

Montée en puissance d'un centre de régulation médicale face à un phénomène épidémique

M. GIROUD¹, F. BERTHIER², X. GUILHOU³

Points essentiels

- Le phénomène épidémique se distingue par quelques caractères bien particuliers : cinétique longue, imprévisibilité, risque de contamination des professionnels, incertitudes médicales, débat public, médiatisation, composante psychologique forte.
- Le renforcement du centre de régulation médicale passe par la création, en annexe de la salle de régulation médicale, d'une salle dédiée à l'épidémie et fonctionnant de façon protocolisée avec l'appui de ressources extérieures, aide-assistants de régulation médicale et médecins régulateurs de réserve.
- Un système d'information national, simple à utiliser par les personnels de renfort, fonctionnant en mode web, avec un hébergeur national de données, permet la mise à jour centralisée des éléments du protocole commun, l'entraide entre centres de régulation médicale et la remontée automatique des informations pour un suivi épidémiologique quotidien par l'Institut de veille sanitaire.
- L'importance de repérer une situation épidémique émergente est particulièrement grande pour la régulation médicale, en première ligne dans la chaîne des soins.
- La notion d'ondes de choc est un aspect majeur de l'impact de l'épidémie sur le centre de régulation médicale.

1. Samu 95 – Centre hospitalier de Pontoise – BP 79, 95303 Pontoise cedex. Tél. : 06 07 75 53 37. Fax : 01 30 75 40 13. E-mail : giroudmarc@orange.fr

2. Samu 44, CHU, Pôle Urgences, BP 1005, 44093 Nantes cedex 1.

3. XAG Conseil. Kernoac'h Coz, 37 impasse de Kernoac'h, 29170 Fouesnant.

- Les formes cliniques assez bénignes devraient l'emporter, mais des formes graves finissent inmanquablement par survenir, ce qui entraîne de sérieux problèmes pour gérer les cas les plus graves nécessitant une ECMO en réanimation.
- L'ampleur d'une situation de crise est déterminée tout autant par le mode de pilotage et de communication que par le contenu même de la crise.

1. Introduction

1.1. Intérêt

La difficulté centrale de la gestion d'une épidémie est de savoir quand, comment, dans quelle mesure, à quel rythme et avec quelle anticipation adapter le mode de fonctionnement du centre de régulation médicale (CRM) pour faire face à la situation.

1.2. Définitions et cadrage

Le CRM est à présent bien défini (1, 2). Dans sa mission de service public, le CRM du Samu-centre 15 est au cœur de la gestion des situations exceptionnelles.

Le phénomène épidémique, conformément à l'étymologie grecque (*epidemos* « qui circule dans le pays (*demos*) »), se caractérise plus par son évolution que par son étiologie, qui n'est pas nécessairement infectieuse. Il englobe toutes les situations où le nombre de cas s'accroît sur une période assez longue et imprévisible (ex : canicule). L'expérience acquise au cours de la pandémie grippale A(H1N1) constituant la principale référence, c'est cette situation qui sera prise ici comme modèle.

La question de la montée en puissance est celle de la juste adaptation, efficace et efficiente, du CRM aux différentes phases de la situation, de son émergence jusqu'au retour à la normale.

1.3. Historique

Les Samu ont toujours été impliqués dans les situations exceptionnelles. Il s'est d'abord agi d'accidents majeurs, ou de séismes à l'étranger (3). Le premier cas de gestion d'une situation d'allure épidémique a été, suite aux attentats du 11 septembre 2001, l'envoi d'enveloppes supposées contenir du bacille de l'anthrax ; le phénomène est resté assez limité, mais il a ouvert un champ jusque-là presque inexploré. Avec l'épidémie de SRAS (2002-2003), les CRM sont entrés plus concrètement dans le sujet, les autorités sanitaires ayant immédiatement décidé de faire passer tous les appels par le Samu. Peu après (août 2003), la canicule a entraîné une crise d'allure épidémique brève dont un effet bénéfique aura été de faire émerger la conscience collective de la vulnérabilité des organisations sanitaires et sociales. L'épidémie de Chikungunya (La Réunion, 2006) a montré deux diffi-

cultés : la reconnaissance de la gravité du phénomène dès son origine et l'organisation de la montée en puissance (4, 5). Enfin, la grippe, dans ses deux composantes, préparation à la grippe aviaire à partir de 2005 et pandémie grippale A(H1N1) en 2009, a suscité une mobilisation sans précédent qui a considérablement enrichi l'expérience collective.

1.4. Spécificités

Le phénomène épidémique se distingue par quelques caractères bien particuliers, généralement associés.

1.4.1. Cinétique longue

La caractéristique fondamentale du phénomène épidémique est sa cinétique : d'abord quelques cas sporadiques (éventuellement à l'étranger), puis des cas plus nombreux, progressant par des « fronts » d'expansion plus ou moins marqués, sur un territoire de plus en plus vaste, jusqu'à atteindre des pics et/ou des paliers successifs, pour, enfin, entamer un reflux.

