Pandémie grippale 2009 dans les armées : le retour d'expérience du Centre médical des armées des Alpes

A. Gouillou, F. Letourneur, M. Untereiner, J.-C. Bel.

Centre médical des armées de Grenoble Annecy Chambéry. Quartier de Reynies, BP 08 – 38761 Varces Cedex.

Résumé

À l'automne 2009, les médecins d'unités ont été confrontés à la pandémie grippale A (H1N1). Les services médicaux qui soutenaient la 27e brigade d'infanterie de montagne ont dû vacciner les troupes qui s'apprêtaient à partir en Afghanistan, organiser le plan de continuité d'activités de leur unité et contribuer à la mission de service public au profit des populations civiles. Si la mission de soutien des forces a plutôt réussi grâce à la mobilisation de toute la chaîne santé, l'organisation de la vaccination de la population civile au sein du département a soulevé de nombreuses difficultés.

Mots-clés : Armées françaises. Grippe A (H1N1) pdm09. Pandémie. Vaccination. Soutien des forces.

Abstract

THE 2009 INFLUENZA PANDEMIC WITHIN THE FRENCH ARMED FORCES: FEEDBACK FROM THE MILITARY MEDICAL CENTRE OF THE FRENCH ALPS

In the Autumn of 2009, military practitioners were confronted with the influenza A(H1N1)pdm09 pandemic. The Medical Centres who cared for the 27th Mountain Infantry Brigade had to vaccinate troops who were about to be deployed in Afghanistan, organize the plan of continuity of activities for their units and also contribute to the French national mission to vaccinate civilian populations. If the support of the military forces was correctly ensured thanks to the commitment of the whole Military Health Service, the vaccination of the civilian population in the French Alps was more difficult to implement.

Keywords: French armed forces. A(H1N1)pdm09 Influenza. Pandemic. Support of military forces. Vaccination.

Introduction

En France métropolitaine, le virus A (H1N1) pdm09 a été présent de façon continue et inhabituelle pour un virus grippal entre le 1er mai 2009 et mi-mars 2010 (1). Après une période estivale marquée par la survenue de cas sporadiques et de quelques foyers de cas groupés de grippe A (H1N1) pdm09, une accélération de la circulation grippale a été observée dès le début du mois d'octobre 2009. Le pic épidémique a été franchi pendant la première semaine de décembre (semaine 49-2009), précédent la fin de l'épidémie en semaine 52. Durant cet épisode, près de 1 300 cas graves, dont plus de 300 décès, ont été observés, touchant majoritairement des personnes de 18-64 ans (2). En raison de cette atteinte élective de sujets jeunes et en bonne santé et face au nombre de cas observé à la mi-août dans les forces armées, un système militaire de surveillance quotidienne de la grippe a été mise en place le 17 septembre 2009 à la demande de l'État-major des armées (3). L'implication des médecins d'unités dans ce contexte de crise s'est inscrite dans le plan de prévention et de lutte anti grippale remis à jour par le secrétariat général de la défense nationale en février 2009 (4). Cette implication s'est faite au profit de la population militaire dans un premier temps, puis au profit de la population générale, sur sollicitation des préfets, dans un second temps.

L'objectif de ce travail est de fournir un retour d'expérience du point de vue du médecin d'unité sur la

A. GOUILLOU, médecin des armées, adjoint au CMA de Grenoble Annecy Chambéry. F. LETOURNEUR, médecin en chef, adjoint au CMA de Grenoble Annecy Chambéry. M. UNTEREINER, médecin principal, adjoint au CMA de Grenoble Annecy Chambéry. J.-C. BEL, médecin en chef, médecin chef du CMA de Grenoble Annecy Chambéry.

Correspondance : J.-C. BEL, Centre médical des armées de Grenoble Annecy Chambéry. Quartier de Reynies. BP 08 38761 Varces Cedex.
E-mail : jean-christophe.bel@sante.defense.gouv.fr

gestion de cet épisode au sein de Services médicaux d'unités (SMU) rattachés à l'actuel Centre médial des armées (CMA) de la base de défense de Grenoble.

