

Cas confirmé / Soignant en activité,  
en réanimation, en MCO libéral. Points de  
réflexion

Prise en charge extra hospitalière du H1N1  
Réseaux de soignants extra hospitaliers  
et Santé Publique/Communautaire

P. ANDRE Infectiologue libéral Montpellier

- pour la Cellule Grippe sur Oc Santé
- pour le Groupe Grippe sur FMC 34

## Conflits d'intérêt

- Indépendance totale à l'égard de l'industrie
- Billet SNCF payé par Oc Santé, employeur 0.25 ETP  
/Infectiovigilance / 2 MCO / Mtp
- Bénévole / FMC 34 Association de formation continue  
/médecins libéraux mais indemnisé / formations grippe aviaire  
/ 2006-2007

Cas confirmé H1N1/soignant  
en activité (1) Historique (1)

- 10 h , Dimanche 14/06 : Appel surveillante/ IDE réa + toux sèche 72h sans fièvre + contact étroit /vie privée /voyageur<7 j / cas possible 13/06 22h , confirmé à 10h le 14/06.
- Mesures barrières /IDE + conjoint médecin en repos x 7 j /domicile à 10h30, prélèvement 19h \* au MIT, retour au domicile\*\* avec Trt, cas confirmé /médecin 15/06 9h, IDE 22h ( H36)
- 14/06 14h : Contact étroit \*\*\*< 1m et > 1 h = 5 patients et 7 soignants = barrières x 24h, trt préventif
- 15/06 16h, après discussion Invs, DGS, contact très étroit \*\*\*\* (<1 m et plus de 20 mn) = 8 soignants de plus= Sha , trt préventif

Cas confirmé H1N1/soignant  
en activité (1) Historique(2)

- 18/06 17h: 1 des patientes contact (immunodéprimée/néo foie +méta poumons) = dyspnée, douleur avec foyer pulmonaire interstitiel  
= barrière<sup>2</sup> + Prelvt P3<sup>22</sup>+ trt renforcé<sup>222</sup> + trt mère  
(barrière+trt)<sup>2222</sup>
- 19/06 : 13h PCR –, arrêt barrière
- 24/06 : reprise activité IDE avec toux/hyper réactivité bronchique
- 26/06 : RAS

Cas confirmé H1N1/soignant en activité (3)

## Points de discussion

- Démarche Diagnostique
- Démarche thérapeutique
- Investigation épidémiologique
- Gestion des émotions et de la rumeur
- Communication interne
- Communication externe

# • Démarche Diagnostique

- Y penser : - Pas assez : cas index non diagnostiqué, 3 cas secondaires
  - Trop : inquiétude excessive . (Place / TDR ???)

- Délai de réalisation du prélèvement le 14/06: 8h !!! cadre réglementaire et « vraie vie » . Cas probable/ groupé ne souhaitant pas rester hospitalisé, Capacité d'accueil / SMIT dépassé, Samu ne voulant pas faire l'aller-retour, médecin astreinte DDASS +infectiologue OK/ambulatoire, mais quid de la responsabilité / règlement en cours (avant le 22/06) .

- Délai de transport 18/06 : 1h30 entre appel et arrivée du coursier, et 3h30 /course d'1h45 = 2 h45 inutilement perdues = 12 h de délai /réponse PCR = peu d'impact /patient, mais impact/gestion de crise

# • Démarche thérapeutique

- Mesures barrières /sujets contacts efficaces, mais stigmatisantes , et sources de tension = du bon sens nécessaire
- Arriver avec un masque pour expliquer la nécessité de la précaution air / dans la chambre cas possible... pas facile
- Intérêt du Tamiflu à plus de 24h de l'exposition à un cas possible? Niveau de Preuve ?
- Tamiflu 100 mg /j x 10 J chez l'immunodéprimé ? Posologie Suffisante ?
- Impact /pression de sélection de 150 mg /j x 5 j vs 75 mg x 10 j ? Niveau de Preuve ?

