

Étude originale

Infection par le virus du chikungunya

Quels sont les critères diagnostiques et les approches thérapeutiques des médecins de terrain ?

Par
Philippe de Chazournes,
 médecin généraliste,
 président de
 MédOcean* ;
Cécile Dalban,
 statisticienne au
 Centre d'investigation
 clinique et
 d'épidémiologie
 clinique (CIC-EC)
 de la Réunion ;
François Favier,
 directeur du CIC-EC
 de la Réunion.

* MédOcean est une
 association médicale créée
 par les docteurs J.M. Franco
 et Ph. de Chazournes
 en 2000 et engagée dans
 la qualité en santé à la
 Réunion et dans l'océan
 Indien au travers d'un
 certain nombre d'actions,
 notamment de visites
 de paires.

RÉSUMÉ

Objectif : afin de limiter toute anarchie dans les diagnostics posés et les prescriptions, recueillir, auprès des médecins généralistes et spécialistes de l'île de la Réunion, les critères cliniques qu'ils jugent utiles au diagnostic de l'infection par le chikungunya et les traitements qu'ils jugent efficaces selon les différentes formes de la maladie.

Méthode : étude d'observation descriptive avec diffusion, aux 1 200 médecins libéraux de l'île, d'un questionnaire qui comprenait deux grilles à remplir. La première concernait les critères diagnostiques « pour » le médecin, la seconde les

thérapeutiques qu'« il » utilisait. Les médecins devaient répondre en fonction de leur ressenti et non à partir d'une analyse précise et exhaustive des cas cliniques qu'ils avaient pris en charge.

Résultats : 265 médecins ont répondu à ce questionnaire. L'analyse des grilles de réponses montre la diversité d'appréciation des médecins quant à l'importance des 23 critères diagnostiques proposés avec, cependant, l'association fièvre, arthralgies, éruption qui émerge comme principal critère diagnostique. Dans les formes aiguës fébriles, le paracétamol est le traitement qui apparaît de loin le plus plébiscité par les médecins qui ont répondu à

cette enquête.

Dans les formes algiques, les 4 médicaments jugés de « très efficaces » à « moyennement efficaces » par plus de 70 % des médecins de cette étude sont les corticoïdes, les AINS, la codéine et le paracétamol.

Discussion : cette étude non expérimentale sur le ressenti des médecins de terrain après une année de prise en charge de cette épidémie met en évidence la diversité de la clinique, tout du moins ressentie par les médecins, et de la prise en charge de cette maladie montrant ainsi leur désarroi devant une épidémie non prévue et une infection encore mal définie.

Rev Prat Med Gen 2006;20:889-92.

La Réunion, département français d'outre-mer situé dans l'océan Indien, a été frappée, en mars 2005, par une épidémie de chikungunya (chik) aussi importante qu'imprévisible. La cellule interrégionale d'épidémiologie de la Réunion-Mayotte estimait, au 27 août 2006, que 266 000 personnes (sur 750 000 habitants) avaient été atteintes avec 246 décès de façon directe ou indirecte. Cette maladie qui se transmet d'homme à homme par l'intermédiaire du moustique *Aedes albopictus* est liée en partie aux modifications de l'environnement, notamment la production et le dépôt sauvage de déchets (sources de gîtes des vecteurs), et à la baisse de la vigilance antivectorielle depuis l'éradication officielle du paludisme à la Réunion en 1979.

Connue depuis plusieurs dizaines d'années en Afrique, cette maladie n'avait jusqu'à présent suscité que peu d'intérêt de la part des pays occidentaux qui n'avaient pas encore été touchés... L'infection par le virus du chikungunya est une arbovirose classée algo-éruptive¹ dont l'incubation est de 4 à 7 jours en moyenne. Ensuite apparaît brutalement une fièvre élevée, accompagnée de douleurs articulaires pouvant être très intenses. Cette infection, dont l'évolution peut être rapidement favorable, peut aussi évoluer vers une phase chronique marquée par des arthralgies² importantes et persistantes. Maladie réputée bénigne, des formes graves non décrites dans la littérature médicale³ ont été observées à la Réunion : hépatites aiguës sévères,⁴ myélo-méningo-encéphalites,⁵ myocardites et péricardites, épidermolyse bulleuse chez l'enfant.⁶

