



INFLUENZA : un exemple d'analyse interdisciplinaire des risques

Résumé :

Les virus de l'influenza représentent une menace pour la santé animale et pour la santé humaine. Le virus H5N1 est actuellement la cause d'une panzootie parmi l'avifaune sauvage et les volailles, et présente un caractère légèrement zoonotique. L'essor constant du H5N1 et la relation avec une menace de pandémie nécessitent une approche interdisciplinaire de l'analyse des risques dans tous ses éléments : l'évaluation des risques, la gestion des risques et la communication sur les risques. Dans l'article ci-dessous, on se penche sur les différents aspects de cette approche interdisciplinaire en Belgique et au niveau supranational.

1. Introduction : l'analyse des risques en tant que base pour la prise de décision

Les constantes apparitions de la grippe aviaire (H5N1) dans le monde entier et la menace d'un épisode de grippe humaine pandémique placent la science, les pouvoirs publics et la société devant des choix difficiles. Le problème qui se présente est très complexe et comprend pas mal d'inconnues : les populations impliquées sont aussi bien animales qu'humaines, l'ampleur et la nature potentielles de la pandémie sont très difficiles, voire impossibles à estimer, et la perception du risque par le grand public n'est pas proportionnelle au risque réel. Afin d'aborder ces problèmes de façon rationnelle, les pouvoirs publics appliquent la méthodologie de l'analyse des risques. Lorsque l'évaluation des risques indique la présence d'un danger potentiel pour la santé publique et qu'il règne encore une incertitude scientifique, on peut appliquer le principe de précaution.

Lorsqu'on effectue une analyse des risques, on utilise des informations et des techniques venant de disciplines très diverses, parmi lesquelles la microbiologie, la chimie, la toxicologie, la médecine, l'épidémiologie, les statistiques, le management, la sociologie, ... L'objectif final d'une analyse des risques est de pouvoir prendre une décision stratégique bien fondée sur base d'un résultat qualitatif ou quantitatif. Sur la base du résultat d'une évaluation (quantitative et qualitative) des risques, les pouvoirs publics établissent une gestion des risques avec une communication pour les groupes/personnes concerné(e)s. Les données d'analyse quantitative des risques peuvent être comprises dans cette communication.

La systématique de l'analyse des risques est constituée de 3 éléments principaux:

1. Evaluation des risques (risk assessment);
2. Gestion des risques (risk management);
3. Communication sur les risques (risk communication).

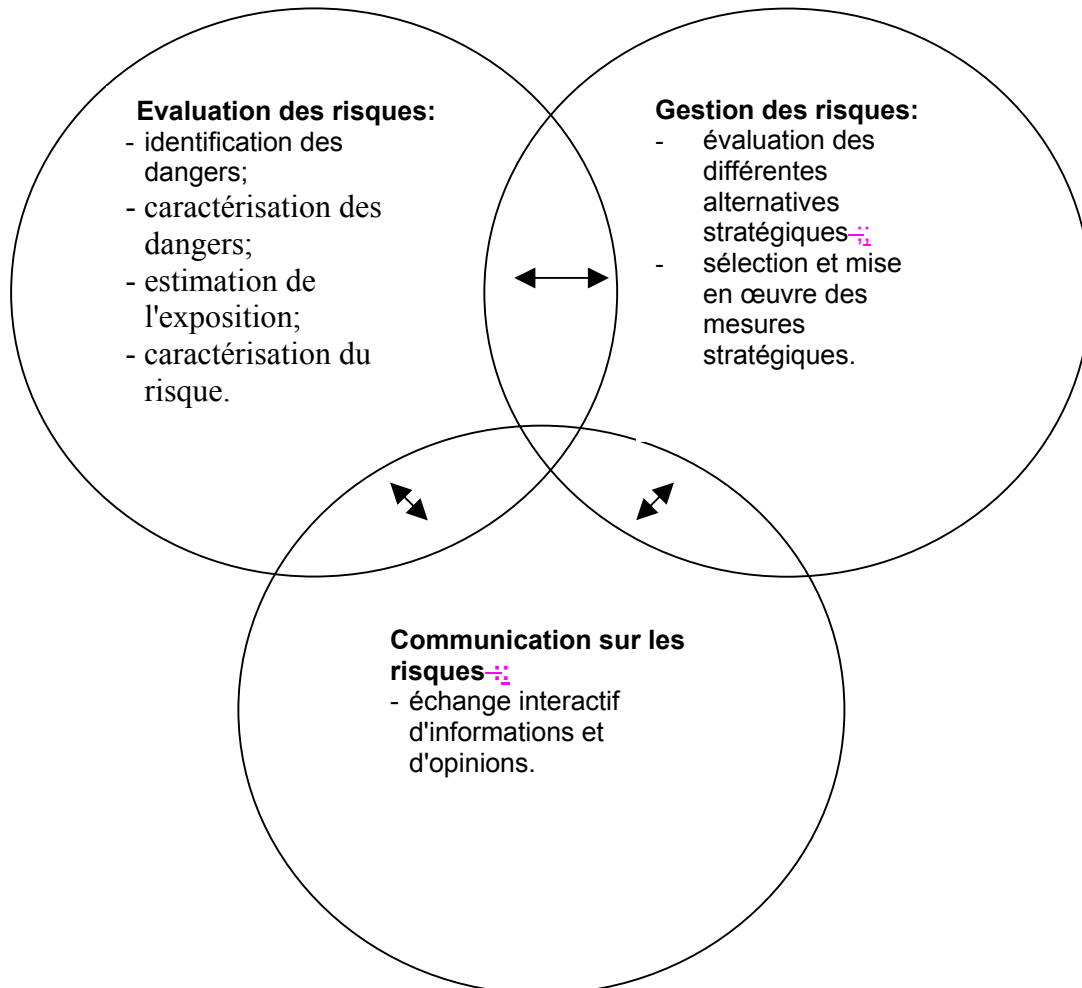
La figure 1 illustre la structure de la systématique d'analyse des risques.