- Investigation épidémiologique

- Rôle majeur du cadre de définition / sujets contacts, avec ici,

Moins d'un mètre et plus d'une heure à J0

élargi à

Moins d'un mètre et plus de 20 mn, en raison de la survenue en lieu de soins à J1

plus repérant que cadre « un peu trop large » officiel ( ex : discussion entre amis ) ne précisant pas explicitement la durée du contact .

Nb : Sur plus de 15 personnes exposées au cas index ( 2 repas de famille avec enfants), seuls les 3 ayant eu des contacts étroits et prolongés, ou dans une atmosphère confiné ont été « cas confirmés ».

- Gestion des émotions et de la rumeur

- Excellent révélateur de caractère et de niveau d'anxiété
- En 20 mn, / méconnaissance /modalités de transmission = excès /masque pour tous + appels téléphoniques anxieux = panique + rumeur engagées sur 4 étages et 2 établissements
- Interventions conjointes à H1-H6 / Cadre de Santé + infectiologue + directions d 'astreinte /chaque équipe = historique précise, attitude adaptée soignante, efficacité barrières, agressivité minime , sujets contacts, absence de risque / contacts de sujets contacts .
- Episode patient contact cas possible : émotion/ infectiologue/ gérer la remise en place les précautions en attendant PCR, sans panique/établissement . Cadre posé / infectiologue, direction, cadres/équipe restreinte avec gestion +++ /équipe, car confiance mutuelle ++
- Niveau 4/10 Echelle émotions, 8/rumeur ; pour un virus d 'agressivité 1/10....

- Communication interne

- Rencontre des équipes: infos précises- questions -réponses au plus vite , et passage quotidien
- Ecrit quotidien/ historique , évolution, et infos dans chaque salle de soins + intranet J1, J2, J4
- Contact ciblé au cas/cas/ rumeur /attitude soignante .
- Mise au point /60 participants du réseau interdisciplinaire de Prévention et de Gestion ( Les Sha D'Oc) .
- Facteurs facilitants : Taille humaine (500 salariés), culture communication interne, contacts étroits Soignants- Directions

# • Communication Externe

- Lien étroit, immédiat et de qualité /médecin d’astreinte de la DDASS / liste sujets contacts, lien / Samu, lien cas probables puis prouvés, suivi cas prouvés . Articulation opérationnelle +++, avec pragmatisme en avant garde / modification du texte (J+ 8 )
  - Contact plus complexe avec les autorités de contrôle réunies/ DDASS 15/06
    - modalités de gestion du dossier/ rapport au texte en place - -
    - interprétation et évaluation / problème posé/ “attitudes relatives” des 2 cas prouvés , soignants-libéraux “récalcitrants” . “Coupable désigné” en systémie
    - Ré-écriture négociée nécessaire du communiqué de presse prévu / DDASS , sans concertation préalable, avec impact médiatique ++ secondaire possible ( 2 cas confirmés / 2 soignants dans 2 établissements, vs 1 cas probable chez 1 soignant, l’autre n’étant pas en activité)
- = Gestion sereine, non médiatisée avec transparence totale .

- Pour conclure :
- Une bonne mise en situation, sans réel risque sanitaire , (à ce jour ....)

# Prise en charge extra hospitalière du H1N1

## Réseaux de soignants extra hospitaliers et Santé Publique/Communautaire

- Contexte
- Exemple : Situation dans l'Hérault
- Points forts
- Pistes d'amélioration

## Contexte

- 3000 soignants libéraux formés / département 2006-2007 / Grippe aviaire dont 1200 / FMC 34 avec dynamique particulière:
  - Formations de 2h 30, interdisciplinaire +++, par secteur géographique ( réseau de soins de proximité, IDE, Kiné, Biologistes, Pharmaciens , Généralistes)
  - Kit de savoir minimal / 20 mn / comprendre, savoir expliquer
  - Savoir faire : Mise en situation / Sha et FFP2
  - Communiquer et prévenir la panique / Travail sur les représentations + mise en situation/intervention /domicile .
  - Liste mails des participants pour travail / secteur en lien avec la DDASS, mais retombée de l'intérêt depuis 2007

