prévoir des échelons infra-*

*et supra-nationaux. Pourquoi ?*

Ce n'est pas très nouveau de penser que la région, voire l'interrégion est le bon niveau de décision. Il y a déjà des ébauches avec les centres interrégionaux de recherche en épidémiologie, les CIRE, qui vont être développés comme nous le demandons. L'Europe : nous y sommes déjà... S'il y avait une pandémie, l'alerte serait donnée par l'OMS, mais elle n'a pas de pouvoir décisionnel sur les États. Or il faudrait une gestion européenne, des décisions communautaires. Une pandémie grippale n'a pas de frontière, pas plus que pour les FHV. Je viens de prendre en charge une patiente qui avait été rapatriée par une société aérienne autrichienne et dont les prélèvements biologiques sont allés à Hambourg. C'est l'Europe, et nous devons penser en termes européens.

*Vous avez remis votre rapport voici deux mois. Y a-t-il eu déjà des avancées ?*

Les gens travaillent. Des commissions se réunissent. Nous aurons les chambres d'isolement, le brancard. Il y aura, dans quelques mois espérons-le, un avion sanitaire, peut-être dans le cadre européen. Le plan grippe est en train de se mettre en place, il sortira. On anticipe les risques. Anticipation et vigilance : ce sont, je crois, les mots clés du rapport. Surtout ne pas prendre ces maladies comme de la fiction et attendre. Le terrorisme est venu montrer que ce n'était pas de la fiction, qu'il existe une réalité potentielle. Il faut s'y préparer, s'entraîner. Nous disposons ou nous disposerons pratiquement de tous les moyens, c'est sur l'organisation et sur la planification qu'il faut travailler. ■

**Propos recueillis par Marc Patin**