



Grippe H1N1 : crions-nous au loup inutilement ?

Par **Dr Jean Barbeau**, Ph.D, microbiologiste, professeur titulaire,
Faculté de médecine dentaire, Faculté de médecine, Université de Montréal

Source : Article paru dans le Journal de l'Ordre des dentistes du Québec, volume 46, numéro 3, juin/juillet 2009; 26-9.

Lorsqu'en 1918, la pandémie d'influenza frappa de plein fouet une planète en guerre, le virus A H1N1 ne trouva que peu d'obstacles à sa propagation : pendant de longs mois, le virus échappa aux laboratoires de recherche qui perdirent un temps précieux à s'échiner sur une bactérie, *Haemophilus influenzae*, qui se révéla être une fausse piste.

Le virus eut donc amplement le temps et le champ libre pour entreprendre son travail de dévastation. Les systèmes de communication dans un monde en guerre étaient chaotiques, souvent contradictoires, et l'information était filtrée. N'étant pas en guerre et n'ayant pas à contrôler ses communications, l'Espagne fut le pays qui rapporta les premiers cas d'influenza. C'est pour cette raison que la grippe de 1918 fut faussement nommée « grippe espagnole ».

Et que dire de l'agressivité de ce virus à l'époque! Il raya de la surface de la Terre plus de 50 millions d'individus – entre 30 000 et 50 000 Canadiens; 4,5% de la population mondiale – dont plusieurs dans la force de l'âge. Le virus eut sans doute une part importante à jouer dans les combats sur le terrain, là où les armées eurent à composer non seulement avec les blessures et décès de guerre, mais aussi avec des effectifs ralentis par un virus que les tranchées et les armes ne pouvaient arrêter.

En 1918-1919, nous n'avions pas encore d'antibiotiques utilisables. La pénicilline ne fut découverte et utilisée que durant la Deuxième Guerre mondiale. Les complications bactériennes de la grippe échappaient à tout contrôle. Même les systèmes d'assistance respiratoire n'en étaient qu'à leurs balbutiements.

Dans la panique que suscita le tueur au visage inconnu, qui frappait de toutes parts et se tapissait jusque dans les demeures, les communications, déjà laborieuses, devinrent encore plus discordantes. On ferma des écoles, des théâtres et des églises. La ville de Prescott en Arizona rendit les poignées de main illégales. Tousser et éternuer sans se couvrir le visage devinrent d'odieux délits. Je le répète, 1918 était une très mauvaise période pour recevoir la visite d'un tueur en série invisible; le chaos prit le contrôle du monde.

Nous sommes en 2009. Le virus a un visage, il a un nom. Il s'appelle lui aussi H1N1. Ce n'est pas le même virus, mais il lui est apparenté. Nous avons ses empreintes digitales, nous l'avons ouvert, décortiqué et disséqué jusque dans ses gènes. Le vaccin est déjà en élaboration, et ce, quelques semaines seulement après l'éclosion des premiers cas : une différence colossale comparativement à 1918. Et notre H1N1 à nous, pour l'instant du moins, a toutes les caractéristiques de la grippe saisonnière, embêtante certes, mais qui se soigne en restant paisiblement chez soi. Nous avons un arsenal fantastique d'antibiotiques, des appareils d'assistance respiratoire performants, l'expérience du passé et un système de communication où l'information est véhiculée de façon orchestrée et efficace.

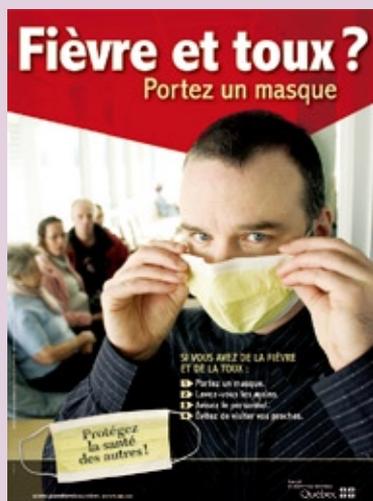
Un système de communication trop efficace selon certains, pas assez selon d'autres. Rien n'est parfait, rien ne le sera jamais, mais le système fonctionne très bien.

Alors pourquoi tout ce tumulte? Pourquoi sonner l'alarme pour si peu? Quoi, pensez-vous, quelque 10 243 cas de grippe H1N1 à travers le monde, 80 décès au total dont 72 (en date du 20 mai) au Mexique : est-ce bien utile de s'agiter dans tous les sens? Pourquoi l'Organisation mondiale de la santé a-t-elle haussé l'alerte au niveau 5 sur un maximum de 6?