Il n'existe pas de traitement antiviral spécifique, mais des recherches sont en cours.⁷ Le traitement classique est uniquement symptomatique :⁸ paracétamol en première intention et anti-inflammatoires non stéroïdiens dans le respect des contre-indications. Au niveau individuel, la prévention passe préférentiellement par l'utilisation de moyens de protection physique (vêtements, moustiquaire, répulsifs...). Au niveau communautaire, des actions de lutte contre le vecteur diurne et urbain sont indispensables.⁹

Objectifs de l'étude. Devant la diversité des formes cliniques observées et de leur sévérité, devant l'absence de signes cliniques spécifiques et une apparente anarchie thérapeutique et, enfin, devant l'inertie des pouvoirs publics à réagir après un an d'épidémie en ignorant les messages d'alerte des praticiens de terrain, une étude d'observation descriptive, clinique et thérapeutique, a été réalisée auprès de l'ensemble des 1 200 médecins libéraux de l'île. L'objectif était de recueillir, auprès des médecins généralistes et spécialistes, les critères cliniques qu'ils jugent utiles au diagnostic de l'infection par le chikungunya et les traitements qu'ils jugent efficaces selon les différentes formes de la maladie. Cette étude a été réalisée par MédOcean, sans aucune ressource financière dédiée ni aucun moyen logistique ou humain malgré des sollicitations institutionnelles multiples...

Le message adressé aux médecins était le suivant :
 « Allons déchiffrer ensemble ! Nous sommes à plus d'un an du premier cas... »

INFECTION PAR LE VIRUS DU CHIKUNGUNYA

il serait temps de nous demander sur quels critères nous posons le diagnostic de chik !

il serait temps de se demander que prescrire pour prendre en charge au mieux nos patients !

... afin d'éviter toute anarchie dans les prescriptions et les diagnostics posés et pour aider nos chercheurs à dégager des pistes intéressantes de recherches médicamenteuses.

Vous êtes médecin :

Généraliste Spécialiste En quelle spécialité ?

Dans quelle localité ?

Pensez-vous avoir été atteint du chik pendant cette épidémie ?

Oui Non

Seriez-vous prêt à recevoir un nouveau questionnaire dans les semaines à venir afin d'affiner ces grilles de recueil (notamment en ce qui concerne les formes chroniques ou les rechutes) ?

Oui Non

Si oui, merci de préciser votre nom et vos coordonnées ++ »

MÉTHODE

Un premier questionnaire de recueil des données a été élaboré ; il a été adressé par fax pour un prétest à dix médecins libéraux tirés au hasard dans l'annuaire de l'ensemble de l'île. Ce questionnaire a été ensuite amélioré en fonction des retours (7/10). Cette dernière version a été adressée par courrier aux 1 135 libéraux réunionnais (719 généralistes et 416 spécialistes) avec une enveloppe préimprimée pour le retour.

Ce questionnaire anonyme (mais avec la possibilité de préciser son nom afin d'être éventuellement recontacté pour une nouvelle étude) comprenait deux grilles à remplir. La première concernait les critères diagnostiques « pour » le médecin (v. tableau 1), la seconde les thérapeutiques qu'« il » utilisait (v. tableau 2). Ces critères et thérapeutiques proposés étaient issus des premières discussions informelles perépidémiques entre les médecins. Les médecins devaient répondre en fonction de leur ressenti et non à partir d'une analyse précise et exhaustive des cas cliniques qu'ils avaient pris en charge. Les médecins avaient également la possibilité de s'exprimer en texte libre.

La saisie et l'analyse des questionnaires ont été faites gracieusement par le CIC-EC de la Réunion.

RÉSULTATS

Sur les 1 135 questionnaires envoyés, 265 ont été retournés dont 261 exploitables, soit un taux de réponses de 23 %.

Les 251 répondants identifiables se répartissaient en 212 généralistes et 39 spécialistes (représentant 18 spécialités différentes), soit près de 30 % des généralistes et 10 % des spécialistes.

Deux cent onze médecins souhaitaient être recontactés pour d'autres études, soit 92,5 %.

Parmi les répondants, 116 médecins (soit 44 %) ont utilisé du texte libre pour compléter les grilles, dont 21 de façon « assez importante », 7 « importante » et 2 « très importante » (plusieurs pages).

Bien que ce questionnaire fût anonyme, 210 médecins ont indiqué leur nom, soit 79 %.

