

Exercice sur le terrain dans un Centre de Consultation Dédié à la grippe (SIMUGRIP-MG1)

A simulation exercise in a flu clinic

Juliette Barthe⁽¹⁾, Jean-Pierre Aubert⁽²⁾, Anne-Lise Lecapitaine⁽³⁾,
Françoise Lecompte⁽⁴⁾, Céline Szwebel-Chikli⁽⁴⁾

Résumé : Un exercice de simulation de prise en charge de patients ambulatoires, en situation de pandémie grippale à virus hautement pathogène, a été réalisé dans un Centre de Consultation Dédié (CCD) à la grippe. En application du Plan Blanc Élargi, il a été réalisé dans une école du 18^e arrondissement : 3 médecins généralistes ont accueilli pendant 2 heures des patients grippés, joués par des étudiants infirmiers.

De nombreux dysfonctionnements ont été constatés : le manque de personnel pour gérer le centre et pour organiser les transferts des patients graves, la difficulté pour les médecins et les patients de maintenir le port du masque et les difficultés de communication au sein même du Centre de Consultation Dédié.

Cette expérience a montré que l'organisation autour d'un CCD nécessitait encore beaucoup de travail pour être fonctionnelle. La réalisation de cet exercice, novateur pour la médecine de ville, a été très instructive. Elle incite à renouveler ces mises en situation, en utilisant des méthodes d'analyse plus rigoureuses.

Mots-clés : Grippe - hygiène - médecine générale - pandémie.

Summary: A simulation exercise aimed at assessing the management and provision of ambulatory care in the context of a highly pathogenic influenza pandemic was conducted in a specifically dedicated consultation center (Centre de Consultation Dédié (CCD) à la grippe) based on official French guidelines. The exercise was carried out in a school in Paris equipped to simulate a "flu clinic". 3 practitioners provided treatment lasting 2 hours to nursing students acting as patients.

The exercise highlighted a number of major organizational issues. Staff were found to be unable to manage the center and to perform patient transfers; face masks were not routinely and consistently worn by doctors and patients; and communication between professionals within the clinic was limited.

The exercise showed that much remains to be done to ensure that "flu clinics" are effective and functional. The results suggest that the exercise will need to be repeated on a larger scale and over a longer period.

Keywords: Family practice - influenza - hygiene - pandemic.

(1) Université Paris Descartes - Faculté de Médecine - Département de Médecine Générale - 24, rue du Faubourg Saint Jacques - 75014 Paris.

(2) Département de Médecine Générale - Réseau de Santé Paris Nord - Université Paris Diderot - 16, rue Henri Huchard - Paris - France.

(3) Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses - Centre Hospitalier François Quesnay - 2, boulevard Sully - Mantes-la-Jolie - France.

(4) Réseau de Santé Paris Nord - 3 et 5, rue de Metz - Paris - France.

Correspondance : J. Barthe
juliette.barthe@gmail.com

Réception : 17/03/2011 - Acceptation : 20/10/2011

Introduction

La survenue d'une pandémie grippale est un risque auquel les professionnels de santé doivent être préparés [1]. L'apparition du nouveau virus A(H1N1)2009 a confirmé la réalité de cette menace [2]. Au pic de la pandémie, le plan français prévoit la mise en place de Centres de Consultations Dédiés à la grippe (CCD) ayant pour objectifs de proposer un accueil limitant le regroupement des patients grippés et non grippés, d'éviter l'isolement des professionnels de santé et de permettre la prise en charge rapide des patients malades [1]. Cette organisation est déclinée au niveau départemental, en fonction des contraintes locales.

Pour le département de Paris, le Plan Blanc Élargi envisage de donner aux CCD une place centrale. Il prévoit que des CCD soient implantés dans les écoles. Les consultations y seraient assurées par 3 médecins volontaires, travaillant par vacation de 4 heures de 8 h à 20 h. Ils y trouveraient un soutien administratif pour faciliter la gestion du flux de patients. L'activation se ferait en phase 5 de l'épidémie (larges foyers de cas humains de grippe), lorsque les cabinets médicaux commenceraient à être débordés [3].