1.4.2. Imprévisibilité

L'attaque initiale est plus ou moins insidieuse et le début du phénomène n'est souvent évident qu'*a posteriori*. Rien ne permet de déterminer à l'avance l'ampleur, la durée, l'étendue, les éventuels rebonds, la survenue d'une « mutation » modifiant profondément les caractéristiques de la propagation. L'ensemble a une allure chaotique déroutante.

1.4.3. Risque de contamination des professionnels

L'épidémie peut naturellement concerner les professionnels de santé comme le reste de la population. Dans certaines épidémies, les professionnels de santé peuvent être contaminés par les patients ; ce qui crée une légitime appréhension et impose des mesures de décontamination et de protection. Des professionnels peuvent décider de se retirer, de crainte d'être eux-mêmes atteints et de contaminer leurs proches. En outre, des professionnels peuvent paradoxalement refuser de se protéger et/ou de se faire vacciner. Dans un tel contexte, l'hôpital est très vulnérable.

1.4.4. Incertitudes médicales

La situation qui se présente est nouvelle, difficile à identifier et aux limites des connaissances médicales. Il en découle une série d'incertitudes qui compliquent sérieusement la gestion.

1.4.5. Débat public

Les incertitudes médicales, la complexité des situations, leur évolutivité surprenante, les difficultés à produire ou dispenser les traitements, le désengagement de certains professionnels sont autant de facteurs alimentant un débat d'experts qui s'élargit rapidement à un débat public. Ce débat se situe ainsi à chaud, et pas

après coup, comme c'est le cas dans les situations à cinétique plus brutale et plus brève.

1.4.6. Médiatisation interactive

La médiatisation au cœur de l'action devient l'un des facteurs actifs de la crise avec laquelle elle interagit de façon permanente, positivement comme négativement, sans toujours le recul nécessaire. Les experts les plus critiques apparaissent aux yeux de la population comme les plus indépendants et les plus perspicaces. Au-delà des vecteurs classiques, des sites prescripteurs (comme « doctissimo », ou des sites improvisés pour la circonstance) et les réseaux sociaux peuvent se substituer aux experts comme relais d'opinion ; ceci dès les premières heures. La médiatisation a ainsi pour résultat de propager les incertitudes, voire les rumeurs, et d'affaiblir l'adhésion du public à la démarche des autorités.

1.4.7. Composante psychologique

Les incertitudes, sur un fond de peurs ancestrales (peste, grippe espagnole), sont des facteurs majeurs d'inquiétude que chaque épisode de médiatisation ravive. Le risque de rumeur, de panique et d'angoisse est omniprésent. Une série d'évènements malheureux, voire de simples maladroites, peuvent à tout moment entraîner une explosion sociale.

2. Organisation

2.1. Plan épidémie du centre de régulation médicale

Ce plan s'inscrit dans le plan blanc hospitalier et le plan blanc élargi (6, 7). Il traite notamment de l'articulation entre le CRM et les cellules de crises des établissements.

Le plan **pandémie grippale** est actuellement la pierre angulaire de la préparation à une épidémie (8). Le plan épidémie du CRM doit, pour l'essentiel, être calé sur ce modèle.

La **canicule** est un « cas limite », plus court dans le temps, moins complexe médicalement et sans risque de contamination aux personnels ; toutefois, rien n'exclut un phénomène plus ample et/ou la conjonction avec une autre crise (ex : manque d'électricité limitant la climatisation). Le plan canicule du CRM doit donc intégrer un tel degré de complexité et d'incertitude.

La **bronchiolite hivernale** est un phénomène régulier dont l'impact sur le CRM est assez bien connu. L'anticipation en est relativement aisée. Il est, toutefois, permis de penser qu'une épidémie de bronchiolite peut un jour surprendre par son ampleur et/ou sa conjonction avec un autre phénomène (ex : grippe, rougeole).

Le **plan hiver** intègre plusieurs risques susceptibles de se combiner : épidémies superposées, troubles sociaux (ex : grève des transports affectant la disponibilité des personnels hospitaliers), manque de médecins libéraux (ex : congés de fin d'année).

Les **épidémies tropicales** (Chikungunya, Dengue, West Nile) justifient des plans particuliers.

Des cas d'**infection à très haute contagiosité** (ex : Ebola) peuvent survenir à tout moment ; ce qui justifie une préparation, notamment dans les régions de passages internationaux.

2.2. Renforcement du centre de régulation médicale

2.2.1. La continuité du service

Les personnels étant susceptibles d'être frappés par l'épidémie, un chapitre du plan blanc hospitalier doit organiser le rappel des personnels valides et la continuité du service, en dehors même de toute surcharge liée à l'épidémie.

2.2.2. Le renforcement des effectifs d'assistants de régulation médicale

Toutes les possibilités de mise en surchauffe des effectifs d'assistants de régulation médicale (arm) du service sont à explorer et à anticiper (élargissement des plages horaires, heures supplémentaires, report des congés). Ce renforcement doit également concerner les superviseurs du CRM qui contribuent à décrire l'impact, prédire les besoins de renforcement et piloter le centre (9, 10, 11).

