



Ministère de la Santé et des Solidarités

CHIKUNGUNYA :
GESTION D'UNE CRISE LONGUE

RAPPORT DE MISSION
ENSEIGNEMENTS ET PROPOSITIONS

Dominique Peton Klein
Camille Chaize

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Décembre 2006

SOMMAIRE

PREAMBULE	6
PREMIERE PARTIE : SYNTHESE DES ENTRETIENS, ANALYSE DES MESURES PRISES	8
1. ORGANISATION PRÉHOSPITALIÈRE ET AMBULATOIRE	10
1.1 FONCTIONNEMENT DES SOINS AMBULATOIRES	10
1.1.1 Données d'activité.....	10
1.1.1.1 Suivi des données d'activité durant la crise	10
1.1.1.2 Analyse statistique suite à l'épidémie	10
1.1.1.3 Constats et pistes de réflexion	11
1.1.2 Mesures particulières d'organisation, de coordination et de renforcement des soins ambulatoires	12
1.1.2.1 Permanence des soins médicaux	12
1.1.2.2 Maisons Médicales de Garde.....	13
1.1.2.3 Prise en charge paramédicale.....	14
1.1.2.4 Place des pharmacies d'officine en situation de crise.....	15
1.1.2.5 Transports sanitaires	16
1.1.3 Dispositif ambulatoire prévu dans le plan, partie IV	17
1.1.3.1 Description du plan	17
1.1.3.2 Points d'amélioration	17
1.2 PRISE EN COMPTE DU VOLET SOCIAL	18
1.2.1 Constats	18
1.2.2 Initiatives des établissements de santé, en lien avec la médecine de ville	19
1.2.2.1 Mise en place d'une réponse téléphonique 24H sur 24H aux demandes sociales	19
1.2.2.2 Mise en place d'une structure intermédiaire, « domicile de substitution » du patient	19
1.2.2.3 Quand une situation de crise aggrave un déficit chronique en lits : exemple de l'arrondissement Ouest de l'île	20
1.2.3 Pistes d'amélioration pour la prise en compte du volet social dans la prise en charge globale des patients.....	21
1.2.3.1 Nécessaire coordination des acteurs du social, en lien avec le sanitaire.....	21
1.2.3.2 Renforcement des structures gériatriques à La Réunion	21
1.2.3.3 Structures d'hébergement temporaire à prévoir.....	21
1.3 LE SAMU / CENTRE 15, AU CŒUR DU SECTEUR PREHOSPITALIER.....	21
1.3.1 Augmentation des capacités de prises d'appels et de régulation.....	21
1.3.2 Organisation du SAMU / Centre 15	22
1.3.2.1 Moyens matériels.....	22
1.3.2.2 Moyens humains.....	23
1.3.2.3 Organisation pour une crise longue.....	23
1.3.2.4 Le cas spécifique de Mayotte.....	23
2. ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DURANT L'ÉPIDEMIE DE CHIKUNGUNYA	25
2.1 LE DISPOSITIF EXISTANT	25
2.1.1 La Réunion.....	25
2.1.2 Mayotte.....	26

2.2	L'ENTRÉE DANS LA CRISE.....	27
2.2.1	Cinétique de l'épidémie constatée sur le terrain	27
2.2.2	Suivi des données d'activité	27
2.2.2.1	Mise en place d'un système de suivi de l'activité et des disponibilités en lits : difficultés et points d'amélioration	27
2.2.2.2	Analyse des données d'activité ex post : augmentation des taux de passages et d'hospitalisation	28
2.2.2.3	Le cas spécifique de Mayotte.....	31
2.2.2.4	Remontées des données d'activités vers les services déconcentrés, l'ARH et le Ministère de la santé et des solidarités.....	33
2.2.3	Cellule de crise, organe de décision	33
2.2.3.1	Organisation au niveau régional.....	33
2.2.3.2	Mise en place des cellules de crise dans les établissements de santé	34
2.2.4	Gestion de la communication interne et externe	35
2.2.4.1	Réponses différenciées en terme de communication interne comme externe	35
2.2.4.2	Vers la mise en place d'une information et d'une formation aux professionnels de santé sur le chikungunya	36
2.2.5	Liens avec les autorités sanitaires et les représentants de l'Etat.....	37
2.3	ORGANISATIONS SPÉCIFIQUES MISES EN PLACE POUR AUGMENTER LES CAPACITÉS D'ACCUEIL	38
2.3.1	Réorganisation interne des services: ouvertures de lits, extension de services, etc.	38
2.3.2	La mise en place d'unités chikungunya dédiées afin d'éviter un engorgement du service des urgences	41
2.3.2.1	Le service d'urgence : point névralgique de l'établissement.....	41
2.3.2.2	La mise en place de critères de tri homogènes d'un établissement à l'autre	41
2.3.2.3	Ouverture de lits supplémentaires : une nécessité en cas de dépassement.....	42
2.4	LA DÉPROGRAMMATION.....	43
2.4.1	Déprogrammation subie et passive	43
2.4.2	La reprogrammation : élément majeur à approfondir	44
2.5	COOPERATION INTER ÉTABLISSEMENTS	44
2.5.1	Echanges de moyens humains et matériels	45
2.5.2	Transferts de patients	45
2.5.3	Mises a disposition de lits: des intégrations croissantes entre le secteur privé, public et participant au service public hospitalier (PSPH)	45
2.6	DEMANDES DE MATÉRIEL A LA METROPOLE.....	46
2.7	SORTIE DE CRISE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	47
2.7.1	Retour à la normale.....	47
2.7.2	Impact financier défavorable	47
2.7.3	Préparer la prochaine crise : mise en place d'établissements pivot.....	47
2.8	ROLE DU PLAN BLANC DANS LA CRISE LIÉE AU CHIKUNGUNYA	48
2.8.1	Rôle du plan blanc pour une crise longue	48
2.8.2	Comprendre l'absence de déclenchement des plans blancs dans les établissements.....	48

3.	MOBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LA GESTION DU PERSONNEL DANS LE TEMPS.....	50
3.1	RENFORCER LE PERSONNEL MEDICAL ET SOIGNANT DES ZONES ET SERVICES SOUS TENSION.....	50
3.1.1	Mesures d'aménagement du temps de travail pour le personnel des établissements et les professionnels de santé de ville.....	50
3.1.2	Absentéisme du personnel	51
3.1.2.1	Absentéisme pour raison médicale	51
3.1.2.2	Droit de retrait et départs anticipés.....	51
3.1.3	Réaffectation du personnel au sein de l'établissement.....	51
3.1.3.1	Personnel paramédical.....	52
3.1.3.2	Personnel médical.....	52
3.1.3.3	Former en urgence du personnel	52
3.1.4	Recrutement et difficultés locales en terme de marche d'emploi.....	52
3.1.4.1	Privilégier le recrutement aux renforts extérieurs	52
3.1.4.2	Des difficultés accrues pour les établissements privés	53
3.1.4.3	Comblent aujourd'hui les postes vacants.....	53
3.1.5	Recherche de personnels extérieurs a l'établissement	53
3.1.5.1	Rôle des bénévoles : bénévoles spontanés, associations, etc.....	53
3.1.5.2	Recours à un « corps de réserve sanitaire » : étudiants, retraités, etc.....	54
3.1.6	Vers un retour à la normale pour le personnel ?.....	54
3.1.7	Reconnaître la mobilisation exceptionnelle des professionnels de santé: la prime chikungunya.....	55
3.2	RECOURS À DES RENFORTS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE MÉTROPOLE.....	55
3.2.1	Présentation des renforts métropolitains	55
3.2.2	Évaluation des besoins de renforts métropolitains	57
3.2.3	Appréciation sur le terrain de l'efficacité des renforts	57
3.2.3.1	Bilan général	57
3.2.3.2	Question de l'adaptation à l'emploi et les améliorations possibles.....	57
3.2.3.3	Difficultés logistiques particulières à chacun des acteurs.....	58
3.2.3.4	Question de la durée de la mission.....	58
3.2.3.5	Protection des renforts.....	58
3.2.4	Appréciation de leur mission par les volontaires.....	59
3.2.4.1	Conditions d'accueil des volontaires.....	59
3.2.4.2	Conditions d'exercice professionnel	61
3.2.5	Points d'amélioration et mise en place d'une procédure pour les renforts en professionnels de Santé	62
	SECONDE PARTIE : ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES GENERALES	63
1.	RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES POUR LA RÉUNION.....	64
1.1	LE PLAN SANTE CHIKUNGUNYA	64
1.1.1	Présentation générale du Plan Santé Chikungunya	64
1.1.2	PLAN BLANC, PLAN BLANC ÉLARGI ET PLAN BLEU	65
1.1.2.1	Partie IV du plan « les soins ambulatoires ».....	66
1.1.2.2	Partie V du plan « les soins aux malades hospitalisés »	66
1.1.2.3	Partie VI du plan « l'action sociale en faveur des personnes vulnérables ».....	68

1.1.3	Remontées d'informations	69
1.1.4	Recommandations générales	69
1.1.4.1	Niveaux du plan	69
1.1.4.2	Plan blanc	69
1.1.4.3	Plan blanc élargi	70
1.2	ORGANISATION DU NIVEAU RÉGIONAL	70
2.	MESURES POUVANT CONCERNER TOUTES CRISES SANITAIRES	71
2.1	LES PLANS BLANCS	71
2.1.1	Connaissance des plans blancs	71
2.1.2	Plan blanc et crise longue	71
2.2	PLAN BLANC ÉLARGI	72
2.2.1	Rappel du contexte	72
2.2.2	Rappel des mesures prises a La Réunion rentrant dans ce cadre	73
2.2.3	Fiches de recommandations à élaborer au niveau national	73
2.3	ORGANISATION RÉGIONALE	73
2.4	SUIVI DES DONNÉES D'ACTIVITÉS ET REMONTÉES D'INFORMATION	74
3.	EPIDÉMIE DE CHIKUNGUNYA/PANDÉMIE GRIPPALE / CRISES SANITAIRES : SIMILITUDES D'ORGANISATION	75
	CONCLUSION	79
	ANNEXES	80

PREAMBULE

Par lettre en date du 30 août 2006, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a mis en place une mission d'évaluation suite à l'épidémie de Chigungunya qui a sévi à La Réunion et à Mayotte au cours du premier semestre 2006.

Cette mission est composée du Docteur Dominique Peton-Klein, Directeur de projet et responsable de la Cellule de Gestion des Risques de la DHOS et de Camille Chaize, chargée de mission à la Cellule de Gestion des Risques.

Un premier retour d'expérience a été conduit par la direction générale de la santé (DGS) en juillet 2006, davantage orienté sur les questions épidémiologiques et de recherche.

L'objectif de cette mission complémentaire est d'analyser les mesures décidées pour la prise en charge des patients en ambulatoire et dans les établissements de santé dans un contexte de crise longue. Il est également d'étudier la possibilité de pouvoir utilement dégager les enseignements pour des épidémies similaires ou plus généralement dans le contexte d'un risque infectieux majeur voire de toute autre crise pouvant requérir le même type de dispositif.

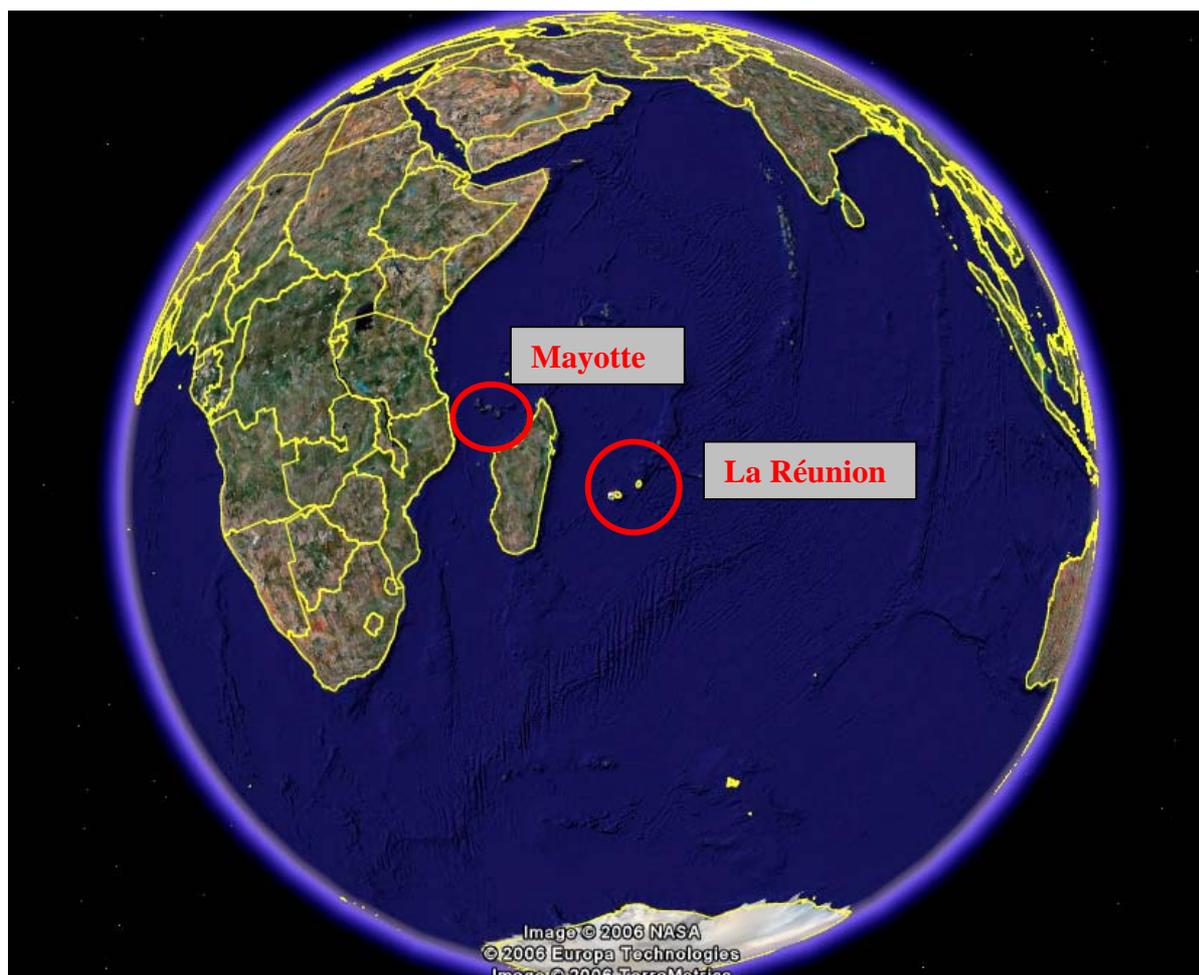
La mission a rencontré à La Réunion l'ensemble des établissements de santé (par arrondissement), les professionnels de santé libéraux, les autorités sanitaires et le préfet de région. Prenant en compte le niveau régional, la mission s'est rendue également à Mayotte, a rencontré le Centre Hospitalier de Mayotte et a visité l'ensemble des dispensaires de l'île.

Il convient de souligner la grande richesse des échanges et la qualité des présentations, ce retour d'expérience constituant pour la plupart des acteurs rencontrés leur premier débriefing.

Le rapport de mission s'articule autour de deux grands chapitres :

- Le premier chapitre traite des mesures mises en œuvre, de leur analyse et formule des propositions.
- Le second chapitre porte sur les enseignements et les propositions pouvant être tirés au niveau national et identifie les mesures pouvant être reprises en situation de pandémie grippale voire pour toute crise sanitaire de cette ampleur.

SITUATION GEOGRAPHIQUE



PREMIERE PARTIE :

**SYNTHESE DES ENTRETIENS
ANALYSE DES MESURES PRISES
PISTES DE REFLEXION**

INTRODUCTION

En mars 2005, le premier cas d'infection à virus chikungunya est diagnostiqué à La Réunion. Un an plus tard, une épidémie de grande envergure, avec près de 300000 cas selon les autorités sanitaires (statistiques de novembre 2006) a frappé l'île de La Réunion ainsi que l'île de Mayotte, soit environ 33% de la population. Les professionnels de santé ont été également touchés, semble-t-il dans la même proportion que la population générale. Si l'on transpose cette épidémie à la population française dans son ensemble, ce serait 20 millions de Français qui auraient été touchés par ce virus.

Cette épidémie n'a pas touché l'ensemble de l'île en même temps, et s'est déplacée successivement de l'Est au Nord, à l'Ouest puis au Sud. Les données d'activité notamment des établissements de santé permettent de dater très précisément le début de l'épidémie dans chacun de ces arrondissements.

L'analyse de ces données montre en effet un déclenchement brutal (arrivée massive de patients aux urgences un jour donné) et facile à identifier de manière ex post. Cette propagation de l'épidémie entre l'Est et l'Ouest de l'île s'est faite en une dizaine de jours.

L'ensemble des professionnels de santé de La Réunion et de Mayotte ont été confrontés à une crise sanitaire sans précédent, crise à laquelle les autorités sanitaires et les directions des établissements de santé ont dû répondre dans l'urgence par une organisation spécifique adaptée au terrain. Le déficit chronique de lits d'hospitalisation notamment lié à l'insularité et préexistant à cette crise a de plus exacerbé ces difficultés.

Les spécificités de cette crise tiennent essentiellement :

- A la longueur et à l'intensité de cette épidémie ;
- A la désorganisation des soins provoquée par un fort taux d'attaque ;
- A l'impact sur le tissu social par son caractère invalidant ;
- Aux incertitudes liées à la maladie ;
- A l'insularité et l'éloignement de la métropole.

Cette première partie traite de l'organisation des soins ambulatoires, pré hospitaliers et hospitaliers, analyse les mesures prises et évoque un certain nombre de propositions.

1. ORGANISATION PREHOSPITALIERE ET AMBULATOIRE

« Dans la majorité des cas, la prise en charge médicale des patients atteints de chikungunya ne nécessite pas d'hospitalisation. Le maintien des patients à domicile doit donc être privilégié. Tout professionnel de santé libéral dans sa pratique courante doit y concourir ».

Cette phrase, tirée du Plan Santé Chikungunya d'octobre 2006 illustre la place primordiale du dispositif préhospitalier et ambulatoire dans la gestion de la crise.

L'organisation du dispositif de soins ambulatoires revêt en conséquence une importance majeure, le risque étant d'augmenter indûment les hospitalisations dans un contexte très difficile.

1.1 FONCTIONNEMENT DES SOINS AMBULATOIRES

Les soins ambulatoires recouvrent les soins de ville dans leur ensemble, incluant la permanence des soins des médecins libéraux, les soins infirmiers à domicile, la permanence des pharmacies d'officine et l'organisation des transports sanitaires privés.

Les différents représentants de ces professionnels de santé libéraux ont été rencontrés à l'occasion des visites organisées dans les établissements de santé, lors d'une réunion spécifique et du débriefing final.

Seul le cas de La Réunion est traité dans cette partie, Mayotte ne disposant que d'un réseau de 11 médecins généralistes et n'ayant que peu modifié son activité ambulatoire durant cette période.

1.1.1 Données d'activité

1.1.1.1 Suivi des données d'activité durant la crise

La rencontre avec quelques médecins généralistes n'a pas permis de disposer de données précises sur l'augmentation de l'activité de cette profession, de même que pour l'ensemble des professionnels assurant les soins en ambulatoire (services de soins à domicile, infirmiers libéraux, etc.).

La « perception » de certains médecins libéraux est celle d'une augmentation importante des consultations pouvant atteindre 80 à 90 consultations par jour pendant la crise.

Cette même perception a été soulignée par les représentants des infirmiers à domicile et les structures de soins à domicile, sans pour autant la quantifier.

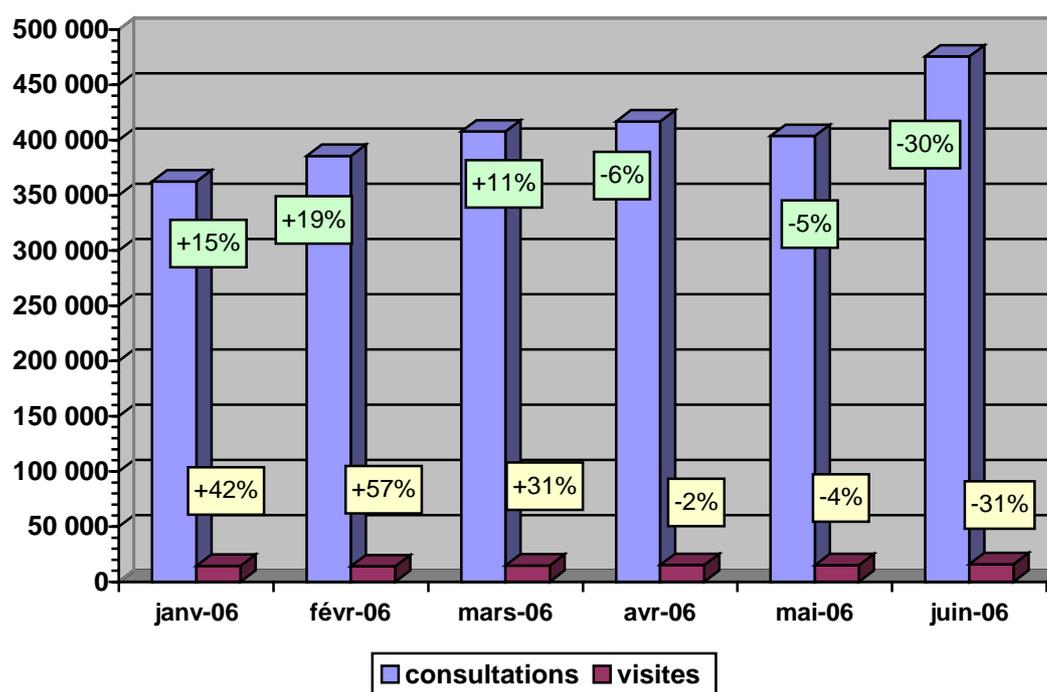
Aucun recueil d'activité et de suivi en temps réel n'a été mis en place lors de cette épidémie. Une analyse, si ce n'est en temps réel, du moins à J -1 aurait pu être intéressante.

1.1.1.2 Analyse statistique suite à l'épidémie

La Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion a mené une analyse ex post de l'évolution du nombre de consultations et de visites (figure 1) portant sur une comparaison des années 2005/2006.

**Figure 1 : Données d'activité en date des soins
(Pourcentage 2006 par rapport à 2005)**

	Janv-06	Fev-06	Mars-06	Avr-06	Mai-06	Juin-06
Consultations	362 352	385 520	407 688	416 782	403 582	475 487
	115%	119%	111%	94%	95%	70%
Visites	14 461	14 013	14 800	15 251	15 032	16 005
	142%	157%	131%	98%	96%	69%



On observe une augmentation très importante des visites en janvier, février et mars 2006. Cette augmentation s'explique par le caractère invalidant de cette maladie et l'impossibilité des patients de se déplacer. En revanche, il convient de noter le faible nombre de visites au regard de celui des consultations (environ 3,5 à 4%).

Concernant les consultations, l'augmentation est sensible sur les mêmes mois, mais moindre que celle enregistrée dans les établissements de santé.

Aucune donnée portant sur les soins ambulatoires paramédicaux (actes infirmiers notamment) a été communiquée. Une étude approfondie serait à réaliser dans ce sens.

1.1.1.3 Constats et pistes de réflexion

Un suivi précis des actes réalisés en ambulatoire (médicaux et paramédicaux) est indispensable par secteur de santé retenu et par jour.

Le suivi de ces données d'activité pourrait être un des indicateurs permettant de situer le niveau d'évolution de l'épidémie et notamment, en référence au Plan Santé Chikungunya chikungunya,

d'être un des éléments déterminant pour le passage d'une phase à une autre, parmi les trois phases définies.

Ces données permettraient également de pouvoir mesurer la moyenne des actes effectués en fonction du nombre de médecins pour un secteur donné.

Ces données et ces analyses ont été demandées par la DRASS à la Caisse Générale de Sécurité Sociale pour une analyse ex post.

Il sera également utile de les rapprocher des données d'activités des établissements de santé. D'ores et déjà, si l'on rapproche celles-ci des données d'activité du SAMU 974, l'augmentation des appels, de l'ordre de 50% les dimanches et de 30% le soir et la nuit, démontre des difficultés rencontrées pour assurer la permanence des soins (PDS) pendant ces périodes.

Enfin, il serait tout aussi intéressant de pouvoir en disposer en temps réel, ce qui permettrait d'adapter le système de soins ambulatoires et notamment de le renforcer dans les secteurs le nécessitant.

Propositions :

- ☛ 1/ **Mettre en place dès le début d'une épidémie un suivi quotidien de l'activité des médecins libéraux (consultations et visites) par une procédure administrative simple. Décliner ce suivi selon les secteurs retenus dans le plan d'organisation des soins de l'ARH et par secteur de garde.**
- ☛ 2/ **Organiser un suivi analogue pour les actes infirmiers à domicile.**

1.1.2 Mesures particulières d'organisation, de coordination et de renforcement des soins ambulatoires

1.1.2.1 Permanence des soins médicaux

➤ Dispositif existant

La permanence des soins (PDS) en médecine ambulatoire s'identifie à une mission d'intérêt général à laquelle participent en temps normal les médecins du secteur libéral, en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

A La Réunion, la permanence des soins est organisée sur 12 secteurs (mutualisés en 11 secteurs en première partie de nuit et en 10 en deuxième partie de nuit).

Tous les appels relevant de la permanence des soins font obligatoirement l'objet d'une régulation préalable par le SAMU / Centre 15.

Les médecins libéraux participent à cette régulation. Un tableau de garde est établi pour chaque secteur sous la responsabilité du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Il comprend un médecin de garde par secteur pour chaque dimanche et jour férié ainsi que pour chaque nuit.

Chacun des arrondissements dispose d'une ou deux structures de consultations identifiées (« cabinet d'urgence » ou « maison médicale de garde ») tenues par des médecins regroupés en association ou SOS médecins.

Ces structures ont des modalités de fonctionnement différentes pouvant couvrir tout ou partie des horaires de la PDS.

Certains secteurs de la PDS ne sont pas couverts par ce type de structures notamment les communes de Cilaos (10 000 habitants) et de Saint Leu (26 000 habitants). Les médecins sont réquisitionnés, mais ne prennent pas toujours leur garde.

➤ *Constats et pistes de réflexion*

Les quelques médecins rencontrés ont fait valoir les difficultés d'exercice de leur profession dans ces circonstances liées notamment :

- Au risque professionnel du fait de déplacements nombreux dans des zones géographiques infestées ;
- A la surcharge de travail (70 à 80 consultations par jour pour certains médecins) ;
- A la difficulté d'exercice pour ceux atteints de cette maladie, les arrêts de travail étant difficilement compatibles avec leur condition d'exercice professionnel ;
- Au manque d'information ;
- Au constat d'un certain isolement lors de cette crise ;
- Au sentiment de ne pas être entendu par les autorités sanitaires.

Par ailleurs, il a été noté :

- L'absence de réorganisation de la permanence des soins en tant que telle, hormis le fait d'avoir permis de compléter et d'asseoir le dispositif de maisons médicales de garde notamment celles adossées aux services d'urgence.
- L'absence de renforcement des médecins libéraux, ceux-ci ne l'ayant pas souhaité.
- Le refus des médecins libéraux d'utiliser le dispositif proposé par le Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon (Saint Denis) visant dans le cadre des visites médicales régulées par le SAMU / Centre 15 à leur mettre à disposition un véhicule des sapeurs pompiers (véhicule et chauffeur).

Ce dispositif n'a pas été intégré dans un dispositif global validé par les autorités sanitaires et a donc été laissé à la libre appréciation des médecins généralistes.

Propositions :

- ☛ **3/ Prévoir pour les médecins libéraux le recours à un numéro de téléphone dédié en cas de besoin d'une expertise médicale complémentaire. Une ligne dédiée peut être envisagée avec le SAMU / Centre 15 pour toute demande d'ordre professionnel (conduite à tenir, difficulté particulière, etc.).**

1.1.2.2 Maisons Médicales de Garde

➤ *Dispositif existant*

La Réunion compte fin 2006 neuf maisons médicales de garde (MMG). Quatre d'entre elles sont aujourd'hui directement situées à proximité des services d'urgence des établissements de santé correspondants (CH Départemental Félix Guyon (Saint Denis), Groupement Hospitalier Sud Réunion (Saint Pierre), CH Gabriel Martin (Saint Paul) et Clinique Saint Benoît).

Les consultations de ces MMG sont assurées par des médecins généralistes regroupés en association ou gérés par SOS médecins (5 sur les 9 MMG sont gérées par SOS médecins).

L'organisation des MMG adossées aux services d'urgence répond au fonctionnement suivant : les services d'urgence adressent directement des patients après tri par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) ou les patients sont adressés après régulation par le SAMU / Centre 15.

Au CH Départemental Félix Guyon (Saint Denis), le support administratif est assuré par l'établissement. Il n'y a pas d'interface des données des recueils de données informatiques entre la MMG et le service d'urgence. Cette absence d'interface est à noter pour l'ensemble des MMG adossées aux services d'urgence.

➤ *Constats et pistes de réflexion*

Cette crise a été l'occasion pour deux établissements (CH Départemental Félix Guyon (Saint Denis), Groupement Hospitalier Sud Réunion (Saint Pierre)) de concrétiser la mise en place d'une MMG, en lien avec les médecins libéraux.

Cette organisation à proximité immédiate des services d'urgence a permis de répondre à un véritable besoin permettant de réorienter très rapidement les patients ne relevant pas directement de ceux-ci. La population a pu disposer d'un lieu de consultations en dehors des heures d'ouverture des cabinets y compris les week-ends et jours fériés.