La fonctionnalité de ces CCD, montés de toute pièce, doit être testée et évaluée [3]. Pour cela, un exercice de simulation dans un CCD a été organisé par un groupe de médecins du Réseau de Santé Paris Nord avec le groupe de pilotage du Plan Blanc Élargi de Paris, la mairie de 18^e arrondissement de Paris et l'Éducation Nationale. L'exercice a eu pour objectif de tester l'application des mesures d'hygiène et le fonctionnement d'un Centre de Consultation Dédié à la grippe.

Mise en place de l'exercice

L'exercice a eu lieu à l'école polyvalente dans le 18^e arrondissement (Figure 1), le 4 juillet 2008 pendant 2 heures. Il a impliqué 34 acteurs : 3 médecins consultants, 3 personnels administratifs (personnel d'accueil, personnel de salle d'attente, personnel de sortie), 1 représentant pour chaque structure impliquée dans le dispositif (1 SAMU et 1 SMUR, 1 ambulancier, 1 Centre de Coordination Sanitaire et Sociale (CCSS), 1 Structure Intermédiaire, 1 hôpital), 2 personnels d'entretien et 20 patients. Chaque patient acteur a reçu une fiche de poste décrivant ses antécédents et ses symptômes. Les cas ont été écrits de façon à ce que l'échantillon représente les projections établies par l'InVS à l'acmé de la crise en termes de répartition d'âge, de critères de gravité et de destination de sortie. Il est prévu que le CCD prenne en charge 8 patients par heure.

Scénario

Une pandémie grippale à virus hautement pathogène est déclarée depuis 2 semaines. La France est en situation 6 du plan national de lutte contre la pandémie grippale. À Paris, le Plan Blanc Élargi est déclenché. Il est demandé aux patients fébriles de consulter dans le Centre de Consultation Dédié le plus proche de leur domicile.

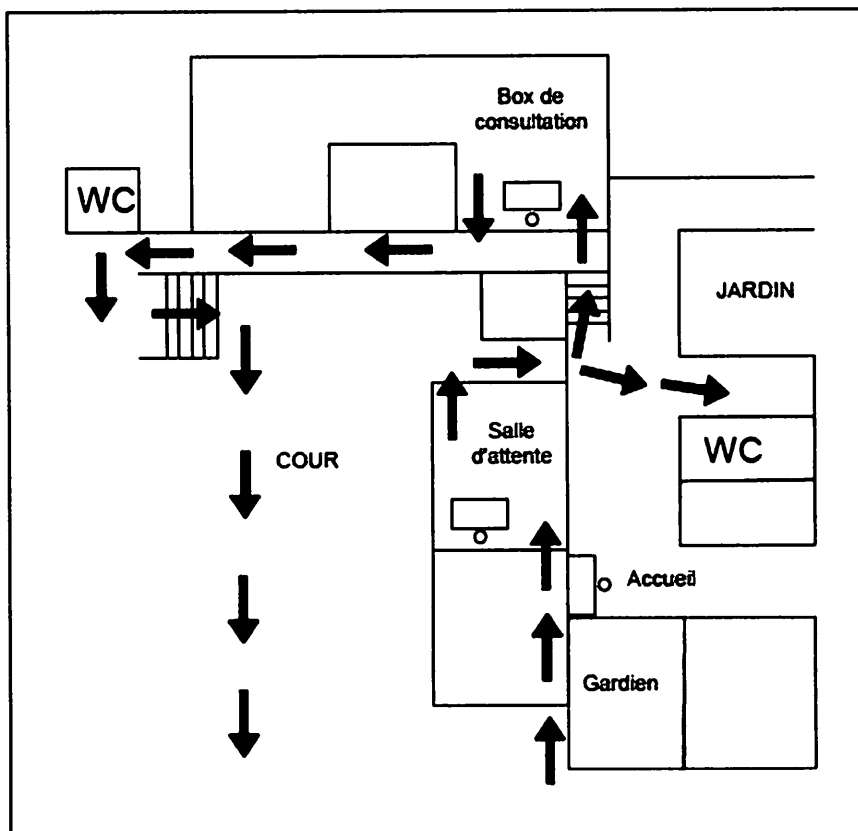


Figure 1 : Plan de l'école polyvalente, rue Émile Duployé avec le parcours des patients

Déroulement d'une consultation

L'ensemble du personnel porte une blouse, un masque FFP2, des sur-lunettes et des gants.