2.2.3. Le repositionnement des tâches des assistants de régulation médicale

Pour augmenter l'efficacité des arm sur leur cœur de métier, certaines de leurs tâches habituelles peuvent être confiées à d'autres agents venant en appui. Il peut s'agir de tâches administratives, ou de certaines tâches particulièrement chronophages situées en aval de la régulation médicale (ex : explications pratiques à donner au patient après que le médecin régulateur ait décidé de son orientation, recherche du contact avec un intervenant, transmission d'informations, en s'appuyant sur les centres « info-santé »).

2.2.4. L'appui des assistants de régulation médicale par d'autres personnels de santé

Toutes les possibilités d'appui des arm par d'autres personnels sont à explorer et à anticiper. Il peut s'agir de secrétaires, ambulanciers, infirmiers du service ou d'un établissement de santé (ex : secrétaires médicales de services non impactés par l'épidémie). Il doit notamment pouvoir être envisagé de faire assurer, sur des protocoles préalablement établis, des fonctions d'aide-arm par des secrétaires médicales pouvant aller jusqu'à assurer le contact avec les patients appelant pour des situations directement liées à l'épidémie.

2.2.5. *L'appui des assistants de régulation médicale par des volontaires extérieurs*

Il peut également être envisagé d'organiser un appui des arm, pour des tâches annexes, par des volontaires extérieurs à la santé (ex : personnels administratifs de préfecture ; étudiants de faculté ou équivalent).

2.2.6. *Les médecins régulateurs de réserve*

Les possibilités de renforts en urgentistes étant limitées, les réserves se trouvent plutôt du côté de généralistes « jeunes retraités ». L'association « Les Transmetteurs », en place auprès du Samu de Paris depuis 2005, compte une soixantaine de membres actifs qui suivent deux formations de quinze jours par an (12). L'intervention de ces médecins régulateurs, encadrés au sein du CRM, est jugée efficace dans les cas liés à une épidémie et « la voix de senior de ces médecins expérimentés met les patients en confiance » (P. Carli).

Les volontaires (retraités ou autres) mobilisés par l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) devraient dorénavant jouer ce rôle (13-15). Toutefois, la pandémie de 2009 a montré que la vaccination pouvait monopoliser cette ressource.

2.2.7. *La « salle dédiée épidémie »*

Une « salle dédiée épidémie », en annexe de la salle de régulation médicale, est un des modèles permettant de démultiplier les capacités du CRM en créant une filière spécifique pour la prise en charge protocolisée des cas liés à l'épidémie, après un filtrage initial au décroché de l'appel. Cette salle se conçoit en plus de la salle de crise du CRM qui a une fonction spécifique. Le câblage (électricité, téléphone, informatique, accès web) étant une opération assez longue, la salle dédiée doit être préinstallée dans un local banal (ex : salle de réunion). Elle comporte une douzaine de postes de travail « épidémie » ainsi que deux postes de régulation médicale classiques pour y installer un arm expérimenté ou un superviseur et si possible un médecin régulateur urgentiste. Les ressources humaines affectées à cette salle seront essentiellement les personnels et les volontaires de renfort et d'appui cités plus haut. L'interaction entre la salle dédiée et la salle de régulation médicale doit faire l'objet de procédures écrites.

2.2.8. *Le système d'information*

La pandémie grippale de 2009 a été l'occasion de mettre en place, avec l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) un logiciel spécifique en accès web (système d'information national, SIN Samu grippe) simple à utiliser par les personnels de renfort (16). Cet outil comportait une possibilité d'actualisation centralisée nationale de tous les items de la fiche (pour prendre en compte les évolutions dans la connaissance de la pathologie émergente et son traitement). Le fonctionnement en mode web, avec un hébergeur national de données, permettait une remontée aisée des informations pour un suivi épidémiologique par l'Institut de veille sanitaire. La collecte nationale des données pouvait également

faciliter l'évaluation qualitative de la prise en charge des cas de grippe en vue d'une harmonisation des pratiques et du calibrage des renforts nationaux. Ce dispositif national aurait également contribué à la mesure de l'inquiétude de la population (nombre d'appels/nombre de cas de grippe) et facilité l'ajustement par les autorités des procédures et des messages au public. L'impact de cette pandémie s'étant révélé modéré, le dispositif n'a pas eu à fonctionner à plein régime. Cette réalisation reste cependant un acquis et peut être réactivée à tout moment. En outre, la démarche a bien fait comprendre la nécessité de faire évoluer le système d'information des Samu.

2.2.9. *L'identification et la correction des points faibles*

Chaque service a des points faibles qu'il convient de repérer et de corriger (17). Il peut s'agir du dispositif de téléphonie qui ne dispose pas des capacités ou des fonctionnalités indispensables à tout centre d'appels, des communications avec les professionnels, des possibilités de réorientation des appels sur un autre CRM en cas de débordement, du logiciel de régulation médicale et de ses mises à jour, du nombre de postes de travail classiques...

