

Chikungunya à la Réunion. Une symptomatologie mal connue, un traitement à découvrir, des séquelles exagérées, des acteurs négligés : les médecins de terrain constatent, s'expriment et proposent* ...

de Chazournes P

Saint Denis, Réunion.

Med Trop 2012 ; 72-75

RÉSUMÉ • En 2005-2006, le chikungunya a frappé l'île de la Réunion occasionnant une crise sanitaire majeure à laquelle ni les autorités, ni les professionnels de santé n'étaient préparés. La symptomatologie était en effet mal définie, le traitement non évalué, et l'évolution à moyen et long terme totalement méconnues. Les médecins de terrain ont constaté *in vivo* des faits cliniques et thérapeutiques et se sont exprimés au travers de trois études dont ils ont été pleinement acteurs. En effet, ils ont été les médecins de premier recours devant, en quelques minutes face à un patient douloureux et fébrile, émettre un diagnostic, éliminer une maladie grave et proposer la meilleure prise en charge possible. A-t-on tiré depuis cinq ans suffisamment de leçons de cette crise sanitaire ayant touché près du tiers de la population réunionnaise ? Est-on mieux armé en 2012 qu'en 2006 pour soigner les formes chroniques du chikungunya et les futures formes aiguës en cas de retour de l'épidémie ? Des efforts et des progrès institutionnels indiscutables ont été faits, mais « tout » reste encore à faire, alliant interprofessionnalité, transversalité horizontale et verticale des décisions qui passent avant tout par une bonne écoute et une meilleure considération des professionnels de terrain.

MOTS-CLÉS • Chikungunya. Réunion. Polyarthrite. Médecine générale.

CHIKUNGUNYA ON REUNION ISLAND. EXPERIENCE, OPINION, AND PROPOSALS OF GENERAL PRACTITIONERS: POORLY UNDERSTOOD SYMPTOMS, LACK OF TREATMENT PROTOCOL, EXAGGERATED SEQUELS, NEGLECTED PLAYERS

ABSTRACT • In 2005-2006 the Chikungunya caused a major sanitary crisis in Reunion for which neither the authorities, nor the healthcare professionals were prepared, as the symptoms were poorly defined, the treatment not validated and the sequels underestimated. General practitioners described «in vivo» clinical and therapeutic facts and help conducted three ground studies. They were indeed the doctors of first recourse for painful and feverish patients. Have we drawn all lessons of this sanitary crisis that struck nearly the third of the population? Are we better prepared to face the acute and the chronic forms of a forthcoming epidemic? Efforts and indisputable institutional progress were made, but «Everything» still remains to be made combining all health professional efforts with a better consideration of the professionals of ground.

KEY WORDS • Chikungunya. Reunion Island. Polyarthritis. General practitioner.



« Evaluer et chercher, pour comprendre et s'améliorer ». Dr Philippe de Chazournes, président de Méd'Océan www.medocean.re/ © Dominique Meyer-Bisch

Le médecin de terrain : premier recours lors de l'épidémie de chikungunya (CHIK).

Tous les patients voient ou verront un jour un médecin de ville. Celui-ci voit donc 100 % des patients (*versus* quelques % pour les hôpitaux). En quelques minutes et sans autre moyen diagnostique rapide qu'un interrogatoire le plus exhaustif possible, le médecin doit répondre aux attentes du patient qui refuse de sa part toute erreur diagnostique et veut 100% de soulagement. C'est ainsi que pouvait se résumer la grande solitude du médecin de terrain face à un patient fébrile et/ou douloureux, connu ou inconnu, voyageur ou pas, avec parfois des hypothèses diagnostiques allant pour des symptômes similaires, du « nez qui coule »... à la méningite ! Et que faire face à l'isolement de la personne âgée ou célibataire, vivant seule chez elle, mais handicapée par ses douleurs

qui lui rendaient quasiment impossible tout déplacement, tout mouvement, voire le simple geste de boire un verre d'eau ? Sans parler de l'intervention des services médicaux, paramédicaux et sociaux, débordés, inorganisés et parfois atteints eux-mêmes par l'épidémie ?