Quatre-vingt-quatre médecins ont déclaré avoir contracté le chik, soit plus de 35 % des médecins ayant répondu à cette question, ce qui avoisine une première approche de séroprévalence estimée pour la population générale en février 2006.¹⁰

Signes cliniques

Il était demandé au médecin de coter selon l'un des cinq niveaux suivants : « indispensable » au diagnostic, « très en faveur », « plutôt en faveur », « plutôt sans rapport », ou « sans rapport » avec le diagnostic, les 23 critères diagnostiques proposés dans la première grille. Deux cent cinquante-trois médecins ont rempli cette grille (v. fig. 1). La figure 1 montre que la fièvre est le critère qui a été le plus souvent jugé comme « indispensable » au diagnostic (51 % des médecins) ;

TABLEAU 1 – LES 23 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN CHIK À LA PHASE AIGÜE PROPOSÉS DANS LA GRILLE DE RECUEIL

Fièvre	Cedème	Lymphopenie
Myalgies	Dysgueusie « bouche amère »	Vertiges
Arthralgies axiales	Aphtes buccaux	Malaises
Arthralgies périphériques	Douleur tendineuse	Dysesthésies, « brûlures »
Éruption	Prurit plantaire	« Taches brunes » au décours
Céphalées	Hypodermite	Dépression réactionnelle
Vomissements	Gingivorragies	Poussée d'acné
Diarrhée	Thrombopénies	

Pour chaque critère, le médecin devait indiquer s'il le jugeait : « Indispensable », « Très en faveur », « Plutôt en faveur », « Plutôt sans rapport », « Sans rapport » pour poser le diagnostic.

TABLEAU 2 – LES THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES DANS LA GRILLE DE RECUEIL CONCERNANT L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS UTILISÉS

Paracétamol	Morphine	Kiné (quelles techniques ?)
Codéine	Antibiotique	Drainage lymphatique
AINS par voie générale	(si oui, lequel ?)	?
AINS par voie locale	Antiémétique	Homéopathie (quel produit ?)
Antihistaminique	Colchicine	Plantes (lesquelles ?)
Corticoides par voie générale	Plaquenil	Zamal ? (cannabis local)
Dermocorticoïde	Nivaquine*	Autres techniques (lesquelles ?)

Pour chacune des formes cliniques - fébrile, algique, avec grattelle ou avec gastro - le médecin devait indiquer le traitement qu'il proposait et, en fonction de ce qu'il avait constaté ou de ce que lui avaient dit ses patients, il devait mettre « ++ » si très efficace, « + » si moyennement efficace, « - » si pas efficace.

viennent ensuite les arthralgies périphériques (48 % des médecins), puis, loin derrière, les myalgies (16 %).

Les arthralgies périphériques, la fièvre et l'éruption étaient les 3 critères cités par plus de 80 % des médecins comme des signes « indispensables » ou « très en faveur » au diagnostic. Les 5 critères suivants, par ordre de fréquence de citation, étaient les céphalées, les myalgies, les œdèmes, les arthralgies axiales et la dysgueusie.

Traitements utilisés et appréciation de leur efficacité

Différents médicaments étaient suggérés aux médecins (v. tableau 2). En fonction de leur expérience, ils devaient indiquer quels étaient ceux qu'ils estimaient les plus performants (« très efficace », « moyennement efficace », « pas efficace ») pour traiter le chik selon les formes fébriles et (ou) douloureuses (v. fig. 2 et 3).

Pour les formes fébriles, l'analyse de chaque questionnaire montre que, dans 32 % des cas, aucun traitement n'était jugé « très efficace » et, que dans 38 % des cas, le seul traitement jugé « très efficace » était le paracétamol.

Globalement, la figure 2 montre que 59 % des médecins ont déclaré que le paracétamol est « très efficace », mais pour 37,5 % il n'est que « moyennement efficace ». Viennent ensuite, loin derrière, les AINS, jugés « très efficaces » par 12 % des médecins et « moyennement efficaces » par 22 % ; 55 % des médecins n'ont pas répondu à cet item (les non-réponses pouvant signifier que les médecins n'utilisaient pas les traitements ou qu'ils les utilisaient mais n'avaient pas d'avis quant à leur efficacité).