Néanmoins, le fonctionnement de ces structures dans le contexte particulier de cette épidémie, a révélé un certain nombre de « manques » portant notamment sur :

- La dispensation de produits pharmaceutiques ;
- La prise en charge sociale ;
- Les modalités de transports sanitaires de certains patients.

Dans des secteurs dépourvus de ce type de structure et en l'absence de points de consultations les week-ends, l'armée a proposé l'ouverture de ses dispensaires, les consultations étant assurées par des médecins militaires. Ce dispositif n'a pas fonctionné, probablement par méconnaissance de celui-ci de la part la population et faute d'une information suffisante.

Propositions :

- ☛ **4/ Prévoir dans le cadre de l'organisation de la PDS sur le terrain en situation exceptionnelle, notamment :**
 - **Le renforcement des médecins généralistes ;**
 - **Le renforcement de toutes les MMG ;**
 - **Le rôle du médecin référent par secteur, rôle qui n'est pas défini actuellement.**
- ☛ **5/ Inclure le maillage de tous les secteurs de PDS et prévoir des solutions alternatives (dispensaires du service de santé des armées par exemple) pour répondre aux besoins de consultation.**
- ☛ **6/ Définir le cahier des charges des « Maisons de Garde/Santé » (MGS).**

1.1.2.3 Prise en charge paramédicale

➤ *Dispositif existant*

Il n'y a pas d'organisation spécifique sectorisée en situation habituelle. Par ailleurs, les professions libérales sont soumises à un quota d'actes infirmiers à ne pas dépasser nécessitant dans les périodes de crise des autorisations spécifiques de dépassement des actes.

➤ *Constats et pistes de réflexion*

Les représentants de ces professions ont fait état d'une augmentation du nombre des actes de soins infirmiers, sans pouvoir néanmoins la quantifier et en mesurer l'importance.

Leur demande, si une situation sanitaire de cette ampleur devait se reproduire est :

- L'organisation d'une coordination entre les représentants de cette profession (paramédicaux libéraux, services de soins à domicile, hospitalisation à domicile, etc.) ;
- La désignation d'un responsable dans chacune des zones géographiques, le cadre de référence retenu correspondant aux quatre arrondissements définis pour l'organisation des soins hospitaliers ;
- D'être représenté au sein des MGS si nécessaire.

L'objectif est de faciliter et de rendre plus efficace le travail des effecteurs de terrain.

L'association gestionnaire de l'hospitalisation à domicile du nord de l'île a fait remarquer le peu d'activité de ses services durant cette période. Une association similaire du sud de l'île a quant à elle dû gérer une situation de suractivité. Ce point rejoint la nécessité d'un pilotage unique pouvant coordonner et suivre l'activité de ces différents services, en équilibrant les pressions exercées.

Propositions :

- ☛ **7/ Prévoir la structuration d'une coordination des différentes institutions et acteurs impliqués dans les soins à domicile.**
- ☛ **8/ Désigner un coordonnateur géographique.**
- ☛ **9/ Identifier un pilote au niveau de chacun des arrondissements, ces responsables étant sous l'autorité du préfet.**

1.1.2.4 Place des pharmacies d'officine en situation de crise

➤ *Dispositif existant*

Le dispositif actuel de la permanence des soins pharmaceutiques fonctionne sur 9 secteurs géographiques (7 pour la nuit).

Les gardes du week-end débutent à 14 H le samedi pour se terminer à 8 H le lundi. Cependant, 1 pharmacie sur 6 environ (37 sur 242) reste ouverte tous les samedis après-midi, c'est pourquoi certaines pharmacies installées à proximité immédiate de ces dernières ne commencent leur garde qu'à 18 H 30 le samedi. La liste (régulièrement mise à jour) des pharmacies ouvertes le samedi après-midi (de façon pérenne ou seulement lorsqu'elles sont de garde) est communiquée au SAMU / Centre 15 qui l'enregistre sur son répondeur vocal afin de pouvoir en informer tout patient demandeur.

Les gardes de nuit commencent à 19 H 30 pour se terminer à 22 H.

➤ *Constats et pistes de réflexion*

Durant la crise, ce dispositif n'a pas été suffisant pour assurer la fluidité de dispensation des médicaments, avec des difficultés la nuit et les week-ends.

Les demandes portent notamment sur la mise en place d'une pharmacie de garde par ville dans ces circonstances et la possibilité de pouvoir dispenser certains produits pharmaceutiques dans les MMG.

Le Plan Santé Chikungunya prévoit une montée en charge de la permanence des pharmaciens d'officine calée sur celle des médecins libéraux.

Il prévoit par ailleurs :

- L'intégration d'un pharmacien d'officine dans chacune des 4 MMG, adossées aux services d'urgence qui prennent le nom de « Maisons de Garde Santé ».
- Un stock de produits pharmaceutiques dont la liste sera établie par l'Intersyndicale, en accord avec la DRASS sera positionné au sein de MGS. Le rôle du pharmacien au sein des MGS sera de participer, à la prise en charge multidisciplinaire des patients accueillis sur les plages horaires déterminées.
- Pour des secteurs non pourvus de « Maison de Garde Santé », les pharmaciens de garde assureront la permanence des gardes pendant toute la nuit.

Ce projet d'intégration à la « Maison de Garde Santé » présente l'avantage du travail en équipe et de la sécurisation du local, plus facile pour la police et la gendarmerie, que des pharmacies isolées.

En outre, au cas où les « Maisons de Garde Santé » ne pourraient être opérationnelles lors du déclenchement de la crise, il est prévu que les 7 pharmacies de garde prolongent leur garde, soit jusqu'à minuit, soit toute la nuit selon l'intensité de la crise.

Propositions :

- ☛ **10/ Décliner ce dispositif au sein de chaque arrondissement devant faire l'objet d'un cahier des charges et d'une charte de fonctionnement.**

1.1.2.5 Transports sanitaires

➤ Dispositif existant

La permanence des transports sanitaires en période habituelle s'effectue les samedis, dimanches et jours fériés ainsi que la nuit de 20H à 8H et repose sur l'organisation suivante :

- Un découpage géographique en 15 secteurs ;
- L'élaboration de tableaux de garde trimestriels par l'Association des Transports Sanitaires d'Urgence de La Réunion (ATSU 974) ;
- La régulation des appels centralisée au sein du SAMU / Centre 15 avec la participation des ambulanciers salariés de l'ATSU.

Les conditions d'organisation pratique de la garde et notamment le nombre de véhicules affectés à chaque secteur font l'objet d'une convention entre l'ATSU et le CH Départemental Félix Guyon (Saint Denis), siège du SAMU / Centre 15, ce dispositif ne concernant que les transports sanitaires non programmés.

➤ Constats et pistes de réflexion

Lors de cette épidémie, les difficultés de prise en charge de certains patients isolés et/ou âgés, ont nécessité l'organisation d'un dispositif spécifique de transports pour conduire certains patients vers les MMG.

Dans certains secteurs, les gardes ont été doublées.

Un arrêté préfectoral¹ a précisé la prise en charge par les caisses d'assurance maladie « des transports sanitaires effectués dans le cadre de la garde ambulancière sur appel du SAMU / Centre 15 entre le domicile des patients et les services hospitaliers d'urgence, et, exceptionnellement les transports effectués entre le domicile des patients et les cabinets médicaux ouverts auprès des services d'urgence autorisés »².

1.1.3 Dispositif ambulatoire prévu dans le plan, partie IV

L'organisation des soins ambulatoires, si une prochaine crise survenait, serait davantage renforcée et coordonnée. Le plan prévoit l'utilisation des dispositifs existants, notamment le dispositif de PDS et son ajustement en fonction des différentes phases de l'épidémie. La montée en charge prévoit trois phases correspondant pour partie aux niveaux arrêtés pour le dimensionnement global hiérarchisé du dispositif.

Sont essentiellement traitées dans le Plan Santé Chikungunya les phases 1 et 2. La phase 3 n'est pas explicitée.

1.1.3.1 Description du plan

Le plan prévoit :

- Que chacun des 4 arrondissements définis pour l'organisation des soins dispose d'une ou plusieurs MGS. Le support de ces MGS serait les MMG renforcées par d'autres compétences (sociales, pharmaceutiques, etc.), ce renforcement pouvant être éventuellement gradué en fonction de la répartition en foyer ou en nappe des cas de chikungunya ;
- La désignation d'un médecin référent par secteur de PDS et la création d'une boîte aux lettres dédiée (son rôle n'est pas précisé) ;
- Il indique enfin que ces MGS, lieux de consultation, doivent s'articuler avec l'offre de soins existante (professionnels de santé libéraux, établissements de santé, SAMU/SMUR) sur l'arrondissement, inclure des compétences paramédicales et sociales, pouvoir dispenser des produits pharmaceutiques dont la liste serait préétablie ainsi que disposer des compétences d'un pharmacien.

1.1.3.2 Points d'amélioration

➤ *Cette organisation implique maintenant de préciser notamment :*

- Le nombre et les profils de compétences des équipes ;
- Les moyens nécessaires en locaux et matériels divers ;
- Les modalités de suivi de l'activité permettant l'ajustement du dispositif en vue de rationaliser les moyens (ajustement en personnel médical, pharmaceutique, paramédical, social et administratif, ajustement des plages horaires de la PDS, notamment le samedi, etc.).

➤ *Les points importants de la réussite de ce dispositif reposent sur :*

- La nécessité d'un travail pluridisciplinaire associant les médecins, les paramédicaux les pharmaciens et le volet social. Le lieu retenu pour ces actions serait les MMG baptisées

¹ Annexe VII.

² Arrêté préfectoral, annexe VII.

dans ce cadre MGS. Dans ces circonstances, la consultation médicale serait le pivot des actes, qui pourraient être complétés au besoin par une aide sociale et une dispensation pharmaceutique ;

- La nécessité de prévoir un maillage de tous les secteurs de PDS ;
- La nécessité d'avoir à disposition des outils de suivi de l'activité ;
- La nécessité d'une coordination entre les professions et structures de soins à domicile pour une meilleure utilisation de celles-ci ;
- La nécessité de prévoir les dispositions de dérogations en situation exceptionnelle ;
- La nécessité de définir l'unité de commandement au niveau régional et par arrondissement ;
- La nécessité d'avoir une information régulière et claire de l'état de la situation sanitaire.

Propositions :

- ☛ **11/ Elaborer le cahier des charges des MGS (missions, moyens, fonctionnement, etc.) et prévoir leur répartition géographique.**
- ☛ **12/ Prévoir en amont les modalités de renforcement des médecins libéraux voire des autres professionnels de santé.**
- ☛ **13/ Articuler les différentes phases de montée en charge du plan selon le secteur concerné.**
- ☛ **14/ Inscrire ces actions et ces différentes phases dans le cadre du plan blanc élargi³.**

1.2 PRISE EN COMPTE DU VOLET SOCIAL

Le chikungunya, maladie fortement invalidante et pouvant donner lieu à des complications possibles telles que la déshydratation, a nécessité, pour un certain nombre de patients, seuls, le plus souvent âgés voire handicapés, une prise en charge sociale.

1.2.1 Constats

Les établissements de santé ont pris conscience plus ou moins rapidement de cette nécessité, un certain nombre de leurs admissions relevant plus de soins de suite que de soins hospitaliers.

Les médecins généralistes ont souligné la difficulté pour un certain nombre de leurs patients seuls, âgés ou en couple de se prendre en charge pour les actes de la vie courante (toilette, repas, etc.), d'aller chercher leur ordonnance du fait de l'invalidité de cette maladie.

Ce point a déjà été évoqué notamment pour les patients venant en consultation dans les MMG, soulignant la nécessité que ces centres puissent disposer de stocks de produits pharmaceutiques à délivrer aux patients directement. Ce type d'organisation devrait être également réfléchi pour les patients à domicile.

Cette dépendance a conduit, semble-t-il, dans un certain nombre de cas à des hospitalisations soit de patients dont l'état clinique s'était dégradé du fait d'une prise en charge à domicile inadaptée (déshydratation, altération de l'état général, etc.), soit adressés à l'hôpital davantage pour une prise en charge sociale en l'absence d'autres structures d'accueil.

Dans certains secteurs, devant le nombre de patients à prendre en charge et ne relevant pas nécessairement de soins hospitaliers, plusieurs solutions de recherche d'hébergements temporaires ont été réfléchies.

³ Article R 3110-7 du Code de la Santé Publique.

Différentes structures ont été mises en place, avec des modalités de fonctionnement, une efficacité et des délais de mise en œuvre variables.

Les objectifs recherchés par les établissements de santé étaient :

- En amont de réduire le nombre d'hospitalisations non justifiées ;
- En aval de faciliter les sorties et donc la disponibilité des lits ;
- De permettre une prise en charge médico-sociale du patient dans les meilleures conditions possibles.

La logique ville/hôpital a dans ce cadre, été très forte. Il est important de noter le rôle moteur des établissements dans cette prise en compte du volet social. Cette dynamique aurait sans doute pu être impulsée par les autorités sanitaires.

1.2.2 Initiatives des établissements de santé, en lien avec la médecine de ville

1.2.2.1 Mise en place d'une réponse téléphonique 24H sur 24H aux demandes sociales

Dans l'arrondissement Sud de La Réunion, même s'il a été le moins touché par la crise, le Groupement Hospitalier Sud Réunion (Saint Pierre) a rapidement pris la décision de rendre son service social joignable 24H sur 24H grâce à l'ouverture d'un numéro vert et à un système de gardes téléphoniques. L'objectif de cette réponse téléphonique était, dans la journée, de trouver des réponses sociales adaptées, et, la nuit, d'assurer le signalement des personnes nécessitant un suivi social. Le GHSR estime que cette organisation a permis de minimiser les hospitalisations. Sur la fin de crise des solutions de portage de repas ont été mises en place par la mairie, le conseil général ayant de son côté organisé certaines prises en charge.

1.2.2.2 Mise en place d'une structure intermédiaire, « domicile de substitution » du patient

Dans l'arrondissement Est, arrondissement connu pour ses problèmes sociaux et une population très vulnérable, la prise en compte du volet social s'est concrétisée par la mise en place d'une structure intermédiaire d'accueil des malades ne nécessitant pas une hospitalisation.

➤ *Objectif et missions de cette structure*

La Clinique Saint Benoît, en lien avec le Centre Hospitalier Intercommunal (CHI), devant le constat de nombreux cas de patients hospitalisés par manque de structures d'hébergement social, a réfléchi sur la mise en place d'un centre d'hébergement social.

L'objectif de cette structure intermédiaire tel que pensé par les professionnels de santé, les directions des établissements et les autorités locales engagées (mairie, CCAS, etc.), était de pouvoir accueillir de manière temporaire les personnes vulnérables, fragiles ou isolées ne relevant pas d'une hospitalisation mais ne pouvant rester seules au domicile.

➤ *Mise en place longue et difficile de ce dispositif nouveau*

La difficulté a été de trouver des locaux dans l'urgence. Le centre de loisirs de la ville sous utilisé a été réquisitionné à cet effet mais ne disposait pas de l'équipement suffisant et adapté à ce type de population (absence de douches, de lits superposés, de service de restauration, etc.). Une surveillance paramédicale a été mise en place à une fréquence de deux fois par jour, la sécurité étant assurée par une auxiliaire de vie 24h/24. Des médecins libéraux assuraient une présence médicale en passant à tour de rôle.

Très rapidement des questions notamment de responsabilité se sont posées sur la prise en charge des patients, leur admission, la responsabilité même de cette structure, la coordination du personnel, etc.

Le CHI (Saint Benoît), de statut public a passé des conventions pour le personnel et la livraison des repas. Les autres formalités ont été négociées avec la commune (CCAS) notamment l'installation de douches et les réponses aux questions d'accessibilité.

Ce projet a mis beaucoup de temps à aboutir, l'ouverture n'ayant eu lieu que fin février pour 15 personnes (en fin de crise pour cet arrondissement).

➤ *Organisation au long cours de cette structure*

Les modalités de fonctionnement prévues disposaient notamment que les entrées soient effectives avant 18H, que les patients admis relèvent bien d'une pathologie liée au chikungunya et qu'ils ne soient pas SDF.

Les critères de prise en charge par les services sociaux ont évolué dans le temps et selon les zones géographiques, ces critères étant fondés essentiellement sur le facteur âge, les facteurs de comorbidité et la localisation des arthralgies, rendant plus ou moins invalidante cette maladie.

➤ *Evaluation du dispositif et conclusions*

Les personnes rencontrées ont jugé a posteriori ce dispositif très lourd à mettre en place dans l'urgence du fait notamment :

- Des critères de responsabilités flous ;
- Du manque de coordination entre les mairies ;
- D'un multi partenariat long à mettre en place ;
- Du manque de disponibilités des acteurs hospitaliers très occupés par ailleurs.

Ce type de structure présente néanmoins un réel intérêt sous réserve d'être organisé en amont de la crise, afin de gagner en réactivité et en efficacité.

1.2.2.3 Quand une situation de crise aggrave un déficit chronique en lits : exemple de l'arrondissement Ouest de l'île

Le CH Gabriel Martin (Saint Paul) connaît un déficit chronique de lits d'hospitalisation, déficit qui l'a conduit lors de cette crise à trouver des solutions palliatives pour accueillir les patients. Ce déficit de lits a conduit très tôt l'établissement à limiter les hospitalisations aux cas le nécessitant, conscient du fait que certains patients sont retournés à leur domicile dans des conditions de prise en charge sociale sans doute non adéquates.

A cette occasion, le centre de convalescence proche de cet établissement (Centre de convalescence de Saint Gilles Les Hauts) a fait valoir que, durant cette période, 20% de ces lits sont restés disponibles sans aucune sollicitation extérieure pour une quelconque prise en charge. Il aurait pu effectivement accueillir ce type de patients.

Ce type de solution peut également s'apparenter à des structures intermédiaires telles que décrites précédemment et répondre, compte tenu de l'infrastructure administrative déjà existante, aux questions de responsabilités soulevées.

1.2.3 Pistes d'amélioration pour la prise en compte du volet social dans la prise en charge globale des patients

1.2.3.1 Nécessaire coordination des acteurs du social, en lien avec le sanitaire

La coordination des structures sociales est très difficile compte tenu de la diversité des acteurs (conseil général, communes, mairies, associations, etc.).

Les entretiens menés ont montré que ces organismes agissaient pour les populations qu'ils suivaient habituellement et les prestations qui relevaient de leurs compétences mais sans coordination préalable les uns avec les autres et au risque de méconnaître des personnes habituellement sans besoin et devenues dépendantes du fait de cette maladie.

1.2.3.2 Renforcement des structures gériatriques à La Réunion

Cette crise a révélé la nécessité d'accélérer les projets, de la structuration de la filière gériatrique, dans les priorités de financement de l'ARH.

1.2.3.3 Structures d'hébergement temporaire à prévoir

Dans l'objectif de mettre en place des hébergements sociaux en urgence, il est nécessaire de recenser dès maintenant dans chaque arrondissement et après évaluation des besoins des structures pouvant y répondre.

Le cahier des charges doit prévoir au minimum :

- La responsabilité administrative et médicale (pouvant varier selon le type de structure) ;
- Les modalités d'admission (critères) ;
- L'encadrement de la prise en charge ;
- Le fonctionnement.

Propositions :

- ☛ **15/ Organiser la coordination des structures sociales au niveau des arrondissements.**
- ☛ **16/ Prévoir leur présence au sein des MGS.**
- ☛ **17/ Prévoir la mise en place de structures intermédiaires (domicile de substitution) par arrondissement, après évaluation précise des besoins.**
- ☛ **18/ Intégrer ces mesures au plan blanc élargi.**

1.3 LE SAMU / CENTRE 15, AU CŒUR DU SECTEUR PREHOSPITALIER

Le Samu /centre 15 a été au cœur du dispositif durant toute cette crise.

1.3.1 Augmentation des capacités de prises d'appels et de régulation

➤ Principaux constats

- Le SAMU / Centre 15 a enregistré en amont et durant la crise un nombre important d'appels de patients inquiets de la situation.
- Le nombre d'affaires traitées n'a pas été corrélé au nombre de sorties SMUR, un certain nombre de sorties SMUR ayant été décidé par défaut d'autres moyens et notamment par défaut de réponse de la PDS.

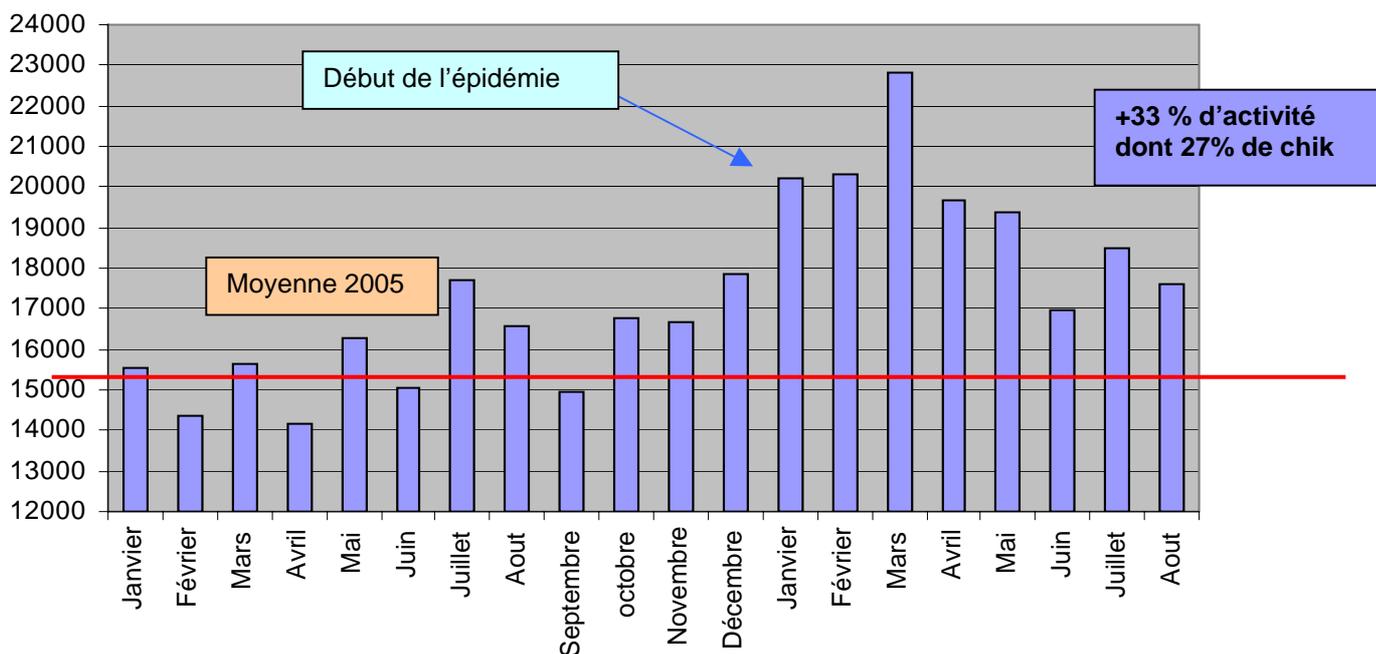


Figure 2 : Activité du SAMU / Centre 15

- Le nombre d'appels pour conseil médical a été important et justifierait que les régulateurs disposent de cahiers de recommandations et de procédures validées par les experts et les autorités sanitaires. L'objectif est d'avoir un discours unique.
- Un interfaçage a été mis en place avec les numéros verts - grand public mis en place par la préfecture, certains appels arrivant à la Préfecture relevant de fait de conseils médicaux.
- Dans ce cadre, les appels pour conseil médical pouvaient donner lieu à des conversations à trois. Un médecin été affecté 24h/24 à cette tâche.
- L'augmentation des appels SAMU durant la période épidémique a été de 20% la semaine et de 50% le week-end.
- La majorité des appels durant la PDS est reroutée vers le SAMU / Centre 15.

1.3.2 Organisation du SAMU / Centre 15

1.3.2.1 Moyens matériels

- Les moyens matériels, logistiques et humains ont dû être renforcés.
- Des lignes téléphoniques supplémentaires ont été mises en place. L'autocommutateur du SAMU / Centre 15 est sécurisé et un plan de sécurité téléphonie est prévu par la préfecture.
- La salle de régulation a été étendue sous forme de salle de crise opérationnelle incluant les moyens de téléphonie et d'informatique nécessaires à la gestion.

1.3.2.2 Moyens humains

Le SAMU / Centre 15 a bénéficié d'un renfort de médecins régulateurs et de Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM), renfort pris sur les moyens internes de l'établissement et les renforts de métropole.

Plusieurs constats ont été faits :

- Pour les PARM, il est noté l'importance de pouvoir disposer de personnels très compétents, leur rôle en situation de crise étant majeur (connaissance des secteurs, priorisation des appels, etc.) ;
- L'établissement en interne a fait appel à du personnel ayant déjà effectué ce type d'activité.
- Les renforts venus de métropole ont montré la grande diversité d'approche de ce métier et les difficultés de fonctionnement de personnel ayant des formations différentes.

1.3.2.3 Organisation pour une crise longue

Depuis cette crise le CH Départemental Félix Guyon (Saint Denis) a revu les capacités de l'autocommutateur du SAMU / Centre 15 et a prévu l'organisation d'une salle de crise opérationnelle.

La plus grande difficulté d'approche pour une crise longue est la crainte d'un manque de moyens humains, soit par l'absentéisme du personnel malade, soit par la fatigue des équipes.

Le renforcement au cours des 3 mois de crise a été de 7 PARM et de 19 médecins régulateurs, pour une augmentation moyenne d'activité de l'ordre de 33%.

Propositions :

- ☛ **19/ Elaborer un cahier unique de recommandations et de procédures pour les réponses aux conseils médicaux.**
- ☛ **20/ Mettre en place une ligne dédiée pour les médecins généralistes libéraux.**
- ☛ **21/ Prévoir un dimensionnement suffisant des moyens informatiques et autocommutateur.**
- ☛ **22/ Prévoir des possibilités d'extension de la salle de régulation.**
- ☛ **23/ Prévoir la possibilité de disposer d'une salle de crise opérationnelle.**
- ☛ **24/ Prévoir les moyens de renforcement des PARM.**

1.3.2.4 Le cas spécifique de Mayotte

➤ *Dispositif existant*

L'organisation préhospitalière à Mayotte est en cours de développement. Elle inclut actuellement un standard téléphonique accessible par le numéro 15. Un ambulancier assure la réception des appels et les transferts vers le médecin urgentiste de garde.

Il n'existe qu'un seul véhicule SMUR. Lorsque le médecin est en intervention, il continue à prendre les appels de la base par téléphone. Il ne s'agit donc pas d'une régulation médicale.

Il n'existe pas de bateau sanitaire, sinon la barge qui permet une liaison toutes les 30 minutes d'une île à l'autre d'où des difficultés évidentes d'accès aux patients par le SMUR.

En moyenne et en situation habituelle, l'ambulancier de garde reçoit environ 20 appels par jour, principalement provenant des Français de métropole installés à Mayotte et des touristes séjournant sur l'île habitués à ce numéro. Aucune publicité pour ce numéro et ce service n'a

encore été faite, l'établissement et les autorités sanitaires étant en attente d'un dimensionnement plus important de la structure pour communiquer.

➤ *Constats et pistes de réflexion*

Durant la période d'épidémie de chikungunya, les appels ont globalement augmenté, pour atteindre environ 25 par jour, ce qui reste particulièrement faible. L'impact sur le secteur préhospitalier à Mayotte a été moindre et ne nécessite pas de recommandations particulières.

2. ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DURANT L'EPIDEMIE DE CHIKUNGUNYA

Les établissements de santé de La Réunion, et dans une moindre mesure de Mayotte, ont connu un fonctionnement « perturbé » durant les mois où l'épidémie de chikungunya a sévi, et en particulier de janvier à avril 2006.

Ce département et ce territoire sont habitués aux crises notamment de type cyclonique (donc de courte durée), chaque établissement de santé disposant à La Réunion d'un plan « cyclone ». Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) dispose en outre d'un plan « choléra ».

Il est important, avant d'observer l'organisation spécifique des établissements de santé durant la crise liée au chikungunya, de faire un point sur l'offre de soins hospitaliers et en établissement à La Réunion et à Mayotte en situation habituelle.