Le H1N1 qui circule actuellement est un dérivé du H1N1 de 1918. Depuis ce temps, il a eu l'occasion d'échanger des gènes glanés d'autres virus influenza de l'humain, du porc et des oiseaux. Ce faisant, il a obtenu une nouvelle identité antigénique. Notre système immunitaire – le vôtre, le mien – n'a donc jamais pu le voir et le garder en mémoire (c'est le principe de l'immunisation et de la vaccination). Donc, contrairement aux souches virales de l'influenza saisonnière qui affectent quelques individus, chaque fois que le H1N1 trouvera une cible, celle-ci sera « vierge » et le virus pourra s'y installer, proliférer et passer au suivant. Les bases de la pandémie sont jetées.

Figure 1

Exemples d'affiches à installer dans vos salles d'attente. Vous pouvez vous les procurer sur le Web : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-235-08F.pdf>; et <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-235-06F.pdf>



Il faut comprendre que le virus n'a pas besoin de tuer pour causer des dommages importants en situation de pandémie. Imaginons que le taux d'«attaque» du virus soit de 30% : trois personnes sur 10 dans les entreprises, les commerces et les institutions en seraient affectées. Ajoutons à ce chiffre l'absentéisme gonflé par ceux et celles qui décideront de prendre soin d'un parent ou d'un ami malade : trois ou quatre personnes sur 10 pourraient donc être absentes du travail pour une période d'environ une semaine ou plus. Pour une pandémie qui durerait disons un an, on pourrait prévoir des impacts sur l'économie et sur les services.

Voilà pourquoi tout ce qui est mis en œuvre à l'heure actuelle vise principalement à ralentir la progression du virus. Plus nous serons efficaces à retarder l'apparition de nouveaux cas, plus nous gagnerons du temps. Et le temps est précieux en situation de pandémie, et ce, peu importe l'agressivité du virus. Le temps gagné réduit le nombre de patients que le système de santé aura à absorber. C'est ce qui se passe présentement.

Avec 496 cas au Canada dont 106 au Québec, le virus progresse lentement, très lentement, et n'occasionne aucune surcharge sur le système de santé, du moins pour l'instant. Ajoutons à cela que notre H1N1 contemporain est peu virulent et qu'il ne semble pas être très efficace pour se répandre dans la communauté. Le temps gagné par les mesures de contrôle permettra aussi de réduire l'impact négatif du temps nécessaire pour développer et distribuer le vaccin, qui peut prendre jusqu'à six mois. Si nous parvenons à maintenir la pression sur H1N1, comme nous le faisons actuellement, il se heurtera à un mur lorsque le vaccin arrivera.

Quelles sont les recommandations pour les cliniques dentaires?

L'objectif est simple : protéger votre clinique contre l'introduction de H1N1. Pour ce faire, nous vous suggérons quelques précautions particulières à appliquer, en plus des précautions standards.

- L'installation dans votre salle d'attente de distributeurs de gel ou mousse hydro-alcoolique est une stratégie gagnante. Des affiches (voir **Figure 1**) indiquant à vos patients d'utiliser ces distributeurs pourraient être placées à la vue dans la salle d'attente. Vous pourriez laisser les distributeurs et les affiches en permanence, ces outils étant utiles toute l'année.
- Vous devriez faire un triage de vos patients pour « intercepter » les personnes qui démontrent des signes d'infection respiratoire. Idéalement, ce triage devrait se faire au téléphone à l'aide de quelques questions (voir **Encadré**). Si la réponse est positive, le rendez-vous doit être déplacé. Les malades sont infectieux environ 24 heures avant l'apparition des symptômes et jusqu'à sept jours par la suite.
- Si un sujet se présente à votre clinique avec des symptômes compatibles avec une grippe, vous devez : 1) lui fournir un masque (idéalement N-95, mais le masque d'examen fera l'affaire); 2) demander à la personne de se laver les mains (savon ou gel); 3) ne faire aucun traitement sauf pour urgence (contenir la douleur ou l'infection). Traiter les patients souffrant d'influenza en fin de journée n'est pas une option (sauf pour une urgence).
- Il est suggéré d'isoler le malade des autres patients dans une salle à part (l'isoler dans la salle d'attente n'est pas une idée à considérer) et de contacter le centre de santé le plus près.
- Le personnel de la clinique appelé à côtoyer de façon rapprochée (moins de six pieds ou deux mètres) un patient malade devrait porter un masque, des gants et des lunettes pour se protéger des aérosols. Si un patient ayant des symptômes de grippe se présentait à votre clinique, vous devriez procéder à une désinfection qui se concentrera sur les surfaces non cliniques (chaise, comptoir de la réception et autres) qui auront été touchées par la personne.

EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE DE TRIAGE

Situation où il est conseillé de déplacer le rendez-vous un peu plus tard (après la période critique de sept jours) :

- Dans les sept derniers jours, avez-vous voyagé dans une zone à risque pour l'influenza ou avez-vous été en contact avec une personne ayant voyagé dans une zone à risque?

Situation où vous devriez déplacer le rendez-vous ou conseiller au patient de prendre contact avec son médecin ou Info-Santé (811) :

- Souffrez-vous d'une nouvelle toux ou d'une aggravation récente d'une toux existante, avec de la fièvre (plus de 38 °C)?
- OU
- Avez-vous des difficultés respiratoires et de la fièvre?
- ET
- Avez-vous mal à la gorge?
- Avez-vous des douleurs musculaires ou articulaires?

1. Lorsque l'alerte pandémique aura atteint le stade 6 (sur 6), les questions sur les zones à risques seront inutiles : toutes les régions du monde seront également affectées.

Postface

Les recommandations qui précèdent pourront paraître excessives à certains. L'histoire démontre que les décisions de cette nature ne font jamais l'unanimité. Mais c'est la nature même des décisions : trancher à la lumière des meilleures informations disponibles. C'est le principe de précaution.

Il est fort peu probable que vous ayez à appliquer ces recommandations. Les patients qui souffrent de difficultés respiratoires, de courbatures et de fièvre restent en général à la maison, leur réflexe n'étant pas de se présenter chez leur dentiste. Outre le fait que ces recommandations aient été formulées en réaction à des situations d'exception (c'était le cas du SRAS en 2003), nous pouvons certes faire une réflexion sur la pertinence de déplacer le rendez-vous d'un patient qui souffrirait d'une infection respiratoire active, peu importe la situation épidémique ponctuelle.

Le niveau d'alerte à l'influenza sera probablement maintenu encore pour un temps, même si la progression du virus montre des signes d'essoufflement. C'est une procédure normale et très responsable. Le temps n'est pas venu de baisser la garde pour la simple raison que les médias parlent moins de H1N1. Le virus de l'influenza est une « sale bête ». C'est une machine imprévisible dont le matériel génétique est formidablement adapté aux échanges génétiques et aux ruses, feintes et astuces : il peut se résorber pour longtemps, mais il peut aussi, l'Histoire le démontre, rebondir avec force. Nous gardons en mémoire que le H1N1 de la Première Guerre mondiale commença lui aussi comme un chaton muni de petites griffes au printemps 1918 pour devenir un fauve indomptable à l'automne. Beaucoup de ce que nous savons aujourd'hui, notamment sur la façon d'élaborer un vaccin, tire son origine de ce que les scientifiques durent apprendre et développer sous une pression inimaginable, pendant que H1N1 décimait leurs rangs. Contrairement au début du 20^e siècle, nous sommes maintenant beaucoup mieux outillés pour y faire face.

Remerciements

L'auteur tient à remercier mesdames Sylvie Lainé et Jacynthe Séguin pour leurs commentaires et suggestions.

Références

Sites web officiels pour la mise à jour des informations sur une éventuelle pandémie

Organisation mondiale de la Santé :

www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html

Centers for Disease Control (É.-U.) :

www.cdc.gov/h1n1flu/

www.cdc.gov/OralHealth/infectioncontrol/pdf/swineflu.doc

Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada :

www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/dc-ma/influenza-fra.php

www.phac-aspc.gc.ca/influenza/pandemicplan-fra.php

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec :

www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?accueil

Références bibliographiques

Stoto, M.A. The precautionary principle and emerging biological risks: lessons from swine flu and HIV in blood products. *Public Health Rep.* 2002; 117: 546-552.

Basili M, Franzini M. Understanding the risk of an avian flu pandemic: rational waiting or precautionary failure? *Risk Anal.* 2006; 26 : 617-630.

Crosby, A.W. *America's Forgotten Pandemic. The Influenza of 1918* Cambridge University Press. 2003. 337 p.

Barry, J.M. *The Great Influenza, The Story of the Deadliest Pandemic in History.* Penguin Books. 2005. 546 p.

Neustadt, R.E., Fineberg, H.V. *The Swine Flu Affair: Decision-Making on a Slippery Disease.* National Academies Press. 1978. (Téléchargement gratuit du livre à www.nap.edu/catalog.php?record_id=12660)

Agence de la santé publique du Canada. *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé.* 2006. www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclci/pdf-f/cpip-fra.pdf

Texte reproduit avec autorisation.