2.2.10. *Le choix du mode d'organisation*

Schématiquement, un choix est à faire entre les trois options suivantes :

- **Renforcer la salle de régulation médicale sans créer une salle dédiée à l'épidémie** : l'unité de lieu est, dans ce cas, un incontestable avantage ; l'inconvénient est que l'on atteint assez vite le seuil de rupture, ce qui peut donc imposer d'avoir à procéder à une profonde reconfiguration à un moment de très forte pression.
- **Renforcer la salle de régulation médicale et créer une salle dédiée à l'épidémie** : solution théoriquement idéale, mais qui n'est pas forcément possible.
- **Réduire la salle de régulation médicale et créer une salle dédiée à l'épidémie** : plus réaliste, cette solution présente l'inconvénient de dégrader la gestion des appels courants ; mais elle permet de placer en salle dédiée à l'épidémie un ou deux professionnels de la régulation médicale.

2.2.11. *Une nécessaire « scalabilité »*

Le dispositif devra être « scalable » (adaptable en taille). Rien ne permettant de prévoir l'ampleur du phénomène, les hypothèses doivent intégrer des pics d'appels très importants ; d'autant que le nombre d'appels au CRM est moins simple à anticiper que le nombre de malades frappés par l'épidémie à un moment donné ; en effet, le nombre d'appels au CRM est pour une grande part lié à l'inquiétude de la population, avec des moments de forte tension.

2.2.12. *Phasage de la mise en place du renforcement*

Le temps relativement long de l'épidémie conduit à distinguer plusieurs étapes dans la mise en place du dispositif :

- préparation en amont (salle dédiée, renforts, protocoles et procédures, formations) ;
- dès les prémices de l'épidémie, test du dispositif avec des personnels de renfort ;
- entrée dans la crise avec seulement d'abord le renforcement du dispositif classique ;
- enfin, mise en œuvre de la salle dédiée, avec les effectifs de renfort.

Dans la gestion du temps, il convient de ne pas attendre d'être déjà débordés pour activer la salle dédiée. En période critique, l'adaptation doit se faire avec souplesse, selon l'évolution constatée, en réagissant promptement aux pics brutaux et imprévus.

2.3. Entraide entre centres de régulation médicale

L'épidémie ne frappant pas le territoire de façon homogène, l'entraide intra et/ou interrégionale est une des façons de maintenir et/ou renforcer les capacités des CRM. Les appels transférés vers un CRM distant sont ceux qui, après filtrage initial, concernent l'épidémie et qui, *a priori*, relèvent d'une prise en charge par conseil et téléprescription ; les appels nécessitant l'envoi d'un moyen devant rester ou revenir au CRM territorialement compétent. Cette entraide n'est envisageable que si les conditions suivantes ont préalablement été réunies :

- interopérabilité des logiciels de régulation médicale permettant la transmission du dossier de régulation médicale entre les centres ;
- interopérabilité du système d'information permettant un accès partagé au répertoire opérationnel des ressources sur le territoire où se trouve le patient ;
- conventions de partenariat bi- ou multilatérales.

Une forme d'entraide pourrait aussi reposer sur une certaine spécialisation des CRM ou sur la mise en place de niveaux différents d'organisation des CRM.

Une cellule d'expertise nationale peut éventuellement intervenir en appui du réseau des CRM.

2.4. Effecteurs

Il n'entre pas dans les missions du CRM de planifier, gérer et répertorier les effecteurs ; le centre doit néanmoins veiller à ce que le Répertoire opérationnel des ressources soit convenablement renseigné sur les moyens mobilisables en situation épidémique, notamment :

- permanences de médecine générale et de pédiatrie de ville pour des consultations spécialisées fixes et des visites à domicile en journée et la nuit ;
- organisation spécifique de chaque établissement de santé ;
- organisation spécifique des transports sanitaires ;
- équipement des services de réanimation en ECMO ;

- structures de soins intensifs (ex : salles de réveil) pouvant être utilisées en appoint ;
- déprogrammation des blocs opératoires (à anticiper suffisamment, car l'activité opératoire occupe une partie importante des capacités de réanimation) ;
- équipement des SMUR en protections et en ECMO mobile.

3. Modalités de prise en charge des patients par le centre de régulation médicale

3.1. À la phase initiale de l'épidémie

Outre sa mission fondamentale de prise en charge individuelle de chaque patient en situation d'urgence, le CRM a une mission complémentaire : face à une épidémie émergente, il doit contribuer à la confirmation du diagnostic, dans l'intérêt de chacun des patients concernés et dans un objectif de santé publique. Indépendamment de leur état clinique, les premiers cas suspects sont donc incités à appeler le CRM et sont systématiquement orientés par ce centre vers un hôpital référent. Une telle orientation permet de préciser les atteintes cliniques, d'établir le diagnostic biologique, de recueillir l'agent pathogène, de repérer et, le cas échéant, d'examiner les sujets contacts. Elle constitue une étape essentielle dans la gestion de l'épidémie. Une procédure précise les conditions de l'orientation et du transport des cas suspects à la phase d'émergence de l'épidémie. Cette procédure est abandonnée dès qu'un nombre suffisant de cas a été documenté. L'hôpital étant un site très vulnérable en cas d'épidémie, il faut, aussitôt après la phase initiale, traiter les personnes infectées le plus en amont possible.