En 2005-2006, il s'agissait du CHIK. Mais depuis, a-t-on tiré toutes les leçons de cette crise sanitaire ayant touché près du tiers de la population réunionnaise en 2006, soit près de 250 000 personnes atteintes ?

Le chikungunya : une symptomatologie mal connue

L'étude réalisée par Méd'Océan¹ en avril 2006, soit en pleine épidémie, a été mise en place sans aucun moyen financier, ni logistique, en totale solitude et bénévolat, pour pallier à l'inefficacité des autorités sanitaires de l'époque à apporter des réponses rapides aux questions posées par les praticiens. « Allons déchiffrer ensemble² ! » avait pour but dans un premier temps d'éviter toute anarchie dans les prescriptions et les diagnostics posés et, dans un second temps, d'aider nos chercheurs à dégager des

* La solitude du médecin de terrain face à son patient fébrile et/ou douloureux (retour sur le chikungunya). <http://www.medocean.re/wp-content/uploads/solitude-du-m%C3%A9decin-VF-1.pdf>

• Correspondance : phil.dechazournes@gmail.com
• Article reçu le 17/10/2011 et accepté le 21/02/2012

1. Méd'Océan est une association médicale créée en 2000 et engagée dans la qualité en santé à la Réunion et dans l'Océan Indien.

2. « Infection par le virus du chikungunya : quels sont les critères diagnostiques et les approches thérapeutiques des médecins de terrain ? » de Chazournes P (président de Méd'Océan), Dalban C (statisticienne au Centre d'investigation clinique et d'épidémiologie clinique (CIC-EC) de la Réunion), Favier F (directeur du CIC-EC de la Réunion).

<http://www.medocean.re/wp-content/uploads/Revue-du-Praticien-de-chazournes.pdf>

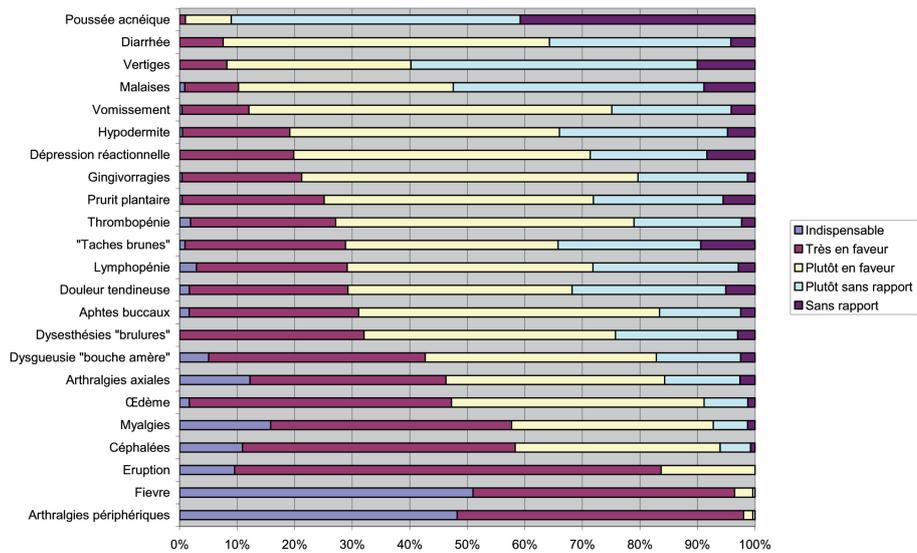


Figure 1. Utilité en 5 classes, des critères de diagnostics selon les médecins (N = 253).