Présentation du CMA de Grenoble-Annecy -Chambéry

Le CMA de Grenoble Annecy Chambéry a été créé en janvier 2011. Il regroupe un site principal à Varces (fig. 1) et six antennes médicales réparties sur les départements de Haute-Savoie, Savoie et Isère. Il soutient quatre unités de la Brigade d'infanterie de montagne (BIM) – 7e, 13e 27e bataillons de chasseurs alpins, 93e régiment d'artillerie de montagne –, l'école militaire de haute montagne, l'école des pupilles de l'air et la plupart des gendarmes – groupements et escadrons – des trois départements, soit près de 5 000 militaires des armées de Terre et de l'Air et 4 500 gendarmes.

En 2009 cet ensemble était soutenu par neuf SMU sans aucun lien entre eux mis à part leur subordination technique à la Direction régionale du Service de santé des armées (DRSSA) de Lyon.

L'action au profit des forces

La participation au plan de continuité des activités

Dans le cadre du plan national pandémie grippale, le commandement a mis en place un plan de continuité des activités se basant sur l'identification du personnel indispensable au bon fonctionnement de l'unité en cas d'aggravation du stade d'alerte (personnel à rôle critique en situation de pandémie ou PARCEP). L'ensemble du personnel de santé était inclus dans cette catégorie. Prenant conseil auprès des services médicaux dans les unités et les services, le commandement a aussi mis en place des mesures de prévention afin de limiter la propagation virale : diffusion d'affiches sur les gestes d'hygiène, aération régulière des locaux, déconcentration du casernement, etc. Enfin, dans le cadre du pilotage, le service médical a fourni un certain nombre d'indicateurs demandés par l'état major de la zone de défense.

La surveillance épidémiologique

Les indicateur utilisés dans le cadre de la surveillance quotidienne de la grippe dans les armées étaient les mêmes que ceux mis en place par l'Institut de veille sanitaire (InVS) (5) : cas possibles de grippe A (H1N1) pdm09, définis par la présence de signes généraux (fièvre ou asthénie ou courbatures) associés à des signes respiratoires (toux ou dyspnée), et cas confirmés biologiquement. Entre les semaines 38-2009 (mi septembre) et 10-2010 (mi mars), 126 cas possibles de grippe A (H1N1) pdm09, incluant 19 cas biologiquement confirmés (15 %), ont été déclarés dans le cadre de la surveillance quotidienne de la grippe pandémique par l'ensemble des SMU (fig. 2). La cinétique de l'épidémie était proche de celle observée pour l'ensemble des armées sur le territoire métropolitain (3), avec une flambée épidémique début novembre 2009 et un pic franchi en semaines 49 et 50 (taux d'incidence de près de 3 cas p.1 000 personnes-semaines).



Figure 1. L'équipe du Centre médical des Alpes à Varces.