## Contexte dans l'Hérault

- FMC en place / département ++ associatif +++, syndical, comme partout en France, avec peu de lien entre les différents courants.
- Commissions pédagogiques +++ / outils interactifs +++ /répondre aux situations de médecine libérale extra hospitalière
- Ex de FMC 34 : Rencontres mensuelles de 14 groupes de 15- 35 médecins /département + séminaires indemnisés thématiques de 48h + Stages / spécialités au CHU + cursus thématique/année .
- A vue d'Œil ... 30-40 % des médecins en FMC ( biais 2008 / obligation ) , 60 % des médecins utilisant internet/ communiquer
- Implication +++ Médecins /antibiothérapie en médecine générale, TDR et angines et grippe avec réseau fiable d'au moins 150 médecins motivés

## Points forts

- Les soignants libéraux ( méd, Ide, pharm..) sont **les premiers acteurs effectifs de la santé communautaire et publique de base**
  - de par leur intervention / système familial
  - de par leur intervention sur le domicile
  - de par leur transversalité et plurivalence ( limitée forcément)
  - de par leur statut libéral, en première ligne en terme d'accessibilité et de responsabilité
  - de par leur intérêt pour la question de la prévention
  - Exemples multiples : du sevrage tabagique au moindre recours aux antibiotiques, de l'hygiène de vie aux vaccinations, du maintien au domicile à la prise en charge psychiatrique de première ligne

( Ils n'y sont, bien sur, pas tous engagés au même niveau)

- Les soignants libéraux **ne sont que très peu impliqués dans les dynamiques officielles de santé publique ou communautaire**
  - 1 libéral/ 400 personnes /journée GRSP juin 09 LR...
  - ( Ils n’ont pas de salaire, et ont des charges fixes = pas de cabinet = perte de ressources, et une charge de travail croissante )
- La représentation des soignants libéraux ( Urml, Codamup, syndicats) auprès des autorités de contrôle ne reflètent que très peu cette dynamique /santé communautaire , de réactivité, de formation continue . Ex / Grippe 2006-2009!!!
- Leur travail est peu évalué, reconnu, soutenu “ GRSP LR juin 09 “comment faire pour travailler avec les libéraux !!!”
- L’information utile, pratique,et rapide pouvant leur permettre d’améliorer leur prestation/santé communautaire n’arrive pas assez vite !!! =  
démobilisation

## Exemples de réactivité

- Note d'information pratique FMC 34 en partenariat / Service médical DDASS du 23/06 à 1000 soignants libéraux (+ Questionnaires le 25/06 n= 400 envois )
  - Situation locale- nationale au 23/06
  - Points clefs pour la pratique : Mesures barrières . Qu'en y penser ? Que faire ? Comment prévenir la panique ? Quel matériel (quand-où, comment ?) , Questions-réponses
  - Comment être acteur efficace de santé publique dans ce type de situation comme soignant libéral ?
    - En répondant présent pour soigner de manière efficace et non stigmatisante les patients grippés sur leurs domiciles.
    - En devenant, pour les médecins, acteur du réseau sentinelle en prélevant les patients grippés que je rencontre, afin de permettre une adoption graduée et pragmatique du plan pandémie.
    - En travaillant, en salle d'attente et à la consultation dès maintenant les représentations et les pratiques . Affiche jointe / salle d'attente ( Masque- Sha si toux + bienveillance )

1ers retours de questionnaires n = 20 (5%) à 48h ... (14 med, 3 kiné, 3 Ide)

- Accepteriez-vous d'intervenir sur le domicile d'un patient grippé qui serait sur votre secteur et qui n'aurait pas de soignant disponible ? 28 oui, 5 non / 45 ( dont 25 /oral)
- Accepteriez-vous de prélever en rhinopharyngé dans un cadre bien défini, les cas probables au domicile afin qu'un suivi épidémiologique soit possible, afin d'ajuster le plan pandémie à la contagiosité et l'agressivité du virus ? 18/20 oui
- Est ce que cet épisode grippal vous inquiète ? 10 non, 9 un peu, 1 beaucoup /20
- De quoi auriez-vous éventuellement besoin pour gérer au mieux ce problème en extra-hospitalier ?
  - De matériel (masques , soluté hydro alcoolique) ++++ . Kit aviaire à renouveler mais numéro vert HS . Déplacement en (sous) préfecture difficile ++/libéral = livraison sur commande +++, puis accessibilité /secteur++ /patients .