L'évaluation des risques est toutefois encore scindée en 4 éléments:

1. l'identification des dangers (hazard identification);

2. la caractérisation des dangers (hazard characterisation ou dose-response assessment);
3. l'estimation de l'exposition (exposure assessment);
4. la caractérisation des risques (risk characterisation).

Figure 1: Structure de l'analyse des risques



Après avoir effectué une évaluation des risques, on procède à la **gestion des risques**. Pour cette opération, on évalue les informations relatives aux dangers et aux risques qui ont été collectés pendant l'évaluation des risques, par rapport à d'autres facteurs importants qui influenceront aussi les décisions finales en matière de gestion. Ensuite, les autorités doivent établir et mettre en œuvre des mesures stratégiques adéquates, le but étant de réduire de la manière la moins coûteuse possible la probabilité d'apparition de risques inacceptables.

Un dernier élément de la systématique de l'analyse des risques est la **communication sur les risques**. Le domaine de la communication sur les risques est l'élément le plus récent de l'analyse des risques, il est né du besoin d'impliquer toutes les parties intéressées dans le processus d'analyse des risques, et d'échanger les informations relatives à l'évaluation et à la gestion des risques. Par ailleurs, on peut aussi communiquer lors des étapes précédentes (durant l'évaluation des risques et la gestion des risques) avec les personnes concernées (voir figure 1).

On peut résumer comme suit les aspects interdisciplinaires de l'influenza :

- il s'agit d'un virus qui s'attaque aussi bien aux populations animales qu'humaines et qui s'échange entre les deux populations;
- l'impact d'une panzootie ou d'une pandémie touche à l'échelle mondiale tous les segments de la société (politique, économique, social).

Par conséquent, une approche interdisciplinaire est nécessaire au niveau scientifique et au niveau des différentes instances officielles concernées.

2. Le contexte international :

La problématique de l'influenza doit être abordée dans un contexte global. Plusieurs plates-formes internationales traitent des aspects des foyers d'influenza et de la menace de l'influenza. Au niveau mondial, il s'agit des Nations Unies (NU) et de leurs diverses institutions : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation des NU pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et la Banque mondiale. Au sein des NU, un coordinateur a été désigné pour la question de l'influenza.

OMS et FAO élaborent en collaboration avec les pays membres le "codex Alimentarius". Ce code comprend toutes les normes en matière d'alimentation et de sécurité alimentaire qui sont concertées au niveau mondial. Au sein de l'OMS, des programmes, des directives et des références sont établies pour la gestion globale des menaces pour la santé publique. C'est aussi le cas de l'influenza dans le "WHO Global Influenza Programme".

La coordination des maladies animales se fait à l'Office International des Epizooties (OIE). Les normes pour les maladies des animaux sont fixées par l'OIE avec les pays membres dans le "Animal Health Code" et dans un "Manual of Diagnostic Tests and Vaccines", et ce aussi bien pour les animaux terrestres (terrestrial animals) que pour les animaux aquatiques (aquatic animals).

L'organisation au niveau mondial est représentée dans la figure 2.