3.2. Patients suspects en phase d'épidémie installée

Une fois l'épidémie installée, le CRM n'a pas à prendre en charge tous les patients concernés, mais il reste un recours susceptible de recevoir de nombreux appels concernant des patients de toute gravité ; ce qui rend nécessaire l'organisation d'une prise en charge adaptée, tant sur le plan des moyens humains et matériels que sur celui des procédures.

Un tri initial peut être effectué par un arm. Ce tri peut éventuellement être fait par le patient lui-même après un message délivré par un serveur vocal interactif. Ce tri permet (avec une marge d'erreur qui impose de prévoir la possibilité d'une requalification) d'orienter les appels liés à l'épidémie vers une filière dédiée de régulation médicale dans laquelle les arm et les médecins régulateurs utilisent un protocole spécifique. Ce protocole aide à renseigner les éléments du diagnostic, les facteurs de risque, les signes de gravité et un éventuel contexte particulier (ex : entourages et/ou professions comportant le contact avec des personnes fragiles ou vulnérables). Ce protocole comporte un algorithme d'aide au choix de la solution la plus adaptée : maintien à domicile, prescription téléphonique (traitement symptomatique et/ou spécifique), suivi téléphonique, consultation dans un centre

dédié, visite d'un médecin à domicile, transport en établissement de santé, transport en service spécialisé, intervention d'un SMUR (18, 19). Compte tenu du caractère national de l'épidémie, ce protocole doit être national ; les connaissances sur l'épidémie étant susceptible de progresser de jour en jour, ce protocole doit pouvoir être mis à jour dans un délai court (intérêt d'un dispositif informatique national).

3.3. Autres patients (*a priori* non victimes de l'épidémie)

Les principes d'action habituels sont la règle pour les patients *a priori* non victimes de l'épidémie. La diminution des ressources disponibles modifie, certes, les possibilités, mais n'ouvre en rien la voie à un fonctionnement dégradé. La création d'une filière de régulation médicale dédiée à l'épidémie doit permettre de protéger les fonctions ordinaires du CRM.

4. Pilotage

4.1. Principes d'action

L'ampleur d'une éventuelle situation de crise est déterminée tout autant par le mode de pilotage que par le contenu même de la crise (20).

La stratification des interlocuteurs, le brouillard des instituts de veille, l'excès de zèle des cénacles d'experts, l'hubris des décideurs, sont susceptibles de disloquer les mécanismes de la confiance ; aussi bien celle des acteurs envers leur propre système que celle du public envers toute forme de référence, scientifique, professionnelle ou politique ; l'effondrement de sa cohésion faisant passer la société d'une crise technique à une crise systémique, réfractaire, par nature, à toute forme de pilotage. En outre, le refus croissant du risque et le développement de la judiciarisation posent problème pour conduire une gestion de la confiance et entraînent des postures de précaution plutôt que des approches prudentielles s'appuyant sur une responsabilisation des populations, une préparation en amont et une appropriation forte des prescriptions faites au plus près des patients dans la chaîne de santé.

Seul un pilotage pragmatique, par des personnes capables de se remettre en question et de réinventer en temps réel une stratégie à partir des remontées du terrain peut asseoir sa légitimité.

Le CRM se trouve en position charnière ; il est tout à la fois, d'une part, gestionnaire de son propre périmètre d'action et, d'autre part, au regard des autorités centrales, acteur de terrain à tout moment accessible.

Le pilotage du CRM est indissociable du pilotage de son amont et de son aval qui s'opèrent selon les mêmes principes d'action et s'articulent autour de quatre questions :

- de quoi s'agit-il et où en est-on ?

- quels sont les pièges à éviter ?
- avec quels acteurs va-t-on pouvoir travailler ?
- quelles initiatives peut-on prendre dans un environnement chaotique pour enclencher des cercles vertueux ?

Les quelques règles suivantes guideront utilement le pilotage à tous les niveaux de décision :

