



Moyens de lutte et de prévention des maladies d'importation

Chikungunya, paludisme, fièvres virales, bactéries multirésistantes... Autant de pathologies pour lesquelles des plans ont été mis en place pour assurer le repérage, la surveillance, la prévention, la prise en charge, par des structures et une organisation devenue très précise en France.

Organisation médicale de la prise en charge des pathologies d'importation à haut potentiel infectieux

François Bricaire
Service des maladies infectieuses et tropicales, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Dans une société moderne, il est devenu indispensable de réfléchir à une mise en place de moyens adaptés dès que peut apparaître un risque infectieux épidémique et surtout contagieux. Certes la prise en charge des épidémies n'est pas nouvelle, tant s'en faut. Toutefois, le développement des moyens et techniques modernes permet un certain degré de prévision et d'identification des risques. En dépit d'un fort coefficient d'incertitude inhérent à la médecine en général, à l'infectiologie en particulier, l'évolution de nos sociétés et de leurs exigences, comme la mise en avant en France du principe de précaution contraignent les autorités tutélaires responsables à organiser et optimiser des moyens de lutte appropriés. L'objectif est alors non d'empêcher un phénomène quasi obligatoire, mais d'en retarder l'apparition, d'en réduire l'intensité et les conséquences, le plus efficacement possible, pour le bien à la fois individuel et collectif.

La crainte de voir arriver en Europe des fièvres hémorragiques africaines avait justifié les premières réflexions de plans d'accueil de sujets infectés en maladies infec-

tieuses. Puis successivement le bioterrorisme, l'épidémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), et l'annonce de la pandémie grippale ont permis d'avancer sur la continuation des plans d'organisation, de les affiner, de les amender. Les crises successives ont permis de les tester pour les améliorer. Même objet de critiques, parfois justifiées, cette organisation, qui doit s'assouplir, se structurant encore davantage, a pour but de pouvoir appréhender tous ces phénomènes infectieux de la grippe A H1N1 au développement de bactéries multirésistantes de plus en plus fréquentes et fruits d'une mauvaise utilisation des antibiotiques.

Le système repose d'abord bien évidemment sur des réseaux de surveillance internationaux (OMS) comme nationaux (InVS) susceptibles de fournir à l'avance les informations nécessaires à l'annonce d'un phénomène infectieux à plus ou moins long terme.

Une organisation autour de 7 zones de défense

Des réflexions sur ces prises en charge ont rapidement montré que diverses structures de l'État étaient impli-

quées : non seulement les services du ministère de la Santé, mais aussi de l'Intérieur, de la Défense, de la Justice, comme les services du Premier ministre en la structure du Secrétariat général de la Défense nationale (SGDN). C'est la raison pour laquelle il a été décidé de faire reposer la structure administrative initiale de base sur la zone de défense. Il y a 7 zones de défense sur le territoire métropolitain français. Chaque zone possède un ou deux centres dit référent, chaque centre devant comporter un centre hospitalier universitaire avec un service des maladies infectieuses. Les zones Nord, Rhône-Alpes, Paca ont un centre référent, les zones Ouest et Est deux, l'Île-de-France a comme référent une structure qui est l'AP-HP (Assistance publique-Hôpitaux de Paris). Celle-ci a constitué une structure dite COREB (Coordination du risque épidémique et biologique) comportant une cellule centrale avec le Samu (centre 15) et des hôpitaux référents : groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, appuyé par les hôpitaux Bichat, Paul Brousse et Raymond Poincaré, Necker pour l'accueil des enfants.

Chaque centre référent a pour mission d'organiser sur sa zone la gestion d'une alerte épidémique : diffusion des plans, coordination des moyens zonaux, accueil des malades suspects ou infectés, gestion en nombre des cas éventuels sur les structures de santé de la zone, formation et information, relation avec les structures tutélaires.