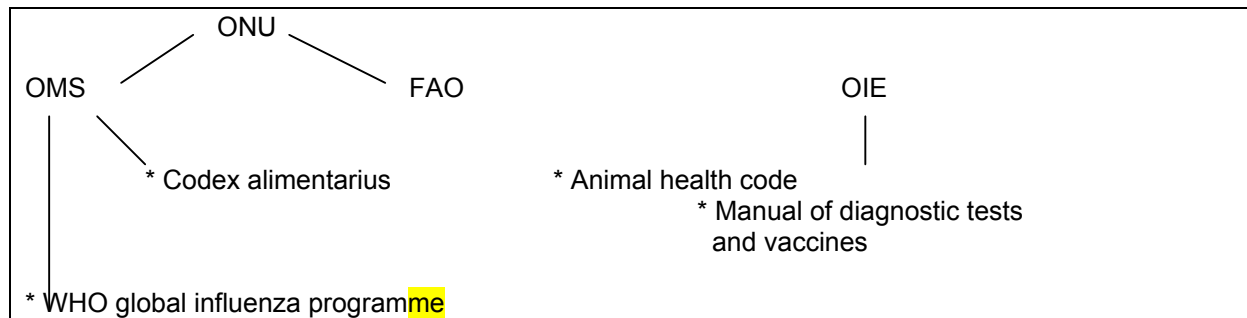


Figure 2 : Organisation au niveau mondial

Pour la Belgique, le premier niveau de coordination est l'Union européenne, où les compétences se situent au niveau du Parlement européen, du Conseil européen et de la Commission européenne. La DG Sanco est, au sein de la Commission européenne, un organe pilote aussi bien pour la santé des animaux que pour la santé publique. À côté de la DG Sanco, il y a d'autres organismes qui jouent un rôle important :

- le European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) établi à Stockholm et chargé de l'évaluation des risques concernant les maladies infectieuses chez l'homme.
- La European Food Safety Agency (EFSA) établie à Parme et chargée de l'évaluation des risques concernant la sécurité de la chaîne alimentaire et les maladies infectieuses chez les animaux.

La coordination entre la Commission UE et les Etats membres a lieu au sein du Standing Committee For the Food Chain and Animal Health (SCOFCAH) pour ce qui concerne la santé des animaux et la sécurité alimentaire, et au sein du Health Security Committee (HSC) pour ce qui est de la problématique des maladies infectieuses humaines.

Il est frappant de constater que la coordination des aspects vétérinaires et de la question de la sécurité alimentaire est mieux réglée que la coordination de la gestion des maladies dans les populations humaines. Ceci vaut aussi bien pour l'organisation au niveau mondial qu'au niveau de l'UE.

Pour la problématique vétérinaire, il existe des références intégrales globales (animal health code), idem pour la sécurité alimentaire (codex alimentarius).

En épidémiologie humaine, les références globales sont davantage morcelées, et l'approche holistique s'incline devant les réseaux d'expertise et les références par maladie.

Au niveau de l'UE, il y a une harmonisation et une coordination poussées sur le plan vétérinaire et sur celui de la sécurité alimentaire, tant pour l'analyse des risques que pour la gestion des risques. Ce n'est pas le cas pour l'épidémiologie humaine et les soins de santé, où la coordination n'est que sporadique et ponctuelle, ceci parce que le Traité européen ne prévoit pas une telle coordination pour ces questions. L'explication de cette importante différence remonte à la logique qui a présidé à l'apparition des normes internationales et de l'UE. Cette logique était au premier chef économique : les normes vétérinaires et les normes en matière de sécurité alimentaire donnant souvent lieu à de graves perturbations des échanges commerciaux d'animaux et de produits agro-alimentaires, de bonnes références et une bonne coordination sont assez rapidement apparues au niveau international. Elles étaient nécessaires afin de ne pas perturber l'évolution du commerce mondial. La création du marché unique européen en 1992 a renforcé l'harmonisation au niveau de l'UE. Pour la problématique des maladies infectieuses humaines et des soins de santé, cette logique économique était absente et la coordination internationale a été poussée beaucoup moins loin. La problématique du SRAS et, plus récemment, la menace représentée par l'influenza y apportent petit à petit un changement.

L'absence d'une coordination efficace au niveau de l'UE place les décideurs devant de réels problèmes. Elle entraîne, en effet, une absence d'alignement entre les différents Etats membres sur des éléments vitaux de la politique que sont la circulation des personnes, les stratégies sur le plan des médicaments antiviraux, des vaccins, etc... Imaginez que chaque pays de l'UE (avec libre circulation des personnes, marchandises et services) mène sa propre politique lors d'un épisode de grippe pandémique, et imaginez le chaos qui en découlera. Le Gouvernement belge a déjà exprimé à plusieurs reprises sa préoccupation à ce propos. Au Conseil des ministres fédéraux du 2 décembre 2005, cette question a été débattue et le Gouvernement belge a plaidé en faveur d'une meilleure coordination au niveau de l'UE selon le modèle ci-après.