- réagir de façon très prompte lors du front d'installation et dès les prémices de tout nouvel épisode de réactivation de l'épidémie ;
- gérer en « flux tendu » le dispositif de renforcement, en l'adaptant « au fil de l'eau » à la situation qui ne cesse d'évoluer ; le recalibrer à la baisse, sans trop attendre, une fois passée chaque « onde de choc » (il serait inutilement épuisant et démobilisateur de maintenir les renforts en place au-delà de ce qui est nécessaire) ;
- accepter de revoir le plan dès ses premiers effets (la première semaine d'épidémie apportera autant de connaissances que les années de réflexion qui l'auront précédée) ;
- procéder à des évaluations itératives et organiser la remontée d'informations du terrain ;
- ajuster le plan au fur et à mesure de l'acquisition de nouvelles données ;
- communiquer régulièrement (à horaire défini) en ayant des messages adaptés à la cible : personnels du CRM, personnels des établissements de soins, population générale ;
- contribuer à l'information de l'échelon supérieur ;
- rester ouverts à l'ensemble des problématiques (la mise sous tension de l'ensemble des filières sanitaires, mais aussi des médias et des autorités, peut parfois masquer des contingences plus discrètes mais qui sont aussi à traiter) ;
- chercher à éviter les attitudes exagérément optimistes, comme les excès de précaution (rechercher « la juste mesure au juste moment ») ;
- rester modestes et lucides (rien n'est jamais acquis) ;
- éclairer les réflexions nécessaires au pilotage en s'appuyant sur une « force de réflexion rapide » constituée de référents ayant une relative indépendance (21).

4.2. Repérage et analyse de la situation émergente

La phase d'incubation (plus ou moins masquée par l'inattention, voire le refus – pour les raisons les plus variées – de voir la réalité) est longue et souvent mal managée alors qu'elle est cruciale pour le bon calibrage de la montée en puissance. L'importance de repérer la situation émergente est particulièrement grande pour la régulation médicale, en première ligne dans la chaîne des soins. Les CRM doivent organiser une veille sur les risques émergents (presse, réseaux professionnels). Une échelle de risque pourrait s'avérer utile (par analogie avec le risque d'attentat dans le plan Vigipirate).

Lors de cette phase initiale, les circuits et les procédures sont encore instables, ce qui exacerbe l'inquiétude des populations et les difficultés des professionnels.

4.3. Critères de calibrage

Le CRM est la première structure de santé impactée (dès avant même l'arrivée de l'épidémie sur le territoire national, lorsque celle-ci n'est encore qu'une menace pour les voyageurs, les personnels des transports aériens, les familles ou les collectivités recevant des étrangers).

Le niveau de sollicitation du CRM est lié, d'une part, au nombre de cas (prévalence de l'épidémie) et, d'autre part, au degré d'émotion de la population. Cette émotion, largement conditionnée par les médias, doit être anticipée en assurant une veille sur les facteurs suivants : entrée dans l'épidémie ou dans une nouvelle phase, questions sans réponse, débats d'experts, contradictions perçues, encombrement des structures de soins, pénurie redoutée de traitement ou de vaccin, apparition de formes graves, mort du premier cas sans facteur de risque, mort du premier enfant.

La notion d'« ondes de choc », souvent liées à la médiatisation, est un aspect majeur de l'impact de l'épidémie sur le CRM. La cinétique des appels au CRM est autant une « dérivée » de la croissance de l'épidémie qu'une simple proportion du nombre de cas en circulation.

L'accessibilité aux soins est un critère clé de calibrage du nombre d'appels prévisibles au CRM ; les difficultés à joindre un médecin, à trouver un médicament ou l'encombrement des hôpitaux sont autant de raisons d'appeler le CRM. Outre l'augmentation du nombre d'appels, ces difficultés augmentent fortement la charge de travail en réponse à chaque appel.

L'apparition de formes graves (ex : syndrome de détresse respiratoire aiguë nécessitant une ECMO) est un tournant majeur pour le calibrage des ressources à mettre en œuvre (22-24).

La question du coefficient multiplicateur à appliquer à l'activité ordinaire pour chiffrer les pics d'activité en cas de pandémie reste, en pratique, sans réponse. Assurément, l'épidémie engendrera beaucoup plus d'appels qu'un week-end très chargé, et ceci pendant une longue période. La prudence commande de se préparer à la combinaison d'un fond d'activité très soutenu, entrecoupé de pics assez courts, d'activité 3 à 10 fois plus élevée. Il reste une série d'inconnues à lister pour ajuster l'organisation en conséquence : à l'acmé de l'épidémie, le week-end sera-t-il encore plus chargé que la semaine, ou identique ? Le public finira-t-il par autogérer la situation et dans quelle mesure ? Quel sera le degré d'esprit civique, la tolérance aux délais, la confiance en les autorités ? Quelles seront les réelles possibilités d'entraide entre CRM ?

4.4. Hypothèses évolutives

Les scénarios d'épidémie sont multiples et l'évolution d'ensemble a toutes les chances d'être chaotique ; toutefois, divers scénarios peuvent être distingués :

- pandémie frappant la France d'un coup (ou en deux temps, par exemple après une mutation virale), comme un véritable tsunami (hypothèse peu probable) ;
- série de vagues plus ou moins rapprochées, qui progressivement atteignent de plus en plus de patients sur un territoire de plus en plus large (hypothèse plus probable) ; l'étalement dans le temps et dans l'espace du phénomène atténue la charge à un moment et à un endroit donnés et permet d'envisager une certaine forme d'entraide interrégionale (les régions n'étant pas toujours toutes touchées au même moment) ;
- dans cette série de vagues, des périodes de forte tension peuvent à tout moment survenir (très forte probabilité) ; en outre, des perturbations en cascade (transports, crèches, enseignement) peuvent désorganiser l'ensemble des services ;
- les formes cliniques assez bénignes devraient l'emporter ; mais des formes graves finissent inévitablement par survenir, sur des patients à risques, mais aussi sur des patients sans facteur de risque (très forte probabilité) ; de sérieuses difficultés peuvent survenir pour gérer les cas les plus graves nécessitant une ECMO en réanimation (d'autant que le temps de prise en charge d'une forme grave est long et incompressible).