Pour les formes algiques, l'analyse de chaque questionnaire montre que, dans 19 % des cas, aucun traitement n'était jugé « très efficace » et, que dans 10 % des cas, le seul traitement jugé « très efficace » était les corticoïdes.

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 que près de la moitié des médecins qui ont répondu à ces 2 items considèrent « très efficaces » et l'autre moitié « moyennement efficaces », puis le paracétamol « très efficace » pour 26 % des médecins et « moyennement efficace » pour 48 % (20 % n'ont pas répondu).

DISCUSSION

Limites des résultats

L'épidémiologie descriptive est indispensable pour appréhender l'importance d'un problème de santé et guider les actions à entreprendre pour y faire face.

Le cycle de l'épidémiologie – initié par une phase de description, suivi d'une phase d'analyse pour mettre en place des interventions qui seront ensuite évaluées – est fondamental à considérer pour que les actions sur le terrain soient efficaces.

L'idéal aurait été de réaliser une étude auprès des patients atteints par le virus chikungunya, de connaître leur statut sérologique vis-à-vis du chik et de noter les signes présents ainsi que les traitements prescrits afin d'étudier l'évolution de la maladie. Seul un suivi de cohorte aurait permis de disposer de données fiables concernant les traitements et d'édicter un certain nombre de recommandations. Mais devant l'urgence de la situation et le désarroi de la communauté médicale, une simple étude non expérimentale où la réalité était observée avait été préférée. Compte tenu de la rapidité avec laquelle cette étude a été mise en place, la méthodologie utilisée ne permet pas de tirer des conclusions fiables ; cependant les résultats de cette étude pourront aider les chercheurs à affiner leurs pistes de recherche, même si les médecins répondants ne sont pas statistiquement représentatifs.

Acceptabilité de la méthode

Près d'un tiers des médecins généralistes ont répondu à ce questionnaire dans un délai très court (trois semaines) 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.¹¹

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. Le fait que le tiers des médecins de cette enquête ont déclaré avoir contracté cette maladie les a certainement motivés à répondre. Se pose d'ailleurs le problème de la contagiosité et de la transmission par les professionnels de santé eux-mêmes, qui n'ont pas facilement la possibilité de s'arrêter de travailler, alors qu'il s'agit d'une maladie imposant pour la population soignée une éviction scolaire ou un arrêt de travail d'au moins 5 jours (période de virémie au cours de laquelle la transmission du virus à un nouveau moustique est possible et, donc, à d'autres personnes).