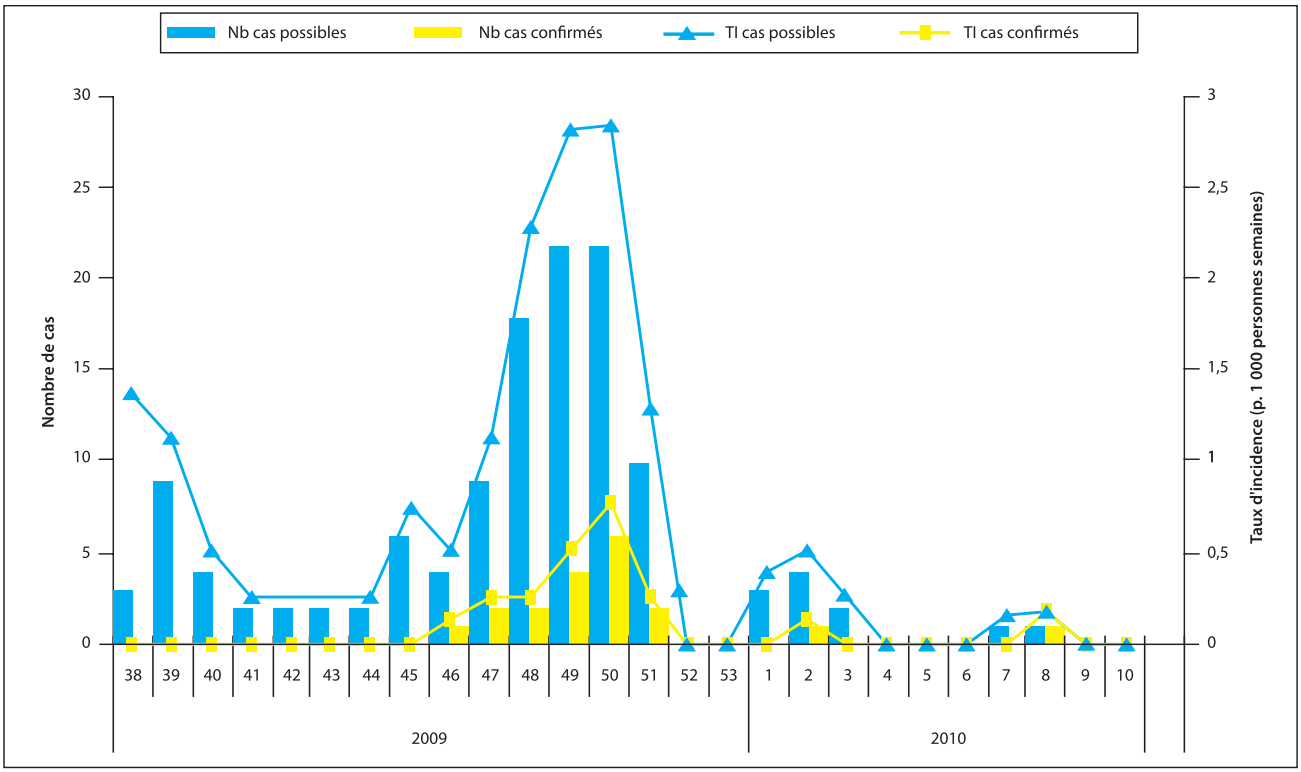


Figure 2. Incidence et taux d'incidence (TI) des cas possibles de grippe A(H1N1) pdm09 et des cas confirmés biologiquement déclarés par les unités rattachées à l'actuel CMA de Grenoble Annecy Chambéry, semaines 38-2009 à 10-2010.

L'accueil des patients au centre médical

Dès le début de l'été 2009, les SMU ont mis en place une procédure d'accueil des patients consultant pour une infection respiratoire fébrile afin de limiter les risques de contamination au sein des cabinets médicaux. Un affichage placardé à l'entrée, invitait les consultants souffrant de toux et/ou de fièvre à se signaler et porter un masque mis à leur disposition dans le hall. Ces patients ont systématiquement été dirigés vers une salle dédiée où un auxiliaire sanitaire prenait les constantes avant de faire venir un médecin. Masques, blouses et gants étaient mis en place à l'entrée de cette salle pour le personnel soignant. Le même régime d'isolement a été mis en place dans deux chambres réservées pour les malades gardés en observation. L'ensemble du personnel du service a été formé pour respecter ces procédures et pour renforcer les protocoles de nettoyages des surfaces et de traitement des déchets de soins à risque infectieux. Les cas les plus typiques ont fait l'objet d'un prélèvement naso-pharyngé adressé à l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes, d'un arrêt de travail à domicile de huit jours, de conseils pour éviter toute propagation du virus à l'entourage et d'une prescription de masques chirurgicaux et de paracétamol. L'éviction de la communauté militaire a en effet été privilégiée.

La mise en œuvre d'un calendrier vaccinal modifié

Le calendrier vaccinal des armées préconise une vaccination antigrippale tous les trois ans pour tout personnel militaire (6). Celle-ci est réalisée annuellement pour les professionnels de santé et pour les personnels désignés pour une opération extérieure ou une mission de courte durée. Le vaccin réalisé habituellement est le vaccin saisonnier trivalent commercialisé chaque année. À partir d'octobre 2009, une campagne de vaccination élargie contre la grippe pandémique à l'attention de tous les militaires a été conduite par le SSA et un avenant au calendrier vaccinal des armées a été diffusé le 13 novembre (7-8).