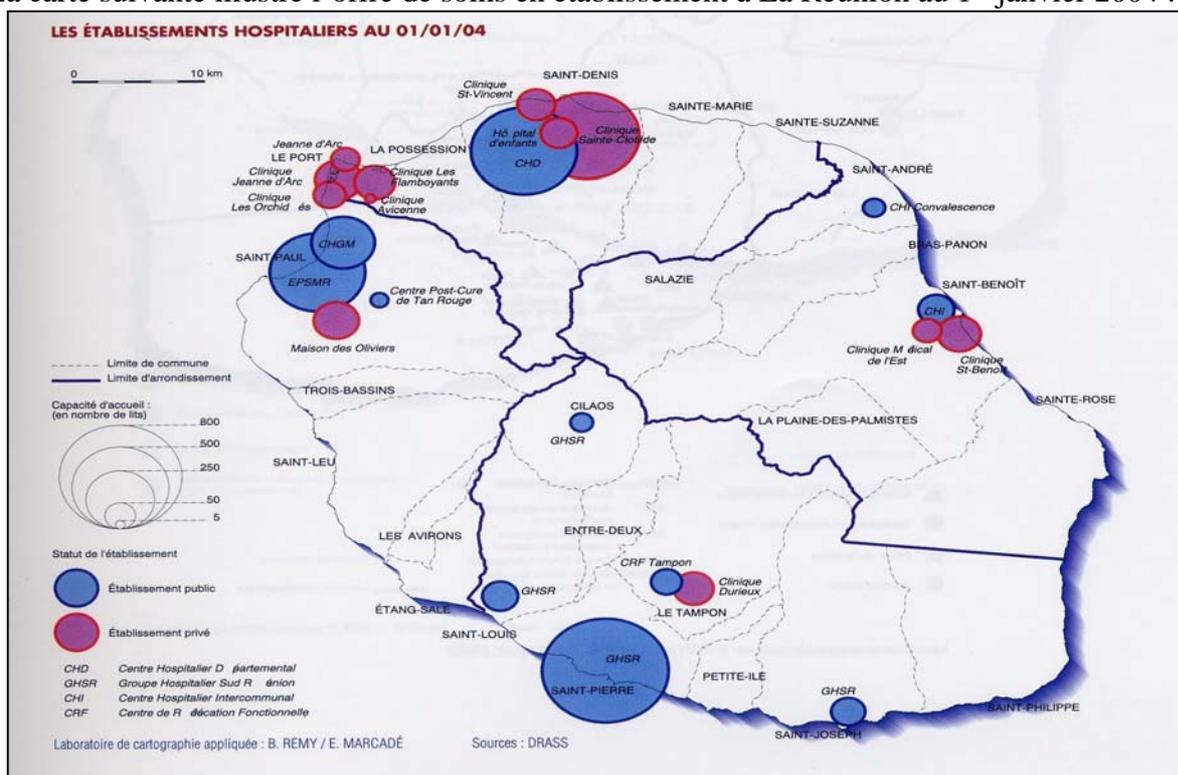
2.1 LE DISPOSITIF EXISTANT

2.1.1 La Réunion

Le dispositif de soins à La Réunion inclut une vingtaine d'établissements de santé répartis en quatre arrondissements (Nord, Est, Sud, Ouest), et s'organisant autour de quatre établissements pivots :

- Pour l'arrondissement Nord (158 139 hab.) : le Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon (CHDFG) ;
- Pour l'arrondissement Sud (248 273 hab.) : le Groupement Hospitalier Sud-Réunion (GHSR) ;
- Pour l'arrondissement Est (119 948 hab.) : la Clinique de Saint Benoît ;
- Pour l'arrondissement Ouest (179 940 hab.) : le Centre Hospitalier Gabriel Martin.

La carte suivante illustre l'offre de soins en établissement à La Réunion au 1^{er} janvier 2004 :

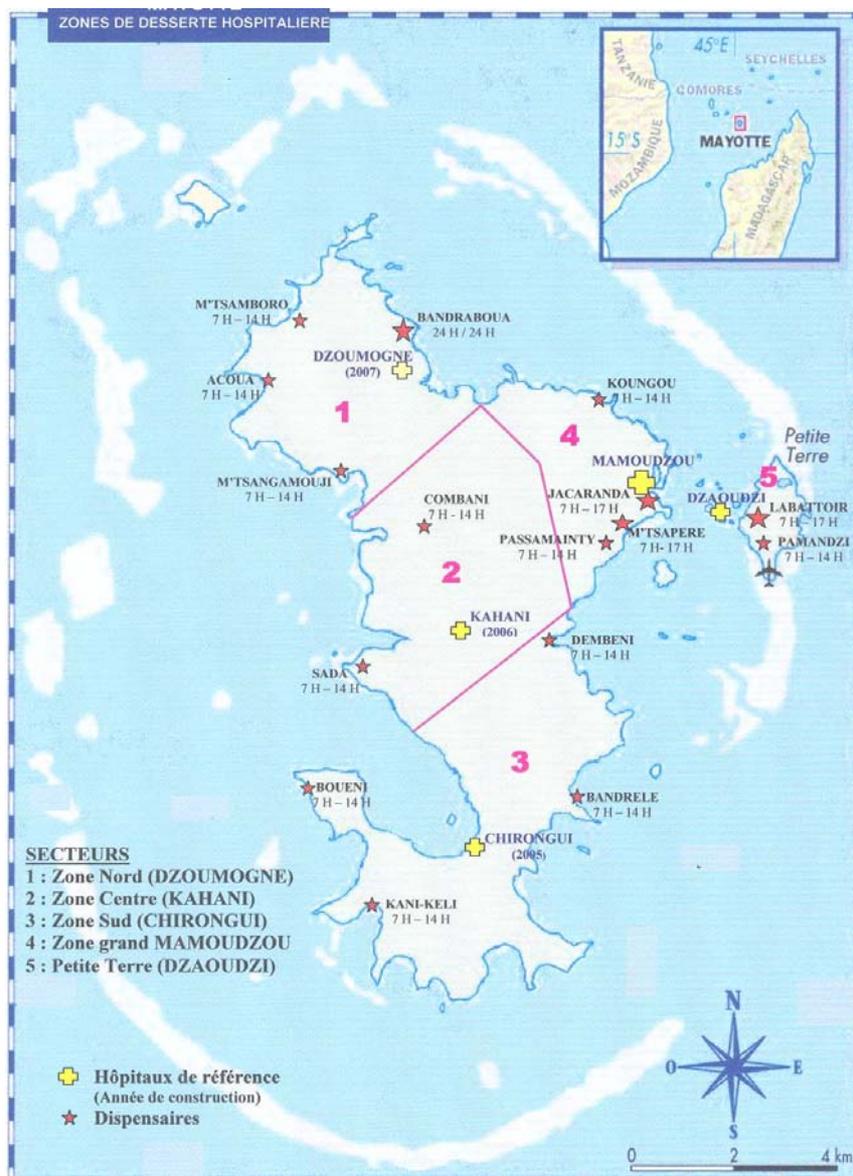


2.1.2 MAYOTTE

Le dispositif de soins s'articule autour du Centre Hospitalier de Mayotte, qui inclut :

- Le Centre Hospitalier de Mamoudzou (chirurgie, obstétrique, imagerie, spécialités médicales);
- Les trois hôpitaux intercommunaux ou dispensaires de référence (à Dzaoudzi, Chirongui et Kahani). Un 4^{ème} hôpital intercommunal situé à Dzoumoungue sera opérationnel en 2007 ;
- Un réseau de 19 dispensaires répartis sur l'ensemble de l'île.

La carte suivante illustre l'offre de soins en établissement à Mayotte en 2006, avec les prévisions d'ouverture pour 2007 :



2.2 L'ENTREE DANS LA CRISE

L'entrée dans la crise a été relativement brutale, malgré quelques signaux préliminaires comme les cas materno-fœtales, qui ne pouvaient néanmoins pas laisser présager de la virulence et de l'intensité de celle-ci.

2.2.1 Cinétique de l'épidémie constatée sur le terrain

Le SAMU 974 a été le premier à ressentir une augmentation du nombre de cas. Si les médecins du SAMU / Centre 15 ont pris conscience de cette augmentation des cas fin décembre 2005, l'étude des données d'activités, a posteriori, relève un décrochage du nombre d'appels entrants et d'affaires traitées la semaine du 15 au 20 décembre 2005.

La situation de crise est réellement perçue par les professionnels de santé et les directions des établissements par le constat d'un afflux de patients aux urgences nécessitant une hospitalisation.

Selon les arrondissements, cette situation a été décalée dans le temps :

- Pour l'arrondissement Est : la région de Saint Louis (arrondissement Sud, limite arrondissement Est) a été touchée la première, puis celle de Saint Benoît. Le service d'urgence de la Clinique de Saint Benoît a été engorgée dans la nuit du 17 au 18 janvier (à une heure du matin, 25 patients étaient en attente d'hospitalisation et 25 en attente d'être examinés) avec plus d'une vingtaine de patients sans solutions d'aval pour seulement quatre lits autorisés en unité hospitalière de très courte durée (UHTCD). Les professionnels de santé du service d'urgence ont interpellé la direction.
- Pour l'arrondissement Nord : les 22, 23 et 24 janvier, le Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon (Saint Denis) enregistre brutalement des taux de passages aux urgences extrêmement importants, avec une absence de solutions d'aval.
- L'arrondissement du Sud, secteur doté d'un fort dispositif de soins (le GHSR regroupe 5 établissements de santé), a globalement été le moins touché par la crise. Les cas sont apparus le dernier week-end de janvier, sauf pour la ville de Saint Louis touchée dès la mi-janvier.
- L'arrondissement Ouest a constaté les répercussions de l'épidémie la semaine du 30 janvier (exactement le 3 février). Dans cet établissement sous tension en période habituelle, des civières ont dû être installées en permanence dans tous les services.

2.2.2 Suivi des données d'activité

2.2.2.1 Mise en place d'un système de suivi de l'activité et des disponibilités en lits : difficultés et points d'amélioration

➤ Dispositif existant

L'état d'informatisation des services d'urgence n'a pas permis un recueil des données d'activités homogènes entre les établissements, rendant difficiles toutes études comparatives a posteriori.

- Dans l'arrondissement Est, le service d'urgence de la Clinique Saint Benoît est en cours d'informatisation. Le suivi de l'activité a été fait sur la base de la fiche de recueil des données de l'ARH par le secrétariat médical.

- *Dans l'arrondissement Nord*, le service d'urgence est informatisé (logiciel *URCAL*) ce qui permet les requêtes voulues selon les données suivies. Ce logiciel n'est cependant pas interfacé avec celui du SAMU (logiciel *Apply SAMU*).
Le Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon (Saint Denis) a mis en place un tableau de bord quotidien de suivi des patients par commune de résidence. Ces données ont été peu utilisées mais cette démarche mériterait a posteriori d'être analysée.
Le suivi en temps réel des disponibilités en lits s'est fait par téléphone en l'absence de système informatisé. Ce recueil a été à la source de tensions extrêmes pour le personnel chargé de cette mission.
- *Dans l'arrondissement Sud*, un état journalier des lits vacants a été mis en place par la direction du CH de Saint Pierre pour l'ensemble des établissements du GHSR. Le service d'urgence n'était pas informatisé à cette période. Le suivi a été réalisé sur la base de la fiche de remontée de ces données communiquée par l'ARH.
- *Dans l'arrondissement Ouest*, le CH Gabriel Martin (Saint Paul) a mis en place un suivi des disponibilités en lits tous les jours à 16H. Le service d'urgence n'était pas informatisé. Le suivi a été réalisé sur la base de la fiche de remontée de ces données communiquée par l'ARH.

Une réflexion commune a été menée entre les médecins de DIM (Département de l'Information Médicale) pour la classification de cette pathologie. Le codage CIM 10.92.0 a été retenu.

➤ **Constats et pistes de réflexion**

Les présentations très différentes et plus ou moins complètes qui ont été communiquées lors de cette mission montrent le décalage, le manque de moyens de suivi et des écarts considérables dans les critères d'analyse entre les établissements.

Ils traduisent cette nécessité en période de crise de mutualiser les compétences et de définir rapidement un cadre commun de recueil et d'analyse.

Par ailleurs, cette absence de données de suivi, même a posteriori est à regretter, l'analyse rétrospective étant une des bases pour comprendre la crise et améliorer le dispositif.

Il aurait été souhaitable d'harmoniser les recueils de données d'activités pour tous les établissements de santé, notamment ceux disposant d'un service d'urgence. Les établissements plus importants disposant de moyens informatiques et de personnels spécialisés auraient peut-être pu mutualiser leurs moyens pour aider les autres établissements. L'informatisation des quatre services d'urgence et la mise en place du serveur régional vont probablement contribuer à harmoniser ces recueils et les requêtes souhaitées.

2.2.2.2 Analyse des données d'activité ex post : augmentation des taux de passages et d'hospitalisation

A partir des données d'activité fournies par les établissements, une comparaison succincte de l'impact de la crise sur les établissements de santé peut être réalisée. Il convient néanmoins de souligner que l'absence de référentiels communs des critères de recueil et d'analyse des données d'activités n'a pas facilité cette analyse au niveau départemental.

Les taux d'hospitalisation enregistrés suite à un passage aux urgences sont variables selon les zones géographiques :

Figure 3 : Passages aux urgences (2006 par rapport à 2005)

	CHDG – Saint Denis	CSB – Saint Benoît	GHSR – Saint Pierre	CH – Saint Paul	Moyenne
Janvier	115.9%	109.9%	107.7%	111.3%	111.2%
Février	145.1%	125.6%	115.6%	147.9%	113.55%
Mars	129.8%	115.9%	116.9%	143.2%	126.45%
Avril	107.5%	98.9%		138.7%	115.03%
Mai	122.3%	92.3%		103.7%	106.1%

Figure 4 : Passages suivis d'une hospitalisation (2006 par rapport à 2005)

	CHDG – Saint Denis	CSB – Saint Benoît	GHSR – Saint Pierre	CH – Saint Paul	Moyenne
Janvier	118.5%	242.7%	118.4%	121.1%	150.18%
Février	138.6%	253.3%	130.1%	159.2%	170.3%
Mars	147.2%	182.8%	135.9%	152.9%	154.7%
Avril	114.6%	171.5%		155.2%	147.1%
Mai	113.2%	164.6%		127.7%	135.17%

Figure 5 : Courbe comparative du nombre moyen journalier de passages aux urgences pour chikungunya

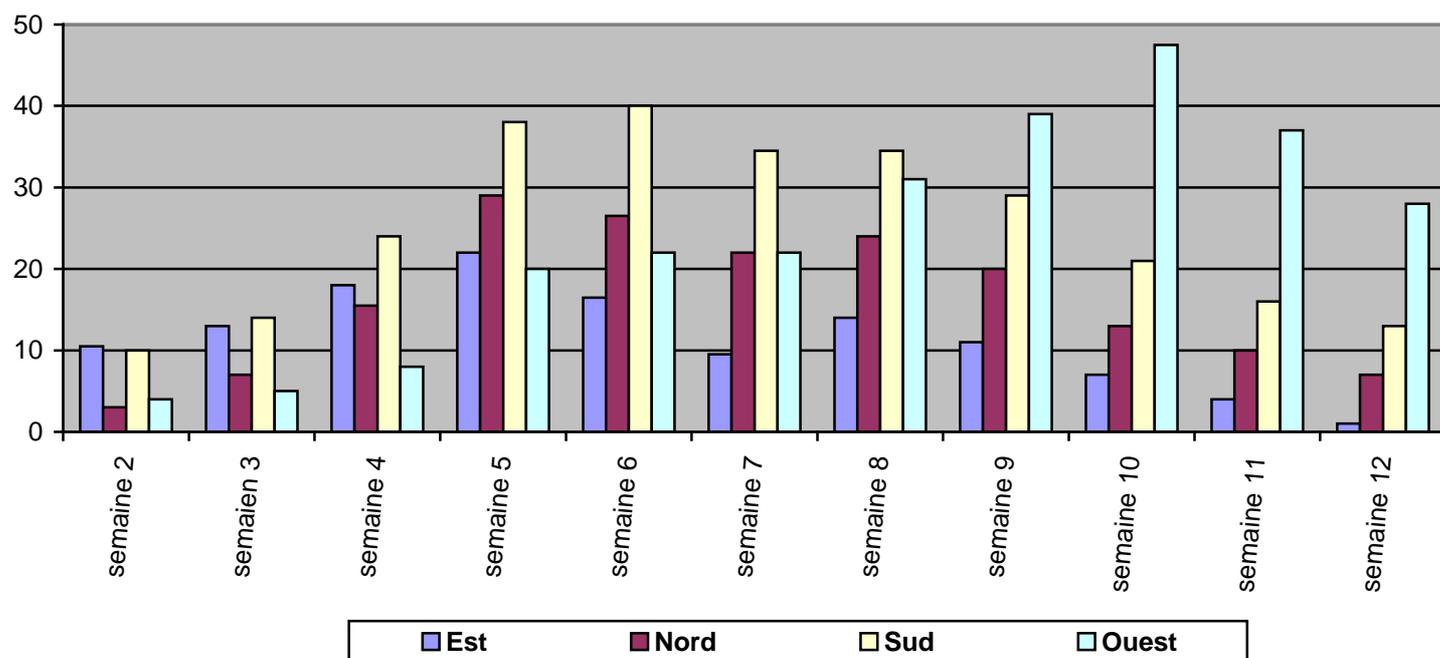


Figure 6 : Courbe comparative du nombre moyen journalier d'hospitalisations après passages aux urgences pour chikungunya

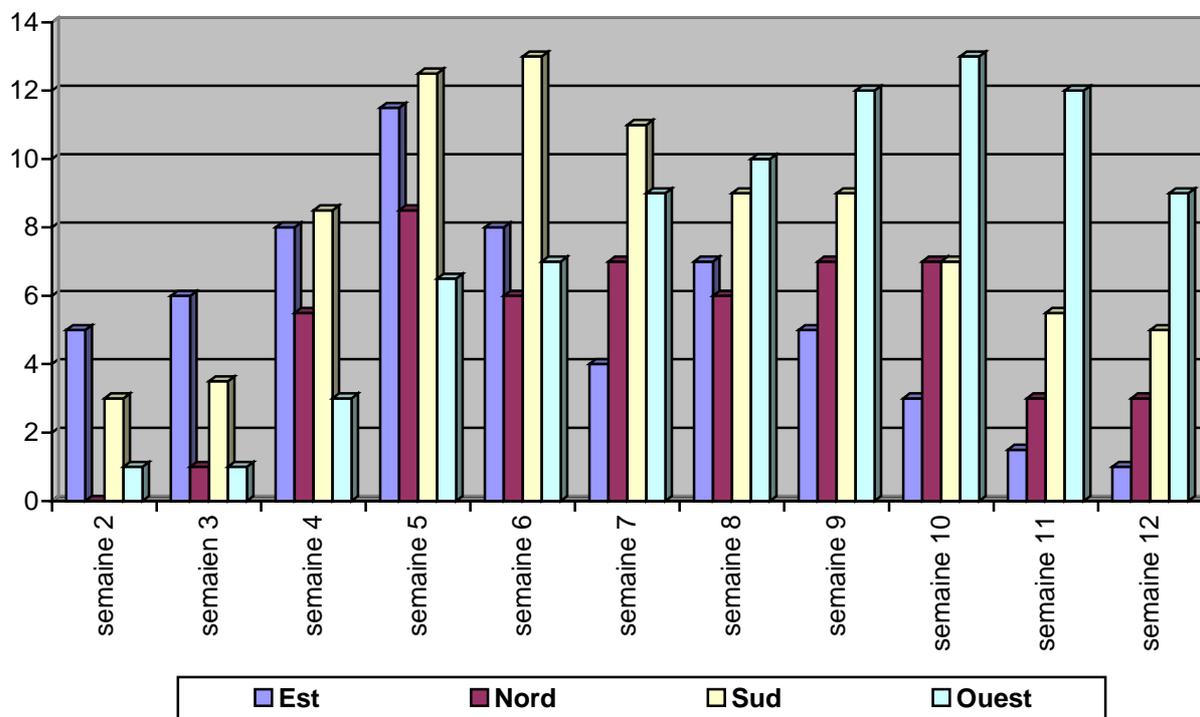
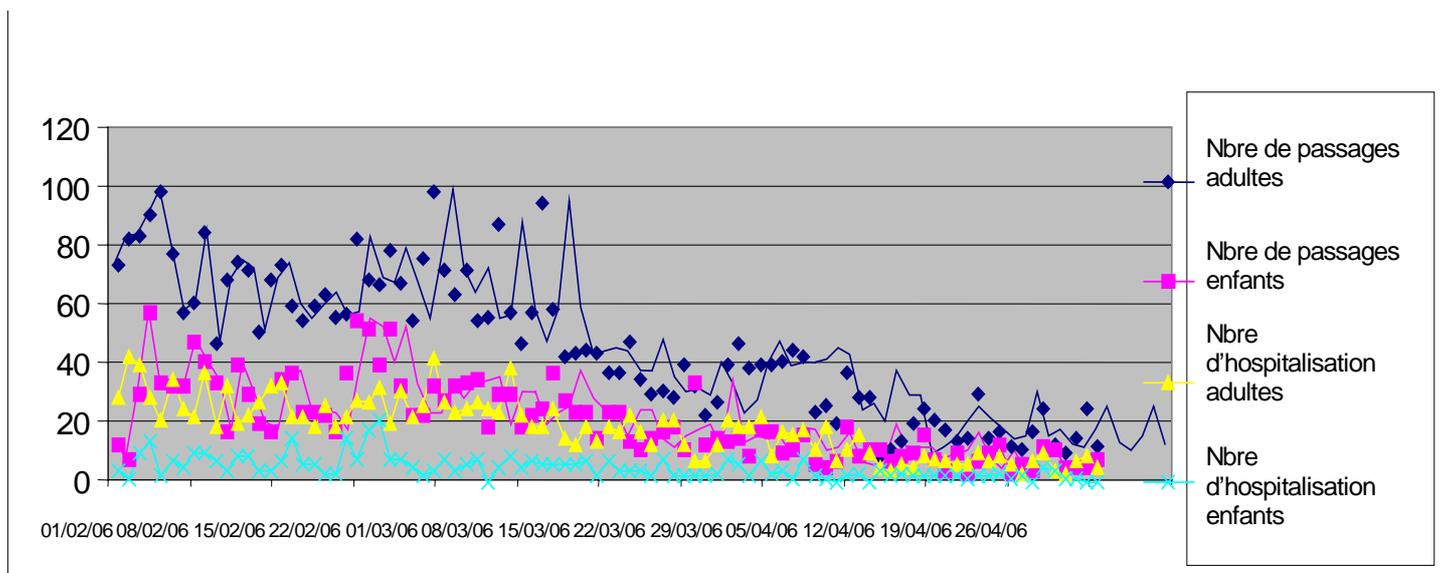


Figure 7 : Répercussion du virus du chikungunya sur les services d'urgence adulte et enfant de La Réunion



Ces différents graphiques traduisent la cinétique de l'épidémie dans le temps et l'importance de celle-ci selon les arrondissements.

Il est cependant intéressant de corréliser ces données à la population par arrondissement⁴, ce qui explique notamment le volume important de patients admis dans le Sud :

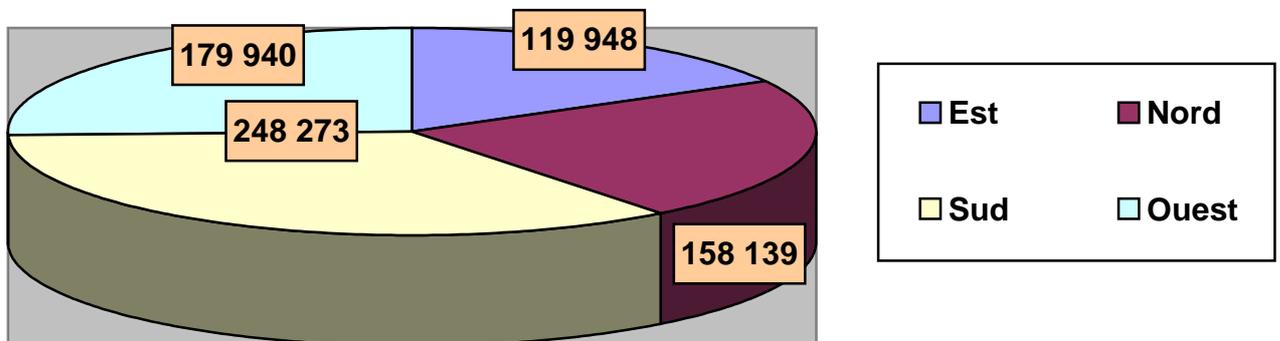


Figure 8 : Population par arrondissement

Il est aussi intéressant de mesurer le taux moyen d'hospitalisation, celui-ci traduisant des critères d'hospitalisation différents d'un établissement à l'autre, ces différences tenant principalement à la situation de saturation des lits ainsi qu'aux critères d'hospitalisation retenus.

Enfin, il serait intéressant de corréliser ces données au nombre de consultations dans les MMG adossées aux services d'urgence, ce qui permettrait de mettre en lumière le principe de « vases communicants » qui s'est opéré efficacement.

2.2.2.3 Le cas spécifique de Mayotte

➤ Constats

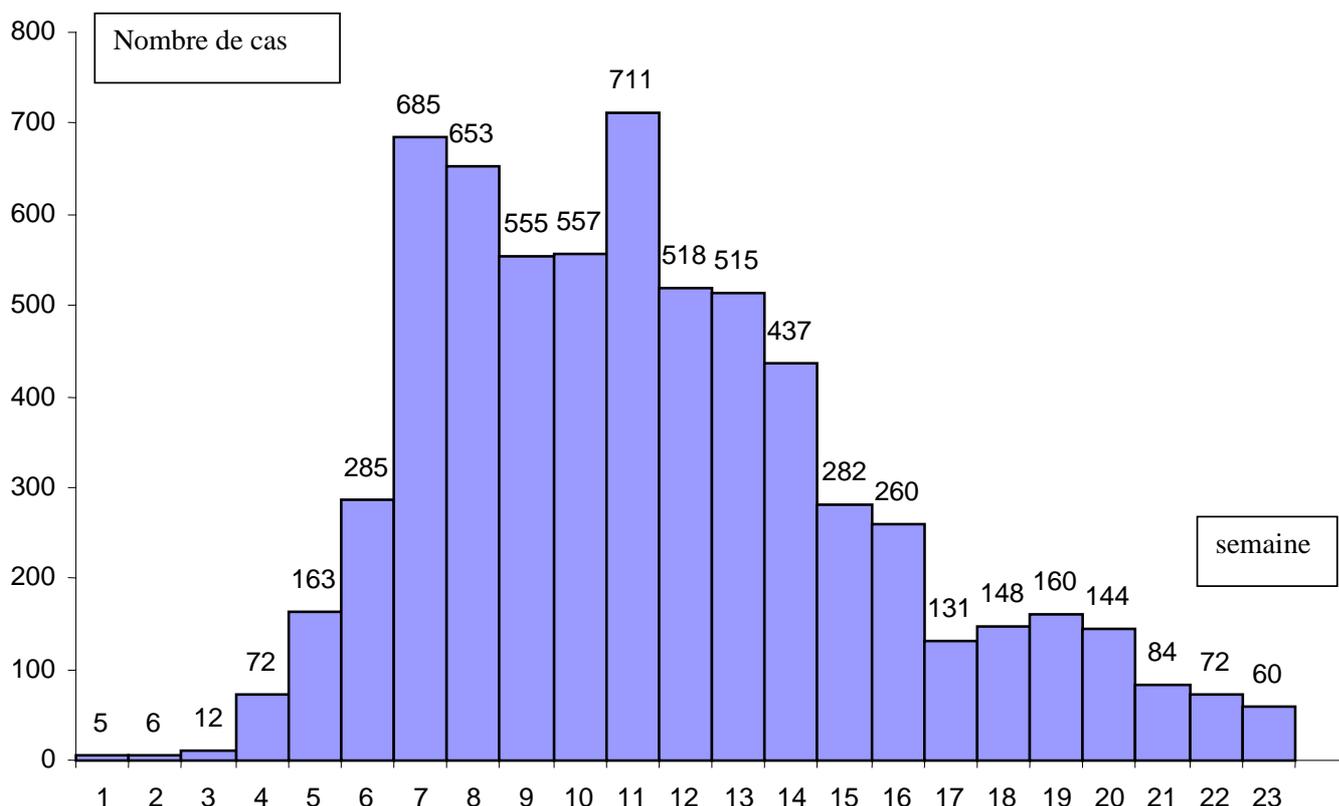
La problématique du suivi des données d'activité à *Mayotte* est différente, compte tenu de l'organisation des soins dans cette collectivité départementale d'outre-mer.

En effet, une étude réalisée par le Centre Hospitalier de Mayotte montre que l'ensemble des patients atteints par le chikungunya n'a pas été déclaré (7000 déclarations pour chikungunya pour une population d'environ 180 000 habitants).

La courbe des déclarations de cas suspects à Mayotte est la suivante :

⁴ 1999, Atlas de la Santé.

Figure 9 : Nombre de cas déclarés suspects de chikungunya selon la date de début des signes à Mayotte



Si l'on considère que la prévalence de la population mahorée au chikungunya est de 25% (chiffre obtenu suite à une étude de séroprévalence chez les femmes enceintes et à une enquête communautaire), il est estimé qu'environ 19 000 patients atteints du chikungunya ont consulté sans que leur passage donne lieu à une déclaration et que 45 000 patients infectés par le chikungunya n'ont pas consulté.

Cet écart peut s'expliquer entre autre par le non recours d'une partie des patients au système de soins, suite en particulier à un renforcement des mesures policières pour des contrôles à l'immigration - ainsi qu'à des causes intrinsèques au système de surveillance telle que l'offre de soins surchargée, la procédure de notification complexe (même si elle est depuis simplifiée), la disponibilité tardive des techniques de diagnostic biologique, etc.

Le système de déclaration individuelle, manuelle et par fax a sans doute contribué à un suivi difficile du fait de sa lourdeur logistique. En effet, beaucoup de malades se rendent dans les dispensaires qui fonctionnent avec peu de personnel.

La déclaration n'est pas la priorité actuelle des professionnels de santé en dispensaire, compte tenu du manque de moyens matériels et humains, du nombre important de patients et de l'absence de culture administrative.

Enfin, l'épidémie de bronchiolite qui a sévi dans la même période que le chikungunya a représenté pour l'établissement et les dispensaires une difficulté supplémentaire.

➤ **Mesures mises en place**

- La mise en place d'une cellule de veille épidémiologique et des vigilances au sein de l'établissement de santé pour une durée de 2 ans a été décidée, en lien avec l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS).
- Une enveloppe financière a été allouée pour l'informatisation du service d'urgence du Centre Hospitalier de Mayotte.

- De plus, un projet de suivi de la consommation des antalgiques de manière bihebdomadaire, alimenté par la pharmacie centrale, est en cours de discussion, pouvant donner des informations sur une épidémie naissante.