“Le Conseil européen et la Commission européenne ont tous deux un rôle de taille dans le développement et/ou l'activation de structures de coordination à différents niveaux. Vu la complexité de ces mécanismes, il est utile d'utiliser autant que possible les structures et mécanismes existants. C'est pourquoi notre pays propose d'utiliser la structure de coordination suivante:

- *Au niveau intergouvernemental: un groupe de crise des gouvernements qui coordonne l'ensemble des mesures prises par les Etats membres. Il s'agit ici tant de mesures de santé publique, que de mesures consulaires, de conseils pour les voyages à l'étranger ou encore de mesures ayant un impact économique comme la fermeture des frontières etc.*
- *Le “Health Security Committee”(HSC) est un mécanisme de coordination et de planification auquel participent des hauts représentants des Etats membres et qui est présidé par la Commission européenne. Le HSC, en tant qu'organe mixte du Conseil et de la Commission, peut être habilité à coordonner la préparation, la planification et la coordination de mesures spécifiques en matière de santé publique (en soutien du niveau intergouvernemental).*
- *Au niveau de la Commission européenne même, la coordination de la surveillance épidémiologique se fera par le Centre européen de Contrôle et de Prévention des Maladies (ECDC). L'échange d'informations sur les mesures prises et la coordination de mesures en collaboration avec la Commission européenne se font par un “ Early Warning and Respons System” (EWRS).*

	<u>Structure</u>	<u>Compétence</u>
<i>Conseil</i>	<i>Groupe de crise des Gouvernements</i>	<i>Coordination des mesures prises par les Etats membres, notamment :</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>circulation des personnes</i> - <i>mesures consulaires</i> - <i>mesures économiques</i>
<i>Conseil + Commission</i>	<i>HSC (administrations des Etats membres + Comm)</i>	<i>La planification et la coordination de mesures spécifiques de santé publique</i>
<i>Commission</i>	<i>ECDC + DG SANCO</i>	<i>Evaluation des risques, communication relative aux risques, EWRS, surveillance épidémiologique.</i>

3. L'organisation en Belgique : un exemple d'analyse des risques interdisciplinaire ?

3.1. Répartition des compétences en Belgique

La répartition des compétences en matière de grippe en Belgique suit les conventions institutionnelles relatives à la santé publique, à la santé animale et à la sécurité alimentaire.

La prise en charge des maladies infectieuses humaines et des soins de santé est l'affaire de plusieurs niveaux de pouvoir dans notre pays : le pouvoir fédéral, les communautés et les régions. Les différentes étapes de la réforme de l'Etat ont abouti à une répartition assez complexe des compétences, la prévention étant surtout l'affaire des Régions et Communautés, et la gestion de crise et des risques revenant surtout au pouvoir fédéral. La coordination entre les différents niveaux de compétence est organisée au sein de la Conférence interministérielle Santé publique et de ses groupes de travail. L'Institut scientifique de Santé publique (ISP) joue, en tant qu'établissement scientifique fédéral, un rôle important dans l'évaluation des risques, dans la surveillance épidémiologique et dans le diagnostic de l'influenza. Le Conseil supérieur d'Hygiène est chargé, au sein du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE), de l'évaluation scientifique des risques sur le plan de la santé publique.

La santé animale et la sécurité alimentaire relèvent de la compétence du fédéral. Le Centre d'Etude et de Recherches vétérinaires et agrochimiques (CERVA) est l'établissement scientifique fédéral responsable de l'évaluation des risques, du suivi épidémiologique et du diagnostic de la grippe aviaire. Quant au Comité scientifique de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire (AFSCA), il est chargé de l'évaluation scientifique des risques sur le plan de la santé des animaux et de la sécurité alimentaire.

En ce qui concerne la gestion des risques et le management de crise, les compétences sont réparties entre le SPF SPSCAE (santé humaine) et l'AFSCA (santé animale et sécurité alimentaire). Les deux organisations disposent à cet effet d'une cellule de prévention et de gestion de crise.

Qu'il soit bien clair que la gestion d'un épisode de grippe pandémique dépasse de loin les compétences et le pouvoir des administrations compétentes en matière de santé publique et de santé animale. Une pandémie grippale aura, en effet, un impact socio-économique important dans notre société et requerra l'implication de nombreuses autres instances.

3.2. La désignation et l'action d'un Commissariat interministériel Influenza.

Jusqu'en octobre 2005, la coordination et la préparation à la grippe pandémique avaient lieu au sein du SPF SPSCAE. Quant à la grippe aviaire, elle était coordonnée au sein de l'AFSCA. La propagation rapide de la grippe aviaire au cours de l'été et de l'automne 2005 et le lien potentiel entre la grippe aviaire et la grippe pandémique ont donné lieu à une évaluation de la situation au niveau du Gouvernement. Sur le plan politique, une série d'importantes décisions ont été prises en septembre et octobre 2005 en ce qui concerne l'influenza pandémique (constitution de stocks d'antiviraux et de masques, appel d'offres pour un vaccin pandémique). Au sein du Gouvernement fédéral et de la Conférence interministérielle Santé publique, on est parvenu à la conclusion qu'une forme particulière de coordination serait nécessaire pour plusieurs aspects :

- l'évaluation scientifique des risques sur le plan de l'épidémiologie humaine, d'une part, et de l'épidémiologie vétérinaire et de la santé publique, d'autre part;
- une gestion verticale des risques (prévention et gestion de crise) entre les différents niveaux de compétences (fédéral, régions, communautés);
- la gestion horizontale des risques entre les différents départements (Affaires étrangères, Intérieur, Défense, Budget) hormis les départements concernés.
- La communication sur les risques à l'adresse du grand public et des différents groupes cibles.