Les patients sont accueillis dans le CCD par le personnel d'accueil. Ils reçoivent un masque chirurgical, un numéro d'ordre, un dossier médical à remplir avec un stylo individuel et une information sur les critères de non contagion. Les patients sont ensuite orientés vers la salle d'attente. Un seul accompagnateur est toléré.

Les sièges en salle d'attente sont éloignés de 80 cm les uns des autres. Il n'y a aucun matériel superflu. Des solutions hydroalcooliques sont disponibles. Le personnel aide les patients à remplir leur dossier si nécessaire et les dirige vers les boxes de consultation au fur et à mesure.

Les boxes de consultation sont aménagés dans le réfectoire de l'école, qui bénéficie d'un point d'eau. Ils sont isolés par un paravent. Le patient se rend dans le box après appel de son numéro d'ordre. Il est reçu par le médecin à qui il remet le formulaire patient pré-rempli. Il est examiné sur une chaise. Le

médecin complète le formulaire patient. Il formule le diagnostic, propose un traitement et décide d'une orientation : retour à domicile, structure intermédiaire ou hôpital, ainsi que le mode de transport (propres moyens, taxi ou ambulance). En cas de signes de gravité, c'est au médecin d'appeler directement le SAMU. L'ensemble du matériel de consultation doit être désinfecté avant de recevoir un nouveau patient.

Le personnel de sortie récupère les dossiers (traçabilité) et organise la suite. Il informe le CCSS du devenir du patient. Les patients transférés attendent sur des civières à proximité du personnel de sortie.

Le personnel d'entretien assure la désinfection complète des locaux 2 fois par jour, l'entretien régulier des toilettes, et intervient en cas d'urgence (ex. : vomissements).

Matériel nécessaire

Les chaises en plastique pour la salle d'attente et les boxes, et les panneaux de séparation pour délimiter les circuits entrée/sortie et les boxes sont fournis par l'école. Les dossiers patients tripliqués ont été imprimés au préalable par l'Ordre des Médecins. Les masques chirurgicaux et masques FFP2 pour le personnel, les gants de soin, les lunettes de protection, les surblouses, les poubelles, les solutions hydro-alcooliques, les lingettes désinfectantes et le désinfectant pour les sols et les surfaces sont fournis par l'AP-HP. La balance pédiatrique, les thermomètres, tensiomètres, stéthoscopes, lampes et otoscopes, abaisses-langue, oxymètres de pouls, ordonnances, arrêts de travail et bons de transport sont fournis par les médecins. Les civières pour patients en attente d'hospitalisation sont fournies par les pompiers.

Observation de l'exercice

Dix observateurs ont participé à l'analyse de l'exercice, postés à l'accueil, en salle d'attente, en box de consultation et à la sortie du CCD. Il s'agissait d'observateurs issus de plusieurs institutions. Ils étaient chargés de s'assurer du respect des mesures d'hygiène, de la coordination des différents intervenants et de noter les dysfonctionnements mis en évidence pendant l'exercice. Une réunion d'analyse « à chaud » a permis de dégager les remarques générales, de recueillir les impressions des joueurs et les remarques des observateurs. Une réunion d'analyse « à froid » a permis de rediscuter des enseignements de l'exercice. Les photographies et les formulaires patients remplis par les médecins ont été analysés.