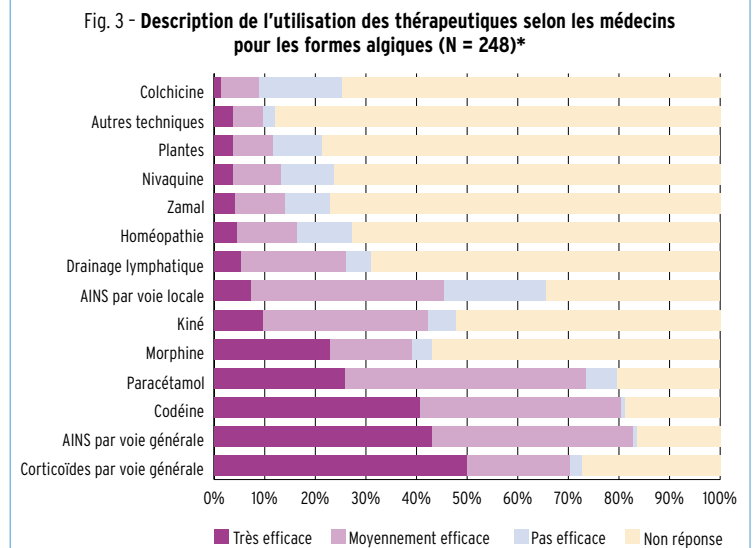
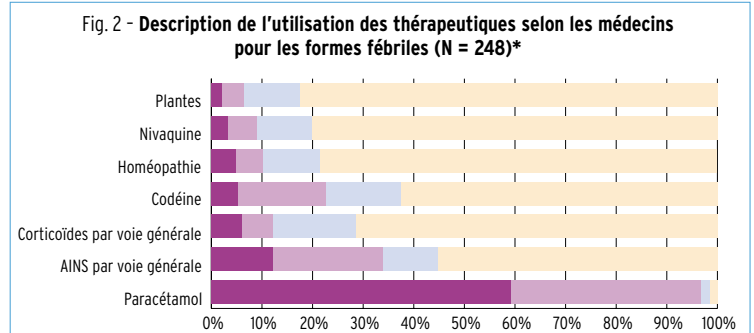
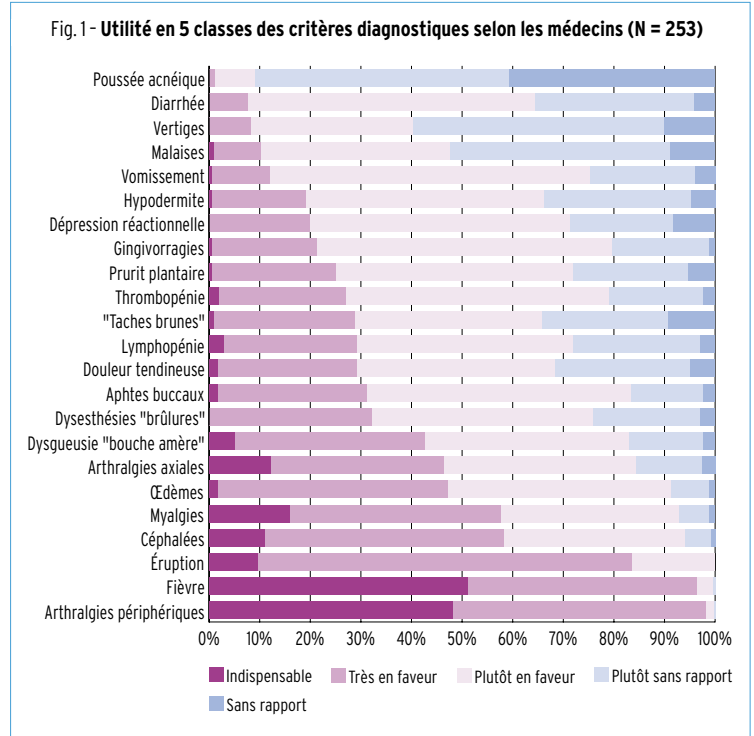
Un grand nombre de spécialités médicales impliqué dans la prise en charge de cette maladie

Dans cette étude d'observation où les patients concernés ont essentiellement recours aux médecins généralistes, le taux de réponses des médecins spécialistes aurait pu avoisiner 0 %. Cela n'a pas été le cas et la variété des médecins spécialistes ayant répondu aux questionnaires reflète la grande diversité des signes cliniques observés dans cette maladie expliquant qu'ils ont été plus ou moins concernés par cette maladie selon leur spécialité.

Il est étonnant de constater, à travers les commentaires libres, le nombre de médecins ayant réalisé des ébauches d'études épidémiologiques au sein de leur patientelle. Le désir d'une telle recherche pour comprendre et mieux soigner est très encourageant.

Diversité des signes cliniques...

Globalement, la figure 1 met bien en évidence la diversité d'appréciation des 253 médecins qui ont répondu quant à l'importance des 23 critères diagnostiques proposés. Cette étude



* Ne figurent ici que les traitements pour lesquels plus de 5 % des médecins ont indiqué qu'ils les jugeaient « très efficaces » ou « moyennement efficaces ».

montre ainsi, au moins en termes de ressenti, les diversités cliniques rencontrées dans cette maladie. Plus précisément, la figure 1 montre que la fièvre était considérée comme un critère « indispensable » au diagnostic pour seulement la moitié des médecins, alors qu'il s'agit d'un critère indispensable pour pouvoir déclarer un cas dans le cadre du système de veille sanitaire mis en place par l'Observatoire régional de la santé. Il semblerait exister des formes très peu fébriles dont les sérologies sont revenues positives au chik ; cette donnée émanant du terrain mériterait d'être confirmée en confrontant d'une façon rigoureuse les signes cliniques présentés par le patient et son statut sérologique. La question est de savoir si on peut évoquer ou non un chik chez un patient sans fièvre. Les cas de chikungunya devant être déclarés, une définition précise de la maladie, avec la meilleure valeur prédictive positive de certains signes, est attendue, d'autant qu'il ressort des commentaires libres que les signes évocateurs ont évolué au cours de l'épidémie et que chaque signe n'a aucune valeur en soi mais que c'est leur combinaison qui oriente le diagnostic. Il ressort des réponses apportées à la grille proposée (v. fig. 1) et des commentaires libres des médecins que l'association des signes suivants serait très évocatrice de l'infection : adénopathies (celles-ci ont été signalées plusieurs fois aussi bien en supplément dans le tableau qu'en texte libre alors que la proposition n'existait pas) + fièvre élevée + céphalées + arthralgies périphériques + éruption (notons que ce signe considéré comme très évocateur par de nombreux répondants est très fugace et donc pas toujours constaté par le médecin) [nous n'incluons pas les myalgies dans cette association, car elles sont trop peu spécifiques et évocatrices simplement d'un syndrome « viral »]. Cette association permettrait d'avoir un diagnostic quasi certain, plusieurs médecins rapportant dans leurs commentaires que la sérologie est alors rarement négative. Cela n'est qu'une constatation de terrain qui mériterait d'être vérifiée de façon plus scientifique.