Le ministre de la Santé publique Rudy Demotte a proposé au Gouvernement fédéral et à la Conférence interministérielle Santé publique d'installer un Commissariat interministériel Influenza (CII) pour ces différents aspects de coordination et d'approche interdisciplinaire. Le 20 octobre 2005, les Gouvernements de notre pays ont décidé de donner suite à cette proposition. Voici la teneur de leur décision :

"Il est proposé qu'à dater de ce jour, un Commissaire interministériel soit mandaté. Il sera chargé de la coordination générale des actions, de la communication relative à la grippe aviaire et de la concertation avec toutes les instances concernées, aux niveaux européen, fédéral, régional et communautaire.

Le Commissaire interministériel sera assisté par :

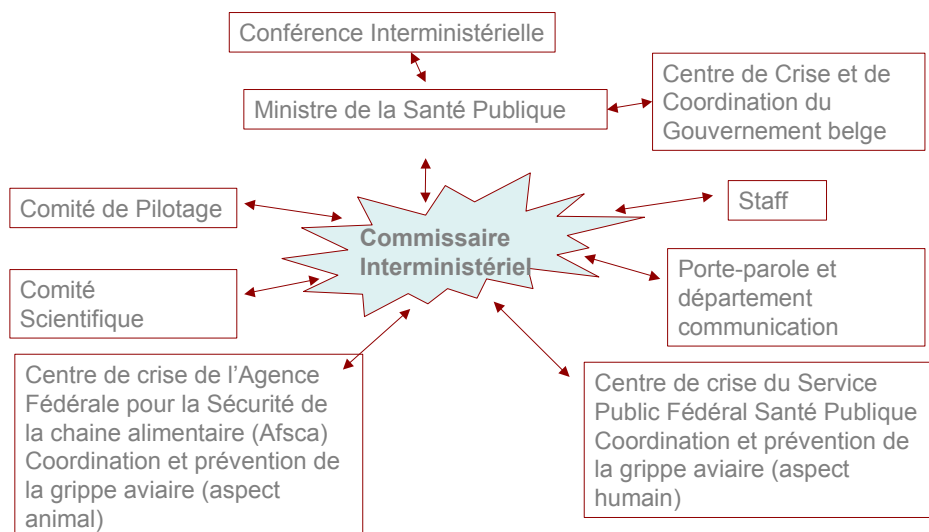
- 1) Un comité scientifique chargé de l'évaluation des risques au niveaux humain et animal. Le Commissaire interministériel communiquera la composition de ce comité aux Ministres concernés
- 2) Un comité de pilotage chargé de la gestion des risques dans la population humaine et dans la population animale. Ce comité est composé :
 - d'un représentant de chacun des Ministres fédéraux suivants : Intérieur, Défense nationale, Finances et Affaires étrangères;
 - de deux représentants de la Région Flamande, d'un représentant de la Région Wallonne, d'un de la Région de Bruxelles-Capitale, d'un représentant de la Communauté Française Wallonie-Bruxelles, et d'un représentant de la Communauté germanophone.
 - Le Commissaire interministériel choisit en outre des représentants de l'AFSCA, du SPF Santé Publique, de l'ISSP et du CERVA.

Le Commissaire interministériel disposera d'un staff spécifique et de deux porte-parole.

Il rapporte directement au Ministre fédéral de la Santé publique."

Le fonctionnement du Commissariat interministériel Influenza peut être représenté schématiquement comme suit :

Commissariat Interministériel Influenza



Des décisions ultérieures ont complété et précisé l'action du Commissariat interministériel Influenza. Par cette décision la Belgique s'est chargée d'un rôle de pionnier au sein de l'UE, étant l'un des rares Etats membres à avoir mis sur pied une coordination interdisciplinaire à part entière pour les différents aspects de l'analyse des risques quant à la problématique de l'influenza. L'action du CII est temporaire, l'objectif étant l'établissement d'un plan opérationnel pour l'approche d'une pandémie de grippe. Le CII constitue sur plusieurs plans une expérience unique et doit déboucher sur une solution générique dans le contexte de la Belgique pour la gestion d'épidémies ou d'autres menaces pour la santé publique qui requièrent une structure de coordination interdisciplinaire.