- De tests :

- « J'ai eu un cas douteux, début juin. Je n'ai pas lancé d'alerte car il manquait quelques signes respiratoires francs, mais la personne travaillait à l'aéroport. Elle va très bien. Elle a bien toussé dans la salle d'attente, pas mal devant moi aussi avant que le doute m'assaille. Un peu tard pour mettre un masque non ? Je l'ai arrêtée et il aurait été possible d'envoyer un prélèvement afin d'avoir une réponse fiable. sans avoir à saturer le SAMU, bloquer un lit d'hospitalisation pour une personne qui ne le nécessitait pas (pas de détresse respiratoire ou autre nécessitant vraiment une hospitalisation »

(Nb : Appels fréquents / généralistes, urgentistes/ syndromes pseudo grippaux . Utilité Savonnette grippale de base /labo du secteur ( 20 mn, B 70) / faire tri /non grippal ???)

- de Tamiflu\*

« Il est préconisé de le donner le plus vite possible et dès qu'il y a contact. J'ai la notion qu'il a été retiré des officine (merci TF1 notre premier informateur !)  
Pourquoi ne pas en distribuer systematiquement 2 boites à chaque médecin ? »

« Si il faut traiter vite, que l'on en ait les moyens ! du tamiflu chez tous les médecins !  
Si on doit enrayer une grave épidemie, mieux vaut traiter 24 h pour rien que d'augmenter le nombre de sujets contacts par manque de moyens. Amen ! »

- Du bon sens et des questions...

- « je suis contente que le système de santé publique prenne des précautions pour anticiper toute pandémie mais qu'il ne faut pas non plus tomber dans l'excès inverse en affolant la population . L'efficacité d'une action prévention se fait bcp mieux quand les patients n'en font pas une grande psychose.

Ma démarche depuis le début de la pandémie est de **dédramatiser** la situation en leur redonnant des **points de repères** et en leur rappelant les gestes à faire pour éviter la contamination »

« combien de décès liés annuellement à la grippe normale ? »

« Pourquoi tout ce tapage???? 11 cas à Toulouse pour 443 103habitants, 3 cas pour 244 300 habitants à Montpellier, 1 cas pour 2194 habitants à Lamalou et une prise en charge dont la différence m'inquiète, considérant que toute personne est actuellement extrêmement mobile »

« Pourquoi a-t-on peur de ce virus ? il est nettement moins virulent que notre bon vieux virus saisonnier. Alors, comme dirait Anne Roumanof : " on ne nous dit pas tout ? » »

- Une information fiable, pratique et rapide

« d' une information précise, d'infos qui tiennent la route et non de blabla journaloux »

« Moins de dramatisation médiatique »

« d' informations pratiques à communiquer aux gens pour éviter la psychose »

« de continuer à être alerté(e) par mail »

« d' une aide plus personnalisée , par téléphone ou via internet si prise en charge de cas particulier »

« intérêt de la vaccination ? % de personnes ayant été vacciné grippe saisonnière / cas confirmés- sujets contacts... ; tableau simple/ antigènes vaccinaux 2008, automne 2009 et H1N1 circulant ici et dans l'hémisphère sud . Impact prévisible/vaccination /pression de sélection »

- Qu'auriez-vous à dire de votre engagement en santé publique et communautaire aux représentants des tutelles et de la santé publique ?

- Reconnaissance mutuelle

« qu'ils lisent mon mail »

« Mes Maîtres m'avaient appris à prendre en charge une pandémie. Suis je devenu tant ignare que cela pour que seul l'hôpital ait le droit de prendre en charge une grippe??? »

« il y a une autre médecine efficace que la médecine hospitalière » «on travaille bien en extra hospitalier » .