D'après les données de la surveillance quotidienne (source CESPA), 1 052 doses de vaccin Pandemrix® ont été injectées par les médecins des SMU des Alpes durant la campagne de vaccination contre la grippe pandémique pour un effectif moyen soutenu de 9 129 militaires dont 888 PARCEP. Ces données, ne prenant pas en compte les militaires vaccinés en milieu civil, permettaient d'estimer la couverture vaccinale à 12 % pour l'ensemble des personnels soutenus, la couverture vaccinale estimée à l'échelon national étant de 15 % pour l'ensemble des forces (9). Cinq cas d'effets indésirables attribués au vaccin pandémique ont été déclarés durant la campagne de vaccination : quatre réactions locorégionales bénignes

et un cas de Syndrome de Guillain-Barré (SGB), le seul authentifié dans les armées durant cet épisode. Ce cas de SGB, survenu 22 jours après l'injection chez un homme de 56 ans sans facteur de risque, a été confirmé par une expertise neurologique et par le centre de pharmacovigilance de Marseille. Cependant, si le délai de survenue de l'effet indésirable était compatible avec les données de la littérature sur le SGB, une autre cause pouvait être avancée dans la genèse de l'événement, le patient ayant fait une bronchite une semaine avant l'apparition des signes neurologiques. La forme clinique du SGB était relativement bénigne, sans dysfonction respiratoire. Le patient s'est rétabli sans séquelle après 12 jours d'hospitalisation (9).

La crainte d'effets indésirables, associée à la médiatisation du débat sur les vaccins avec adjuvant, a sans doute fait que malgré les séances d'information, les militaires ont été peu compliants vis-à-vis de cette campagne de vaccination (10). Ainsi, les volontaires ont été peu nombreux au sein des unités soutenues actuellement par le CMA de Grenoble Annecy Chambéry, comme le montre l'exemple du 7e Bataillon des chasseurs alpins (BCA) avec seulement 17 sujets vaccinés dont l'équipe médicale et le chef de corps. L'exception est venue du 13e BCA à Barby (Savoie). Désigné pour être projeté en KAPISA en novembre 2009, ce régiment a terminé sa mise en condition avant projection en septembre. Sans attendre la parution de la directive de la DCSSA, les médecins avaient déjà été prévenus par la Direction régionale du Service de santé qu'ils auraient à vacciner les personnels avant leur embarquement. En Afghanistan, l'unité qui devait être relevée par le bataillon alpin avait déjà déclaré quelques cas suspects de grippe.

Les médecins du service médical de Barby se sont donc organisés : les réfrigérateurs ont été réservés pour accueillir les 400 vaccins commandés et une information a été diffusée au commandement et aux unités pour expliquer que le vaccin ne présentait pas plus de risque que les autres et que la vaccination était obligatoire pour pouvoir être projeté.

Arrivés avec retard, les vaccins ont été livrés juste après le départ d'un premier élément précurseur. Les compagnies ont été convoquées au centre médical et le médecin chef a imité le ministre de la Santé en fonction à l'époque en se faisant vacciner dans le hall devant le premier contingent. Une difficulté s'est cependant présentée avec l'arrivée, en cours de vaccination, d'un message de l'armée de Terre revenant sur le caractère strictement obligatoire du vaccin avant projection et sur la nécessité de respecter le choix du militaire. Pour éviter de remettre en cause une campagne qui avait bien commencé, le médecin chef a réuni son équipe pour arrêter un discours commun, s'en tenir aux premières décisions et faire un effort sur la persuasion. Les rares indécis ont ainsi accepté la vaccination après parfois vingt minutes d'explications.

La vaccination n'a pas été aussi facile à réaliser en Afghanistan pour les précurseurs et les unités extérieures qui renforçaient le bataillon du fait des différences de discours diffusées dans les diverses garnisons d'appartenance. L'état-major de la *Task Force « La Fayette »* qui était arrivé sur le théâtre avant l'alerte pandémie a ainsi compté plus d'un refus sur deux à la vaccination dans ses rangs. La vaccination a été globalement bien supportée pour cette unité et aucun cas de grippe n'a été déclaré au sein du bataillon en Kapisa.