3.3. Un plan opérationnel pour la gestion d'une pandémie dans notre pays

En collaboration avec toutes les administrations compétentes, le CII est occupé à mettre au point un plan opérationnel pour la gestion d'une pandémie. Les travaux doivent pouvoir être terminés à l'été 2006.

La Belgique disposait déjà d'une première version d'un plan stratégique pour l'approche d'une éventuelle pandémie de grippe dans notre pays. Ce plan ne donne cependant qu'un aperçu du cadre stratégique général pour l'approche d'une pandémie et n'est pas un instrument permettant une gestion adéquate d'une pandémie. Pour qu'il le devienne, ce plan doit être davantage développé, et traduit dans un plan opérationnel, de telle sorte que le contenu du plan stratégique puisse être transposé aisément et rapidement dans la pratique.

Le Commissariat interministériel Influenza a analysé le plan stratégique existant et a contrôlé s'il était complet. Cette analyse a abouti à un premier inventaire de tous les points d'action et à une évaluation de la charge de travail nécessaire pour rendre entièrement opérationnel le plan pandémie. Les points d'action ont été regroupés en une soixantaine de projets répartis entre les domaines 'Organisation générale', 'Surveillance', 'Case management et prévention', 'Logistique' et 'Communication'. L'élaboration des projets se fait en collaboration avec les différentes instances compétentes (SPF Santé publique, ISP, SPF Intérieur, avec un rôle particulier assigné au Centre gouvernemental de Coordination et de Crise (CGCCR), SPF Affaires étrangères, Communautés, ...). En confiant prioritairement à des fonctionnaires détachés la charge de l'élaboration du plan d'urgence influenza, on conserve l'expertise nécessaire au sein des pouvoirs publics.

L'objectif est de pouvoir disposer pour l'été 2006 d'un plan d'urgence 'pandémie d'influenza' opérationnel, qui aura la composition suivante :

- Partie 1 : Plan stratégique Influenza
- Partie 2 : Plan opérationnel Influenza
- Partie 3 : Annexes avec les procédures opérationnelles standard

Bien que la tâche du Commissaire interministériel soit une tâche temporaire et bien que le commissariat sera dissous lorsqu'un plan pandémie belge "plan d'urgence pandémie influenza" opérationnel et utilisable sera terminé, il faut s'attendre à ce que de cette façon de travailler ressorte un certain nombre d'éléments génériques qui seront utilisables pour l'approche d'autres sujets comparables, ayant des complémentarités évidentes.

3.4. L'utilisation d'un modèle : quelle est la valeur prédictive ?

Pour l'établissement du plan opérationnel, le Commissariat interministériel Influenza fait appel à un modèle de calcul qui doit permettre d'évaluer l'impact d'une pandémie. Les résultats des simulations effectuées à l'aide de ce modèle devraient aider les autorités, la société dans son ensemble et les groupes cible spécifiques à se préparer à une éventuelle pandémie.

3.4.1. Procédure

Il est évident qu'une pandémie aurait un énorme impact sur la société. Afin de pouvoir mieux évaluer cet impact et par conséquent de pouvoir intégrer les mesures adéquates, le Commissariat interministériel Influenza a demandé au président du Comité scientifique Influenza, le virologue Marc Van Ranst (KULeuven) s'il existait sur le marché un programme opérationnel pouvant dresser la carte de l'évolution d'une épidémie d'influenza. Il n'existe toutefois pas de programme qui soit suffisamment à même de calculer une épidémie au niveau de la Belgique. Le Professeur Van Ranst a dès lors choisi de développer lui-même un modèle statistique pouvant offrir un tableau précis de notre situation. Sur base d'une série de paramètres tels que le nombre d'habitants, l'organisation des soins de santé, ... et l'évolution classique d'une épidémie de grippe au cours des dernières décennies, un degré de précision poussé est possible. Comment se passe l'évolution d'une épidémie, comment doit-on faire face aux pics de maladie et de quelle manière peut-on influencer sur l'évolution de l'épidémie, voilà des éléments que nous pouvons essayer de prédire à l'aide de ce modèle. Quant à savoir combien de gens seront effectivement malades, on ne peut évidemment le calculer qu'approximativement. Pour la Belgique tout comme pour d'autres pays européens, on compte un taux de 25 % de la population malades, étalés sur environ 15 semaines.