Résultats

Prise en charge et devenir des patients grippés

L'exercice a commencé à 10 h le 4 juillet 2008. Il s'est terminé à 12 h. Le CCD a pris en charge 19 patients, 17 ont été reçus par les médecins (1 a été pris en charge directement par le SAMU en salle d'attente, 1 a été réorienté par le CCD sans avoir été vu par un médecin). Le CCD a géré 9,5 patients/

heure. La durée moyenne des consultations a été de 21 minutes par médecin. Il y a eu un excès d'hospitalisation de 32,4 % par rapport à ce qu'avait prévu le scénario.

Accueil

Le personnel d'accueil a eu du mal à répondre aux questions des malades et à limiter l'accès en salle d'attente à un seul accompagnant. Il donnait les masques aux patients après avoir commencé à discuter avec eux, donc trop tardivement.

Salle d'attente

La distance entre les boxes de consultation et la salle d'attente a nécessité l'utilisation de téléphones portables pour communiquer avec les médecins. Les patients tenaient régulièrement à savoir le temps d'attente qu'il restait, le personnel n'était pas en mesure de leur répondre.

Une patiente a fait une crise de panique parce que son bébé n'allait pas bien. Le personnel de la salle d'attente, débordé, n'était pas en mesure de s'occuper d'elle. Les autres patients ont tenté de la rassurer, ce qui a conduit au non-respect des distances de sécurité inter-patients. La femme a finalement été accompagnée en priorité en box de consultation. Le personnel s'est trouvé contraint de laisser la salle d'attente le temps de l'aller-retour. Plus tard, un patient a fait un malaise sans perte de conscience. Les médecins consultants étant éloignés et ne répondant pas sur leurs téléphones n'ont pas pu être joints par le personnel d'accueil. Le SAMU a été contacté par le personnel de la salle d'attente pour prendre en charge le malaise du patient.

Les personnes en charge de la gestion de la salle d'attente ont trouvé gênant le port du masque FFP2, et l'ont régulièrement manipulé pour le remettre en place. Le port du masque chirurgical par les enfants a été difficile à maintenir. Après qu'un enfant ait vomi en salle d'attente, le personnel n'a pas su comment joindre le personnel d'entretien.

Consultations

La mise en place des 3 boxes de consultation dans le réfectoire a rendu les consultations bruyantes, et la confidentialité était limitée. Il n'y avait aucun box où le patient pouvait s'allonger (présence uniquement de chaises). Il n'y avait qu'un seul box avec une balance pour peser les nourrissons, ce qui a rendu la gestion des patients pédiatriques difficile. Il y avait un temps mort entre la sortie d'un patient et l'arrivée d'un autre, du fait des difficultés de communication avec la salle d'attente. L'exercice auquel ont été soumis les médecins se distinguait totalement de leur pratique quotidienne ; ils ont déclaré s'être sentis cependant plus à l'aise au bout de 2 heures. Selon eux, après un peu de pratique, les durées de consultations seraient diminuées. Les médecins ont constaté que le port du masque et des lunettes était pénible (chaleur, sensation d'étouffement, buée sur les lunettes). Les mesures d'hygiène étaient laborieuses entre chaque patient et n'étaient pas systématiques au début des consultations.

Sortie

Les liaisons entre le personnel de sortie du CCD et le CCSS n'ont pas posé de problème. Mais l'organisation des hospitalisations par le personnel de sortie a demandé beaucoup de temps et les ambulances étaient difficiles à joindre. Les patients en attente de transfert étaient allongés sur des brancards. Il n'y avait pas de surveillance médicale dans cet espace.

L'impossibilité de contacter le SAMU pour un des patients en attente d'hospitalisation a incité les organisateurs à modifier le scénario pour le déclarer décédé. La procédure à suivre dans ce cas n'était connue de personne. Personne ne sachant où allonger le corps du patient, il est resté sur une civière, dans la zone d'attente d'évacuation des patients, au milieu des autres patients qui se sont mis à paniquer.