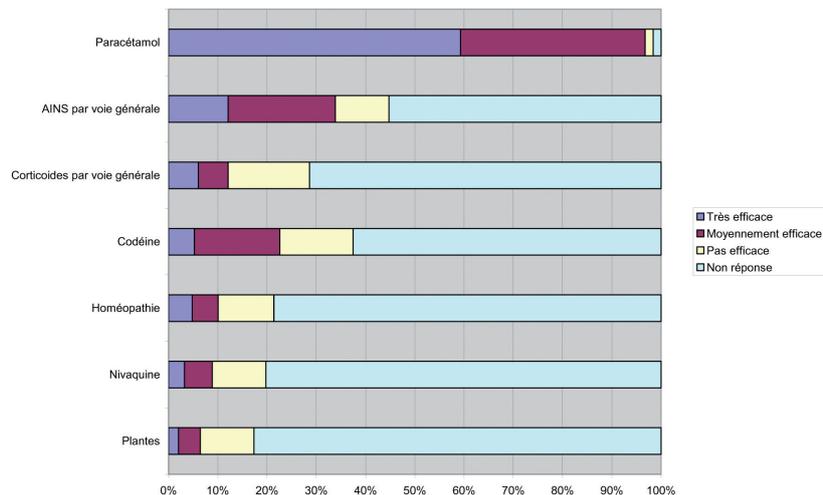


Figure 2. Description de l'utilisation des thérapeutiques selon les médecins pour les formes fébriles (N = 248). Ne figurent ici que les traitements pour lesquels plus de 5 % des médecins ont indiqué qu'ils les jugeaient « très efficaces » ou « moyennement efficaces » dans les formes fébriles.

pistes intéressantes de recherches médicamenteuses. Sur les 1 135 questionnaires envoyés (719 généralistes et 416 spécialistes), 265 ont été retournés dont 261 exploitables, soit un taux de réponses de 23 %, taux jugé très satisfaisant dans un contexte où les cabinets médicaux étaient envahis de patients malades du CHIK.

Sur quels critères cliniques poser le diagnostic de CHIK (figure 1)

Qu'est ce que la fièvre ? A-t-elle été mesurée ? Comment traiter cette fièvre ? Comment y répondre dans le cadre d'une consultation, de la permanence des soins ou lors d'une régulation médicale via le centre 15... sans passer à coté d'une pathologie grave qui pourrait être noyée parmi des milliers de patients présentant les « mêmes » symptômes ?

Les arthralgies périphériques, la fièvre, l'éruption étaient les trois critères cités par plus de 80 % des médecins comme des signes « indispensables » ou « très en faveur » au diagnostic. Les cinq critères suivants, par ordre de fréquence de citation,

étaient les céphalées, les myalgies, les œdèmes, les arthralgies axiales et la dysgueusie... Plus précisément, la figure 1 montre que la fièvre est le critère qui a été le plus souvent jugé comme « indispensable » au diagnostic (51 % des médecins), devant les arthralgies périphériques (48 % des médecins) puis, loin derrière, les myalgies (16 %). Pour la fièvre, il est à noter qu'elle était considérée comme critère « indispensable » au diagnostic pour seulement la moitié des médecins, alors qu'il s'agit d'un critère indispensable pour pouvoir déclarer un cas de CHIK dans le cadre du système de veille sanitaire mis en place par l'Observatoire Régional de la Santé.

Le chikungunya : un traitement à découvrir

Que prescrire, en toute sécurité, pour soulager nos patients ? Cette même étude³, qui décrit les traitements utilisés selon

3. Infection par le virus du chikungunya : quels sont les critères diagnostiques et les approches thérapeutiques des médecins de terrain ? de Chazournes P, Dalban C, Favier F (Voir détails en note 2).