5. Communication

En situation de crise, une bonne communication est essentielle pour éviter « une épidémie de défiance ». La communication vise notamment à renforcer l'adhésion de la population aux modes de prise en charge imposés par la situation. Elle comporte donc une dimension pédagogique ; ce qui n'exclut pas, au contraire, le débat contradictoire ; lequel est plus crédible, s'il est structuré, que l'expression descendante de vérités présentées comme absolues et indiscutables (bien que parfois évolutives).

Reconnaître ne pas avoir réponse à tout et avouer être quelque peu dépassé, tout en montrant un profond engagement, faire des points réguliers sur le mode « voici où nous en sommes, voici nos hypothèses, voici ce que nous changeons par rapport à ce qui était prévu, voilà pourquoi nous le faisons, voilà ce que nous savons déjà, ce que nous ne savons pas... » sont des armes bien plus efficaces pour gagner la confiance et asseoir sa légitimité qu'un prétendu savoir-faire de communicant.

La démarche face aux médias doit néanmoins être préparée et elle ne s'improvise pas (25). Les règles suivantes sont d'utiles repères :

- éléments de langage : imaginer les questions (si possible avec un tiers), essayer différentes façons d'y répondre, faire un choix et s'y tenir ;
- émotion : créer la sympathie (et surtout pas l'inverse), exprimer de la compassion ;

- style : ne pas être trop technique, rester direct, factuel (exemples concrets) ;
- sincérité et modestie : reconnaître les « échecs », mais les placer dans le contexte ;
- prudence : bien rester dans la stratégie définie, ne jamais répondre immédiatement à l'appel téléphonique d'un journaliste, mais le rappeler après un moment de réflexion ;
- méfiance : cherchant à casser la stratégie de son interlocuteur, le journaliste pose des pièges (il reformule, on croit alors devoir dire les choses autrement... et il sélectionne) ; ne pas craindre de redire exactement la même chose et avoir « sa réponse » (éventuellement sous diverses formes bien préparées) quelle que soit la question ;
- relative assurance : ne pas craindre les journalistes (ils ont autant besoin de leurs interlocuteurs que l'inverse) ; les respecter et reconnaître leur fonction (utilité profonde, indispensable au dialogue avec le public).

6. Formation

Les personnels des CRM doivent être préparés, essentiellement par des exercices. Les simulateurs d'appels vont jouer un rôle croissant dans ces formations. Les volontaires appelés à intervenir en renfort doivent être formés « à froid » (avec stage de découverte et mise en situation en salle de régulation médicale) et « à chaud », au tout début de l'épidémie (26).

7. Démarche qualité

L'évaluation du CRM se fait, comme en temps ordinaire, sur sa « valeur ajoutée » qui est de sécuriser et faciliter l'accès du patient au « juste soin » (moyens et délais adaptés), dans une logique d'acte médical et de service à la personne (27).

En situation de crise, l'optimisation de l'emploi des ressources de la collectivité (effet secondaire positif de la régulation médicale) justifie une évaluation spécifique.

L'évaluation comparative des pratiques des différents CRM prend une importance particulière eu égard au caractère national et collectif des enjeux. Un dispositif commun de recueil des données est pour cela indispensable. Des retours d'expériences et des évaluations sont utiles, non seulement à la fin de la crise, mais aussi en continu. Connaître la clientèle particulière à cette situation et évaluer sa satisfaction sont des enjeux de la démarche qualité.

8. Gestion et financement

8.1. Rôle des institutions chargées des soins

Le ministre chargé de la santé (Direction générale de la santé et Direction générale de l'offre de soins) édicte les règles qui enjoignent les établissements de santé et les professionnels à préparer les situations de crise. Dans le cadre de leurs financements ordinaires, les établissements de santé ont ainsi à établir des plans, réaliser des aménagements et organiser des formations.

8.2. Rôle de l'État

En situation d'exception, l'État peut à tout moment définir des règles appropriées (28). Lorsqu'une menace sanitaire grave remet en cause le fonctionnement ordinaire du système de soins, le ministre chargé de la santé arrête les mesures nécessaires.

L'EPRUS a, sous l'autorité du ministre de la santé, la mission d'assurer la gestion, la formation, la logistique, la conduite opérationnelle, la couverture des risques et le financement des actions en réponse aux urgences sanitaires, notamment pour les réserves.

9. Éthique

Comme tout acte médical, la régulation médicale est, par essence, dédiée à une personne, et a pour finalité première de lui apporter, dans une démarche de solidarité active, la prise en charge que son état requiert, en faisant pour elle tout ce qui est raisonnablement possible (29).