Discussion

L'exercice a souligné de nombreux problèmes qui avaient été sous-estimés lors des réunions préparatoires : la gestion du flux des patients avec la difficulté de priorisation par le personnel d'accueil non médical, les problèmes de communication interne entre le personnel de salle d'attente et les médecins, la difficulté du port des masques FFP2, la gestion des décès. Seul un exercice sur le terrain aura permis de préciser le cahier des charges d'un CCD : rechercher une configuration des locaux resserrée entre l'entrée, la salle d'attente et les lieux de consultation médicale afin d'améliorer la communication et fluidifier la prise en charge des patients ; proposer une régulation médicale ou paramédicale pour prioriser les patients ; renforcer le personnel encadrant un CCD. La liste du matériel nécessaire dans un CCD a été précisée. Par ailleurs, l'excès d'hospitalisation incite à mieux former les médecins, notamment à la gestion du stress lors du travail en conditions inhabituelles.

Peu d'exercices impliquant la médecine de ville et testant des CCD ont été réalisés en France [4]. Les principales traces les relatant proviennent d'articles de presse générale [5,6]. Nous n'avons pas trouvé de retours d'expérience des CCD mis en place lors de la pandémie A(H1N1)2009.

Cet exercice sur le terrain a été novateur, puisqu'il a impliqué des médecins libéraux. Il a cependant été difficile de mobiliser des médecins généralistes, bénévolement, lors des 9 réunions préparatoires et de la demi-journée d'exercice. Cela explique les limites de cette expérience : l'exercice n'a duré que 2 heures, il n'a pas testé le changement d'équipe, l'accès aux traitements ou aux examens complémentaires. Par ailleurs, les observateurs n'avaient pas de « check-list » définie : leur jugement était global et orienté en fonction de leur formation. Il aurait été souhaitable de lister l'ensemble des points à observer pendant l'exercice, de chronométrer le temps d'attente des patients et la durée de chaque consultation afin d'avoir suffisamment d'éléments objectifs (quantitatifs) pour analyser l'exercice.

Conclusion

Les exercices sur le terrain sont instructifs : ils permettent de se préparer à une situation sanitaire inédite et de s'enrichir des compétences des différents intervenants. Cependant, ils sont chronophages, lourds à mettre en

place et nécessitent de l'expérience. Il aurait été souhaitable de profiter du savoir-faire d'experts ayant déjà organisé ce type d'exercices (médecins militaires, sécurité civile). Il aurait également été utile de bénéficier des enseignements des exercices déjà menés sur le sujet. Pour cela, il serait intéressant que les retours d'expériences soient publiés.

Cette expérience a donné envie aux médecins généralistes y ayant participé de réaliser un exercice testant la prise en charge des patients grippés en cabinet médical (SIMUGRIP-MG2). Les limites de cette première expérience en CCD ont incité à utiliser une méthode d'évaluation plus rigoureuse : grilles d'analyse à remplir par les observateurs, mesure du temps d'attente et des durées de consultation avec évaluation du temps supplémentaire nécessaire pour l'application des mesures d'hygiène, suivi du volume de matériel consommé, questionnaire à l'intention des patients, entretiens semi-qualitatifs en fin d'exercice.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

BIBLIOGRAPHIE

1. Secrétariat général de la défense nationale. Plan national de prévention et de lutte « Pandémie Grippale » n° 150/SGDN/PSE/PPS du 20 février 2009.
 2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: infections with a swine-origin influenza A (H1N1) virus -United States and other countries, April 28, 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009;58(16):431-3.
 3. Préfecture de Paris et Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris. Plan Blanc Élargi pour le département de Paris. Version modifiée après CODAMUPS de Paris du 11 juillet 2008.
 4. Site interministériel de préparation à un risque de pandémie grippale. Exercices. http://www.grippe-aviaire.gouv.fr/article.php?id_article=431. (site consulté le 17 octobre 2011).
 5. Girard B. Épidémie à H5N1 dans le Haute-Garonne, un exercice sanitaire grandeur nature. Le quotidien du médecin. 07/05/2008.
 6. Delahaye C. Exercice grippe aviaire à Doullens, Grandes manœuvres en milieu médical réduit. Le Quotidien du médecin. 05/03/2007.
-