... et des traitements utilisés

Globalement, le désarroi des médecins devant cette infection encore mal définie a incité beaucoup d'entre eux à prescrire des médicaments a priori non préconisés (v. fig. 3).

Dans les formes aiguës fébriles, le paracétamol est le traitement qui apparaît de loin le plus plébiscité par les médecins qui ont répondu à cette enquête avec 59 % d'entre eux le jugeant « très efficace », et 37,5 % « moyennement efficace ». Le paracétamol est d'ailleurs le traitement préconisé en première intention par les autorités sanitaires, mais les cas d'hépatites au décours (médicamenteuses ? « chikungunyennes » ?) incitent à la prudence.

Dans les formes algiques, les 4 médicaments jugés de « très efficaces » à « moyennement efficaces » par plus de 70 % des médecins de cette étude sont les corticoïdes, les AINS, la codéine et le paracétamol. La question qui se pose actuellement est de connaître la place et, surtout, le moment de la prescription des corticoïdes, non recommandés en l'état actuel des connaissances. À quel moment doit-on les utiliser ? Sous quelle forme ? À quelle dose ? Pour quelle durée ?

Les formes très algiques et invalidantes sembleraient inaccessibles aux traitements usuels.

CONCLUSION

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 vont être encore en première ligne, et 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 par l'absence de sérologie rapide de

certitude ainsi que par l'absence de signes cliniques spécifiques, mais aussi par la constatation d'une anarchie thérapeutique, faute d'évaluation rapide des médicaments dans cette pathologie. Cette simple étude non expérimentale sur le ressenti des médecins de terrain après une année de prise en charge de cette épidémie met en évidence la diversité de la clinique, tout du moins ressentie par les médecins, avec cependant la triade (fièvre, éruption, arthralgies) assez évocatrice, et la diversité de la prise en charge de cette maladie montrant ainsi le désarroi des médecins devant une épidémie non prévue et une infection encore mal définie. Elle met en évidence la nécessité pour les pouvoirs publics de faire une vraie étude épidémiologique – qui pourrait s'appuyer sur cette première observation – et de donner enfin des recommandations basées sur l'expérience locale en impliquant les médecins réunionnais et non simplement en suivant les conseils d'experts métropolitains. ■

Remerciements à tous les médecins, généralistes et spécialistes, ayant accepté de répondre aussi rapidement à ce questionnaire et qui ont montré à quel point la santé de leurs patients leur était chère.