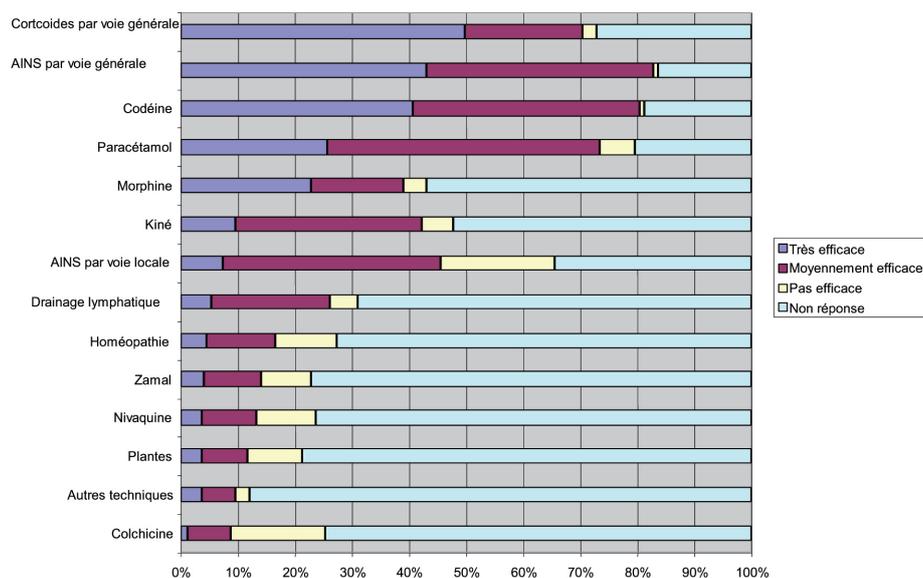


Figure 3. Description de l'utilisation des thérapeutiques selon les médecins pour les formes algiques (N = 248). Ne figurent ici que les traitements pour lesquels plus de 5 % des médecins ont indiqué qu'ils les jugeaient « très efficaces » ou « moyennement efficaces » dans les formes algiques.

les médecins prescripteurs pour les formes très algiques, montre la grande variabilité des traitements prescrits (figures 2 et 3).

Globalement, la figure 2 montre que 59 % des médecins ont déclaré que le paracétamol était « très efficace » pour les formes fébriles, mais pour 37,5 % d'entre eux, il n'était que « moyennement efficace ». Viennent ensuite, loin derrière, les AINS, jugés « très efficaces » par 12 % des médecins, ou « moyennement efficaces » par 22 %.

Globalement, la figure 3 montre que les corticoïdes par voie générale étaient jugés « très efficaces » pour les formes algiques par 50 % des médecins, « moyennement efficaces » par 20 % et que 27 % n'ont pas répondu à cet item. Viennent ensuite les AINS et la codéine pour lesquels près de la moitié des médecins qui ont répondu à ces deux items les considéraient « très efficaces » et l'autre moitié « moyennement efficaces », puis le paracétamol « très efficace » pour 26 % des médecins et « moyennement efficace » pour 48 % des médecins.

Les quatre médicaments jugés « très efficaces » à « moyennement efficaces » par plus de 70 % des médecins ayant répondu à cette étude étaient les corticoïdes, les AINS, la codéine, et le paracétamol. La question qui reste posée actuellement concerne la place, les modalités (forme, doses, durée) et surtout le moment de la prescription des corticoïdes, non recommandés en l'état actuel des connaissances. Les formes très algiques et invalidantes sembleraient inaccessibles aux traitements usuels.

Devant l'urgence de la situation et une communauté médicale désemparée, une simple étude, même non expérimentale mais où la réalité devait être observée, était indispensable. Compte tenu de la rapidité avec laquelle cette étude a été mise en place – mais « valant de l'or », car en temps réel et « *in vivo* » –, la méthodologie utilisée ne permet pas de tirer des conclusions fiables ; cependant, ses résultats devraient pouvoir aider les chercheurs à affiner leurs pistes de recherche, même si les médecins répondants ne sont pas statistiquement représentatifs...

Près d'un tiers des médecins généralistes ont répondu à ce questionnaire, bénévolement et dans un délai très court, alors qu'il fallait du temps pour le remplir et que les cabinets médicaux étaient

encore bien surchargés. Cela permet de confirmer que les médecins de l'île de la Réunion acceptent volontiers de répondre à une enquête quand il s'agit d'apporter leur contribution à la qualité des soins à apporter à leurs patients, et à la recherche en médecine générale.

Plus de 92 % des médecins qui ont répondu ont indiqué qu'ils souhaitaient être recontactés pour des études ultérieures et 79 % ont noté leur nom alors que le questionnaire était anonyme...

Cette étude a répondu à une véritable frustration des médecins de l'île de la Réunion à qui on avait omis de demander leur avis concernant une pathologie pour laquelle ils ont été et seront encore en première ligne lors d'une prochaine épidémie, touchant « une population de patients complètement déboussolée face à des praticiens découvrant avec eux cette nouvelle pathologie évolutive ! ». Elle montre comment les médecins de terrain peuvent être sensibles et répondre présents quand on sollicite leur avis...