- L'activation initiale doit être la plus rapide possible dès l'alerte épidémique annoncée. L'objectif est alors de pouvoir repérer le ou les cas potentiels dans les meilleurs délais, et donc de pouvoir informer les autorités de l'existence sur le territoire français de cas. C'est ici que l'appel au 15 est essentiel. Il se révèle très efficace. Les cas suspects sont transférés par le Samu avec les moyens de protection nécessaires vers un centre référent. C'est là que le sujet sera isolé, prélevé, pour confirmer ou infirmer le diagnostic et traiter selon les possibilités. Cette première période peut paraître parfois excessive dans une épidémie bénigne ; elle est cependant nécessaire si l'on souhaite que la gestion se fasse rapidement et de façon adaptée. Le Samu se révèle alors comme l'élément essentiel du dispositif. Il doit pouvoir adapter ses moyens en personnel pour réceptionner les appels, réguler les demandes en parfaite coordination avec l'InVS et les centres hospitaliers référents.

- Par la suite, en fonction des caractéristiques de l'épidémie et de l'agent infectieux, doit s'organiser autour du centre référent toute la prise en charge des structures de santé nécessaire à l'accueil en nombre des sujets concernés. C'est ici que les cellules de crise, la coordination avec les tutelles, les réponses homogénéisées entre les hôpitaux doivent pouvoir montrer leur capacité d'action. En fonction de l'intensité et de la durée de l'épidémie, peuvent alors s'imposer diverses mesures : réorganisation des activités par la déprogrammation, redéploiement des accueils en unité de réanimation, mise en place de divers secteurs d'isolement au sein des services spécialisés, l'objectif

étant de traiter certes les infectés, mais aussi les non-infectés et également les infectés ayant une pathologie associée justifiant une hospitalisation spécialisée (cardiologie, maternité, etc.). L'organisation des laboratoires, et notamment des laboratoires de microbiologie, est également fondamentale, établie en relation directe avec le service des maladies infectieuses.

- Les structures doivent donc pouvoir s'adapter continuellement ; au-delà de la direction et des personnels médicaux ou paramédicaux, c'est toute l'intendance de l'hôpital qui doit pouvoir faire face aux besoins selon les nécessités et leur évolution. L'on conçoit que s'imposent, en ces périodes, à la fois une grande disponibilité des personnels, une gestion de l'absentéisme, l'importance de donner des informations et des explications très régulièrement et de gérer avec une très grande souplesse les dispositifs.

- La fin de crise impose aussi des procédures pour un retour dans de bonnes conditions à un fonctionnement normal, en tenant compte des retards accumulés sur d'autres activités, la gestion d'équipes fatiguées. Un débriefing s'impose toujours pour tirer des conclusions et des propositions d'amélioration pour le futur.

- Les moyens nécessaires à la réalisation de ces plans doivent donc être au mieux prévus. Certains sont issus même de l'organisation des plans, les autres plus dépendants des situations épidémiques potentielles. Ils reposent sur des analyses, des hypothèses, des scénarii, assortis de la réalisation d'exercices pratiques. L'État a mis en place une structure chargée de gérer ces moyens : l'EPRUS (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires). En effet, au-delà des prévisions, doivent être gérées les commandes, les stockages, la distribution en temps opportuns des moyens. C'est ainsi que doivent être envisagés aussi bien la construction de chambres d'isolement avec sas et pression négative ou de structures d'accueil des urgences, que les achats de masques, d'anti-infectieux ou de produits désinfectants. C'est aussi l'EPRUS qui organise et gère des moyens humains telles des équipes de renfort qui pourraient se révéler nécessaires en cas de crise. Le volontariat et la réquisition sont à la base de la constitution de ces équipes de renfort utilisables selon les nécessités et les circonstances. On imagine la difficulté qu'il y a à prévoir l'ensemble de cette gestion, tant les incertitudes sont grandes, les variables nombreuses quand on parle d'épidémie, de pandémie ou de tout phénomène infectieux à développement potentiellement élevé. Il faut, avec des structures d'expertise compétentes et appropriées, pouvoir approcher au mieux des réponses, sachant que les choix sont ensuite politiques, tenant compte du principe de précaution, d'un coefficient d'imprévisibilité toujours présent. Il faut savoir décider, savoir subir les critiques et les gérer. L'exercice n'est jamais facile, chaque crise se révélant différente dans sa survenue, son expression, son évolution.