Références

1. Infection par le virus chikungunya à l'île de la Réunion. BEH. Numéro hors série du 31 janvier 2006.
2. Jeandel P, Josse R, Durand JP. Arthrites virales exotiques : place des alphavirus. Med Trop 2004;64:81-8.
3. Catteau C, Sissoko D, Gaüzère BA, Aubry P. Situation et enjeux sanitaires à l'île de la Réunion en 2005. Med Trop 2005;65:515-24.
4. Garnier PP, Blanchet E, Kwiatek S, Reboux A, Gaüzère BA, Becquart JP. Hépatites aiguës sévères lors d'une infection par le virus chikungunya à l'île de la Réunion : à propos de 14 observations. Bull Soc Path Exot T.99:2006, n° 2, sous presse.
5. Martinet O, Tournebize P, Gaüzère BA, et al. Méningo-encéphalites graves de l'adulte au cours de l'infection à chikungunya : à propos de 5 cas à la Réunion (océan Indien). Bull Soc Path Exot 2006;99 (sous presse).
6. Herbin G, Houdon-Nguyen L, Gérardin P, et al. Absence de relation entre prise d'ibuprofène et dermatose bulleuse chez les enfants atteints du chikungunya ? Bull Soc Path Exot 2006;99 (sous presse).
7. Étude Curachik en cours (MédOcean, APHM Nord Marseille, Inserm-UPMC UMR-S707, CIC-La Réunion, CHD et GHSR- île de la Réunion).
8. Protocole antalgique : réunion des CLUD de l'île de la Réunion le 15 février 2006.
9. Gaüzère BA, Aubry P. Le chik, le choc, le chèque. Saint-Denis:Azalées éditions; 2006.
10. Lamballerie de X, Flahault A. Étude de séroprévalence. Rapport ministériel février 2006.
11. Chazournes (de) Ph, et al. Pour une optimisation du parcours de soins. MédOcean 2005 (non publié).

CHIKUNGUNYA VIRUS INFECTION: DIAGNOSTIC CRITERIA AND THERAPEUTIC OPTIONS ACCORDING TO LOCAL PHYSICIANS

OBJECTIVE: TO ASK GENERAL PRACTITIONERS AND SPECIALISTS IN REUNION ISLAND ABOUT THE CLINICAL CRITERIA THEY CONSIDER USEFUL TO THE DIAGNOSIS OF CHIKUNGUNYA VIRUS INFECTION AND THE TREATMENTS THEY CONSIDER EFFICIENT ACCORDING TO THE VARIOUS FORMS OF THE DISEASE, TO REDUCE THE INCONSISTENCY IN ESTABLISHED DIAGNOSES AND PRESCRIPTIONS.

METHODS: DESCRIPTIVE OBSERVATIONAL STUDY BASED ON A QUESTIONNAIRE INCLUDING TWO GRIDS TO FILL IN, DISTRIBUTED TO THE 1,200 PHYSICIANS ON THE ISLAND. THE FIRST GRID RELATED TO THE DIAGNOSTIC CRITERIA FOR THE PHYSICIANS, THE SECOND ONE TO THE TREATMENTS THEY USED. THE PHYSICIANS HAD TO ANSWER ACCORDING TO THEIR FEELING AND NOT TO AN ACCURATE AND COMPREHENSIVE ANALYSIS OF THE CLINICAL CASES THEY HAD MANAGED.

RESULTS: 265 PHYSICIANS RESPONDED TO THE QUESTIONNAIRE. THE ANALYSIS OF THE ANSWER GRIDS SHOWED THAT PHYSICIANS ASSESSED THE IMPORTANCE OF THE 23 SUGGESTED DIAGNOSTIC CRITERIA DIFFERENTLY. HOWEVER, THE ASSOCIATION OF FEVER, ARTHRALGIAS AND RASH CAME UP AS THE MAIN DIAGNOSTIC CRITERION FOR THESE LOCAL PHYSICIANS. IN THE ACUTE FORMS OF THE DISEASE ASSOCIATED WITH FEVER, PARACETAMOL WAS BY FAR THE MOST FAVORED DRUG FOR THE PHYSICIANS WHO RESPONDED TO THIS SURVEY. IN THE FORMS ASSOCIATED WITH PAIN, THE 4 DRUGS CONSIDERED TO BE FROM "VERY EFFICIENT" TO "FAIRLY EFFICIENT" BY MORE THAN 70 % OF THE PHYSICIANS IN THIS STUDY WERE CORTICOIDS, NON STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS, CODEINE AND PARACETAMOL.

CONCLUSION: THIS NON-EXPERIMENTAL STUDY ON THE FEELING OF LOCAL PHYSICIANS AFTER TREATING THIS EPIDEMIC FOR ONE YEAR UNDERLINED THE DIVERGENT CLINICAL APPROACHES, ACCORDING TO PHYSICIANS' FEELING AT LEAST, AND THE DIVERGENT WAYS OF MANAGING THIS DISEASE, WHICH THUS REVEAL THE CONFUSION OF PHYSICIANS SURROUNDING AN UNEXPECTED EPIDEMIC AND A STILL ILL-DEFINED INFECTION.

REV PRAT MED GEN 2006;20:889-92