Au sein de la Brigade d'infanterie de montagne, les unités projetées en Kapisa au moment de l'alerte à la pandémie grippale semblent donc être une exception. La livraison rapide des vaccins et la contrainte plus ou moins imposée du maintien de la capacité opérationnelle ont joué à plein, notamment au sein du 13e BCA, facilitant ainsi le travail des équipes médicales. Le reste de la population militaire a plutôt suivi l'inclinaison de la population française à la méfiance et au manque d'adhésions aux recommandations du ministère de la santé.

L'action au profit de la population

L'histoire d'une mobilisation

Sur décision du ministre de la Santé, des centres de vaccination civils ont ouvert leurs portes dès le 12 novembre 2009 afin de vacciner la population (9). Celle-ci a été invitée à se rendre dans ces centres, de taille et d'infrastructure variables, afin d'être vaccinée après avoir été informée sur l'enjeu de cette vaccination. Ces centres étaient gérés par des personnes salariées et bénévoles. Une chaine administrative permettait de comptabiliser le nombre de volontaires et de vaccinés. Les personnes étaient reçu individuellement ou en famille par le médecin puis vaccinées par un infirmier ou par le médecin lui-même. Les médecins qui ont participé au début de cette campagne l'ont fait spontanément ou sur réquisition et ont été indemnisés. Certains médecins généralistes à la retraite ont rejoint « les rangs » des médecins généralistes en activité. Il a aussi été fait appel aux médecins de protection maternelle et infantile, à certains spécialistes et aux internes.

Les médecins et infirmiers d'unités n'ont été sollicités par les DRSSA que courant décembre, alors que la campagne commençait à s'essouffler, pour faire le point sur leurs disponibilités afin de participer, à juste titre, à cette mission de service public. Les Délégués militaires départementaux (DMD) ont ainsi eu rapidement une liste de médecins et infirmiers des armées mis à disposition.

Les médecins et infirmiers étaient souvent désignés avec un cours préavis. Tous les jours de la semaine et du week-end, un médecin, accompagné ou non de son infirmier, effectuait des vacations de 9 heures à 18 heures dans un centre du département selon un plan pas toujours cohérent : un médecin de Chambéry a été ainsi envoyé dans la Loire ou à Bourg Saint-Maurice tandis qu'un médecin de Bourg Saint-Maurice était appelé à rejoindre un centre proche de Chambéry. Peu de personnes se présentaient dans les centres et les vacances de Noël n'ont rien arrangé. Chaque soir, un compte-rendu téléphonique était fait par le médecin au DMD. Malgré ce faible rendement, les désignations ont continué du 24 au 31 décembre et se sont poursuivies courant janvier, essentiellement du lundi au samedi. Cette activité au

profit des centres de vaccination a rapidement et fortement perturbé la bonne organisation des services médicaux militaires.

Une organisation perfectible

Les médecins et infirmiers du service gardent un souvenir très mitigé sur cette participation à la vaccination pandémique. S'ils ne remettent pas en cause leur participation à cette mission de service public, ils s'interrogent encore sur les conditions de sa mise en œuvre. Pourquoi les avoir intégrés dans le dispositif mi-décembre, plus d'un mois après le début des campagnes de vaccination alors que les chiffres montrent que la population s'est fait vacciner plutôt fin novembre-début décembre, une fois l'ouverture des centres faite aux femmes enceintes, aux enfants de moins de 24 mois et à la population à risque ? Le réseau des cabinets médicaux ne semble pas avoir été utilisé de manière optimale au vu des élongations qu'ont connu certains – parfois dans des conditions météorologiques limites – pour pratiquer très peu d'actes. Enfin, les comptes-rendus quotidiens de dysfonctionnements au DMD n'ont pas entrainé les mesures correctives espérées.