En situation exceptionnelle, la mission demeure (garantir à chacun un égal accès au juste soin) et l'éthique est la même (solidarité active au service du patient) ; c'est seulement le cadre qui change.

L'éthique commande, le cas échéant, aux professionnels de santé de se faire vacciner contre l'affection épidémique ; la vaccination augmente, en effet, leur disponibilité professionnelle (en diminuant le risque d'être eux-mêmes malades), diminue le risque de transporter la maladie d'un patient à l'autre et contribue à la protection personnelle des professionnels et de leurs familles.

10. Conclusion

Se préparer à gérer un phénomène épidémique est utile compte tenu de la quasi certitude de la survenue prochaine d'une épidémie majeure. Le modèle de la grippe est assurément le plus opérant. Il importe toutefois de ne pas méconnaître les grandes incertitudes et les limites de ce modèle. Plus les hypothèses prises en compte seront ouvertes, plus la préparation sera pertinente. Se projeter au-delà des limites (prévoir l'imprévisible) est un objectif finalement raisonnable !

Références

1. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. HAS Paris 2011.
2. Giroud M. La régulation médicale en médecine d'urgence. Réanimation. Paris 2009 ; 18 : 737-41.
3. Menthonnex P., Menthonnex E. Histoire de la médecine d'urgence, de Napoléon à nos jours. In : Conférence Congrès Urgences 2010, chapitre 52. Paris ; 2010, 569-97.
4. Staikowsky F., Bourdé A., Morbidelli P. et al. Les services d'urgence de la Réunion et l'épidémie d'infections à virus chikungunya. JEUR Journal Européen des Urgences, vol 19 n° 2. Paris ; 2006, 59-60.
5. Bourdé A., Henrion G., Chen Chi Song L. et al. Gestion d'une crise sanitaire. L'expérience du SAMU de la Réunion lors de l'épidémie du Chikungunya 2005-2006. In : Conférence Congrès Urgences 2007, chapitre 45. Paris ; 2007, 401-11.
6. Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des schémas départementaux et des plans blancs des établissements de santé. Ministère de la Santé. 2004.
7. Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.
8. Plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » n° 850/SGDSN/PSE/PSN Octobre 2011. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Pandemie_Grippale_2011.pdf
9. Penverne Y., Jenvrin J., Danet N. et al. Samu - Centre 15 : de nouveaux métiers et nouvelles pratiques. In : Congrès Urgences 2009, chapitre 79. Paris ; 2009, 793-806.
10. Penverne Y., Jenvrin J., Labastire L. et al. Management et coaching : perspective d'avenir dans les Samu centre 15 ? JEUR 2009 ; 22(4) : 104-9.
11. Labady J., Penverne Y., Jenvrin J. et al. L'efficacité dans la prise d'appel. In : Congrès Urgences 2012. Paris.
12. <http://lestransmetteurs.fr/>
13. Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.
14. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
15. Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) NOR : SANH0524153D
16. <http://esante.gouv.fr/dossiers/le-sin-samu-grippe>
17. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Rapport de la mission DGOS relative à la modernisation des Samu. 2010. Mardegan P.
18. Haute Autorité de Santé. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. Paris 2009.
19. Penverne Y., Jenvrin J., Debierre V. et al (2011). Régulation médicale des situations à risque. In : Conférence Congrès Urgences 2011, chapitre 89. Paris ; 2011, 1015-33.
20. Guilhou X., Lagadec P. La Fin du risque Zéro. Eyrolles et Les Échos éditions (2002) 316 p.
21. Lagadec P. Grippe A, créons une Force de réflexion rapide. Propos recueillis par Paul Benkimoun, Le Monde, 7 juin 2009, page 4.

22. L'établissement de santé en tension. Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc. Recommandations. Ministère de la Santé. 2005.
23. DHOS : L'établissement de santé en tension, éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du Plan blanc. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/hopital_tension.pdf
24. Azema O. Quels indicateurs pour déclarer les Établissements de Santé en Tension et/ou en Plan blanc. In : Congrès Urgences 2010, chapitre 79. Paris ; 2010. pp 887-906.
25. Savary D., Braun F., Regouby C. et al. Gestion de la crise : information et communication interne et externe. Urgences et situations d'exception, SFEM éditions, Paris ; 2009.
26. Ammirati C., Bertrand C. Aide à la régulation médicale des appels au Samu-centre 15 en situation de crise. (2009) Eprus, Samu de France, Ancesu.
27. Giroud M. La qualité en régulation médicale. In : Conférence Congrès Urgences 2007, chapitre 67. Paris ; 2007, 659-71.
28. Loi n° 2011-892 du 28 juillet 2011 tendant à faciliter l'utilisation des réserves militaires et civiles en cas de crise majeure. NOR: DEX1109967L
29. Giroud M. Principes de la régulation médicale. Samu de France, Guide d'aide à la régulation médicale au Samu-Centre 15. SFEM éditions Paris 2009. pp 25-36.