2.2.2.4 Remontées des données d'activités vers les services déconcentrés, l'ARH et le Ministère de la santé et des solidarités

Ces remontées ont été jugées très lourdes par les établissements de santé et consommatrices de temps du fait :

- De questionnaires demandés, différents selon les administrations (DRASS, ARH) sans coordination entre elles ;
- De l'absence de retour de l'exploitation et de l'utilisation de ceux-ci ;
- De l'absence d'information générale sur la situation de l'île ;
- D'une demande de réactivité en temps réel qui est incompatible avec la réalité de fonctionnement des établissements.

Il n'y a pas eu au niveau régional d'analyse ex post de l'ensemble des données disponibles, ni de présentation globale aux établissements de santé des exploitations faites.

Propositions :

- ☛ **25/ Réaliser une étude ex post sur les systèmes de recueil, l'interprétation des données et leur comparaison. Cette étude permettrait une analyse beaucoup plus précise des conséquences de cette épidémie sur la prise en charge des patients en secteur hospitalier.**
- ☛ **26/ Disposer d'un référentiel de recueil et d'analyse des données commun aux établissements.**
- ☛ **27/ Disposer de protocoles de prise en charge des patients identiques pour les services d'urgence.**
- ☛ **28/ Coordonner les demandes des autorités sanitaires.**

2.2.3 Cellule de crise, organe de décision

L'organisation de cellules de crise pouvant être précédées de cellules de veille au sein des établissements de santé dans ce type de situation est une des mesures essentielles à mettre en œuvre pour assurer la gestion et le pilotage des actions à initier en situation de crise.

Cette même organisation se retrouve au niveau de la préfecture (centre opérationnel départemental (COD)), le préfet étant le responsable de la gestion de la crise dans son département.

Les services déconcentrés et l'ARH doivent également être organisés en ce sens et de manière coordonnée pour analyser, étudier et proposer au préfet toutes mesures utiles à mettre en œuvre, qui seront ensuite validées par le COD.

2.2.3.1 Organisation au niveau régional

L'ARH a mis en place une conférence téléphonique tous les vendredi durant trois mois, voire à certaines périodes à une fréquence bihebdomadaire, cette conférence réunissant tous les établissements de santé.

Les principaux thèmes abordés portaient sur :

- L'analyse des données d'activité des urgences ;
- L'état des disponibilités en lits ;
- Les mesures prises ou à prendre et les difficultés rencontrées.

Ce dispositif a été très apprécié, permettant aux établissements de pouvoir partager leur vécu et disposer d'informations communes. Ce « point de rencontre » a été considéré pour un certain nombre d'établissements comme leur propre cellule de crise.

Cette initiative est à pérenniser. Le Plan Santé Chikungunya prévoit dans les quatre arrondissements l'organisation d'une cellule de crise coordonnée entre les établissements de l'arrondissement. Celle-ci sera le correspondant du niveau régional (ARH), notamment lors des conférences téléphoniques hebdomadaires.

Pour autant, c'est bien chaque établissement qui doit mettre en place une cellule de crise, seul organe de commandement pouvant gérer son organisation interne et les prises de décisions. L'organisation de cette cellule est nécessaire à la réflexion, à la coordination des actions et à leur priorisation. C'est également un lieu de synthèse permettant de faire valoir certaines difficultés, de rapporter un certain nombre d'observations, etc.

2.2.3.2 Mise en place des cellules de crise dans les établissements de santé

Les cellules de crise des établissements de santé, lorsqu'elles ont été mises en place, ont eu des structures et des rôles différents d'un arrondissement à l'autre.

- Dans l'arrondissement Est, les établissements de santé de Saint Benoît n'ont pas mis en place de cellule de crise par manque de temps. Les discussions et réunions entre établissements étaient spontanées, selon les urgences à traiter mais sans systématisation ni suivi. La réunion hebdomadaire initiée par l'ARH a été jugée suffisante par les directions. Une forte coopération entre les trois établissements de Saint Benoît dans les prises de décisions est à noter.

Si une prochaine crise survenait, les établissements pensent s'organiser différemment en particulier avec la formalisation d'une cellule de crise dans chacun d'eux. C'est une demande forte des chefs de service des établissements.

- Dans l'arrondissement Nord, le Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon (Saint Denis) a mis en place une cellule de crise (cet établissement a bénéficié de l'expérience de crises antérieures, événement du clipper Lancaster, cyclone, suspicion de fièvre hémorragique, etc.) lui ayant permis d'expérimenter cette organisation, son rôle et son importance.

Une réunion quotidienne était organisée tous les matins à 8H, en formation restreinte. Selon les thèmes, elle était élargie aux autres professionnels concernés. Le directeur de garde était systématiquement associé.

La réunion du vendredi portait en sus sur la préparation du week-end. Certaines décisions ont été des initiatives de la direction, sans passer nécessairement par la cellule de crise.

- Dans l'arrondissement du Sud, le GHSR associant les établissements de santé de l'arrondissement a mis en place une cellule de veille en amont de la crise. Il n'a pas mis en place en tant que tel une cellule de crise mais a fait le choix d'organiser une réunion plus formelle chaque vendredi matin pour préparer la conférence téléphonique de l'ARH.
- Dans l'arrondissement Ouest, le Centre Hospitalier Gabriel Martin (Saint Paul) a mis en place une cellule de crise, sollicitée par les professionnels du service d'urgence. C'est au sein

de celle-ci qu'ont été notamment discutées et décidées toutes les actions de renforcement en personnel et de déprogrammation.

- A Mayotte, le Centre Hospitalier de Mayotte a organisé une cellule de crise accueillant tous les professionnels de santé qui le souhaitent pour des débats collégiaux et des prises de décisions partagées.

Propositions :

- ☛ **29/ Prévoir pour tous les établissements de santé en situation d'urgence sanitaire et/ou de crise la mise en place d'une cellule de crise devant se réunir quotidiennement. Celle-ci doit être précédée de la mise en place d'une cellule de veille en situation d'alerte. Cette structure fait partie intégrante du plan blanc⁵.**
- ☛ **30/ Définir le rôle de la cellule de crise des établissements de santé. Préciser le rôle de la cellule de crise prévu au niveau des arrondissements et de la région, son organisation et ses modalités de fonctionnement, notamment les modalités de coordination avec celles des établissements de santé.**

2.2.4 Gestion de la communication interne et externe

2.2.4.1 Réponses différenciées en terme de communication interne comme externe

La communication interne a eu un rôle majeur. La demande d'informations de la part des professionnels de santé des établissements a été variable portant à la fois sur une forte demande en moyens de protection mais aussi sur une exaspération face au déferlement des médias.

La communication externe a été très difficile à gérer. Tous les établissements ont été confrontés à une forte pression de la part des médias : interviews, visites de l'établissement, etc., cette pression médiatique ayant duré dans le temps.

La communication interne comme externe a été ressentie par tous les établissements comme un point de difficulté majeure.

- Dans l'arrondissement Est, la communication interne n'a pas été formalisée. Elle s'est organisée de façon informelle⁶. C'est un des points que ces établissements souhaitent revoir et organiser. La communication externe a surtout été gérée par les directions, les établissements y étant contraints par la présence même des médias. Les établissements soulignent néanmoins l'aide des médias dans la recherche de volontaires.
- Dans l'arrondissement Nord, le Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon (Saint Denis) a pris plusieurs initiatives pour organiser la *communication interne* :
 - Organisation de réunions régulières d'information du personnel et de l'encadrement ;
 - Informations en utilisant les différents supports existants ;
 - Relais par les cadres et les chefs de services ;
 - Rencontres régulières des syndicats ;
 - Publication d'une lettre d'information au personnel spécifique sur ce sujet.
 - Sur la demande du personnel, le Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon a élaboré des recommandations pour leur protection, recommandations soumises au CLIN.

⁵ Le guide « plan blanc et gestion de crise » dont la seconde édition vient d'être publiée précise les modalités de constitution, d'organisation et de mise en œuvre (pages 70 à 73, fiches 12, 13 et 14).

⁶ « A la créole », pour reprendre l'expression des professionnels de santé rencontrés.

La communication externe a été vécue comme un vrai problème mettant en exergue les difficultés de centralisation des informations.

Le Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon regrette le manque de coordination avec les autorités sanitaires ainsi que le manque de positionnement clair de celles-ci sur le contenu et la forme de communication à adopter.

En interne, l'option a été prise pour une réponse commune « direction – médecin » aux journalistes. La présence d'une chargée de communication a permis de faciliter le travail des équipes.

- *Dans l'arrondissement Sud*, le GHSR a organisé plusieurs réunions d'informations des différentes instances (CHSCT, CME, CTE). Il a en outre diffusé des notes d'information et utilisé son journal interne. La communication externe a été difficile à gérer, tenant surtout à la conception de certains médecins de l'établissement de leur indépendance sur ce sujet.
- *Dans l'arrondissement Ouest*, la communication interne n'a pas été formalisée. La communication externe a été gérée par le directeur, le directeur délégué à la communication et le chef du service d'urgence. Après certaines interviews, l'établissement a été surpris des écrits alarmistes de journalistes, eux-mêmes ayant plutôt travaillé à démontrer la bonne gestion de la situation. La direction souhaite pouvoir disposer dans ces circonstances d'outils de communication, un certain nombre pouvant être communs pour tous les établissements.

Les autorités sanitaires ont organisé des rencontres régulières avec les représentants des professionnels de santé.

Pour une prochaine crise, il pourrait être envisagé, sous l'égide des autorités sanitaires, une mutualisation des supports de communication (plaquettes, éléments de langage, etc.) entre les établissements, afin de faire profiter les petits établissements des outils réalisés et de participer ainsi à une meilleure information des professionnels de santé.

Propositions :

- ☛ **31/ Elaborer dans tous les établissements un plan de communication interne devant être intégré au plan blanc d'établissement⁷.**
- ☛ **32/ Mutualiser les outils de communication interne en situation de crise. Les établissements plus importants ayant des personnels chargés de communication prennent l'initiative de cette mutualisation, sous l'égide de l'ARH.**
- ☛ **33/ Adapter et harmoniser le contenu des messages validés préalablement par les autorités sanitaires.**
- ☛ **34/ Coordonner la communication externe avec celle des autorités sanitaires⁸.**

2.2.4.2 Vers la mise en place d'une information et d'une formation aux professionnels de santé sur le chikungunya

Le partage d'information est un des points clés de la gestion de la crise épidémique. Elle fait l'objet d'une demande forte de la part des professions de santé. C'est pourquoi le principe d'une communication permanente en temps réel des professionnels de santé est mis en avant par les autorités sanitaires de La Réunion. Il a pour objectif d'assurer une information ascendante (vers l'autorité sanitaire) et descendante (vers les professionnels).

⁷ La fiche 16 (page 79) du guide «plan blanc et gestion de crise» donne un certain nombre d'orientations sur la conception de celui-ci.

⁸ Page 81 du guide «plan blanc et gestion de crise.»

Des séances d'information / formation sont actuellement mises en œuvre conjointement par la DRASS et l'ARH grâce au concours des praticiens hospitaliers et libéraux. L'objectif est de rendre disponible l'information scientifique, au fur et à mesure des progrès des connaissances mais aussi d'échanger sur les pratiques professionnelles, et de participer ainsi à recréer un climat de confiance entre les professionnels de santé et les autorités sanitaires.

Un nouveau cycle de formation s'est déroulé en septembre 2006, avec quatre séances à La Réunion et une à Mayotte, traitant des thèmes suivants :

- Les maladies émergentes et leur influence dans l'Océan Indien ;
- Le virus du chikungunya ;
- Les caractéristiques cliniques et biologiques du chikungunya ;
- Les formes chroniques du chikungunya ;
- Les formes particulières du chikungunya ;
- Les formes graves du chikungunya ;
- Les infections materno-fœtales ;
- La Recherche sur le virus ;
- L'épidémie à La Réunion, Mayotte et dans la sous-région et système de surveillance ;
- Les vecteurs du chikungunya à La Réunion et la lutte anti-vectorielle ;
- La prise en charge des patients en médecine générale.

2.2.5 Liens avec les autorités sanitaires et les représentants de l'Etat

Les établissements ont tous fait part de l'investissement très important du directeur de l'ARH et de l'absence de la DRASS dans la gestion de cette crise. Ils ont fait valoir néanmoins des demandes fréquentes de questionnaires ou autres formalités administratives à adresser sans coordination préalable des autorités entre elles.

Ils considèrent le nombre d'interlocuteurs (ARH, DRASS, Préfet, Ministère) trop important, et souhaitent la désignation explicite d'un seul référent, l'harmonisation des remontées d'information demandées de même qu'un retour de l'exploitation de celles-ci.

Ce retour participe à la mise en valeur du travail fourni et en explicite l'utilité.

Le soutien des autorités sanitaires (ARH) comme des visites de terrain ont été appréciés.

A Mayotte, toutes les informations remontées l'ont été par la DDASS. Il n'y a eu aucune participation de l'établissement aux réunions de l'ARH (faisant suite à une concertation entre la DDASS, l'ARH et le directeur de l'établissement).

Propositions :

- ☛ **35/ Définir un seul canal de remontée des informations demandées et une seule structure de réception, quels que soient les destinataires au niveau régional (DRASS, ARH, CIRE).**
- ☛ **36/ Harmoniser les informations demandées et assurer un retour régulier auprès des établissements de santé.**

2.3 ORGANISATIONS SPECIFIQUES MISES EN PLACE POUR AUGMENTER LES CAPACITES D'ACCUEIL

L'analyse des mesures retenues par les établissements pour la prise en charge des patients montre une certaine diversité d'approche tenant à leur taille, à leur environnement, à l'état d'avancement de leur mode de coordination avec les autres établissements de l'arrondissement et à leur expérience passée de gestion de situation sanitaire d'urgence.

Cette diversité est source de richesse mais le manque d'homogénéité dans la prise en charge est néanmoins à relever.

Plusieurs axes peuvent être dégagés et pourraient faire l'objet de recommandations applicables à tous si une situation similaire venait à se reproduire.

Face à un nombre de patients de plus en plus important à prendre en charge, la majorité des établissements de santé ont été contraints de trouver des solutions pour augmenter leurs capacités d'accueil.

2.3.1 Réorganisation interne des services : ouvertures de lits, extension de services, « impôt lit », etc.

Les réorganisations internes des établissements sont très dépendantes des choix réalisés par les directions.

Dans l'arrondissement Est, qui a été le premier à subir de plein fouet cette épidémie, les directions des trois établissements, en concertation avec les professionnels de santé, ont pris les mesures nécessaires, intégrant notamment :

- L'accueil de patients dans des lits de chirurgie pour la Clinique Saint Benoît et l'utilisation des services de soins ambulatoires soit 17 lits. La Clinique Saint Benoît n'est pas autorisée pour le fonctionnement de lits de médecine malgré la présence en son sein d'un service d'urgence. Or, les pathologies pour la plupart étaient des pathologies médicales lourdes. Elle n'a pas obtenu d'autorisation de fonctionnement pour cette discipline même à titre exceptionnel.
- L'installation de 7 lits et de 4 berceaux au Centre Hospitalier Intercommunal.
- Le dédoublement des box d'urgence et l'installation de fauteuils pour 3 ou 4 patients ont été réalisés à la Clinique Saint Benoît.
- L'augmentation des capacités d'accueil s'est aussi étendue à la réanimation. Dans le service de réanimation, qui compte 7 lits avec un taux d'occupation de l'ordre de 95%, l'établissement a installé 1 lit supplémentaire de réanimation en chirurgie.
- Un surcroît d'activité a été enregistré en pédiatrie mais pour des formes plus atténuées de la maladie donc n'ayant pas nécessité de mesures particulières.
- Le service obstétrique a connu également une très forte augmentation d'activité, notant néanmoins la fermeture concomitante d'une clinique de cette spécialité à Saint-Denis.

Les établissements de l'arrondissement Est ont enregistré une augmentation du taux d'hospitalisation de 40% entre le 5 janvier et le 15 mars (en moyenne). C'est le plus fort taux enregistré pour La Réunion, une des raisons étant la vulnérabilité de la population dans ce secteur géographique. Ils font par ailleurs le constat d'une augmentation d'activité régulière depuis début décembre 2005 donc d'emblée une saturation des capacités d'hospitalisation les obligeant à trouver dans l'urgence des solutions substitutives.

Dans l'arrondissement Nord, le Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon, qui a vécu une aggravation de la crise les 22, 23 et 24 janvier marquée notamment par un manque de solutions d'aval de prise en charge des patients, a fait valoir non seulement des difficultés liées à la suractivité, mais également liées à l'âge des patients.

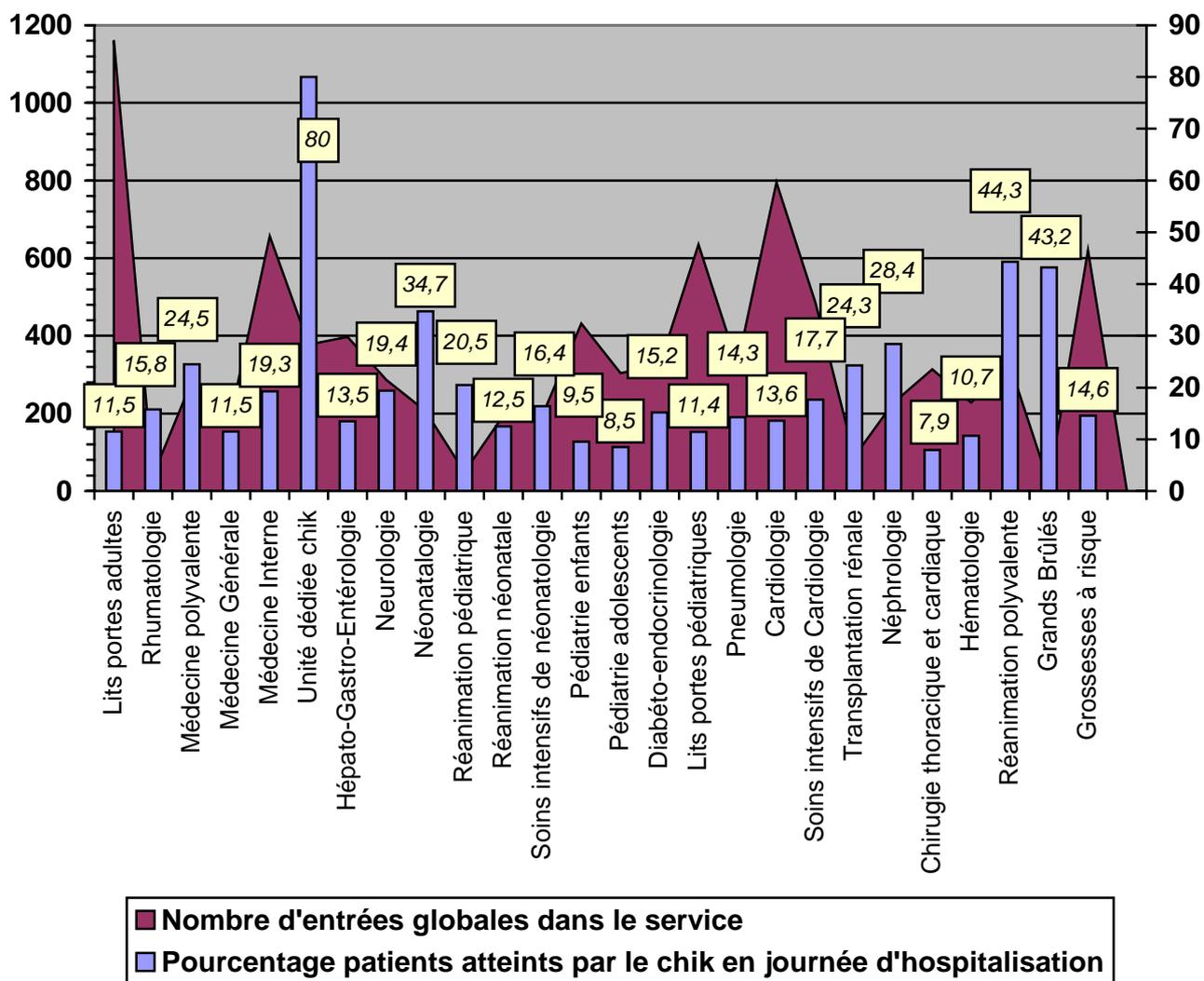
Il a noté une désorganisation des services de spécialités, même si ceux-ci n'ont pas été impactés directement par cette crise, une perturbation de l'activité normale et une modification du profil connu des patients.

Plusieurs mesures ont été prises par l'établissement, la cellule de crise ayant joué le rôle de régulateur :

- Suite à une réunion de l'ensemble des chefs de service de l'établissement, un « impôt lit » a été imposé, l'objectif étant la mise à disposition par chaque service de deux lits pour des patients atteints de chikungunya. Si certains services se sont pliés à cet « impôt », d'autres services se sont montrés récalcitrants à ce dispositif.
- Le service de réanimation du CH Départemental Félix Guyon, dont le taux d'occupation en situation normale avoisine les 100%, a connu des difficultés majeures. Deux lits supplémentaires ont été ouverts, et une procédure dégradée vers les salles de réveil a été mise en place. Le service des brûlés a en outre servi de réserve potentielle. Des indications ciblées de non admission en réanimation ont été données. Environ 50% des patients en réanimation au plus haut de la crise étaient des patients touchés par le chikungunya. Le CH Départemental Félix Guyon estime son déficit chronique de lits de réanimation à 16 et son manque d'infirmières qualifiées à 15.
- En service de pédiatrie, le CH Départemental Félix Guyon n'a pas observé de difficultés majeures. Les enfants ont surtout été vus en consultation mais très peu ont été hospitalisés. L'accueil des consultations pédiatriques a été renforcé.

Une étude ex post a été réalisée au CH Départemental Félix Guyon sur les taux d'occupation des services par des patients atteints du chikungunya. Cette étude montre en particulier l'orientation privilégiée de ces patients vers des services comme la médecine polyvalente, le service de rhumatologie, etc. Ces chiffres sont néanmoins à interpréter avec beaucoup de prudence, et serait à corrélérer avec le nombre d'entrées dans ces services.

Figure 10 : Pourcentage de journées d'hospitalisation des patients atteints par le chikungunya dans les services – CHD Félix Guyon (pour les services dont le pourcentage est supérieur à 5%)



Dans l'arrondissement Sud, le GHSR dispose en situation habituelle de fortes capacités de prise en charge hospitalière. Il n'a pas été confronté comme les établissements des autres arrondissements à une vraie pénurie de lits. Néanmoins, plusieurs mesures de réorganisation ont été prises, portant notamment sur :

- La prise en charge de patients relevant de médecine dans des lits de chirurgie ;
- Une diminution de la durée moyenne de séjour en médecine ;
- Le report de la fermeture programmée de lits ;
- L'utilisation de lits d'UHTCD pour des soins continus ;
- Le recours au service d'hospitalisation à domicile.

Le GHSR n'a pas souhaité mettre en place d'unité spécifique dédiée aux patients atteints par le chikungunya par manque de personnel.

En prévision de cas graves, le service de pédiatrie s'est en revanche fortement mobilisé, avec un doublement de la garde à un certain moment. Bien que l'incidence de cette pathologie chez les enfants de moins de 10 ans soit faible, la jeunesse de la population réunionnaise ainsi que les quelques formes graves chez des enfants, dont le GHSR a été témoin en juillet 2005, ont impliqué une forte mobilisation du service de pédiatrie dans cet arrondissement.

Enfin, l'arrondissement Ouest, touché le dernier par l'épidémie environ 15 jours après l'arrondissement Est, reconnaît avoir bénéficié de l'expérience des autres établissements, ainsi que de renforcement de personnel même anticipé par rapport à l'arrivée des patients atteints de chikungunya.

Le Centre Hospitalier Gabriel Martin avait néanmoins noté depuis le dernier trimestre 2005 et un taux d'hospitalisation supérieur de 20% par rapport à l'année précédente mais sans augmentation des passages.

Dans cet établissement, dont les capacités d'hospitalisation sont très fréquemment tendues, plusieurs mesures ont été prises :

- Mise en place d'un plan de déprogrammation discuté en cellule de crise et réadapté régulièrement selon l'état de la situation ;
- Doublement des chambres de médecine ;
- Mise en place d'unités dédiées en faisant appel aux autres établissements de l'arrondissement.

Le CH Gabriel Martin a été enfin dans l'obligation de maintenir des personnes sur des brancards faute de lits disponibles.

Les mesures d'augmentation des capacités d'accueil ont donc principalement été orientées autour de l'ouverture de lits supplémentaires et d'extension de services.

L'ouverture d'unités chikungunya dédiées est un élément important à souligner.

2.3.2 La mise en place d'unités chikungunya dédiées afin d'éviter un engorgement du service des urgences

2.3.2.1 Le service d'urgence : point névralgique de l'établissement

Le nombre de passages dans les services d'urgence s'est brutalement accru avec toutes les conséquences naturellement prévisibles : augmentation des délais d'attente, pénurie de brancards, manque de petits matériels de surveillance, fatigue des équipes soignantes, absence de lits d'hospitalisation, pressions médiatiques diverses, inquiétudes et pressions des autorités sanitaires sans cesse en demande de chiffres, etc.

Un des risques durant cette crise dans les services d'urgence était la banalisation du diagnostic de chikungunya, alors que de nombreux autres malades présentant des pathologies différentes continuaient à se présenter aux urgences.

2.3.2.2 La mise en place de critères de tri homogènes d'un établissement à l'autre

Il est important de réfléchir ex post à l'égalité d'accès aux soins durant cette période de crise et à l'équivalence de la prise en charge aux patients.

La Clinique Saint Benoît a établi des critères cliniques de tri avec une hiérarchisation clinique en 5 stades :

- Stade 1 : retour à domicile
- Stade 2 : retour à domicile avec aide à domicile
- Stade 3 : hospitalisation en hébergement social
- Stage 4 : hospitalisation
- Stade 5 : réanimation

Cette définition de stades, auxquels sont associés des critères de gravité a facilité de tri et permis, dans une certaine mesure, d'homogénéiser la prise en charge.

Ce type de démarche, très intéressante, devrait être discuté avec les autres établissements et, si elle était retenue, faire l'objet d'une procédure actée dans le Plan Santé Chikungunya.

2.3.2.3 Ouverture de lits supplémentaires : une nécessité en cas de dépassement

L'ouverture d'unités dédiées aux patients atteints par le chikungunya a été décidée dans 3 arrondissements sur 4.

- Dans l'arrondissement Est, la Clinique de Saint Benoît, qui a la spécificité d'avoir un service d'urgence sans service de médecine, a ouvert une unité de 17 lits de médecine pour les patients atteints du chikungunya. Le CH Interdépartemental a, dans une démarche analogue ouvert 7 lits dédiés et mis en place 4 berceaux pour des nouveaux nés infectés. Du personnel dédié a été affecté à ces unités.
- Dans l'arrondissement Nord (CHDFG), un service de 12 lits qui est ensuite passé à 15 lits puis 19 lits a été ouvert à cette fin. La durée de séjour se voulait courte. Le CHDFG a pour ce faire utilisé une structure qui allait être détruite. Cette structure a servi d'unité tampon.
- Une telle mise en place d'unité spécialisée n'a pas été l'orientation retenue pour l'arrondissement Sud, moins touché par la crise, principalement pour une raison de manque de personnel pouvant prendre en charge les patients dans cette structure supplémentaire.
- Dans l'arrondissement Ouest, le Centre Hospitalier Gabriel Martin (Saint Paul) connaît en situation habituelle un taux d'occupation extrêmement élevé. Aussi, le recours à une unité spécialisée a été envisagé. Faute de locaux libres, le Centre Hospitalier Gabriel Martin a sollicité le Centre Hospitalier spécialisé de psychiatrie qui disposait d'un pavillon neuf non encore équipé. En 48h, grâce à un effort considérable des services techniques du Centre Hospitalier Gabriel Martin et du service psychiatrique, et grâce à des relations fréquentes avec les fournisseurs privés des fluides et gaz médicaux, le pavillon a été totalement équipé en fluides, lits, et matériels bio-médicaux pour 25 lits. La structure architecturale pavillonnaire avec des coursives a facilité cet équipement, même si la rapidité pour cette mise en place est à noter. Ce pavillon a ouvert le 12 février apportant un réel soutien au CH.

Les établissements n'ont pas obtenu d'autorisation de création de service temporaire pour ces unités dédiées, donc aucun financement spécifique, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation s'étant engagée à rembourser de manière ex post ces dépenses.

Au niveau des ressources humaines, la prise en charge médicale et paramédicale a été différente selon les secteurs, soit avec une réaffectation vers cette unité de soins sur la base du volontariat dans certains établissements, soit par une prise en charge par le personnel du service d'urgence, soit enfin par un soutien par des secouristes de la Croix-Rouge Française en sus des personnels soignants.

La mise en place d'unités dédiées est une orientation générale, les moyens pour y parvenir pouvant être nombreux et surtout gradués dans le temps tenant compte de la montée en charge de l'épidémie.

Sans concertation entre les établissements, on peut observer une approche similaire dans les recherches de solutions d'hospitalisation des patients, avec en particulier :

- Une augmentation des prises en charge dans les UHTCD ;
- Une mise en place d'unités dédiées ;
- Un report programmé de fermeture de lits ou de service ;
- Une accélération des sorties ;
- Un transfert des patients ;
- Une réquisition de lits d'un service d'ambulatoire, de chirurgie, etc. ;
- Une utilisation d'une unité neuve non encore ouverte ou d'unités nouvellement fermées ;
- Un doublement de certaines unités en rajoutant des lits.

Ces moyens démontrent les liens très étroits avec la déprogrammation donc la nécessité de prévoir un plan coordonné et gradué selon l'évolution de la crise.