- Les expériences successives ont déjà largement confirmé les difficultés. Elles ont permis d'évoluer,



d'amender, de compléter les plans existants. La dernière expérience de la pandémie grippale A H1N1 a parfaitement illustré des problèmes nés d'un phénomène attendu qui ne s'est pas exprimé tel qu'on pouvait majoritairement le craindre. Elle est venue notamment souligner la nécessité d'une plus grande souplesse dans la coordination des moyens, leur mise en application, la nécessité d'une meilleure communication directe avec la population ou les professionnels de santé, ou par l'intermédiaire des médias. Simplicité

des messages, attitudes sur les décisions prises, intégration de tous les acteurs dans la réalisation des plans que chacun doit pouvoir s'approprier. Reste à trouver les bons dosages pour ne pas en faire trop ou pas assez en fonction de l'intensité du phénomène. La gestion des alertes météo trouve aujourd'hui une écoute plus sereine dans le public : il faudrait qu'il puisse en être de même pour celle des alertes infectieuses épidémiques. Beaucoup de travail reste encore à faire! ✈️

Les centres de vaccinations internationales et leur rôle dans la médecine des voyages : vaccination antiamarile, autres vaccinations, conseils aux voyageurs

Catherine Goujon
Médecin référent
pour les vaccinations
et les conseils aux
voyageurs, Centre
médical de l'Institut
Pasteur

Les centres de vaccinations internationales (CVI) sont des structures dédiées à la vaccination des voyageurs qui franchissent des frontières, principalement la vaccination contre la fièvre jaune. Il leur revient également d'informer les voyageurs de l'ensemble des mesures à prendre pour prévenir les risques sanitaires auxquels ils seront exposés au cours de leur déplacement.

Les CVI, dans leur grande majorité, sont regroupés au sein de la Société de médecine des voyages, société savante régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, qui rassemble les professionnels de santé impliqués dans la prévention et la prise en charge des problèmes de santé des voyageurs.

Ils sont également représentés dans le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI), qui élabore et actualise chaque année les recommandations sanitaires pour les voyageurs, publiées dans un numéro spécial du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, après avoir été approuvées par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) [51].

Historique

Le premier centre de vaccination antiamarile a été créé en 1953 à l'Institut Pasteur à Paris ; il était directement annexé à l'unité de production du vaccin [4]. D'autres centres se sont ouverts par la suite et leur nombre s'est accru progressivement. À la vaccination contre la fièvre jaune se sont rajoutées les autres vaccinations des voyageurs et cette activité s'est enrichie peu à peu de consultations de médecine des voyages. La médecine des voyages est une discipline nouvelle dont l'apparition, au début des années 1980, a correspondu au développement considérable des voyages internationaux.

C'est au cours de ces consultations que sont prescrits entre autres les médicaments nécessaires à la chimioprophylaxie antipaludique et donnés des conseils de prévention.

Situation actuelle

Les CVI ont également le monopole du vaccin de l'encéphalite japonaise et du vaccin méningococcique polysaccharidique tétravalent : A, C, Y, W 135.

Les autres vaccins des voyageurs peuvent être obtenus en pharmacie, mais ils sont aussi disponibles dans la plupart des CVI.

Vaccin de l'encéphalite japonaise

Il s'agit d'un vaccin à virus inactivé cultivé sur cellules Vero. Dans l'attente des résultats des études en cours chez l'enfant, ce vaccin est pour le moment réservé aux personnes âgées de 18 ans et plus.

Vaccin méningococcique polysaccharidique A, C, Y, W 135

C'est le seul vaccin destiné à la prévention des infections invasives à méningocoques dont l'usage soit réservé aux CVI ; il concerne tout particulièrement les pèlerins effectuant le pèlerinage à La Mecque, pour lesquels un certificat de vaccination contre les quatre sérogroupes de méningocoques est requis par les autorités saoudiennes.

Un nouveau vaccin tétravalent, conjugué, a été mis sur le marché en 2010 et celui-ci est disponible en pharmacie.

Le passage dans le CVI est aussi l'occasion de vérifier et de mettre à jour les vaccinations incluses dans le calendrier vaccinal français.

Selon la dernière liste officielle, datant d'octobre 2010,