Cette étude se justifiait aussi par l'absence de signes cliniques à forte présomption positive et à la constatation d'une anarchie thérapeutique, faute d'évaluation rapide des traitements dans cette pathologie.

Cette simple étude non expérimentale des médecins de terrain met en évidence la diversité des signes cliniques, tout du moins ressentie par les médecins avec la triade assez évocatrice (fièvre, arthralgies, éruption), et la diversité de la prise en charge de leurs patients « chikungunyés ». Ses résultats traduisent aussi le désarroi médical devant une épidémie non prévue et une infection encore mal définie. Elle souligne le besoin d'une « vraie » étude scientifique – qui pourrait s'appuyer sur ces premières observations – pour enfin donner des « recommandations » basées sur l'expérience locale en impliquant les médecins réunionnais et non simplement en suivant « conseils et préconisations » d'experts métropolitains. A titre d'exemple, le constat d'un prurit plantaire, très fugace pendant les premières heures de l'infection aiguë dans près de 80% des cas pourrait s'avérer pathognomonique du CHIK et on pourrait étudier si la valeur prédictive positive de ce signe, associé à la triade symptomatique classique, permettrait de se passer d'une confirmation sérologique en période épidémique.

La grande solitude du médecin de terrain face à son patient fébrile et/ou douloureux prenait aussi ses racines dans les difficultés thérapeutiques et l'engagement de sa responsabilité : où trouver en temps réel la réponse aux questions que l'on se posait ? Comment apprécier la pertinence des réponses ? Existait-il des « recommandations » officielles ? Sur quelles références, quel argumentaire ?

Le chikungunya : des séquelles exagérées

L'Etude « Chikarticulaire M 36⁴ » est une enquête transversale menée entre le 14 avril et le 15 mai 2009, en population générale consultant chez le médecin de ville, sur la base d'un échantillonnage (sondage aléatoire, tirage au sort des médecins, tirage au sort des patients). Cette étude avait pour objectifs d'estimer la prévalence des douleurs chroniques, 36 mois (M36) après l'épidémie de chikungunya, chez les personnes de plus de 18 ans résidant à la Réunion, et d'investiguer les facteurs associés à la présence de manifestations chroniques rhumatologiques. Cent-vingt médecins généralistes ont ainsi été tirés au sort parmi les 863 présents alors sur l'île avec 46 réponses favorables et 321 patients tirés au sort pour, au final, 273 patients inclus dans l'analyse. Nous en présentons les principaux résultats préliminaires. Une personne interrogée sur trois présentait des manifestations articulaires persistantes associées. Après étude des associations et analyse multivariée, on a pu constater que les personnes ayant eu le CHIK n'avaient pas plus de manifestations articulaires persistantes que les autres et que les seuls facteurs associés à des douleurs rhumatismales chroniques étaient : obésité (IMC > 25), diabète, mal de dos, âge (> 48 ans). A titre individuel, rien n'est exclu, mais une personne avec des douleurs articulaires ayant eu le CHIK (ou pas) doit inciter le praticien à chercher une autre raison à ces douleurs pour prescrire un traitement le plus adapté à la cause. D'où la conclusion : « Le CHIK démasqué : il a bon dos, mais il n'est pas à l'origine de tous nos maux ».

Le chikungunya : des acteurs négligés

L'étude de Méd'Océan précédemment citée a été faite dans la précipitation, dans un contexte d'urgence en rapport avec des autorités sanitaires locales négligentes et totalement dépassées par les événements qui secouaient l'île ; celle de l'URML/CIRE-INVVS, mise en place à la demande des tutelles pour se faire un peu « pardonner » face à des praticiens de terrains très en colère... et chercher grâce à l'URML, une source de financement ! L'étude « CuraChik », qui a évalué le traitement par chloroquine (1), a été réalisée grâce à l'expérience de Méd'Océan, maître d'œuvre de sa mise en place et de son organisation, en association avec l'HP et le CHU de Marseille. Dans ces études, nous avons noté la pression incessante des laboratoires devant ce marché potentiel et cela a été un combat de tous les jours pour que seules des associations indépendantes et des structures d'Etat œuvrent en la matière. Mais jusqu'à quand pourra-t-on tenir ainsi notre indépendance en matière de recherche ? C'est à l'occasion de l'écriture du présent article, que