La DRSSA aurait été sans doute l'échelon le plus adapté pour coordonner la répartition des médecins et infirmiers.

Conclusion

Confrontés à l'épidémie de grippe A (H1N1) pdm09, les médecins de la région de Grenoble Annecy Chambéry se sont donc employés sur deux fronts pour maintenir la capacité opérationnelle d'unités engagées en opérations extérieures et participer au service public. Dans les deux cas, ils se sont heurtés au scepticisme voire la défiance de la communauté de défense et de la population civile, à un traitement pas toujours cohérent de l'information, et à une certaine désorganisation ressentie dans la gestion de cette crise.

La disponibilité et le dynamisme du personnel soignant du Service de santé des armées ont été fort heureusement soulignés et de belles réussites sont à retenir comme la très bonne couverture vaccinale des forces projetées au plus fort de la crise en Kapisa. Il n'en reste pas moins un sentiment d'amertume. Il nous semble aujourd'hui intéressant de transposer cette crise dans le contexte actuel de la réorganisation du SSA. Les CMA peuvent, par leurs objectifs d'harmonisation et de mutualisation des pratiques, apporter une réponse cohérente aux interrogations et attentes de la communauté de défense sur une plus grande échelle que le quartier ou la caserne. C'est d'autant plus appréciable en cas de projection puisque ce n'est plus un bataillon qui part mais un groupement tactique interarmes composé de différentes unités d'une brigade. Le CMA de Grenoble Annecy Chambéry soutient les deux tiers de la 27e BIM et pourrait donc être particulièrement performant.

Le réseau des CMA et de leurs antennes donnent aussi aux DRSSA une articulation qui correspond mieux aux bassins de populations dans le cadre d'un renfort des services publics et permettent de coordonner les moyens du SSA de manière plus adaptée qu'un délégué militaire dont la zone d'action est limitée au département. On peut donc espérer être encore plus efficace aujourd'hui face à une alerte du type de celle de 2009.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

DOSSIER

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Manuguerra JC, Mosnier A, Autran B, Fleury M, Veyssier P, Patey O, et al. Comité de lutte contre la grippe et la pandémie 2009 : retour d'expérience. Presse Med 2012. doi: 10.1016/j.lpm.2012.02.043.
2. Vaux S, Brouart C, Fuhram C, Turbelin C, Cohen JM, Valette M, et al. Dynamique et impact de l'épidémie A(H1N1)2009 en France métropolitaine, 2009-2010. Bull Epidémiol Hebd 2010;24-6:259-63.
3. Mayet A, Pommier de Santi V, Manet G, Nivoix P, Ligier C, Faure N, et al. Surveillance épidémiologique de la grippe A(H1N1) 2009 dans les armées françaises : adaptation des systèmes de surveillance au contexte pandémique. Med Mal Infect 2010;40:404-11.
4. Secrétariat Général de la Défense Nationale. Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale », no 150/SGDN/PSE/PPS du 20 février 2009 : http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN_PG_2009.pdf.
5. Institut de veille sanitaire. Protocole de signalement de cas groupés de grippe à nouveau virus grippal A(H1N1) 2009. Mise à jour le 2 septembre 2009. http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/article.php3?id_article=570 (site Internet consulté le 30 novembre 2009).
6. Mayet A, Nivoix P, Haus-Cheymol R, De Laval F, Verret C, Duron S, et al. Increase in reported adverse events following seasonal influenza vaccination among the French armed forces, 2008-2009: possible role of stimulated reporting and background cases of influenza-like infection. Public health 2012;126:70-6.
7. Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Santé et des Sports. Circulaire du 21 août 2009 Planification logistique d'une campagne de vaccination contre le nouveau virus A (H1N1). Paris: Ministère de l'Intérieur. http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_vaccination_090824.pdf
8. Ministère de la Défense. Avenant au calendrier vaccinal dans les armées 2009. Note Nn°2137/DEF/DCSSA/AST/EC/EPID du 13 novembre 2009.
9. Mayet A, Ligier C, Gache K, Manet G, Nivoix P, Dia A, et al. Adverse events following pandemic influenza vaccine Pandemrix, reported in the French military forces – 2009-2010. Vaccine 2011;29:2576-81.
10. Guthmann J-P, Bone A, Nicolau J, Lévy-Bruhl D. Insuffisance de couverture vaccinale grippale A (H1N1) 2009 en population générale et dans les groupes à risque durant la pandémie 2009-2010 en France. BehWeb 2010;3:1-6. http://www.invs.sante.fr/behweb.2010/03/pdf/n3.pdf , accessed on November 9, 2010.