Propositions :

- ☛ **37/ Définir préalablement les critères de prise en charge des patients et les critères d'hospitalisation communs à tous les établissements et portés à la connaissance du SAMU/Centre 15 et des professionnels de santé libéraux.**
- ☛ **38/ Prévoir l'organisation d'unités dédiées dans les plans blancs des établissements.**

2.4 LA DEPROGRAMMATION

2.4.1 Déprogrammation subie et passive

Face à un afflux de patients et compte tenu du manque de lits hospitalier, une déprogrammation des activités non urgentes a été nécessaire. Cette déprogrammation, si elle a été effective, a été plus ou moins organisée selon les établissements :

- *Dans l'arrondissement Est* la Clinique Saint Benoît, n'a pas souhaité déprogrammer ses activités pour des raisons financières liées à la T2A. Mais elle a de fait subi une déprogrammation de certaines activités, certains patients n'ayant pu se déplacer étant eux-mêmes malades ou l'entourage familial étant malade. Cet établissement a noté durant cette période une diminution des actes de traumatologie.
- *Dans l'arrondissement Nord* le Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon n'a pas eu recours à des mesures de déprogrammation, mais a noté également dans les faits une déprogrammation subie, due principalement à l'impossibilité de déplacement de certains patients ou de l'entourage familial malade.

Le seul service à avoir spontanément proposé une déprogrammation de ses activités est le service d'addictologie qui a réduit de près de 50% son activité programmée. Ce service a en revanche refusé de déprogrammer l'ensemble de ses activités. Un débat a eu lieu sur la déprogrammation avec une réflexion sur la légitimité de priorisation des patients atteints du chikungunya par rapport à d'autres pathologies, comme l'alcoolisme (déprogrammation de cure). Une fermeture de l'ensemble du service d'addictologie en situation de reprise de l'épidémie (phase 2 du Plan Santé Chikungunya) a depuis été décidée collégalement. Cette question délicate de priorisation

et de déprogrammations progressives va être approfondie dans les semaines à venir avec les professionnels de santé de l'ensemble des spécialités. La mise en place d'un plan de déprogrammation va être débattue et doit être inscrite au conseil exécutif pour approbation.

- *Dans l'arrondissement Sud* la situation dans certains établissements, comme au GHSR, n'a pas nécessité de déprogrammation des activités chirurgicales. En revanche, l'équipe chirurgicale, en cas de surcharge, était prête à déprogrammer toutes ou partie de ses activités non urgentes.
- *Dans l'arrondissement Ouest* le Centre Hospitalier Gabriel Martin (Saint Paul) a déprogrammé durant 15 jours environ - de fin février à début mars - certaines activités, en particulier les activités ambulatoires, avec un effet quasi immédiat sur les capacités d'accueil. Les différents chefs de service présents en cellule de crise ont validé ces déprogrammations chaque fin de semaine pour une effectivité la semaine suivante.

Aucun établissement n'avait, avant la crise, élaboré un plan de déprogrammation. Le plan cyclone prévoit en revanche que les établissements vidant leurs services et reportent les activités le temps de ce phénomène, ce qui de fait revient à un plan de déprogrammation, mais pour une durée relativement courte.

Les établissements n'ont pas fourni de données d'activités sur le nombre d'actes liés à la déprogrammation (perte d'activité) et le personnel ayant pu être redéployé.

Propositions :

- ☛ **39/ Mettre en œuvre dans tous les établissements de santé de façon graduée un plan de déprogrammation adapté à la nature des événements et tenant compte de l'ampleur de ceux-ci.**
- ☛ **40/ Inclure dans ce plan de déprogrammation des mesures du plan blanc tenant compte des activités très spécialisées.**

2.4.2 La reprogrammation : élément majeur à approfondir

Si la déprogrammation a été plus ou moins subie selon les établissements, la phase de reprogrammation progressive des activités n'a pas été réfléchi collégialement et aucun critère de priorisation de la reprogrammation n'a été élaboré.

Ce fait s'explique notamment par une déprogrammation qui n'a pas été excessivement longue (une quinzaine de jours en moyenne).

La reprogrammation des activités signifie la levée des plans blancs. Elle doit s'organiser à la fois en interne et de façon coordonnée entre les établissements d'une même zone géographique.

La priorisation des activités doit être discutée par les établissements.

2.5 COOPERATION INTER ETABLISSEMENTS

Trois actions essentielles ont contribué à cette coopération :

- Les échanges de moyens humains et matériels ;
- Les transferts de patients vers d'autres établissements faute de place ou pour une prise en charge adaptée ;
- La mise à disposition de lits par le secteur privé.

2.5.1 Echanges de moyens humains et matériels

L'analyse ex post de la propagation spatiale de l'épidémie laisse à penser que des échanges de personnels auraient pu être organisés. Néanmoins, dans le contexte incertain de l'arrivée de la crise, ces échanges de personnels vers les secteurs les plus touchés n'ont pas été réalisés, malgré par exemple une demande forte de l'arrondissement Est en tout début de crise.

En ce qui concerne le matériel, davantage de prêts ont été réalisés (poches, pousse-seringues, etc.) mais ils auraient probablement pu être mieux organisés.

2.5.2 Transferts de patients

Le transfert de patients a posé un certain nombre de difficultés d'accueil dans les autres établissements du fait d'une saturation chronique des capacités hospitalières.

Les transferts spécialisés notamment vers des services de réanimation voire en néonatalogie se sont également heurtés aux mêmes difficultés.

Par ailleurs, il apparaît que certains établissements privés durant cette période de crise avaient un taux de saturation moindre, comme la Clinique du Sud. Malgré leurs propositions de lits vacants, cette clinique n'a pas pu être mise à contribution, du fait principalement de transferts trop longs pour des patients lourds.

2.5.3 Mises a disposition de lits: des intégrations croissantes entre le secteur privé, public et participant au service public hospitalier (PSPH)

Des expériences de coopération approfondie entre des établissements d'un même secteur sont à souligner.

- *Dans l'arrondissement Est*, les trois établissements public, privé et PSPH avaient d'ores et déjà engagés une réflexion de complémentarité entre eux. Cette démarche a facilité leur coordination durant cette crise, coordination rendue par ailleurs nécessaire par la complémentarité des activités sur ces trois sites.
- *Dans l'arrondissement Nord*, la coopération inter établissement s'est traduite essentiellement par des transferts vers la clinique privée. Cette coopération, réalisée sous l'égide de l'ARH, est demeurée un recours pour quelques cas uniquement.
- *Dans l'arrondissement Sud*, la coopération entre le GHSR et la clinique Dureuil, clinique ayant une activité exclusivement chirurgicale, s'est illustrée par une déprogrammation de certaines activités ambulatoires. Le fonctionnement des lits libérés pour des patients atteints par le chikungunya a été assuré par le personnel de la clinique.

La clinique note une perte financière liée à la T2A. Une autorisation de paiement des actes de surveillance des médecins libéraux a été demandée à l'assurance maladie mais n'a pas été acceptée. La clinique a en revanche obtenu une autorisation transitoire d'exercer la médecine.

Les établissements de cet arrondissement ont convenu d'une méconnaissance mutuelle de leur fonctionnement, d'une culture différente et par conséquent de la nécessité si une nouvelle crise devait survenir, de développer dès maintenant un projet coordonné entre eux. Cette crise a réellement initiée une coopération entre les deux établissements de santé.

- *Dans l'arrondissement Ouest*, 9 lits ont été ouverts dans la Clinique Jeanne d'Arc (pavillon «Les Orchidées») dès le mois de février par réquisition⁹. Ce projet s'est heurté à des difficultés logistiques et administratives : en effet, le personnel assurant la prise en charge des

⁹ Annexe VIII.

patients n'était pas du personnel de la clinique, créant des tensions internes du fait notamment de différences statutaire et de salaire. Par ailleurs, certains établissements ont craint une publicité négative pour leur image par le fait d'accueillir des patients atteints du chikungunya, eu égard à leurs activités habituelles. Certains patients ont été réadressés au CH Gabriel Martin faute de personnel médical pour les prendre en charge. Ce fonctionnement n'a duré que 10 jours. La pharmacie et la biologie pour ces patients sont restées du ressort de l'établissement public (CH Gabriel Martin).

Le CH Gabriel Martin conclut à la nécessité dans ces circonstances et faute de solidarité naturelle d'utiliser la réquisition. Le projet en cours prévoit la mise à disposition de 15 lits de la Clinique Jeanne d'Arc. La Clinique Avicenne, qui a une activité exclusive de chirurgie ambulatoire, n'a pas été intégrée au dispositif, ayant principalement une activité d'ophtalmologie.

Certaines cliniques sollicitées ont décliné les demandes de prise en charge de patients atteints par le chikungunya, mettant en avant leur impossibilité de les recevoir correctement du fait notamment d'une absence de personnel médical adapté pour la prise en charge de cette pathologie.

2.6 DEMANDES DE MATERIEL A LA METROPOLE

Les demandes de matériel ont essentiellement concerné :

- Des respirateurs lourds ou d'urgence ;
- Des scopes ;
- Des couveuses ;
- Du matériel de laboratoire ;
- Des brancards et du petit matériel type pousse-seringue.

La demande formulée auprès de la métropole via le Ministère de la Santé et des Solidarités en février 2006 pour l'acheminement de matériel (d'un montant de plus d'un million d'euros) n'a pas été suivie. Il a été proposé aux établissements de santé de La Réunion de réaliser les acquisitions de matériel directement avec leurs fournisseurs après validation de ces commandes avec l'ARH.

Les demandes formulées au Ministère de la Santé et des Solidarités nécessitent en effet de rechercher auprès d'autres établissements du matériel qui serait stocké et éventuellement disponible nécessitant ensuite de l'acheminer.

Les établissements demandeurs ont donc eux-mêmes acheté les équipements nécessaires après validation de l'ARH et ont été remboursés.

Il faut noter de même que la cinétique de l'épidémie aurait peut-être pu permettre une entraide entre les établissements publics de La Réunion voire avec les établissements de santé privés qui auraient pu également contribuer à des prêts temporaires.

Enfin, certains établissements ont fait remarquer l'effet d'aubaine pour certains d'entre eux de cette crise.

Propositions :

- ☛ **41/ Discuter des demandes de matériel complémentaire au sein de la région et disposer d'un état des lieux de l'existant pour chaque établissement.**

2.7 SORTIE DE CRISE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

2.7.1 Retour à la normale

La crise, pour l'ensemble des établissements rencontrés, a duré en moyenne 3 mois, le retour à la normale s'étant fait très progressivement.

Ce retour s'est formalisé par la fermeture des unités dédiées, la reprise de certaines activités comme la chirurgie et la diminution de l'activité des services d'urgence.

Pour autant, le renfort des moyens en personnel a été maintenu jusqu'au mois de mai, ce renfort n'étant plus lié directement à la prise en charge des patients atteints de chikungunya mais au remplacement du personnel fatigué et en récupération.

2.7.2 Impact financier défavorable

Tous les établissements ont fait valoir, après calcul a posteriori, les coûts importants générés par cette épidémie, du fait notamment :

- De la perte d'activité volontaire ou subie et d'une moins value des recettes T2A ;
- D'un surcoût de frais de personnel (heures supplémentaires, vacataires, etc.) ;
- D'une non prise en compte pour les établissements privés de l'exercice d'activités ne rentrant pas dans leur autorisation ;
- Du coût d'achat de matériel supplémentaire.

A ce jour, ces surcoûts ont fait l'objet de dotation aux établissements de santé concernés.

Cet événement et ses conséquences sur les établissements de santé nécessitent de mener une réflexion nationale sur les moyens de financement en l'absence de recettes de T2A liées à leurs activités autorisées.

Propositions :

- ☛ **42/ Conduire une réflexion au niveau national sur les modes de financement des établissements de santé publics et privés amenés à exercer des activités différentes lors de situations sanitaires d'urgence et/ou de crise.**

2.7.3 Préparer la prochaine crise : relecture de la crise et mise en place d'établissements pivot

Sous l'impulsion de l'ARH, chaque établissement pivot a élaboré, en lien avec les établissements de l'arrondissement, un plan de gestion de crise incluant notamment une cellule de crise et un protocole gradué de montée en charge du dispositif.

Les objectifs retenus sont les suivants :

- Arrêter dès à présent la liste des secteurs d'activité où des lits supplémentaires peuvent être installés, et définir l'ordre de montée en charge de ces installations ;
- Dresser dès à présent, en lien avec les établissements de l'arrondissement, la liste des capacités supplémentaires que ceux-ci seront en mesure de mettre à disposition dans le cadre de la montée en charge de l'épidémie, et arrêter l'ordre de mobilisation de ces capacités. Cette mobilisation, si elle engendre des surcoûts financiers, doit faire l'objet d'une validation par l'ARH avant engagement ;

- Dresser dès à présent, et actualiser chaque mois, la liste des ressources humaines supplémentaires susceptibles d'être mobilisées sur place et celles nécessaires à la montée en charge des nouvelles capacités ;
- Evaluer dès à présent les besoins en équipements et consommables dont ils pourraient avoir besoin en cas de crise et de façon graduée en fonction des différentes étapes de montée en charge ;
- Prévoir dès à présent des consultations spécialisées de suivi (rhumatologie en particulier).

L'ensemble de ces mesures doit être intégré dans l'annexe spécifique du plan blanc dédiée au Chikungunya (cf. Ch. II).

2.8 ROLE DU PLAN BLANC DANS LA CRISE LIEE AU CHIKUNGUNYA

2.8.1 Rôle du plan blanc pour une crise longue

L'ensemble des mesures prises par les établissements de santé tout au long de cette crise relève bien des mesures d'un plan blanc, tant pour les mesures générales (mise en place d'une cellule de crise pouvant être précédée d'une cellule de veille, mesures concernant le personnel, recherche de lits, déprogrammation, etc.) que certaines mesures spécifiques liées à cette épidémie comme la mise en place d'unités dédiées.

Tout ou partie du plan blanc peut être déclenché mais doit surtout être adapté à la nature de l'événement. Ce déclenchement peut être gradué dans le temps selon l'évolution et l'ampleur de la crise.

Les questions posées par les professionnels de santé et les directions d'établissement concernant le plan blanc portent sur l'adaptation de ces mesures lorsqu'une crise dure dans le temps, le déploiement de celles-ci en mode dégradé, l'adaptation des moyens en personnel et les modalités de retour à la normale coordonnées entre les établissements de santé.

2.8.2 Comprendre l'absence de déclenchement des plans blancs dans les établissements

Aucun établissement de santé n'a déclenché son plan blanc. Pour autant la plupart des mesures prises à un moment ou à un autre et tel que rapporté à de nombreuses reprises dans ce rapport relève bien des dispositions de ces plans.

Les raisons évoquées sont multiples et traduisent une méconnaissance de ces outils pourtant dans une région où les risques de catastrophe naturelle (cyclones en particulier) sont présents.

Les raisons suivantes ont été avancées :

- Le fait qu'un plan blanc n'est pas adapté à une crise longue ;
- Le risque d'un effet psychologique et pédagogique négatif avec effet de panique vis-à-vis de la population ;
- Le risque d'être ressenti comme une incapacité d'un établissement à anticiper et savoir gérer une crise ;
- Une méconnaissance des effets d'un tel déclenchement et de la graduation des mesures à déclencher. Le plan blanc est encore perçu comme un « outil bloc » ;
- Le risque de désorganiser massivement l'établissement.

L'administration n'a pas souhaité de déclenchement de plan blanc pour les établissements l'ayant demandé voire les a interdit.

Des établissements de santé observent a posteriori :

- Que ce moyen est pourtant un moyen réglementaire à la disposition du préfet ;
- Qu'il donne au directeur de l'établissement un certain nombre de « pouvoirs » ;
- Qu'il permet de mettre l'ensemble des services d'un établissement en ordre de marche ;
- Qu'il doit être vécu comme un ensemble de mesures facilitant la gestion de crise ;
- Que les plans blancs auraient pu être rassurants pour la population ;
- Ils notent la difficulté les week-ends à organiser la gestion du personnel à trouver des lits et reconnaissent l'utilité du plan blanc.

Le Plan Santé Chikungunya actuel ne prévoit pas de déclenchement de plans blancs pour les établissements de santé. Seul le plan blanc élargi est évoqué en phase 3 sans qu'en soient précisés son rôle et son contenu.

Pour autant, la plupart des établissements de santé ont commencé à revoir leur plan blanc et son adaptation en ces circonstances.

Le chapitre II du rapport traite plus précisément de cette question.

Propositions :

- ☛ **43/ Mener une réflexion au niveau national à partir des constats de cette crise sur la nécessité ou non d'adapter les mesures du plan blanc actuel à un crise longue.**

3. MOBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LA GESTION DU PERSONNEL DANS LE TEMPS

La mobilisation et la réactivité des professionnels de santé, des directions des établissements et des services déconcentrés ont été très importantes durant cette crise, avec des difficultés spécifiques dues principalement :

- A la durée de la crise ;
- A l'intensité de la crise ;
- Au fait que les personnels et leurs familles étaient eux-mêmes touchés ;
- A l'impact psychologique lié aux incertitudes autour de la maladie.

Cette mobilisation exceptionnelle au vu de conditions de travail difficiles doit être soulignée.

La gestion du personnel soignant a conduit les établissements de santé à prendre un certain nombre de mesures internes et externes, dont le recours à des professionnels de santé de métropole.

Les dispositions prises dans l'urgence ont permis aux établissements de santé d'assurer la prise en charge de la majorité des patients.

3.1 RENFORCER LE PERSONNEL MEDICAL ET SOIGNANT DES ZONES ET SERVICES SOUS TENSION

3.1.1 Mesures d'aménagement du temps de travail pour le personnel des établissements et les professionnels de santé de ville

Dès les premières difficultés dans les services, des mesures d'aménagement du temps de travail, telles que le recours à des heures supplémentaires, l'annulation de RTT, l'annulation des formations, le passage de temps partiel à temps plein, ont été décidées. L'ensemble des professionnels de santé (soignant, technicien, administratif) a été concerné.

En revanche, concernant le rappel des personnels en congé, cette disposition a été utilisée avec parcimonie selon les établissements, certains directeurs ayant fait valoir l'importance du calme social durant cette période de crise. Il convient de préciser que le mois de janvier à La Réunion correspond à la période de congés annuels.

Suite à cette crise, les autorités sanitaires ont demandé que chaque établissement engage dès à présent, avec la CME et les partenaires sociaux une réflexion visant à limiter la prise des congés annuels et des sessions de formation pendant cette période critique (mi janvier - mi mars).

Les professionnels de santé de ville ont spontanément et lorsqu'ils le souhaitaient augmenté leur temps de travail. Aucune donnée sur ces aménagements n'a été communiquée.

Propositions :

- ☛ **44/ Conduire une étude rétrospective et prospective sur le temps de travail pouvant être dégagé par la mise en œuvre de ces mesures.**
- ☛ **45/ Conduire une réflexion sur la mise en place graduée de ces mesures faisant partie intégrante du plan blanc.**

3.1.2 Absentéisme du personnel

3.1.2.1 Absentéisme pour raison médicale

Une étude relative à la prévalence de l'infection due au virus chikungunya a été conduite en février 2006 pour l'ensemble du personnel du service d'urgence du Groupe Hospitalier Sud Réunion soit 135 personnes. Cette étude montre que 25 % du personnel a été atteint dans les 12 mois précédents, en date de février 2006.

Le taux de maladie du personnel soignant a priori a été sensiblement le même que celui de la population générale, soit environ 33% (novembre 2006) des professionnels des établissements comme libéraux.

Cet absentéisme pour raison médicale a posé certaines difficultés de fonctionnement, le GHSR citant l'exemple de l'absence simultanée de deux médecins du service d'urgence et des difficultés d'assurer leur remplacement.

Les établissements ont néanmoins fait valoir la durée très courte des arrêts maladie (environ 48H), coïncidant par ailleurs souvent avec des périodes de repos.

Pour illustrer cette implication des professionnels, un médecin généraliste de ville de l'arrondissement Sud a expliqué ses conditions d'exercice durant cette période d'épidémie, alors qu'il était lui-même malade : ne pouvant se déplacer du fait de violentes douleurs articulaires et de fièvre, il menait les interrogatoires, faisait le diagnostic et écrivait avec douleur la feuille de prescription pour ses patients sans quitter son bureau.

Les liens entre les professionnels de santé et les directions ont sans doute été renforcés dans ce contexte. L'impact psychologique fort marqué par la peur de tomber malade et les difficultés de trouver des relèves ou relais possibles a été très prégnant durant cette crise et a été relevé par la majorité des établissements.

3.1.2.2 Droit de retrait et départs anticipés

A la connaissance des directeurs des établissements de la Réunion et de Mayotte, aucun cas de personnel ayant fait jouer un quelconque droit de retrait n'est à signaler. Les personnels se sont montrés solidaires et disponibles tout au long de la crise, malgré la fatigue, le travail lourd et parfois la maladie.

Peu de départs anticipés de professionnels de santé ou de personnels techniques et administratifs des établissements sont à noter, ce qui tend à montrer que, pour un risque infectieux sans contagion inter humaine, la mobilisation des personnels est très importante. Quelques personnels de métropole devant arriver à La Réunion ont retardé voire annulé cette venue. Ces reports ou annulations ont été compensés par la suite.

Quelques entreprises de métropole travaillant dans le secteur sanitaire ont en revanche refusé temporairement de se déplacer vers la zone infectée.

3.1.3 Réaffectation du personnel au sein de l'établissement

Il n'y a pas eu de réaffectation de personnel en tant que tel au sein des établissements sinon la réaffectation de personnel d'unités dont les activités ont été réduites.

L'absence de déclenchement de plan blanc a été un frein à la réaffectation de professionnels de santé au sein des établissements.

3.1.3.1 Personnel paramédical

Au sein du Groupement Hospitalier Sud Réunion, des équipes paramédicales ont pu être redéployées facilement grâce à l'existence d'un pool d'infirmières volantes. Ce dispositif existant en situation habituelle a été renforcé pour atteindre 60 personnels paramédicaux, affectés dans les secteurs les plus touchés. Cette souplesse de gestion du personnel paramédical a été permise par la préexistence de ce dispositif à la situation de crise.

3.1.3.2 Personnel médical

Les réaffectations de personnels médicaux ont pris une forme différente: en effet, peu de médecins au sein des établissements ont changé de service durant cette crise, hormis quelques cas venus renforcer les unités dédiées aux patients atteints par le chikungunya.

3.1.3.3 Former en urgence du personnel

Pour accroître les ressources internes sur certaines spécialités, des formations accélérées ont été organisées au sein du Groupement Hospitalier Sud Réunion de Saint Pierre notamment pour la réanimation.

3.1.4 Recrutement et difficultés locales en terme de marche d'emploi

3.1.4.1 Privilégier le recrutement aux renforts extérieurs

La plupart des établissements, suivant une stratégie validée par les CME et les directions, ont privilégié le recrutement de professionnels de santé avant de bénéficier d'un recours à des volontaires de métropole.

Ce principe n'a cependant pu être appliqué dans certains établissements déjà confrontés à des difficultés importantes de recrutement de personnel.

Des recrutements ont été réalisés en outre pour des personnels administratifs, sociaux et médico-techniques (techniciens de laboratoires, secrétaires médicales, assistantes sociales, psychologues, etc.).

Dans le secteur de Saint Paul, où le recrutement est relativement facile compte tenu de l'attractivité de la zone, 7 infirmières et 6 aides-soignantes ont été recrutées immédiatement.

Dans le secteur de Saint Pierre, pour le bassin Sud de La Réunion, entre 60 et 80 infirmiers ont été embauchés (sur des Contrats à Durée Déterminée dont certains ont été pérennisés en Contrats à Durée Indéterminée par la suite).

Pour le secteur Est et pour Mayotte, zones moins attractives, le recrutement en urgence a été extrêmement difficile.

3.1.4.2 Des difficultés accrues pour les établissements privés

Les remplacements courts, suite à l'absentéisme de certains personnels pour maladie, ont été difficiles à mettre en place. La plupart des cliniques ne disposent pas de pools d'infirmiers volants et ont eu des difficultés réelles à remplacer le personnel en arrêt.

Les établissements de santé privés connaissent par ailleurs de réelles difficultés, dûes notamment aux rémunérations plus élevées du secteur public donc plus attractives.

3.1.4.3 Comblent aujourd'hui les postes vacants

Il manquerait actuellement, durant l'hiver austral 2006, plus de 150 personnels paramédicaux à La Réunion, et en situation de crise similaire, 300 à 400 paramédicaux feraient défaut. D'autres catégories de personnels sont concernées comme les aides-soignantes, les masseurs kinésithérapeutes et les sages-femmes.

Ce déficit est dû au départ des personnels venant de métropole en fin de contrat et à l'attente des nouveaux arrivants qui se fait progressivement pendant les mois de juillet, août et septembre. Cette année, probablement du fait du chikungunya, le nombre de postes vacants est plus important que les années précédentes, en particulier dans le Nord et l'Est et plus spécifiquement dans le secteur privé à but lucratif.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation a lancé un vaste programme de recrutement et de recherche de personnel, mettant en avant l'attractivité de l'île et les possibilités professionnelles intéressantes. Ce programme, mis en place par l'ARH fin juin 2006 en lien avec des représentants des établissements de santé (publics et privés), la DRASS, l'ANPE et le Conseil Régional, passe notamment par la participation à des salons de recrutement, des actions de sensibilisation des réunionnais de métropole pour les inciter au retour, la promotion de postes temps plein, une meilleure utilisation des stages professionnels, des actions de communication envers les médias, etc¹⁰.

De façon analogue, des mesures de formation ont été impulsées.

3.1.5 Recherche de personnels extérieurs à l'établissement

Afin de faire face à la crise et constatant que les aménagements internes dans les établissements ne seraient pas suffisants pour pallier le manque de personnel, une recherche de personnels extérieurs aux établissements a été menée, avec des spécificités selon les secteurs.

3.1.5.1 Rôle des bénévoles : bénévoles spontanés, associations, etc.

Peu d'établissements ont obtenu des renforts de bénévoles lors de cette crise.

Le Centre Hospitalier Interdépartemental, la Clinique Saint Benoît comme le Centre Hospitalier Gabriel Martin ont fait appel à la Croix-Rouge Française qui a pu soutenir le service d'urgence avec le renfort de deux secouristes, même si cette association a globalement porté ses efforts vers l'aide à domicile.

¹⁰ Note de l'ARH du 11 août 2006.

Propositions :

- ☛ 46/ Préciser le rôle des associations en situation de crise et soumettre les orientations au CODAMUPS.
- ☛ 47/ Prévoir pour les établissements de santé cette possibilité dans le cadre d'une convention conclue avec ces associations.
- ☛ 48/ Intégrer ces moyens dans les mesures du plan blanc relatives au renforcement du personnel.

3.1.5.2 Recours à un « corps de réserve sanitaire » : étudiants, retraités, etc.

Le recours à des étudiants volontaires, et en particulier à des étudiants d'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) a permis de mobiliser des ressources supplémentaires, (notamment les week end pour ne pas perturber la scolarité des élèves). Environ la moitié des étudiants ont ainsi été mobilisés, faisant preuve d'une grande solidarité.

Dans l'arrondissement Est, la Clinique Saint-Benoît, qui n'a pas pu profiter d'une proximité avec un Institut de Formation en Soins Infirmiers, s'est tournée vers les retraités de l'établissement qui ont été contactés et mobilisés par la direction et au travers des médias, mais qui n'ont pas été utilisés compte tenu de l'arrivée des renforts de métropole.

Dans l'arrondissement Ouest de Saint Paul, une infirmière de santé scolaire s'est présentée pour travailler bénévolement. Compte tenu de son expérience en pédiatrie, elle a été affectée aux urgences pédiatriques les week end, après déclaration de son arrivée e tant que bénévole auprès de l'assureur du Centre Hospitalier.

Propositions :

- ☛ 49/ Etablir dans les établissements la liste des moyens de renforcement possible du personnel toute catégorie confondue.
- ☛ 50/ Etablir la liste des moyens externes.¹¹ Il importe que les établissements de santé et les autorités sanitaires, sur la base des initiatives déjà entreprises, initient cette démarche.

3.1.6 Vers un retour à la normale pour le personnel ?

L'organisation du personnel a été ressentie par la majorité des établissements de santé comme une des difficultés essentielles à gérer la post crise.

En termes de ressources humaines, le retour à la normale suite à la crise est long et décalé dans le temps pour le personnel, puisque les établissements durant ces mois de tension ont contracté, dans une certaine mesure, une « dette » – de congés, de formation, de RTT – envers le personnel. La fin de crise a été vécue assez difficilement par le personnel, se sentant abandonné, avec des difficultés prévisibles de récupération des jours de congé, surtout dans les établissements privés.

Cette « dette » n'est toujours pas totalement épurée, et ce volet relatif aux ressources humaines continue à être géré avec attention.

Dans certains cas, comme pour le service de réanimation du Groupement Hospitalier Sud Réunion, il y a eu nécessité de fermer la moitié d'un service pendant quelques jours pour permettre les récupérations du personnel.

¹¹ Un texte législatif est en préparation au niveau national portant notamment sur la constitution d'un corps de réserve sanitaire.

Les renforts de métropole ont contribué durant les dernières semaines notamment à partir du mois d'avril à combler cette dette.

Proposition :

- **51/ Prévoir dans les plans blancs l'intégration de cette dimension post crise et de reprise normale des activités.**

3.1.7 Reconnaître la mobilisation exceptionnelle des professionnels de santé : la prime chikungunya

La prime de 300 euros qui a été accordée à tous les personnels (médecins, soignants ainsi que les personnels administratifs et techniques) des établissements publics et privés de La Réunion et de Mayotte investis dans la prise en charge de l'épidémie a été unanimement appréciée tant sur le principe même participant à la reconnaissance du travail intense que sur la méthode de prime identique à tous, qui contribue au maintien de la cohésion de équipes.

Il est à noter l'exclusion des personnels en position d'activité mais non présents aux mois de janvier ou de février 2006.