3.4.2. Conception modulaire

Un tel programme se compose de plusieurs modules, qui fournissent chacun un grand nombre d'éléments sur un thème donné. Ainsi, le module 'population' est, par exemple, affiné jusqu'au niveau communal, par groupe d'âge année par année, et pour les plus jeunes d'un mois à l'autre. Il est remarquable de constater à quel point certaines entités démographiques sont différentes par rapport à la moyenne belge (villes ↔ campagne, périphéries des villes ↔ centres urbains, ...). Ce programme permet également de scinder la population selon la cohorte sociale (p.ex. les tout jeunes enfants, les enfants d'école primaire, la population active, les personnes très âgées, ...). Cette division peut donner un matériel intéressant parce qu'une même forme de contacts humains se produit au sein d'un groupe social. Un module suivant se base sur les caractéristiques du virus proprement dit. Bien qu'à ce jour, on ne les connaisse pas, on peut faire une déduction à partir du virus pandémique de 1918 et de 1957, et aussi des virus d'influenza 'ordinaires' annuels. C'est également le virus qui va déterminer quel pourcentage des différents groupes d'âge vont présenter des symptômes de la maladie, à quelle fréquence ils vont les transmettre à leurs contacts, combien de patients devront être admis à l'hôpital, ... Un autre élément permettant d'élaborer un scénario est le mode d'entrée et de propagation du virus au sein de la population (1 seule personne en Belgique ou par une vague de centaines de personnes le premier jour). Les hypothèses du tableau clinique peuvent aboutir à un aperçu du nombre de patients qui pourraient se présenter chez le médecin de première ligne, dans une clinique, voire décéder. L'introduction dans le programme de la capacité de ces secteurs révélera ensuite les limites de ces capacités.

3.4.3. Résultats pratiques

Un programme aussi détaillé, dans lequel on peut introduire quotidiennement les données relatives aux nouvelles caractéristiques d'une population ou d'un virus, offre beaucoup de possibilités. Nous connaissons assez bien la population qui subira les conséquences d'une éventuelle pandémie grippale. Des données sur les différents groupes de population sont présentes. Les données sur la capacité en lits d'hôpital, sur le nombre de visites possibles par jour chez les médecins et les pédiatres sont connues au sein du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Un certain nombre de variables peuvent en être logiquement déduites. Par le biais de connaissances sociologiques, l'on peut déduire quels groupes de population entrent régulièrement en contact avec quels autres groupes (par ex. les tout-petits ont de nombreux contacts avec le groupe d'âge 25-35 ans, mais peu avec le groupe des 40-50ans). Ces connaissances sont importantes pour faire une estimation quant à ceux qui peuvent ou vont contaminer et qui, pendant la phase initiale ainsi que comment on peut, par des mesures, intervenir pour influencer ce processus de propagation. On essaie d'évaluer le comportement du virus par la connaissance 'archivistique' de pandémies précédentes et des épidémies de grippe quasiment annuelles. Toutefois, il apparaîtra, là aussi, qu'une estimation parfaite ne peut être faite que lorsque le virus lui-même existe et est connu.

Grâce à l'apport de ces données, on peut élaborer un certain nombre de scénarios de base. Les deux plus importants sont le scénario le plus vraisemblable et le worst-case scenario (= le pire). Ces scénarios permettront aux différents secteurs de se préparer au plus vraisemblable. Entre-temps, on doit garder à l'esprit le pire scénario imaginable, et également élaborer des stratégies pour le maîtriser le mieux possible.

Si le modèle de calcul fonctionne bien, il pourra également démontrer l'impact des différentes mesures que peuvent prendre les autorités pour influencer sur l'évolution de l'épidémie. Ainsi, la vaccination en temps voulu d'une partie de la population, au cas où un vaccin pandémique serait déjà là, peut retarder une large propagation du virus et aplanir les pics. L'annulation de grandes manifestations peut être un moyen de retarder de quelques jours à plusieurs semaines la propagation au niveau national d'un virus. Et c'est précisément en gagnant ce temps que l'on peut nettement mieux rendre opérationnelles d'autres mesures de protection. Grâce à cette connaissance, on peut déjà faire une première analyse des coûts et bénéfices des différentes interventions possibles. Ainsi, les autorités peuvent vérifier à quel moment une mesure donnée produit le bénéfice de santé le plus important.

3.4.4. Soins de santé spécifiques

Une attention spécifique doit être accordée aux équipements médicaux. L'un des principaux 'outputs' du programme sera l'estimation de la pression sur le secteur médical. Cela nous permettra d'évaluer combien de consultations chez le généraliste il y aura en plus pendant une telle épidémie ou combien de lits seront nécessaires par jour dans une clinique. Peut-être parviendrons-nous ainsi, avec les données actuelles, à la constatation qu'un élément donné du secteur des soins sera rapidement en manque d'effectifs, ou que chaque région nécessitera un autre type de flexibilité. Nous pouvons aussi estimer à quel moment de la pandémie (p.ex. nombre de patients par jour/10000 habitants) il faudra

passer à un supplément de capacité d'accueil de patients de la grippe ne nécessitant pas de soins énergiques ou d'urgence.