« Notre Confrère le Docteur Kouchner a dit en son temps que nous étions des bobologues. Depuis je me suis cantonné à cette spécialité abandonnant tout le reste. Dès qu'il me présentera des excuses publiques je reprendrai mon véritable travail »

« Que ça vaut bien un C et un V à 23 euros ! »

## Communication

- « Si je dois faire de la santé publique, que je sois reconnu comme tel ! et non pas traité comme la dernière roue du carrosse. Même en recevant les alertes de l'invs, j'ai les informations beaucoup plus tôt sur TF1, et donc mes patients sont paniqués avant que j'ai une information claire à leur donner »
- « Depuis le début de cette épidémie H1N1 silence total sur les lignes professionnelles par contre matraquage d'information par les médias au profit de la population. Les médecins libéraux sont-ils persona non grata ??? »
- « Pourquoi la préfecture ainsi que le ministère, les DDASS, etc ne font pas leur travail de gestion et d'information des personnels soignants. Notre implication ++++ ? Pour qu'on nous prenne encore pour les ... de service que personne n'informe mais qui doivent être présents et au courant de tout dans la minute ? Santé Publique? Elle est belle la gestion de la Santé Publique avec une annonce de phase 5 a, donné à la presse sans que les médecins soient informés »

## Communication

« Bien sensibiliser les médecins, car la salle d'attente et la consultation sont des lieux clefs pour faire passer des messages »

"Cela peut être « tout ou rien » . Prière de nous faciliter la tâche ».

## Pour résumer....

Une implication forte d'un grand nombre de soignants libéraux et un désir de coopération +++

Un gros problème de communication

- Reconnaissance approche de qualité et globale en extra-hospitalier
- Représentation faible de l'extra hospitalier de terrain en institutionnel
- Contenu, forme et délai de transmission de l'information non adaptés

Une situation sanitaire qui impose un travail un réel partenariat

- H1N1 aujourd'hui
- BMR communautaires, Aedes albopictus demain
- Hygiène de vie ( alimentation, addictions, stress), maintien au domicile, iatrogénie, réduction des coûts de prise en charge ....

Des pistes simples pour faire mieux...

- Pistes pratiques d'amélioration

- 1) **Acte fort de reconnaissance de la place du soignant de proximité/santé communautaire** ( humaine-organisationelle > financière) :

ex :

- Prise de position politique explicite
- Intégration effective représentants du terrain / instances de Santé publique locales... pragmatisme = pertinence et efficacité
  - selon des modalités compatibles avec l'activité de terrain ( ex : groupe de travail/ soirée ou par courrier électronique, participation annuelle "Tutelle"/ groupe de base F(M)C ).

- 2) **Faciliter la communication** :

- Bouger dans nos représentations /hopital-extra hopital; public-privé; savoir Universitaire-savoir Universel

ex: binomes spécialiste-généraliste/ hospitalier-libéral/  
pour construire / enseignement/communication/pédagogie

- Outils et contenu de la communication transversale (et non pyramidale) adaptés  
ex :
  - H1N1 : impact ++ d'une mise au point locale , concertée ( hopital, extra hospitalier, DDASS, CPAM) très pratique, réajustée ( dans les 2 sens) et réactualisée
  - Campagne grand public / masque + Sha en cas de toux, éternuement
  - Campagne grand public / Prévention rejet , ostracisme /via Bonne pratique par tous et pour tous ....

### 3) Mise à disposition adéquate de matériel

- ex :
  - Livraison masques+ Sha au cabinet si commande /N) vert ou fax réactivé
  - Outils de communication / salle d'attente ( affiches, DVD en boucle, auto questionnaire )

Pour conclure .....

HIV

HCV

SRAS

H5N1

H1N1

HxNy.....

Une histoire de communication, de transmission, de résistances  
qui  
nous invitent à évoluer, à muter dans nos représentations et habitudes...

comme la vie ...en quelque sorte ....