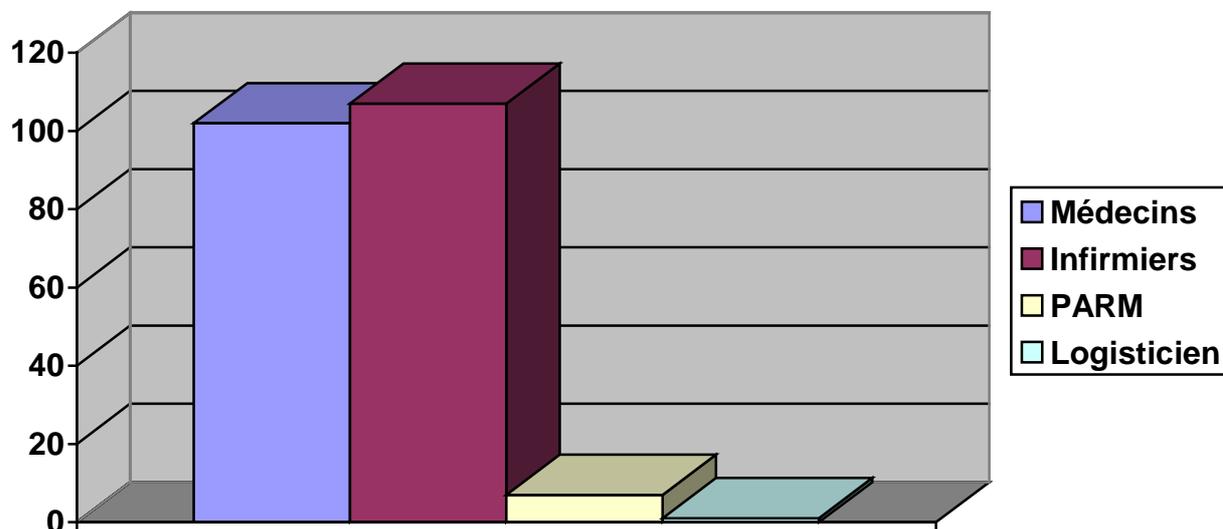
3.2 RECOURS A DES RENFORTS DE PROFESSIONNELS DE SANTE DE METROPOLE

3.2.1 Présentation des renforts métropolitains

Dans le cadre de la crise liée à l'épidémie de chikungunya à La Réunion / Mayotte de février à mai 2006, des professionnels de santé ont été envoyés depuis la métropole en renfort des équipes hospitalières. Ce dispositif de projection de personnel, habituellement utilisé suite à des catastrophes naturelles à l'international, a été ainsi transposé vers un département français pour la première fois. Un tel renfort de personnel, pour des raisons administratives et financières, n'a, dans le cadre juridique début 2006, été possible que pour des personnels salariés à temps partiel ou à temps plein de la fonction publique hospitalière.

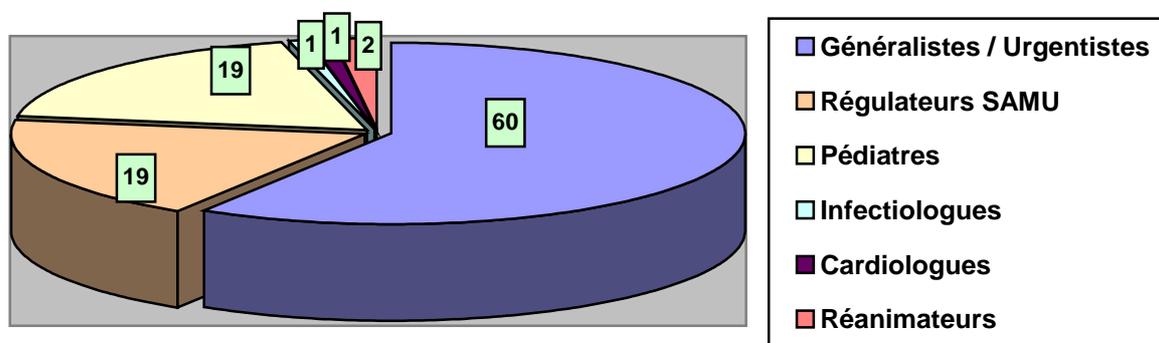
Au total, 217 professionnels de santé sont partis en mission temporaire dont 102 médecins, 107 infirmiers et 7 PARM. En sus des professionnels de santé, un logisticien a été envoyé depuis la DRASS de Bretagne au début de la crise pour coordonner les affectations et les problèmes logistiques sur place.

Figure 11 : bilan des professionnels du secteur de la santé envoyés en renfort de métropole



Pour les médecins envoyés, les spécialités représentées sont les suivantes :

Figure 12 : médecins envoyés en renfort à La Réunion par spécialité



Il est à noter l'envoi de professionnels de santé par le Service de Santé des Armées ainsi que par la Croix-Rouge Française.

Il est par ailleurs intéressant de remarquer que tous les établissements hospitaliers n'ont pas fait le même effort quant à l'envoi de professionnels. En effet, si on compare les départements ayant envoyé des professionnels de santé, on observe que les départements sièges de Centres Hospitaliers Universitaires ont pu plus facilement libérer pour des missions de 15 jours les professionnels de santé. Il faut en outre observer que l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris a envoyé plus de 54 professionnels de santé, sur les 217 partis, soit près de 25%¹².

¹² Annexe IX.

3.2.2 Évaluation des besoins de renforts métropolitains

Si l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a procédé à une estimation générale des besoins de renforts en personnels, les établissements n'ont peu voire pas mené d'analyse des besoins en renforts de personnels de métropole ; les établissements se sont contentés de travailler aux affectations des professionnels de santé envoyés par la métropole, en fonction des profils de volontaires.

Les établissements rencontrés ont convenu qu'une analyse fine des besoins et l'élaboration de profils de postes auraient permis une adéquation meilleure entre les volontaires envoyés et les missions confiées. Certaines professions comme les secrétaires médicales, les techniciens de laboratoires, les kinésithérapeutes ou les assistantes sociales auraient pu être renforcées, si le marché local n'avait pas permis de pallier le manque de professionnels de santé.

Une fiche sur les renforts métropolitains a été adjointe au Plan Santé Chikungunya de lutte contre le chikungunya élaboré en 2006 afin d'encadrer cette procédure¹³.

Propositions :

- ☛ **52/ Prévoir pour chaque établissement l'évaluation de ses besoins et établir des fiches de poste correspondantes.**

3.2.3 Appréciation sur le terrain de l'efficacité des renforts

3.2.3.1 Bilan général

Le ressenti sur le terrain des équipes de La Réunion et de Mayotte est globalement positif, ces renforts leur ayant permis une suppléance en terme clinique ainsi qu'un soutien aux équipes fatiguées par la crise. L'effet psychologique de l'arrivée de renforts sur les équipes de soins en poste a été extrêmement important.

Il est à noter quelques difficultés avec certains professionnels de santé qui souhaitent avoir plus de loisirs (entre autres pour faire du tourisme), ce que la situation comme leur mission ne permettait pas.

Enfin, de façon opposée, certains personnels envoyés se sont plaints dans les services d'une situation à leurs yeux n'ayant pas nécessité un tel envoi de renforts (pas la « crise humanitaire » décrite par les médias à certaines périodes et dans certains établissements de santé).

Un problème d'encadrement concernant les équipes paramédicales envoyées par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris avec leur cadre a émergé, un double encadrement n'étant pas possible dans les conditions telles que vécues à La Réunion et à Mayotte. Ce retour d'expérience doit être pris en compte dans le cadre d'envoi de professionnels de santé pour une prochaine crise.

La présence d'un logisticien auprès de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a été bénéfique pour les établissements comme pour le Ministère de la Santé et des Solidarités.

3.2.3.2 Question de l'adaptation à l'emploi et les améliorations possibles

L'affectation des volontaires de métropole a été réfléchi pour une action rapide et efficace. C'est pourquoi les services d'urgence et les unités dédiées aux patients atteints par le chikungunya ont été privilégiés.

¹³ Annexe X.

Les établissements ont néanmoins regretté le manque de concertation initiale pour l'accueil et l'affectation des professionnels de santé en renfort.

Ces constats ont conduits à revoir les procédures mises en place dans l'urgence.

Ainsi dans la fiche annexée au Plan Santé Chikungunya, il est précisé l'envoi en amont par le Ministère de la Santé et des Solidarités via l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du CV du volontaire arrivant dans l'établissement, afin de pouvoir réfléchir à cette affectation.

Les horaires des volontaires étaient à la diligence de l'établissement d'accueil, la plupart des directions ayant choisit de trouver un équilibre dans le rythme de travail pour les renforts, en tenant compte des besoins (par exemple, travail en fin d'après-midi et soirée).

3.2.3.3 Difficultés logistiques particulières à chacun des acteurs

La logistique pour la prise en charge de ces volontaires a été relativement lourde pour les établissements d'accueil (attente à l'aéroport, réservation de chambres d'hôtel, etc.) et pour les établissements d'origine (prise de billets d'avion, changement de service pour les collègues comblant les plages, etc.).

Le même constat peut-être fait pour l'Agence Régionale de l'Hospitalisation dans sa mission de coordination et pour le Ministère de la Santé et des Solidarités dans le cadre de la recherche de candidats et de vérification des conditions administratives, juridiques et logistiques de ces missions.

3.2.3.4 Question de la durée de la mission

Les établissements d'accueil comme le Ministère de la Santé et des Solidarités auraient souhaité une durée minimale pour les renforts de 21 jours. Cette volonté s'est heurtée aux réalités des établissements métropolitains qui ne peuvent que très difficilement libérer ainsi du personnel.

La durée moyenne de séjour a été de 13,9 jours, le minimum étant 7 jours et le maximum 21 jours de présence sur place.

Les missions de médecins du Service de Santé des Armées pendant deux mois, voire davantage, ont été extrêmement utiles compte tenu de la durée de cette mission pour les établissements qui ont pu bénéficier d'un tel renfort (CH de Saint Pierre, CH de Saint Benoît, CH Mayotte).

Propositions :

☛ **53/ Ouvrir un débat avec les conférences des directeurs généraux de CHU et les directeurs de CH, les conférences de CME des CHU et des CH sur le point précis des renforts de professionnels de santé d'un département à l'autre.**

3.2.3.5 Protection des renforts

La couverture assurantielle des personnels métropolitains en renfort a été une question épineuse. En effet, plusieurs incidents sont à noter, comme un personnel ayant attrapé le chikungunya le lendemain de son arrivée, et qui est resté 15 jours malade à La Réunion.

Un grave accident de la route d'une infirmière de métropole est à mentionner, avec un questionnement sur la prise en charge des coûts induits. La prise en charge s'est faite spontanément par l'établissement d'origine du professionnel de santé (Assistante Publique – Hôpitaux de Marseille), mais cette question aurait pu faire débat.

A Mayotte, le Centre Hospitalier a pris le parti de distribuer à tous les volontaires de métropole des répulsifs et une moustiquaire pour leur séjour.

Le projet de loi en cours sur la mise en place d'un corps de réserve sanitaire devrait encadrer ce type de prise en charge.

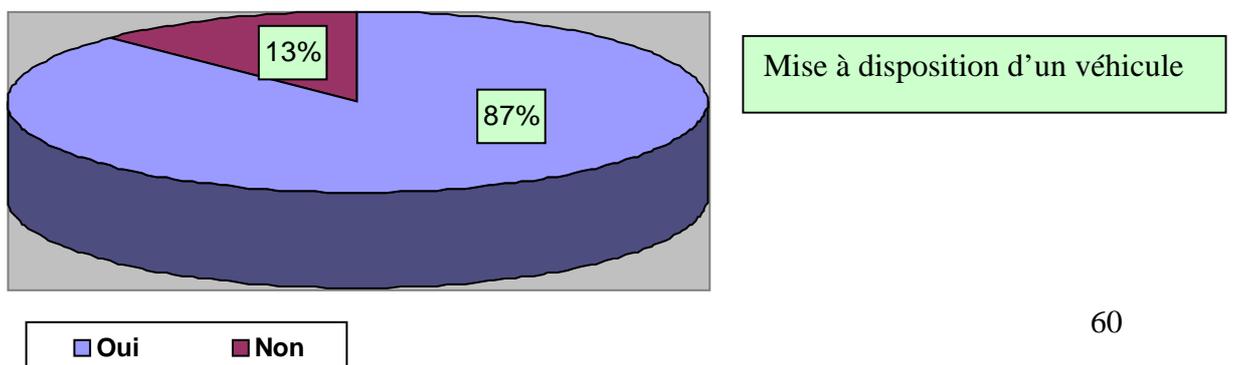
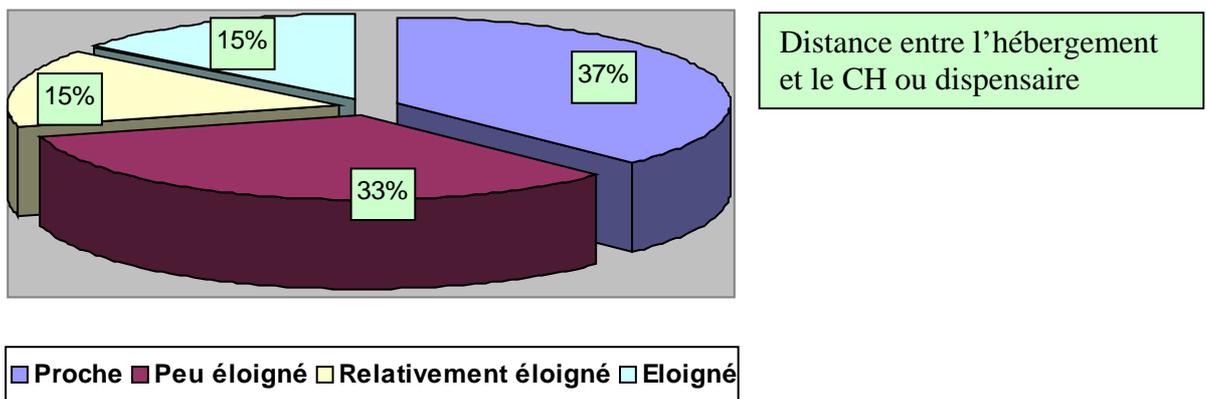
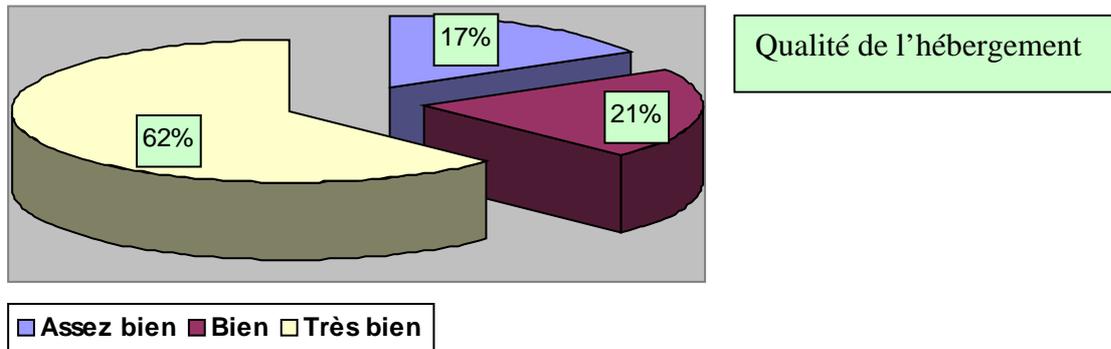
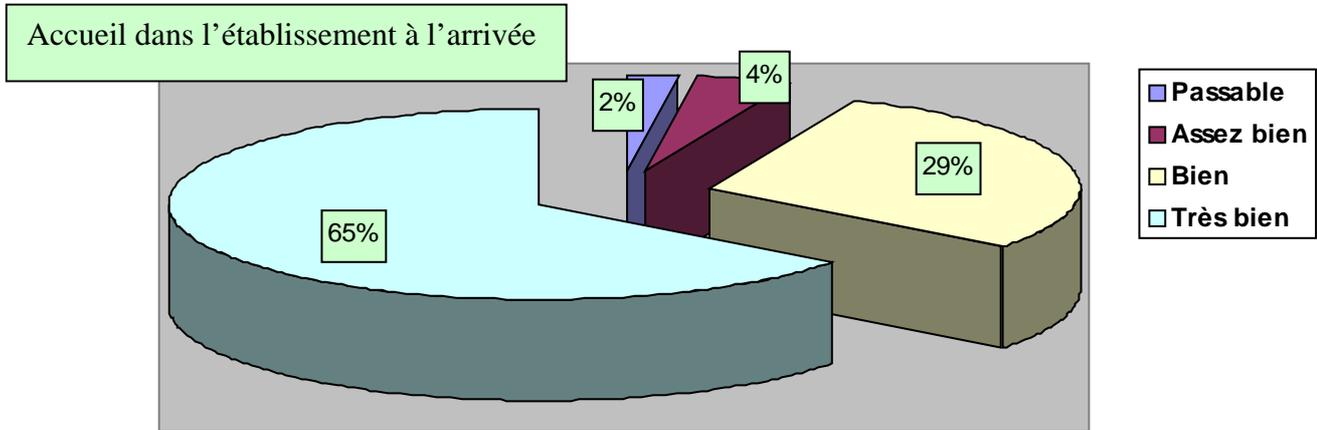
3.2.4 Appréciation de leur mission par les volontaires

Un questionnaire a été envoyé aux professionnels de santé venus renforcer les centres hospitaliers de La Réunion et Mayotte, afin d'obtenir leur ressenti sur les conditions d'accueil et leur exercice professionnel pendant cette mission, et leur donner la possibilité de porter à la connaissance du Ministère de la Santé et des Solidarités des éléments qu'ils jugeaient importants.

3.2.4.1 Conditions d'accueil des volontaires

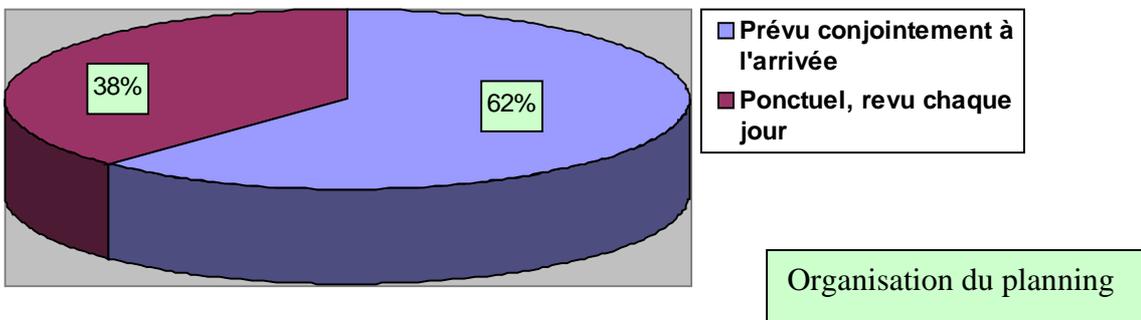
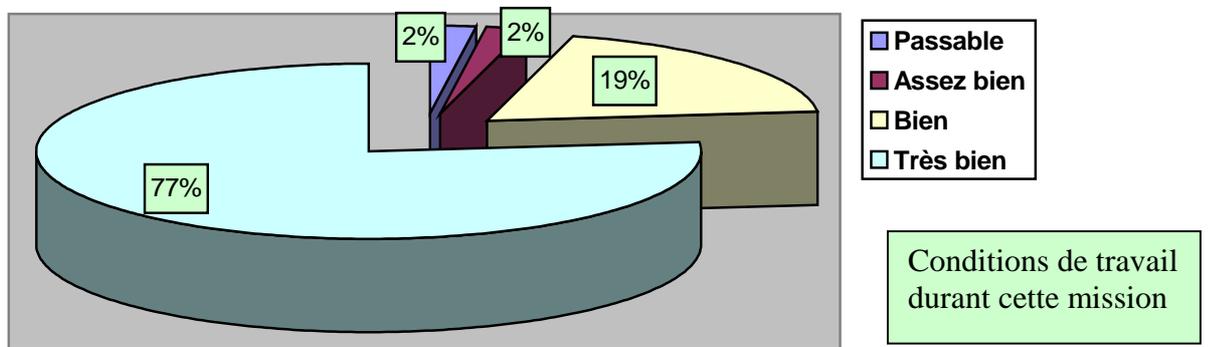
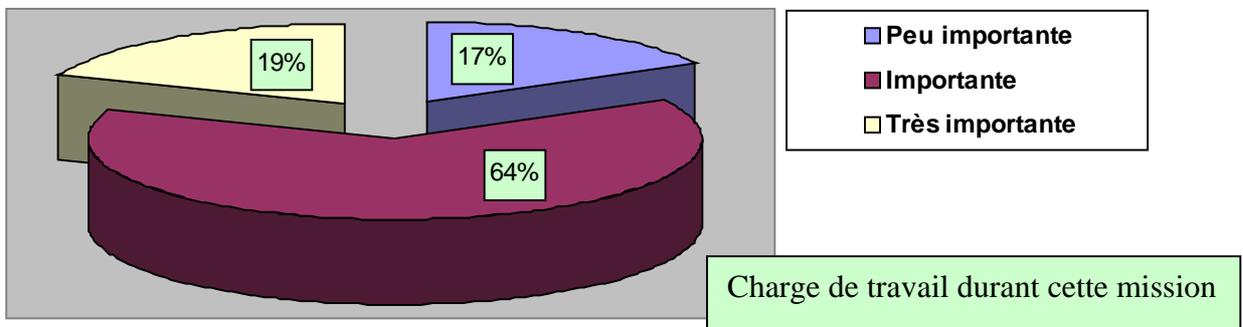
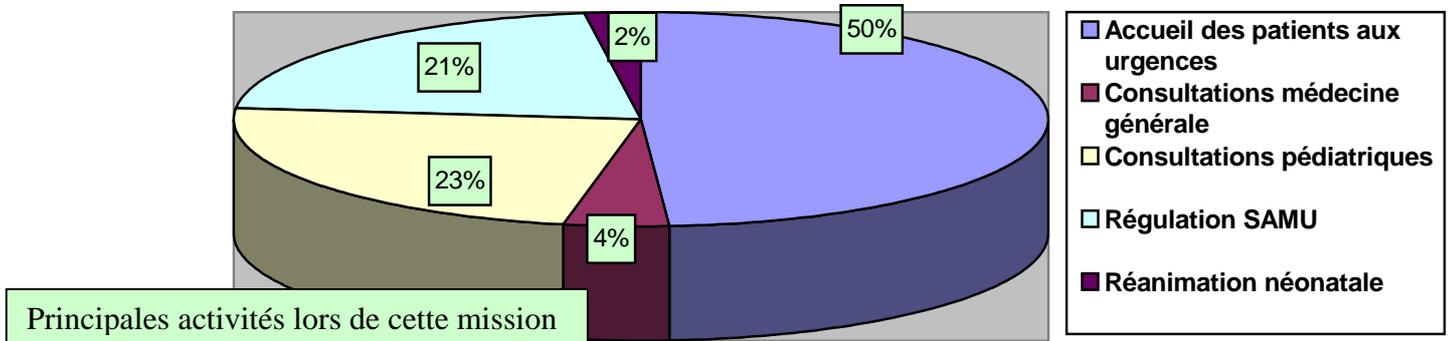
Le bilan général sur les conditions d'accueil, au vu des retours des questionnaires, est très positif, tant sur l'organisation mise en place par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation que de la part des établissements d'accueil.

Figure 13 : Remontées des volontaires concernant les conditions d'accueil



3.2.4.2 Conditions d'exercice professionnel

Figure 14 : Remontées des volontaires concernant les conditions d'exercice professionnel



3.2.5 Points d'amélioration et mise en place d'une procédure pour les renforts en professionnels de Santé

Le Plan Santé Chikungunya inclut maintenant une procédure portant sur la gestion des renforts métropolitains. Celle-ci prévoit d'établir des fiches de missions, de présentation des établissements de santé, l'envoi en amont d'un CV du volontaire choisi, voire préconise un entretien téléphonique avec le chef de service ou la direction.

Par ailleurs, il serait nécessaire d'affiner le recrutement des professionnels envoyés et les adapter aux missions et conditions de terrain (par exemple, des professionnels de santé issus d'Organisations Non Gouvernementales seraient mieux adaptés pour Mayotte compte tenu des conditions difficiles).

Une grande partie des observations faites portant tant sur les renforts internes qu'externes aux établissements et incluant les renforts de métropole trouveront une réponse dans le cadre législatif du corps de réserve sanitaire (proposition de loi en préparation)¹⁴.

Ces observations portent sur :

- Le statut des personnels (public et privé) étudiant, actif et retraité ;
- Leur couverture juridique et assurantielle ;
- Leur rémunération ;
- Leur positionnement vis-à-vis de leur employeur.

Certaines d'entre elles devront faire l'objet de réflexions annexes notamment la durée de ces missions et les moyens d'y faire face pour les renforts métropolitains.

¹⁴ Proposition de loi relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaire de grande ampleur.

SECONDE PARTIE :
ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES
GENERALES

INTRODUCTION

En France, aucune région n'a été jusqu'à présent confrontée à une épidémie aussi importante et de durée aussi longue que celle qui a frappé la région de La Réunion et de Mayotte. Le caractère insulaire de La Réunion a impliqué des conséquences propres à ce département mais, dans l'ensemble, la plupart des mesures prises s'identifient globalement aux réflexions et programmes d'actions initiés dans le cadre de la préparation à d'autres crises.

Les enseignements et perspectives générales pouvant être tirés de ce retour d'expérience concernent en conséquence et en priorité La Réunion mais également tous les acteurs travaillant sur les plans sanitaires. En ce sens, les réflexions en cours au niveau national portant notamment sur l'organisation des soins à mettre en place en cas de survenue d'une pandémie grippale sont susceptibles de pouvoir évoluer au vu de ce retour d'expérience.

Les enseignements et perspectives générales qui suivent tiennent compte de l'expérience acquise au travers d'autres crises similaires et de la conduite d'un certain nombre de travaux au niveau national.

1. RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES POUR LA REUNION

Suite à cette épidémie de grande envergure, prenant en compte notamment les difficultés rencontrées dans les domaines de la lutte antivectorielle, de l'adaptation du dispositif de soins et de la prise en charge des personnes vulnérables, les autorités préfectorales et sanitaires se sont attachées dès la fin de cette crise à élaborer un plan rassemblant des mesures à mettre en œuvre en cas de reprise de l'épidémie.¹⁵

Les recommandations qui suivent portent notamment sur les dispositions du Plan Santé Chikungunya.

1.1 LE PLAN SANTE CHIKUNGUNYA

1.1.1 Présentation générale du Plan Santé Chikungunya

Le Plan Santé Chikungunya présenté par le Préfet en octobre 2006 est le document de référence si une telle épidémie devait se reproduire. Les grands axes de ce plan tiennent compte des observations et des enseignements tirés sur le terrain selon les sujets traités et proposent notamment une réponse graduée selon la montée en charge de l'épidémie.

Ce plan inclut neuf parties portant sur :

- La surveillance du chikungunya ;
- La lutte antivectorielle ;
- La prévention du chikungunya : le plan de modernisation sociale ;
- Les soins ambulatoires ;
- Les soins aux malades hospitalisés ;
- L'action sociale en faveur des personnes vulnérables ;
- La formation ;
- La communication ;
- La logistique.

¹⁵ Plan Santé Chikungunya, Octobre 2006.

Le tableau figurant ci-dessous synthétise ces axes et les actions à mettre en œuvre en fonction des phases et niveaux prévus par le plan :

Lutte anti vectorielle		Soins ambulatoires	Soins hospitaliers	Actions sociales
Veille	Absence de transmission Situation inter épidémique	Phase 1 Période interépidémique et phase d'épidémie modérée faible et moyenne intensité Présentée comme une phase préparatoire	Phase préparatoire	Premier niveau Période inter épidémique et phase d'épidémie de faible intensité. Essentiellement phase préparatoire
N°1	Inférieur à 100 cas/semaine Situation endémique			
N°2	Entre 100 et 500 cas/semaine Situation épidémique de moyenne intensité		Phase 1 Critères : augmentation de l'activité d'un SAU de 15 à 20% sur 4 jours Déclenché par le directeur de l'établissement pivot	Deuxième niveau Phase d'épidémie de moyenne intensité
N°3	Plus de 500 cas/semaine Situation épidémique de grande intensité	Phase 2 Phase d'épidémie massive ou de grande intensité	Phase 2 Critères : l'établissement pivot ne fait plus face. La phase 2 est déclenché par le directeur de l'ARH.	Troisième niveau Phase d'épidémie de grande intensité « Déclenchement » des plans bleus
Pas de niveau correspondant		Phase 3 Plus de 50 000 cas/semaine ?	Phase 3 Déclenchement du plan blanc élargi par le préfet.	Pas de niveau correspondant

Figure 15 : Tableau récapitulatif des actions prévues dans le plan (par niveau et phases)

Il serait opportun d'harmoniser à la fois la terminologie utilisée pour qualifier les niveaux de montée en charge (« phase » et « niveau ») mais également les seuils et leurs définitions, l'objectif étant qu'ils soient identiques pour toutes les grandes actions (lutte anti-vectorielle, soins ambulatoires, actions sociales, etc).

Une phase 3 est prévue dans le cadre des soins ambulatoires et hospitaliers, impliquant « la mise en place de moyens exceptionnels ». Il conviendrait, comme pour les autres phases, de préciser dans ce cas les moyens qui seront mis en œuvre, ce qui n'est pas explicité dans le Plan Santé Chikungunya.

Cette phase n'existe pas par ailleurs pour la lutte antivectorielle et la prise en charge des personnes vulnérables.