VIENT DE PARAÎTRE



MÉDECINE TROPICALE

6e édition

GENTILINI Marc, CAUMES Éric, DANIS Martin, BÉGUÉ Pierre, RICHARD-LENOBLE Dominique, TOUZE Jean-Étienne, KEROUÉDAN Dominique.

Pour la rédaction de ce livre, les coordinateurs se sont entourés d'une équipe de plus de 90 éminents spécialistes de la discipline.

Depuis sa première parution il y a 40 ans, sous la direction de marc Gentilini, Médecine tropicale a acquis une renommée internationale. Cette 6e édition, entièrement réactualisée et en couleurs, reste fidèle au concept original : offrir au lecteur le maximum de renseignements dans un style direct et didactique, reflet de la riche expérience des auteurs.

La médecine tropicale se définit comme prise en charge et le traitement des maladies survenant dans un environnement tropical ou subtropical. Cette pathologie, géographiquement déterminée, n'est pas limitée au Sud et se rencontre également au Nord du fait des migrations humaines, mais elle atteint avant tout les populations pauvres des pays en développement.

La première partie du livre dresse le panorama dans lequel elle s'inscrit à travers la géographie, la population mondiale, le développement de celle-ci, les aides internationales ou régionales. Cette vision globale est la condition indispensable pour comprendre les enjeux de santé des pays du Sud.

Les parties suivantes sont consacrées à l'ensemble des maladies transmissibles, parasitoses, mycoses, maladies bactériennes et maladies virales rencontrées dans l'hémisphère austral.

Mais aujourd'hui, les maladies non transmissibles prennent une place de plus en plus importante dans les pays en voie de développement où cancers, diabète, maladies respiratoires, affections cardiovasculaires, tendent à devenir, ensemble, les principales causes de mortalité.

L'émergence de ces maladies s'ajoute aux affections traditionnelles qui diminuent en pourcentage mais guère en valeur absolue compte tenu de la poussée démographique. Elles revêtent souvent, à cause de l'environnement, des aspects originaux exposés pour chaque discipline (hématologie, cardiologie, pneumologie, etc.) : la symptomatologie, les traitements des maladies cosmopolites diffèrent non seulement du fait de leur localisation en zone tropicale mais aussi des difficultés d'accès aux traitements de qualité. Il en est de même pour la chirurgie, dont les singularités et les carences sont le reflet de la précarité en moyens matériels et humains.

Une partie entière est consacrée à la pédiatrie : la population infantile ; qui représente la moitié de la population des pays tropicaux, est prioritairement touchée par les conditions socio-économiques et environnementales défectueuses.

La prévention des maladies tropicales est exposée à travers la vaccination, la lutte antivectorielle, l'assainissement, l'éducation sanitaire, les conseils aux voyageurs se rendant dans les pays tropicaux.

L'ouvrage s'achève par une présentation de l'épidémiologie adaptée à la zone tropicale. Les études épidémiologiques permettent de planifier rigoureusement les actions de santé communautaire et de rentabiliser au mieux les moyens disponibles, mais elles se heurtent à des difficultés logistiques imposant des méthodes originales et tenant compte de ressources humaines insuffisantes.

ISBN : 978 2 257 20396 0 – Format : 19x26,5cm – Pages : 1904 – Prix : 175€ – ***Éditeur : Médecine sciences Publications- Lavoisier*** *– 11 rue Lavoisier – 75008 Paris – Tél. : 33(0)1 42 65 39 95 – Fax : 33(0)1 42 65 02 46. Contact presse : ars@lavoisier.fr – www.Lavoisier.fr*