3.5. Le rôle central de la première ligne dans un système de soins accessibles

A tous points de vue, les soins de santé de première ligne joueront un rôle crucial lorsqu'il s'agira de prodiguer la continuité des soins lors d'une pandémie. Nous devons tenir compte du fait que le nombre de patients grippés sera beaucoup plus élevé qu'au cours de la grippe saisonnière, que le tableau clinique sera plus grave et que des groupes de population différents pourront être touchés. Comme la capacité d'hospitalisation est insuffisante pour faire face à une telle augmentation, la pression sur la première ligne sera très forte. Les généralistes feront soigner à domicile des patients qui, dans des conditions normales, seraient transférés à l'hôpital. Autrement dit, le seuil d'hospitalisation sera relevé et la quantité de demandes d'avis par téléphone augmentera. Lors de la première phase de la pandémie, les antiviraux seront utilisés. Les autorités élaborent à cet effet un stock d'antiviraux de 3 millions de traitements. Ces médicaments seront utilisés en premier lieu à titre curatif et en moindre mesure de manière prophylactique. La livraison de ces produits aux malades sera organisée de préférence par le biais de la première ligne.

En période pandémique, l'organisation des cabinets de médecins sera sérieusement mise sous pression, à cause d'une forte hausse du nombre de consultations accompagnée d'une diminution de disponibilité des médecins généralistes (on peut considérer que certains médecins seront eux aussi contaminés par la grippe). C'est pour cela que pendant la période de pic de la pandémie, l'organisation de la première ligne sera adaptée. Les possibilités à mettre en œuvre lors de cette organisation sont actuellement étudiées. Les autorités feront en tout cas appel aux cercles des médecins pour assurer la continuité des soins au niveau local, éventuellement par le biais de services de garde permanents. Une collaboration renforcée entre les médecins sera nécessaire à tous les points de vue.

Cette collaboration renforcée ne se limite pas aux médecins généralistes. Quiconque travaille en première ligne sera concerné, le personnel des soins à domicile et les aides familiales également. Les soins de proximité prendront en charge une très grande partie des soins à prodiguer. Les pharmaciens auront un surcroît de travail et seront fréquemment consultés par des malades. Dans les maisons de repos, la direction s'occupera, en collaboration avec le médecin coordinateur de maison de repos (MRS) et le personnel infirmier, de la meilleure prise en charge possible.

Il est probable que les consultations non urgentes devront être reportées. Une question se pose, c'est celle de savoir comment communiquer cela à la population. Quels canaux les autorités et les médecins généralistes utiliseront-ils pour informer le grand public le plus efficacement possible ? Des messages standard pour le public et pour les malades sont actuellement élaborés en collaboration avec les associations scientifiques de médecins.

Actuellement, le problème auquel nous sommes confrontés est la grippe aviaire. La maladie constitue en premier lieu une menace sur les plans vétérinaire et économique. La procédure pour le médecin généraliste qui soupçonne la présence de l'influenza A/H5N1 (grippe aviaire) chez un patient a déjà été communiquée à plusieurs reprises aux généralistes, et ce via différents canaux. Chaque généraliste a reçu l'information nécessaire sur la notification obligatoire de ces cas à l'inspection sanitaire, et la procédure complète peut être consultée sur le site internet www.influenza.be, sous la rubrique professionnels/médecins. Le risque que des humains soient touchés en Belgique par le virus de la grippe aviaire, qui se propage à partir de la population animale, n'est pas important, mais il n'est pas inexistant. Par le biais du site internet précité, que le médecin généraliste peut se tenir au courant des dernières évolutions. Quant à savoir si ce virus de grippe aviaire jouera un jour un rôle dans l'apparition d'une nouvelle pandémie grippale, voilà qui est très incertain. Le monde scientifique prend toutefois pour hypothèse que nous serons un jour ou l'autre à nouveau confrontés à une nouvelle pandémie de grippe.

Le grand nombre de questions encore sans réponse quant à l'organisation des soins de première ligne lors d'une pandémie reflète dans un certain sens l'incertitude de la pandémie elle-même. Toutefois, les médecins généralistes sont des experts dans le maniement de l'incertitude, et ils sont dès lors bien placés pour s'adapter à un phénomène sanitaire imprévisible. Pendant une pandémie grippale, ils joueront plus que jamais un rôle central au sein de notre système de soins. C'est pourquoi le Commissariat interministériel Influenza implique étroitement les représentants des cercles des médecins et des associations scientifiques dans le développement des questions évoquées ci-dessus.

Auteurs :
Piet Vanthemsche¹, Emmanuel Robesyn, Herman Claeys,
Bert Matthijs, René Snacken, Sophie Maes, Inge Jooris,
Daniel Reynders, Pascal Guilmin, Wim Janssens,
Raymond Moriaux, Geneviève Haucotte

¹ Administrateur délégué de l'AFSCA, Commissaire interministériel Influenza