1.1.2 Plan blanc, plan blanc élargi et plan bleu

Le Plan Santé Chikungunya n'évoque ni les plans blancs et leur déclenchement, ni le concept de plan blanc élargi hormis dans la phase 3 des soins hospitaliers sans en préciser leur rôle.

Or, il paraît essentiel comme évoqué à plusieurs reprises dans le chapitre I, d'organiser cette gestion de crise autour de ces plans.

L'analyse qui suit, décline par grande partie du plan l'articulation de ce dispositif.

1.1.2.1 Partie IV du plan « les soins ambulatoires »

La partie IV du Plan Santé Chikungunya intitulée « Les soins ambulatoires » traite à la fois de la permanence des soins des médecins libéraux, des pharmacies d'officine, des ambulanciers et exclue de cette démarche d'autres professionnels, notamment les infirmières et les kinésithérapeutes.

Le dispositif prévoit trois phases de montée en charge, la phase 3 n'étant pas par ailleurs explicitée.

Phase 1 « soins ambulatoires »

La phase 1 du plan prévoit essentiellement les modalités d'organisation du dispositif.

Or, ces modalités devraient être identifiées définies dès maintenant et être intégrées au plan blanc élargi.

En effet, la phase 1 même si elle n'est pas en totale concordance avec la phase 1 sur les soins aux malades hospitalisés, correspond à une épidémie de moyenne intensité et devrait, comme pour les établissements de santé, être une phase de montée en charge du dispositif et non une phase d'organisation.

Tout le dispositif doit être identifié dès à présent (MGS, équipes, locaux, matériel, etc.) et il conviendrait qu'il y ait un parallélisme des formes entre l'accueil dans les établissements de santé et la prise en charge en ambulatoire tant pour la phase 1 que pour la phase 2.

Phase 2 « soins ambulatoires »

Le principe de la phase 2 repose notamment sur les maison de garde santé (MGS) C'est une excellente initiative y compris l'intégration d'un pharmacien d'officine au sein de cette structure. La dimension sociale doit néanmoins impérativement être prise en compte.

Ce dispositif doit de façon analogue être complété de différentes mesures soulignées dans la première partie de ce rapport notamment, d'un numéro de téléphone dédié pour les médecins libéraux, d'un centre de coordination pour les soins infirmiers, etc.

Enfin, il est indispensable d'intégrer dans ce dispositif les moyens de coordination des professionnels de santé voire les structures dispensant des soins infirmiers à domicile.

Cette phase 2 fait partie du plan blanc élargi.

1.1.2.2 Partie V du plan « les soins aux malades hospitalisés »

La partie V du plan intitulée « Les soins aux malades hospitalisés » définit quatre phases de montée en charge du dispositif, précisant les modalités d'organisation des établissements de santé par arrondissement (capacités hospitalières, moyens en personnel, organisation des laboratoires, etc.), le principe retenu étant de désigner dans chacun d'eux un établissement de santé pivot.

Sur cette base, un certain nombre d'actions pour la prise en charge des patients sont recommandées.

A aucun moment n'apparaît la notion de plan blanc et du déclenchement de celui-ci, lorsque la situation n'est plus maîtrisée. Or, l'ensemble des mesures préconisées fait partie intégrante de ces plans, celles-ci pouvant être déclenchées tout ou partie par les directeurs des établissements ou à la demande du préfet.¹⁶

La notion de plan blanc élargi apparaît à la phase 3 sans en préciser les conséquences quant aux mesures en découlant.

Phase 1 « soins hospitaliers »

La phase 1 de ce niveau de prise en charge pourrait tirer profit des critères définis dans le cahier spécifique du guide « Plan blanc et gestion de crise »¹⁷ intitulé « l'établissement de santé en tension »¹⁸.

Ce cahier a pour objectif d'appréhender le seuil subtil qui doit, en toute logique, induire le recours au plan blanc. Les recommandations qui sont faites ont vocation à proposer un ensemble de mesures d'aide aux établissements et de principes d'organisation pouvant d'ores et déjà être mis en place, notamment les cellules de veille.

Cette mesure est valable pour tous les établissements d'un arrondissement touché.

Cette phase pourrait également intégrer la nécessité de déclenchement du plan blanc de l'établissement de santé pivot de l'arrondissement puisque le passage à la phase 2 est conditionné par la saturation des moyens de cet établissement.

Phase 2 « soins hospitaliers »

Le passage à la phase 2 implique la mobilisation de tous les établissements de santé de l'arrondissement. A ce stade, il est indispensable de préciser la nécessité pour tous les établissements de déclencher leur plan blanc.

Le Plan Santé Chikungunya prévoit à ce niveau le déclenchement et la mise en œuvre d'un certain nombre de mesures propres aux établissements correspondant aux plans blancs, mais également communes voire coordonnées entre eux.

Il convient de préciser que l'ensemble de ces mesures adaptées à la taille et à la spécificité des établissements et nécessitant une coordination doit être intégré dans le plan blanc élargi¹⁹, outil à disposition du Préfet.

Celui-ci pourrait de même prévoir, tenant compte de la cinétique observée de cette épidémie, une possibilité d'aide entre les arrondissements.

Phase 3 « soins hospitaliers »

La phase 3 est identifiée comme une généralisation de la phase 2, supposant que l'épidémie sévise avec la même intensité dans tous les arrondissements, à la même période. Effectivement, il y aurait nécessité que tous déclenchent en même temps leur dispositif, les mesures restant identiques. Le plan blanc élargi serait appliqué effectivement à tout le département.

Le plan blanc élargi est un outil à la disposition du Préfet pouvant être mis en œuvre dans tout ou partie dans un département.

L'opportunité de cette troisième phase doit être rediscutée.

¹⁶ Décret du 30 décembre 2005.

¹⁷ Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006.

¹⁸ Guide « Plan Blanc et Gestion de crise », cahier spécifique, « L'établissement de santé en tension », p.122.

¹⁹ Guide « Plan Blanc et Gestion de crise », p.53.

1.1.2.3 Partie VI du plan « l'action sociale en faveur des personnes vulnérables »

La partie VI du plan intitulée « Action sociale en faveur des personnes vulnérables » traite essentiellement de l'organisation des établissements sociaux ou médico-sociaux pour la protection et la prise en charge des résidents.

Organisation des établissements médico-sociaux

Le dispositif gradué présenté inclut trois niveaux, *le premier niveau* recommandant aux établissements de se doter d'un plan bleu à l'instar des recommandations pour les établissements de ce type en métropole en prévision de canicule. *Le second niveau* prévoit le déclenchement de ces plans par établissement et *le troisième niveau* correspond à une généralisation pour tous les établissements.

Il convient de rappeler la réglementation concernant la mise en place de plans bleus dans les établissements médico-sociaux.

Un décret²⁰ prescrit en effet cette nécessité, et un arrêté²¹ précise les grands axes, l'objectif étant que ces établissements prévoient les dispositions nécessaires à mettre en place lors de situations d'urgence ou de crise. Cette réglementation s'applique à tout département français de métropole comme des DOM/TOM.

Il est d'autant plus important d'explicitier les mesures du plan bleu puisqu'il ne se déclenche pas par le directeur de l'établissement mais représente bien un outil à la disposition du responsable de l'établissement.

Il serait indispensable que ces établissements disposent d'un cadre et de recommandations nationales pour pouvoir élaborer ce plan dans le même esprit que les plans blancs des établissements de santé.

Prise en charge sociale à domicile

La majorité des acteurs de soins rencontrés ont souligné l'importance de la prise en charge sociale liée à cette maladie et nécessaire au maintien à domicile.

Cette prise en charge n'a pas vraiment été organisée, les différentes structures ou institutions en charge de ces prestations ayant travaillé sans coordination entre elles. Une des revendications des structures d'aide à domicile, et une demande unanime de tous les professionnels de santé, est d'organiser ce secteur de prise en charge par une présence notamment au sein des MGS, par la mise en place d'une coordination de ces différents acteurs et par la mise à disposition des professionnels d'un numéro de téléphone unique leur permettant d'accéder rapidement aux demandes des patients.

Ces dispositions de prise en charge sociale des patients à domicile doivent figurer explicitement dans le Plan Santé Chikungunya.

Structures intermédiaires ou « domiciles de substitution »

Cette épidémie a mis en évidence la nécessité de prévoir des structures d'hébergement temporaire pour les patients ne pouvant rester seuls à domicile mais ne justifiant pas d'une hospitalisation.

²⁰ Décret n°2005-768 du 7 juillet 2005.

²¹ Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges de ce plan d'organisation.

Le Plan Santé Chikungunya doit prévoir la mise en place de ce type de structure d'accueil par arrondissement.

L'ensemble de ces dispositions fait partie des mesures à intégrer dans le plan blanc élargi.

1.1.3 Remontées d'informations

Ce plan prévoit (annexe 2 et 2bis) une remontée des informations selon les acteurs concernés vers l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), vers la Cellule Interrégionale d'Epidémiologie (CIRE) vers l'ARH, le point de convergence *in fine* étant la CIRE. Les chemins pour y accéder sont variables suivant les acteurs.

Ces circuits pourraient être simplifiés par l'organisation au niveau régional d'une structure unique de réception et d'analyse de ces données (Guichet Unique) réunissant des représentants des différentes structures ou institutions concernées notamment la DRASS, l'ARH, la CIRE, voire les organismes d'assurance maladie représentés par l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie).

La mise en place du serveur régional corrélé à l'informatisation des services d'urgence est indispensable. Il convient néanmoins de s'assurer des modalités de recueil et de suivi des données d'activité des autres établissements. L'objectif est d'avoir des recueils harmonisés entre établissements et pour ce faire de disposer dès le début de la crise de référentiels identiques.

Il est essentiel de mettre en place un référentiel pour le suivi des données d'activité du secteur ambulatoire. Celui-ci peut être réalisé conjointement avec les organismes d'assurance maladie.

La définition préalable de ces systèmes d'information et des référentiels est une nécessité permettant un meilleur suivi de l'épidémie mais également une meilleure exploitation de ces données après la crise.

1.1.4 Recommandations générales

1.1.4.1 Niveaux du plan

Les niveaux des différentes parties du Plan Santé Chikungunya doivent être harmonisés et pourraient inclure :

- Une phase préparatoire (niveau de veille) ;
- Une phase de niveau 1 de pré alerte épidémie de faible intensité (inférieur à 100 cas/semaine) ;
- Une phase de niveau 2 d'alerte épidémie de moyenne intensité (entre 100 et 500 cas par semaine) ;
- Une phase de niveau 3 de crise épidémie de grande intensité (plus de 500 cas par semaine).

1.1.4.2 Plan blanc

Tous les établissements de santé (publics et privés) de La Réunion doivent disposer d'un plan blanc. Tous doivent élaborer une annexe spécifique « risque biologique » intégrant un volet spécifique chikungunya.

1.1.4.3 Plan blanc élargi

L'île de La Réunion doit se doter d'un plan blanc élargi répondant à l'organisation des soins hospitaliers, pré hospitalier et ambulatoires et adapter celui-ci aux zones géographiques définies.

1.2 ORGANISATION DU NIVEAU REGIONAL

L'ensemble des analyses conduites montre l'intrication très étroite entre ces différents dispositifs portant à la fois sur les remontées d'informations, sur l'organisation du secteur ambulatoire, hospitalier, social, et sur les aspects communication et formation.

Pour autant, la synthèse des entretiens conduits lors de ce retour d'expérience et la lecture du plan interrogent sur la transversalité des réflexions menées et la réelle coordination des actions proposées dans ces différents domaines.

Seule une organisation régionale structurée autour des principaux acteurs que sont la DRASS, la CIRE et l'ARH pourra permettre ces échanges et l'articulation nécessaire de ces dispositifs.

Il reviendrait à cette « cellule de gestion des risques » de statuer sur les orientations, les circuits de remontées et la préparation du plan.

Cette même organisation dans une configuration « cellule de gestion de crise » telle que prévue par ailleurs au niveau de la DRASS serait mise à contribution pour la gestion de crises, l'objectif étant de n'avoir qu'un seul pilote.

2. MESURES POUVANT CONCERNER TOUTES CRISES SANITAIRES

Hormis l'analyse de l'impact de cette crise sanitaire, sans précédent pour La Réunion, cette évaluation de la crise liée au chikungunya permet de mesurer la nécessité de réajuster voire de compléter un certain nombre d'actions nationales portant notamment sur :

- Les plans blancs et les plans blancs élargis ;
- L'organisation régionale ;
- Les indicateurs de suivi.

2.1 LES PLANS BLANCS

2.1.1 Connaissance des plans blancs

Ces plans, obligatoires depuis la loi du 9 août 2004 pour tous les établissements de santé, sont encore mal connus, ont une connotation d'afflux massif de patients suite à une catastrophe naturelle ou terroriste et sont toujours perçus comme le recours ultime.

De fait, ils devraient être considérés par les établissements de santé comme un moyen de répondre à un certain nombre de situations d'urgence voire de crises, leur déclenchement pouvant se faire de manière graduée en réponse à la nature et à la gravité de la situation à gérer.

Le constat fait à La Réunion au décours de cette épidémie est loin d'être isolé et renforce la nécessité de développer les formations et les exercices.

- La formation à la gestion de crise devrait en priorité et en préalable être une obligation pour tout cadre dirigeant, tout directeur d'établissement de santé et médico-social, mais également pour les directeurs des autorités sanitaires (DDASS, DRASS, ARH).
- Le plan blanc doit être intégré dans les établissements de santé comme un dispositif de droit commun. Ce plan doit être connu de l'ensemble du personnel et doit faire l'objet de séances d'information et également d'exercices.
- Les établissements de santé de référence et les CHU pourraient prendre l'initiative de ces démarches au sein des régions, relayés par les autorités sanitaires locales.

2.1.2 Plan blanc et crise longue

Ces plans ont, au départ, été travaillés dans le cadre de la gestion de situations de crises de courte durée. En conséquence, la gestion de crises longues doit être prise en compte et les moyens d'action adaptés.

Le plan blanc inclut des mesures générales et des mesures spécifiques en lien, soit avec des risques nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques (NRBC), soit des risques naturels (inondations, séisme, cyclone, etc.), techniques (panne d'électricité, téléphonie, etc.), logistiques ou sociaux (grèves, crise sociale, etc.).

Ces situations d'urgence sanitaire et/ou de crise peuvent être limitées dans le temps mais peuvent également durer et nécessiter des modes d'organisation spécifiques et adaptés.

Dans ce sens, cinq actions essentielles sont à travailler :

- Les capacités hospitalières disponibles ;
- La déprogrammation : tout établissement doit disposer d'un plan de déprogrammation à court et moyen terme et gradué dans le temps ;

- La gestion des moyens en personnel interne, externe et par spécialités ;
- Les moyens matériels pouvant être mobilisés ;
- La gestion de la post crise.

Les différentes actions à travailler porteront notamment sur la notion de dispositif gradué dans le temps, de capacités hospitalières mobilisables et les plans de déprogrammation à court et moyen terme, de gestion du personnel interne à l'établissement et les moyens de renfort possible de l'extérieur, les indicateurs d'activité et de suivi, le retour à la normale et les plans de reprogrammation, la gestion de la post crise, les moyens logistiques adaptés de gestion d'une crise longue notamment technique pour le SAMU, et logistique, les moyens matériels pouvant être mobilisés, etc.

Ces différentes actions seront réfléchies au cours de l'année 2007 et feront l'objet de recommandations nationales.

2.2 PLAN BLANC ELARGI

2.2.1 Rappel du contexte

Le plan blanc élargi est un outil à la disposition du préfet lors de situations d'urgence sanitaire et/ou de crise qui dépassent les limites d'un établissement de santé²².

Les constats du retour d'expérience de La Réunion confirment les difficultés d'approche et de compréhension des professionnels de santé sur le contenu de ce plan, son rôle et sa déclinaison.

En conséquence, il paraît essentiel de préciser ces axes, et cette crise est l'occasion de les expliciter plus concrètement.

Le plan blanc élargi recouvre trois dimensions telles que précisées dans la circulaire sus citée :

- La coordination des actions conduites entre les établissements de santé d'un même secteur géographique et donc la coordination des plans blancs déclenchés ;
- La prise en charge et l'organisation des soins ambulatoires et leur coordination avec les soins hospitaliers ;
- L'organisation du secteur médico-social.

Or, bien souvent, seule la première dimension est traitée au détriment des deux autres, comme c'est d'ailleurs le cas dans le Plan Santé Chikungunya.

Le guide « plan blanc et gestion de crise », s'il explicite clairement le contenu et l'attendu des plans blancs élargis²³, n'aborde que très partiellement les deux dernières dimensions dans les fiches de recommandations²⁴.

Cet outil pédagogique doit être adapté à toute situation quelle que soit sa durée, l'exemple de l'accident d'AZF, des inondations ou de l'épidémie de chikungunya en étant une illustration.

²² Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

²³ Guide « plan blanc et gestion de crise », première partie, p.34 à 38.

²⁴ Guide « plan blanc et gestion de crise », deuxième partie, p. 53 à 55.

2.2.2 Rappel des mesures prises à La Réunion rentrant dans ce cadre

L'épidémie de chikungunya à La Réunion a mis en exergue l'intérêt de plusieurs dispositifs pouvant être généralisés à d'autres situations de crise, notamment :

- L'utilisation des MMG, rejoignant certaines propositions suggérées dans le rapport du Dr Jean Yves Grall²⁵ ;
- L'organisation de structures intermédiaires d'accueil de patients isolés rejoignant les propositions du plan pandémie grippale²⁶ ;
- La nécessité de réfléchir sur une organisation sectorisée des soins rejoignant également les propositions élaborées dans le cadre du plan pandémie grippale ;
- La nécessité de coordonner le dispositif de la PDS des médecins libéraux à celui des pharmaciens d'officine ;
- La coordination des professionnels et structures de soins infirmiers à domicile ;
- La coordination des structures gérant la prise en charge sociale ;
- La prise en compte de la dimension sociale dans les structures de soins.

La crise de La Réunion a également été le révélateur de l'importance à attacher à la prise en charge sociale d'un certain nombre de patients permettant d'éviter des hospitalisations.

Cette dimension serait également à prendre en compte dans le dispositif de soins ambulatoires, même s'il ne fait pas partie intégrante du plan blanc élargi.

2.2.3 Fiches de recommandations à élaborer au niveau national

La prise en charge et l'organisation des soins ambulatoires et leur coordination avec les soins hospitaliers comme l'organisation du secteur médico-social devront faire l'objet de fiches de recommandations nationales au cours de l'année 2007.

Ces fiches de recommandations pourraient porter notamment sur :

- Les modes de coordination entre établissements de santé sur la base d'un dispositif gradué dans le temps à l'instar de la proposition de La Réunion ;
- Les modalités d'une déprogrammation coordonnée entre les établissements ;
- Les modalités d'organisation des SAMU / Centres 15 ;
- Les modalités d'organisation des médecins libéraux et de la PDS ;
- Les modalités d'organisation de la permanence des pharmacies d'officine ;
- Le rôle et la place des maisons médicales de garde (MMG) ;
- L'organisation des professions paramédicales et leur coordination ;
- Les modes d'organisation des structures médico-sociales ;
- La place du secteur social.

2.3 ORGANISATION REGIONALE

La coordination des structures sanitaires régionales notamment la DRASS, l'ARH et la CIRE, en lien avec les DDASS, compte tenu de leurs compétences respectives est un enjeu essentiel dans le cadre de la préparation des plans de réponse et pour la gestion de ce type de situation et la gestion de crise lorsque celle-ci dépasse les limites d'un département.

²⁵ « Les maisons médicales de garde », rapport remis à Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, par le Dr Jean Yves Grall.

²⁶ Guide de recommandations sur l'organisation des soins en situation de pandémie grippale, DHOS, version d'avril 2006 et annexe E du plan gouvernemental « pandémie grippale ».

Plusieurs plans de réponse, notamment les plans SRAS, canicule et pandémie grippale intègrent cette dimension régionale et la nécessité de mettre en place une organisation structurée regroupant les principaux partenaires.

Le rapport sur l'accident AZF Toulouse²⁷ et celui portant sur les inondations du Gard²⁸ soulignaient déjà cette nécessité.

Le rapport de mission sur l'épidémie à *Clostridium Difficile* dans le Nord-Pas-de-Calais conclut aux mêmes constats²⁹.

Le Rapport Girard³⁰ propose quant à lui, dans une optique plus volontariste, la création d' « agence régionale de santé ».

Une nouvelle fois, cette crise vient confirmer la nécessité de mettre en place une organisation unique au niveau régional fédérant les différentes compétences. La multiplicité des tutelles à ce niveau est en effet source de confusion dans les chaînes d'information, voire de réponses inadaptées ou contradictoires. Cette organisation ne peut permettre qu'une meilleure visibilité des actions menées pour les acteurs de terrain mais également d'assurer une réelle coordination dans les différents champs complémentaires les uns des autres.

2.4 SUIVI DES DONNEES D'ACTIVITES ET REMONTEES D'INFORMATION

Quelles que soient les crises, il importe de mettre en place des indicateurs de suivi et d'adapter en conséquence les structures de réception, d'analyse et de suivi.

Ces indicateurs doivent être préalablement définis ainsi que les modalités de recueil, d'envoi et d'analyse.

Ces indicateurs recouvrent un certain nombre de données d'activités ou épidémiologiques, les sources de celles-ci étant souvent les mêmes, établissements de santé et professionnels de santé libéraux, et les destinataires pouvant différer selon leur nature (ARH, CIRE, DRASS, Assurance Maladie).

Il importe surtout en période de crise de simplifier les circuits vers un « guichet unique » et de s'assurer d'une cohérence d'analyse entre les différents acteurs concernés.

Seule une unité régionale structurée rejoignant l'organisation régionale précédemment recommandée pourra répondre à cette attente.

²⁷ Rapport AZF Toulouse, septembre 2002, Dominique Péton-Klein.

²⁸ Rapport sur les inondations du Gard, août 2003, Dominique Péton-Klein.

²⁹ Rapport de mission *clostridium difficile* dans la région Nord-Pas-de-Calais, octobre 2006, Marie Ange Dessailly Chanson.

³⁰ Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France, septembre 2006.

3. EPIDEMIE DE CHIKUNGUNYA/PANDEMIE GRIPPALE / CRISES SANITAIRES : SIMILITUDES D'ORGANISATION

Si toutes les mesures élaborées lors de la crise liée au chikungunya à La Réunion et à Mayotte ne sont pas duplicables à la métropole et à d'autres crises, une certaine similitude des actions est observée.

Il est intéressant de souligner la concordance d'approche de réflexions menées au niveau national et d'initiatives prises localement dans l'urgence ou après réflexion à partir des constats effectués, et ce sans concertation préalable.

Le tableau ci-dessous a pour objectif de mettre en lumière les similitudes d'organisation :

Figure 16 : Similitudes d'organisation entre l'épidémie de chikungunya et la préparation prévue en situation de pandémie grippale

Les actions	Epidémie de chikungunya	Pandémie grippale	Crises sanitaires
ORGANISATION DES SOINS EN AMBULATOIRE			
<p>Permanence des soins des médecins libéraux</p>	<p>Le principe proposé repose sur les maisons médicales de garde baptisées maison de garde santé (MGS) dont l'objectif est de couvrir tous les secteurs. Les MGS intègrent un pharmacien.</p>	<p>Le même principe est adopté sur la base d'une sectorisation à adapter aux départements. Il est présenté sous forme de « centre de consultation » ou « centre de santé », sous réserve d'organiser l'accueil des patients en tenant compte de la contagiosité de la grippe. La différence réside sur le peu de MMG existantes actuellement en métropole et la nécessité de prévoir dès maintenant ce dispositif assurant une couverture de tous les secteurs.</p>	<p>Cette recommandation fait partie des propositions du rapport de Jean Yves Grall remis au ministre en juillet 2006. Ce dispositif peut entrer dans un cadre général d'organisation.</p>
<p>Permanence des pharmaciens d'officine</p>	<p>Le principe est l'intégration d'un pharmacien dans les 4 MMG adossées au service d'urgence. L'extension des pharmacies de garde voire la prolongation des gardes soirée ou nuit selon l'intensité de la crise a semblé nécessaire. L'objectif est de caler cette permanence sur celle des médecins libéraux.</p>	<p>L'objectif est bien de caler les deux dispositifs (médecins / pharmaciens) afin d'assurer une permanence les nuits, week-ends et jours fériés. La question reste à l'étude pour l'intégration dans les centres de santé d'un pharmacien.</p>	<p>Ces dispositifs font partie des plans blancs élargis et peuvent entrer dans un cadre général d'organisation de gestion de crise</p>
<p>Transports sanitaires privés</p>	<p>La mise en place d'un dispositif spécifique de transport vers les MGS a été mis en place, avec prise en charge financière dérogatoire par l'assurance maladie. Un doublement des gardes dans certains secteurs a été organisé quand un besoin se faisait sentir.</p>	<p>La contagiosité de la maladie ne permet pas d'envisager la mise en place systématisée d'un tel dispositif. Les transports sanitaires seront en principe réservés au cas relevant d'une hospitalisation.</p>	
<p>Soins infirmiers à domicile</p>	<p>Le Plan Santé Chikungunya ne prévoit pas de dispositif spécifique. Pour autant, une coordination doit être organisée et mise en place.</p>	<p>Le plan prévoit dans chaque secteur la mise en place de centre de coordination sanitaire et sociale (CCSS) dont le rôle principal est d'assurer la coordination des professionnels et des institutions de ces disciplines et de s'assurer des prestations aux patients. Ces centres sont dotés d'un numéro de téléphone spécifique.</p>	

Suivi Social	Le plan ne prévoit ce suivi que dans le cadre de la prise en charge des personnes vulnérables hébergées dans les établissements de santé sociaux et médico-sociaux. Les plans bleus sont la réponse apportée. Pour autant, cette prise en charge à domicile est apparue, lors du retour d'expérience, comme une véritable priorité pour les professionnels de santé, cette prise en charge requérant de même une coordination des acteurs y participant.	La même problématique est posée. Les CCSS prévoient de prendre en compte ce volet pour la coordination et de s'assurer des prestations nécessaires. Les plans bleus seront effectivement la réponse pour l'organisation des établissements médico-sociaux sous réserve d'en préciser le contenu et tenir compte du risque de contagiosité.	
Structures intermédiaires	Le plan ne prévoit pas ce type de dispositif. Pour autant, le retour d'expérience a montré un réel besoin.	Ces structures sont prévues dans le plan.	
ORGANISATION PRE HOSPITALIERE - SAMU/CENTRE 15			
Autocommutateur et moyens informatiques	Le SAMU / Centre 15 doit être adapté pour être dimensionné à une augmentation d'au moins 50% des appels.	La démarche est la même, prévoyant que tous les SAMU revoient les capacités de leur autocommutateur et leurs moyens informatiques.	L'ensemble des ces mesures est valable pour toute crise de courte ou longue durée.
Extension de la salle de régulation	Elle est prévue en cas d'appels en surnombre.	Elle est prévue en cas d'appels en surnombre.	
Salle de crise opérationnelle	Il est complémentaire de la cellule de crise de la direction.	Il est complémentaire de la cellule de crise de la direction.	
Lignes dédiées	Elles sont nécessaires notamment pour les médecins libéraux.	Même démarche (circulaire du 13 février 2006)	
Les moyens en personnel	La problématique de renforcement des PARM surtout dans une crise de durée longue est essentielle. Il est nécessaire de prévoir des possibilités de renforcement internes à l'établissement.	La même problématique sera posée. La constitution d'un corps de réserve sanitaire devrait permettre en partie ce renforcement.	
ORGANISATION DES SOINS HOSPITALIERS			
Organisation par secteurs géographiques	Le choix s'est porté sur des secteurs identifiés aux 4 arrondissements. Ce choix correspondant aux quatre secteurs où sont regroupés les établissements, mais également à la cinétique de l'épidémie observée au cours de cette crise.	Cette option n'a pour le moment pas été envisagée. L'organisation des établissements de santé à un moment de la crise nécessitera qu'ils se coordonnent. Il est donc nécessaire de travailler sur ce point spécifique de coordination entre les établissements.	Cette organisation peut se concevoir pour tout type d'événements et pour des crises de durée courte. Les inondations, AZF Toulouse ou les pathologies hivernales en sont des exemples.
Les cellules de crises par arrondissement	La plan prévoit des cellules de crise par arrondissement ce qui n'exonère pas chaque établissement de mettre en place sa propre cellule de crise. Le responsable sera le correspondant de l'arrondissement pour le niveau régional.	Ce dispositif n'a pas été envisagé en tant que tel. Il conviendrait de réfléchir s'il se justifierait pour une pandémie grippale et à quel niveau.	Selon la nature et l'étendue des crises à gérer, ce dispositif peut être tout à fait adapté pour une bonne coordination du suivi des actions et pourrait se concevoir à différents niveaux.
Suppléance et renfort des moyens en personnel	Deux types d'action sont prévus - Des renforts internes par un certain nombre	Les mêmes mesures classiques ont été déclinées.	Ces mesures peuvent être utilisées pour

	<p>de mesures classiques (report des congés, etc.) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des renforts de métropole. <p>Les modalités d'attribution de ces renforts font l'objet de protocoles.</p>	Le renfort par des moyens externes fait l'objet d'un projet de loi portant sur la constitution d'un corps de réserve sanitaire incluant les DOM.	tout type de crise.
Augmentation des capacités hospitalières	<p>Plusieurs moyens sont prévus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de capacités vacantes pour diverses raisons ; - Recours à la déprogrammation ; - Recours à l'utilisation de lits supplémentaires ; - Coordination entre établissements d'un même arrondissement. <p>De fait il est demandé à chaque établissement de mener cette réflexion en interne.</p>	Les mêmes procédures sont évoquées dans le plan pandémie grippale.	Ces mesures peuvent être utilisées pour tout type de crise.
Mode d'organisation interne	Tous les établissements de santé pivots voire d'autres établissements prévoient des unités dédiées « chikungunya » regroupant ces patients relevant des mêmes soins, l'objectif étant de rationaliser le personnel, de permettre un fonctionnement normal pour les autres services, d'avoir un suivi (administratif et épidémiologique).	L'organisation de zones à haute et basse densité virale rejoint ce type de dispositif, l'objectif premier étant de séparer les patients dont le diagnostic de grippe est confirmé des autres patients, d'adapter les moyens de protection, et d'organiser la gestion du personnel.	Les modes d'organisation peuvent différer selon la nature des événements. Il appartient aux établissements de les décliner dans leur plan blanc et notamment de les différencier selon la nature des risques.
Graduation des dispositifs	Les dispositifs envisagés (unités dédiées, déprogrammation, etc.) prévoient une montée en charge adaptée selon la gravité de l'épidémie.	Cette graduation fait partie des réflexions en cours sur l'adaptation des mesures à mettre en œuvre.	Cette graduation est un moyen de gérer les crises longues en adaptant l'organisation à l'ampleur du phénomène observé.
La communication interne et externe	Le plan prévoit un plan de communication de la DRASS mais l'organisation de la communication interne et externe des établissements de santé n'est pas abordée, notamment dans le volet hospitalier. La communication a été un enjeu très important au cours de cette crise et a duré dans le temps.	Ces mêmes principes pourraient être repris. Ils ne font pas pour le moment l'objet de fiches spécifiques.	Chaque établissement de santé dans le cadre de son plan blanc doit avoir un plan de communication interne et externe.
La sortie de crise	La Plan Santé Chikungunya comme les plans des établissements n'abordent pas ce point.	<p>Ce point est en cours de discussion et fait l'objet d'une fiche de recommandations dans le guide³¹ abordant 3 pistes à travailler, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La levée des plans blancs ; - La reprogrammation ; - La gestion du personnel. 	C'est une action essentielle dont il convient de prévoir les modalités de mise en œuvre et la définition d'un cadre national. Cette action ne figure pas dans les fiches du guide « plan blanc et gestion de crise ». Ce guide sera complété en ce sens.