son auteur apprend tout à fait par hasard que les résultats finaux de cette étude (n'apportant rien de concluant concernant l'efficacité de la chloroquine) ont été publiés (2)... il y a trois ans, oubliant une fois de plus les médecins de terrains qui s'y étaient investis... ainsi que son coorganisateur !

Aussi, il est proposé de créer des Groupes Régionaux de Recherche Régionale de Terrain (G3RT), préalablement constitués de façon aléatoire (fichier INSEE/ADELI) mais sur la base du volontariat, totalement indépendants de l'industrie et réactifs à la moindre alerte sanitaire et qui, grâce à un protocole d'action prédéterminé (réunions de travail anticipatrices), permettraient de réaliser des études cas/témoins dans un premier temps. Dans un second temps, des études randomisées à grande échelle (demandant un budget souvent plus conséquent) permettraient d'infirmier ou de confirmer les premières tendances. Les rôles conjugués de l'ARS (agence régionale de santé), des praticiens de terrain et des méthodologistes régionaux (INVS, INSERM) devraient permettre de garantir l'indépendance totale des préconisations qui en découleraient, aussi bien en termes de diagnostic que de traitement.

Conclusion

C'était en 2006 ! Sommes-nous mieux armés en 2012 pour mieux soigner les formes chroniques du chikungunya et les futures formes aiguës en cas de retour de l'épidémie ? La grande solitude du médecin de terrain par rapport à ses tutelles a-t-elle disparu ? Incontestablement, des efforts et des progrès indiscutables ont été faits depuis cette épidémie de CHIK avec la mise en place d'un système d'alerte et d'une réorganisation des services de l'Etat nettement plus performants, mais... « tout » reste encore à faire, notamment en terme de modélisation d'un protocole de réaction face à une prochaine (et inévitable) « épidémie », virale ou autre. Ceci passe avant tout par l'interprofessionnalité et la transversalité horizontale des prises de décisions. Seule, la mise en commun des compétences et des « savoirs » des institutionnels, des médecins de ville et de l'hôpital, des infirmiers libéraux, des services sociaux, des méthodologistes et des patients, permettra l'amélioration de nos pratiques⁵. Une meilleure prise en charge de nos patients doit passer avant tout par une bonne écoute des professionnels de terrain !

Références

1. De Lamballerie X, Enault S, Boisson V, Michault A, Clabe A, Grivard P *et al.* Description des signes cliniques de l'infection à virus chikungunya à partir de la base de données de l'essai randomisé en double insu comparant la chloroquine au placebo en traitement curatif. *Bull Soc Pathol Exot* 2007 ; 100 : 343.
2. De Lamballerie X, Boisson V, Reynier JC, Enault S, Charrel RN, Flahault A *et al.* On chikungunya acute infection and chloroquine treatment. *Vector Borne Zoonotic Dis* 2008 ; 8 : 837-9.

Retrouvez l'ensemble de l'argumentaire de ce texte sur <http://www.medocean.re/wp-content/uploads/solitude-du-m%C3%A9decin-VF-1.pdf>

4. Etude transversale de la persistance des manifestations articulaires, trois ans après l'infection par le chikungunya à La Réunion E Durquety¹, P De Chazournes², MC Jaffar-Bandjee³, C Catteau⁴, L Filleul¹, D Sissoko¹ (1 CIRE Réunion-Mayotte, 2 Union régionale des médecins libéraux de la Réunion, 3 Centre hospitalier Félix Guyon, 4 Drass Réunion) <http://www.urml-reunion.net/chikungunya/chick36/index-chick36.html>

5. L'Evaluation des Pratiques Professionnelles est en route : http://www.urml-reunion.net/epp/index_epp.html