³¹ Guide portant sur l'organisation des soins en situation de pandémie grippale, version avril 2006.

CONCLUSION

Cette crise sanitaire sans précédent, par son ampleur et sa durée, a marqué un certain nombre de professionnels de santé tant à La Réunion qu'en métropole.

Beaucoup ont fait valoir lors de conférences ou de débats la nécessité de prendre exemple sur les mesures prises, notamment dans le secteur ambulatoire en cas de survenue d'une éventuelle pandémie grippale.

Dans sa démarche la mission a souhaité étudier plus précisément l'organisation des soins hospitaliers, pré hospitalier et ambulatoires.

L'analyse de chacun de ces champs permet de dégager un ensemble de conclusions thématiques propres à La Réunion mais surtout des enseignements généraux pouvant être appliqués à toute crise sanitaire.

Ils concernent notamment la bonne appropriation des plans blancs et des plans blancs élargis et cette crise est l'illustration d'une démarche encore fragile et de la jeunesse de ce dispositif, le recours à des référentiels méthodologiques incluant des règles des procédures et des outils de travail constituant *in fine* un véritable règlement de manœuvre, la communication et les moyens de communication, la formation des acteurs qu'ils soient décideurs, acteurs ou simples intervenants de la crise.

Ce retour d'expérience a été l'occasion pour de nombreux professionnels rencontrés de pouvoir s'interroger a posteriori sur leur démarche et les actions mises en œuvre.

La mission souhaite que ce rapport traduise le plus fidèlement possible leurs remarques et que les propositions faites y répondent en toute objectivité et puissent servir utilement à toute crise sanitaire de cette ampleur.

ANNEXES

Liste des ANNEXES

Annexe I : Lettre de mission

Annexe II : Liste des figures

Annexe III : Listes des documents consultés

Annexe IV : Personnes rencontrées

Annexe V : Planning des réunions de terrain menées

Annexe VI : Synthèse des propositions

Annexe VII : Arrêté préfectoral relatif à la prise en charge par la CGSS des frais de déplacement des patients durant l'épidémie chikungunya

Annexe VIII : Arrêtés portant réquisition de locaux de la Clinique les Orchidées et des services de soins du CH Gabriel Martin pour assurer la prise en charge médicale des patients atteints par l'infection par le virus du chikungunya

Annexe IX : Carte des CH de provenance des professionnels de santé en renfort à La Réunion et à Mayotte

Annexe X : Fiche du Plan Santé Chikungunya

Annexe XI : Glossaire



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Le directeur

0 3 2 8 9

Paris, le 30 AOÛT 2006

Le directeur de l'hospitalisation et de
l'organisation des soins

à

Dominique PETON-KLEIN
Directeur de projet

Objet : Mission retour d'expérience à La Réunion et à Mayotte

L'épidémie de chikungunya qui a sévit à La Réunion et à Mayotte de février à juin 2006 ont conduit les établissements de santé de ces départements et les professionnels de santé exerçant en ambulatoire à s'organiser pour faire face à une crise longue d'intensité importante.

Dans le cadre de votre mission de coordination de la gestion des risques et des crises au sein de la Direction, je souhaiterais qu'un travail d'analyse sur les enseignements à retirer de ces événements puissent être réalisés rapidement mais surtout avant la fin de l'hiver austral, le risque étant une reprise de l'épidémie.

Cette démarche portera sur l'analyse des mesures d'urgence prises dans les établissements de santé pour faire face à un afflux de patients pour une crise longue, sur la coordination entre eux, sur la gestion des moyens en personnel et l'approche retenue pour évaluer les besoins, sur les systèmes d'information utilisés et les moyens de communication.

Vous vous attacherez également à analyser l'organisation des moyens mis en place pour le fonctionnement de la médecine ambulatoire qui a, au cours de cette épidémie, été fortement mise à contribution de même que la coordination entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Cette analyse devra mettre en exergue les forces et faiblesses de cette organisation pour une crise longue, l'objectif étant in fine de dégager des pré requis pouvant être utilement recommandés pour une prochaine épidémie similaire ou plus généralement dans le cadre d'un risque infectieux majeur, voire de tout autre crise pouvant requérir le même type de dispositif.

Je souhaite enfin que ce retour d'expérience sur l'organisation des soins face à l'épidémie de chikungunya à La Réunion et à Mayotte puisse enrichir les réflexions que vous conduisez au plan national et servir d'exemple de pour les établissements de santé voire au sein des CODAMUPS dans les réflexions qu'ils conduisent sur ces sujets.

Le Directeur de l'Hospitalisation
Et de l'Organisation des Soins

Jean CASTEX

ANNEXE II

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Données d'activité en date des soins pour les soins ambulatoires

Figure 2 : Activité du SAMU / Centre 15

Figure 3 : Passages aux urgences (2006 par rapport à 2005)

Figure 4 : Passages suivis d'une hospitalisation (2006 par rapport à 2005)

Figure 5 : Courbe comparative du nombre moyen journalier de passages aux urgences pour chikungunya

Figure 6 : Courbe comparative du nombre moyen journalier d'hospitalisations après passages aux urgences pour chikungunya

Figure 7 : Répercussions du virus chikungunya sur les services d'urgence adulte et enfant de La Réunion

Figure 8 : Population par arrondissement

Figure 9 : Nombre de cas déclarés suspects de chikungunya selon la date de début des signes à Mayotte

Figure 10 : Pourcentage de journées d'hospitalisation des patients atteints par le chikungunya dans les services – CHD Félix Guyon (pour les services dont le pourcentage est supérieur à 5%)

Figure 11 : Bilan des professionnels du secteur de la santé envoyés en renfort de métropole

Figure 12 : Médecins envoyés en renfort à La Réunion par spécialité

Figure 13 : Remontées des volontaires concernant les conditions d'accueil

Figure 14 : Remontées des volontaires concernant les conditions d'exercice professionnel

Figure 15 : Tableau récapitulatif des actions prévues dans le Plan Santé Chikungunya (par niveau et phases)

Figure 16 : Similitudes d'organisation entre l'épidémie de chikungunya et la préparation prévue en situation de pandémie grippale

ANNEXE III

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

DOCUMENTS SUR LE CHIKUNGUNYA

Rapport d'information n° 236 sur l'épidémie de Chikungunya à la Réunion, de Mmes Anne-Marie Payet et Gélita Hoarau, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 3 mars 2006.

Rapport parlementaire d'information N°3242 sur l'épidémie de chikungunya à La Réunion et à Mayotte, présenté par Bertho Audifax, 4 juillet 2006.

Retour d'expérience chikungunya, Direction Générale de la Santé, 20 juillet 2006.

Plan Santé Chikungunya, Ile de La Réunion, Préfecture de La Réunion, Octobre 2006.

Plan de prévention et de gestion d'une épidémie de chikungunya à Mayotte, Préfecture de Mayotte, version du 11 octobre 2006.

Plan de crise hôpital - chikungunya, été austral 2006-2007, Agence Régionale de l'Hospitalisation, version 5 du 24 août 2006.

Plan hospitalier de crise chikungunya, été austral 2006-2007, arrondissement Ouest Réunion, version du 11 août 2006.

Plan hospitalier de crise chikungunya, été austral 2006-2007, arrondissement Est Réunion, version du 30 août 2006.

Plan hospitalier de crise chikungunya, été austral 2006-2007, arrondissement Sud Réunion, version du 22 août 2006.

Plan hospitalier de crise chikungunya, été austral 2006-2007, arrondissement Nord Réunion, version du 30 août 2006.

Plan hospitalier de crise chikungunya, été austral 2006-2007, SAMU / Centre 15, version du 23 août 2006.

DOCUMENTS D'ANALYSE

Rapport sur les Maisons Médicales de Gardes, Jean-Yves Grall, juillet 2006.

Guide de recommandations sur l'organisation des soins en situation de pandémie grippale, DHOS, avril 2006.

Plan et annexes au plan gouvernemental de prévention et de lutte « pandémie grippale », 6 janvier 2006.

Inondations dans le Gard, Dominique Péton-Klein, août 2003.

AZF Toulouse, Dominique Péton-Klein, septembre 2002.

Rapport de mission *clostridium difficile* dans la région Nord-Pas-de-Calais, Marie Ange Dessailly Chanson, octobre 2006.

Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France, septembre 2006.

Guide « plan blanc et gestion de crise », guide d'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé, édition 2006.

ANNEXE IV

PERSONNES RENCONTREES

Arrondissement Nord – Saint Denis

BOHRER Michel, CHDFG
BOURDE Arnaud, SAMU 974
CUMUNEL Yves, CHDFG
DUPUY Elisabeth, Clinique Sainte Clotilde – Groupe Clinifutur
FURY Hélène, H.E
GRAS Patrick, Directeur, CHDFG
HENRION Guy, SAMU 974
LECARDEZ Marc, CHDFG
LOIZE Marie Pierre, CHDFG
MAH CHAK Josette, CHDFG
MOITON Marie-Pierre, CHDFG
MONTBRUN Albert, CHDFG
SOUBAYA Camy, CHDFG

Arrondissement Sud – Saint Pierre

BARAU Georges, Gynéco-obstétrique GHSR
BOISSON Véronique, Réanimation Polyvalent GHSR
CAMPINOS José Lui, Président CME GHSR
DARTY Frédo, GHSR
DENIS Nicolas, Maison Médicale Sud Réunion
DURIEUX Philippe, Directeur Clinique Durieux
FELS Olivier, médecin DIM GHSR
FOURMAINTRAUX Alain, Médecin foetale GHSR
GERARDIN Patrick, Pédiatre GHSR
GUISERINE J., GHSR
LASSAYS G., CHSR
LE MOULLEC, GHSR
MICHAULT Alain, bactério-virologue GHSR
ROBILLARD Pierre Yves, Réanimation Pédiatrique GHSR
STAIKOWSLY Frédérick, service d'urgence GHSR
ZINS Roger, Clinique Durieux

Arrondissement Est – Saint Benoît

ANANDIN Lyne Rose, CSB
BELLINGER Béatrice, CSB
CATREN Aline, CMET

DAGUINDAU Daniel, CHI
JEGUES Antoine Yves, CSB
LEBEAU Françoise, CSB
MONJOK Raymond, CHI DSSI
MOREAU Jacques, CSB
NOBIC Catherine, CHI
PHILIBERT Alain, CSB
SIRONNET, CSB
WEBER Marc, CSB

Arrondissement Ouest – Saint Paul

BELON Françoise, Clinique Jeanne d'Arc
BRUN Michel, EPSMR
DUQUENNOY Thierry, Maison des Oliviers
M RUIZ, Clinique Avicennes
MARTIGNY Gérard, CHGM St Paul
MORBIDELLI Philippe, CHGM St Paul
SANTOS Luis, CHGM St Paul

Mayotte

ALAIN Daniel, Directeur CHM
BERTHEZENE Jean-Marc, SMUR EVASAN CHM
Dr ABIL Said, Chef de Service Zone Nord
DURAND J., CGS
GABIE Philippe, CME CHM
JAVAUDIN Gérard, CME CHM
PETTINELLI François, CME CHM
TISSOT Michel, Service Réanimation CHM

Services déconcentrés / ARH

ALATON Laurent, DASS Mayotte
AUFFRET Annyvonne, ARH
CORNUT Régis, Directeur Adjoint DRASS
GILBERT Christine, ARH
LANDREAU Dominique, DASS Mayotte
LASALLE Christian, DRASS
MICHEL Bertrand, ARH
PERRIN Antoine, ARH
THEROND-RIVANI Flore, Directrice DRASS

Association d'usagers / de patients

BROSSE Josette, Association « Ile de la Réunion contre le Chikungunya »

Conseil Général / Préfecture

ABOUBACAR Anthmane, Bureau du Cabinet du Préfet

ALCARAZ Claude, Conseil Général

MACCIONI Pierre-Henry, Préfet

Professionnels de santé libéraux

BETTOUM Christian, URMLR

MARODON Claude, Syndicaliste Pharmaciens

SOULIER Franck, ONSIL/CDPS

ANNEXE V

PLANNING DES REUNIONS DE TERRAIN MENEES

- Mercredi 6 septembre après-midi 2006 : réunion avec les établissements de santé et médico-sociaux de l'arrondissement Nord
- Jeudi 7 septembre matin 2006 : réunion avec les établissements de santé et médico-sociaux de l'arrondissement Est
- Jeudi 7 septembre après-midi 2006 : réunion avec les établissements de santé et médico-sociaux de l'arrondissement Ouest
- Jeudi 7 septembre soir 2006 : rencontre avec des représentants du SAMU 974 et du service des Urgences du CH de Saint Denis
- Vendredi 8 septembre matin 2006 : réunion avec les établissements de santé et médico-sociaux de l'arrondissement Sud
- Vendredi 8 septembre après-midi 2006 : Bilan des plans blancs et des remontées d'activités
- Samedi 9 septembre après-midi 2006 : Visite avec le Directeur du CH de Mayotte des dispensaires de Dzaoudzi, de Bandrelé et de Kahani.
- Dimanche 10 septembre journée 2006 : Visite des dispensaires des Bandraboua et de M'Tsamboro.
- Lundi 11 septembre matin 2006 : réunion avec les professionnels de santé et la Direction du CH de Mayotte et visite de l'hôpital de Mamoudzou
- Mardi 12 septembre première partie de matinée 2006 : réunion interne avec l'ARH pour un premier bilan
- Mardi 12 septembre seconde partie de matinée 2006 : réunion de débriefing à l'ARH avec tous les établissements et structures rencontrées, avec visio conférence pour Saint Pierre.
- Mardi 12 septembre fin d'après-midi 2006 : rencontre avec le Préfet, en présence de la DRASS et de l'ARH.

ANNEXE VI

SYNTHESE DES PROPOSITIONS

1	Mettre en place dès le début d'une épidémie un suivi quotidien de l'activité des médecins libéraux (consultations et visites) par une procédure administrative simple. Ce suivi devrait pouvoir être décliné selon les secteurs retenus dans le plan d'organisation des soins de l'ARH et par secteur de garde.
2	Organiser un suivi analogue pour les actes infirmiers à domicile.
3	Prévoir pour les médecins libéraux le recours à un numéro de téléphone dédié en cas de besoin d'une expertise médicale complémentaire. Une ligne dédiée peut être envisagée avec le SAMU / Centre 15 pour toute demande d'ordre professionnel (conduite à tenir, difficulté particulière, etc.).
4	Prévoir dans le cadre de l'organisation de la PDS sur le terrain en situation exceptionnelle, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - Le renforcement des médecins généralistes ; - Le renforcement de toutes les MMG ; - Le rôle du médecin référent par secteur, rôle qui n'est pas défini actuellement.
5	Inclure le maillage de tous les secteurs de PDS et prévoir des solutions alternatives (dispensaires du service de santé des armées par exemple) pour répondre aux besoins de consultation.
6	Définir le cahier des charges des « Maisons de Garde/Santé » (MGS).
7	Prévoir la structuration d'une coordination des différentes institutions et acteurs impliqués dans les soins à domicile.
8	Désigner un coordonnateur géographique.
9	Identifier un pilote au niveau de chacun des arrondissements, ces responsables étant sous l'autorité du préfet.
10	Décliner ce dispositif au sein de chaque arrondissement devant faire l'objet d'un cahier des charges et d'une charte de fonctionnement.
11	Elaborer le cahier des charges des MGS (missions, moyens, fonctionnement etc.) et prévoir leur répartition géographique.
12	Prévoir en amont les modalités de renforcement des médecins libéraux voire des autres professionnels de santé.
13	Articuler les différentes phases de montée en charge du plan selon le secteur concerné.
14	Inscrire ces actions et ces différentes phases dans le cadre du plan blanc élargi.
15	Organiser la coordination des structures sociales au niveau des arrondissements.
16	Prévoir leur présence au sein des MGS.
17	Prévoir la mise en place de structures intermédiaires (domicile de substitution) par arrondissement, après évaluation précise des besoins.
18	Intégrer ces mesures au plan blanc élargi.
19	Elaborer un cahier unique de recommandations et de procédures pour les réponses aux conseils médicaux.
20	Mettre en place une ligne dédiée pour les médecins libéraux.
21	Prévoir un dimensionnement suffisant des moyens informatiques et autocommutateur.

22	Prévoir des possibilités d'extension de la salle de régulation.
23	Prévoir la possibilité de disposer d'une salle de crise opérationnelle.
24	Prévoir les moyens de renforcement des PARM.
25	Réaliser une étude ex post sur les systèmes de recueil, d'interprétation des données et leur comparaison. Cette étude permettrait une analyse beaucoup plus précise des conséquences de cette épidémie sur la prise en charge des patients en secteur hospitalier.
26	Disposer d'un référentiel de recueil et d'analyse des données commun aux établissements.
27	Disposer de protocole de prise en charge des patients identiques pour les services d'urgence.
28	Coordonner les demandes des autorités sanitaires.
29	Prévoir pour tous les établissements de santé en situation d'urgence sanitaire et/ou de crise la mise en place d'une cellule de crise devant se réunir quotidiennement. Celle-ci doit être précédée de la mise en place d'une cellule de veille en situation d'alerte. Cette structure fait partie intégrante du plan blanc.
30	Définir le rôle de la cellule de crise des établissements de santé. Préciser le rôle de la cellule de crise prévu au niveau des arrondissements et de la région, son organisation et ses modalités de fonctionnement, notamment les modalités de coordination avec celles des établissements de santé.
31	Elaborer dans tous les établissements un plan de communication interne, devant être intégré au plan blanc d'établissement.
32	Mutualiser les outils de communication interne en situation de crise. Les établissements plus importants ayant des personnels chargés de communication prennent l'initiative de cette mutualisation, sous l'égide de l'ARH.
33	Adapter et harmoniser le contenu des messages validés préalablement par les autorités sanitaires.
34	Coordonner la communication externe avec celle des autorités sanitaires.
35	Définir un seul canal de remontée des informations demandées et une seule structure de réception, quels que soient les destinataires au niveau régional (DRASS, ARH, CIRE).
36	Harmoniser les informations demandées et assurer un retour régulier auprès des établissements de santé.
37	Définir préalablement les critères de prise en charge des patients et les critères d'hospitalisation commun à tous les établissements et portés à la connaissance du SAMU / Centre 15 et des professionnels de santé libéraux.
38	Prévoir l'organisation d'unités dédiées dans les plans blancs des établissements.
39	Mettre en œuvre dans tous les établissements de santé de façon graduée un plan de déprogrammation adaptée à la nature des événements et tenant compte de l'ampleur de ceux-ci.
40	Inclure dans ce plan de déprogrammation des mesures du plan blanc tenant compte des activités très spécialisées.
41	Discuter des demandes de matériels complémentaires au sein de la région et disposer d'un état des lieux de l'existant pour chaque établissement.
42	Conduire une réflexion au niveau national sur les modes de financement des établissements de santé publics et privés amenés à exercer des activités différentes lors de situations sanitaires d'urgence et/ou de crise.
43	Mener une réflexion au niveau national à partir des constats de cette crise sur la nécessité ou non d'adapter les mesures du plan blanc actuel à une crise longue.

44	Conduire une étude rétrospective et prospective sur le temps de travail pouvant être dégagé par la mise en œuvre de ces mesures.
45	Conduire une réflexion sur la mise en place de ces mesures faisant partie intégrante du plan blanc.
46	Préciser le rôle des associations en situation de crise et soumettre les orientations au CODAMUPS.
47	Prévoir pour les établissements de santé cette possibilité dans le cadre d'une convention conclue avec ces associations.
48	Intégrer ces moyens dans la mesure du plan blanc relative au renforcement du personnel.
49	Etablir dans les établissements la liste des moyens de renforcement possible du personnel toute catégorie confondue.
50	Etablir la liste des moyens externes. Il importe que les établissements de santé et les autorités sanitaires, sur la base des initiatives déjà entreprises, initient cette démarche.
51	Prévoir dans les plans blancs l'intégration de cette dimension post crise et de reprise normale des activités.
52	Prévoir pour chaque établissement l'évaluation de ces besoins et établir des fiches de poste correspondantes.
53	Ouvrir un débat avec les conférences des directeurs généraux de CHU et les directeurs de CH, de même avec les conférences de CME des CHU et des CH sur le point précis des renforts des professionnels de santé d'un département à l'autre.

ANNEXE VII

**ARRETE PREFECTORAL RELATIF A LA PRISE EN CHARGE PAR LA CGSS DES
FRAIS DE DEPLACEMENT DES PATIENTS DURANT L'EPIDEMIE DE
CHIKUNGUNYA**



PREFECTURE DE LA REUNION

ARRETE PREFECTORAL N° 794

Relatif à la prise en charge par la Caisse Générale de la Sécurité Sociale des frais de déplacement des patients durant l'épidémie de chikungunya

LE PREFET
Chevalier de la Légion d'Honneur,

- Vu le Code de la Santé Publique;
- Vu le Code de la Sécurité Sociale;
- Vu le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU);
- Vu le décret n° 2006-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires;
- Vu l'arrêté n° 0253 - DRASS/IS du 11 février 2004 fixant le cahier des charges de la garde ambulancière de la Réunion;
- Vu l'avenant n° 1 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés relatif à la garde ambulancière, conclu le 24 mars 2003 entre d'une part, la CNAMTS, la Caisse Centrale de la MSA et la CANAM et, d'autre part, la Chambre Syndicale nationale des services d'ambulance et la Fédération Nationale des Transporteurs Sanitaires;

Considérant le caractère exceptionnel de l'épidémie de chikungunya touchant actuellement l'île de La Réunion;

ARRETE

Article 1^{er} : La prise en charge par les caisses d'assurance maladie des transports sanitaires effectués, dans le cadre de la garde ambulancière, sur appel du centre 15, entre le domicile des patients et les services hospitaliers d'urgences est exceptionnellement et pour une période de deux mois, étendue aux transports en ambulance effectués entre le domicile et les cabinets médicaux libéraux ouverts auprès des services d'urgence autorisés.

Article 2 : Ces dispositions sont en vigueur du 17 février 2006 au 17 avril 2006.

.../...

Article 3 : La Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, le Directeur de la Caisse Générale de la Sécurité Sociale, sont chargés de l'application du présent arrêté.

Fait à Saint-Denis, le 15 février 2006


Le Secrétaire Général
Frank-Olivier LACHAUD

ANNEXE VIII

**ARRETES
PORTANT REQUISITION DE LOCAUX DE LA CLINIQUE LES ORCHIDEES ET DES
SERVICES DE SOINS DU CH GABRIEL MARTIN POUR ASSURER LA PRISE EN
CHARGE MEDICALE DES PATIENTS ATTEINTS PAR L'INFECTION PAR LE
VIRUS DU CHIKUNGUNYA**



Préfecture de La Réunion

Pôle régional santé publique
et cohésion sociale

Direction régionale
des affaires sanitaires et sociales

ARRETE N° 508 /DRASS du 9 février 2006

Portant réquisition de locaux de la Clinique Les Orchidées et des services de soins du Centre Hospitalier Gabriel MARTIN pour assurer la prise en charge médicale des patients atteints par l'infection par le virus du chikungunya

LE PREFET DE LA REGION ET DU DEPARTEMENT DE LA REUNION

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales, et notamment l'article L2215-1,

Considérant que l'épidémie d'infection par le virus du chikungunya entraîne un afflux massif, irrégulier et imprévisible de patients au service d'urgence du Centre Hospitalier Gabriel Martin, à Saint Paul,

Considérant que le Centre Hospitalier Gabriel Martin, tout en détenant la compétence médicale au travers de son autorisation sanitaire d'activité de médecine, ne dispose pas des locaux suffisants pour soigner, en aval du service d'urgence, les patients atteints par l'infection par le virus du chikungunya dont l'état de santé ne permet pas un retour à domicile,

Considérant que cette situation dépasse les limites d'une commune et concerne l'ensemble de la population de l'Ouest de la Réunion,

Considérant que cette situation, exposant la population de l'Ouest de la Réunion à un risque d'insuffisance des soins, constitue ainsi une atteinte à la salubrité et à la sécurité publiques, et que ses caractères d'exception et d'urgence justifient la mobilisation de moyens de santé extraordinaires,

Considérant donc que sont remplies les conditions fixées au 4° de l'article L2215-1 du Code Général des Collectivités Territoriales,

Sur avis favorable du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Réunion – Mayotte,

ARRETE

Article 1 :

Les locaux de la Clinique Les Orchidées, sis Parc L'Oasis au Port, détenus par la Société Anonyme de Gestion Simplifiée Jeanne d'Arc, représentée par son Président Michel DELEFLIE, sont réquisitionnés au bénéfice du Centre Hospitalier Gabriel Martin, aux fins de prise en charge médicale de patients atteints par l'infection par le virus du chikungunya, comme suit :

- du 9 février 2006 au 3 mars 2006 : chambres A, B, C, O, P et R du 1^{er} étage
- du 3 Mars 2006 au 31 mars 2006 : le rez de chaussée.

Cette réquisition comprend, outre la mise à disposition des chambres équipées et meublées, la fourniture des repas, la fourniture des fluides (eaux, téléphone, électricité, climatisation), la maintenance technique des locaux et du mobilier, la fourniture des fluides médicaux, le gardiennage de nuit. Elle comprend également, du 9 Février 2006 au 3 Mars 2006, le ménage des locaux.

La rétribution de cette réquisition est composée :

- d'une redevance d'occupation de 600 Euros par jour couvrant l'ensemble des prestations à l'exception des repas,
- de 13 Euros de restauration par patient par jour.

La redevance d'occupation sera couverte par une enveloppe Aide à la Contractualisation spécifique allouée à la Société Anonyme de Gestion Simplifiée Jeanne d'Arc, par décision tarifaire de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Réunion-Mayotte.

Article 2 :

Le Centre Hospitalier Gabriel Martin, sis à Saint Paul, est réquisitionné, du 9 février au 31 mars 2006, pour faire fonctionner un service de médecine d'au maximum 20 lits, au sein des locaux visés à l'article 1er, destiné à la prise en charge médicale de patients atteints par l'infection par le virus du chikungunya.

Cette réquisition comprend le personnel médical et soignant nécessaire à la dispensation des soins 24 heures sur 24, la fourniture et la dispensation des médicaments, la réalisation des examens biologiques et radiologiques, la blanchisserie, l'élimination des déchets ménagers et des déchets d'activités de soins, le transport des patients depuis le Centre Hospitalier Gabriel Martin, ainsi que, du 3 mars 2006 au 31 mars 2006, le ménage des locaux occupés.

Les patients seront placés sous la responsabilité médicale du Centre Hospitalier Gabriel Martin.

Le Centre Hospitalier Gabriel Martin disposera des locaux aux conditions fixées à l'article 1er, et sera tenu responsable de toutes les dégradations advenues pendant la période de réquisition.

La rétribution de cette réquisition sera couverte selon les modalités de droit commun de tarification des activités hospitalières à l'assurance maladie et aux assurés sociaux.

Article 3 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du Ministre de l'Intérieur et d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif de Saint Denis, dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou notification.

Article 4 :

Le Secrétaire Général de la Préfecture est chargé, en lien avec le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Réunion – Mayotte, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Réunion.

Fait à Saint Denis, le 9 février 2006

Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général

Franck-Olivier LACHAUD

Reçu le 9/2/06
A. Deleflie



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Préfecture de La Réunion

Pôle régional santé publique
et cohésion sociale

Direction régionale
des affaires sanitaires et sociales

ARRETE N°1129/DRASS du 2 mars 2006

Portant réquisition de locaux de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion et des services de soins du Centre Hospitalier Gabriel MARTIN pour assurer la prise en charge médicale des patients atteints par l'infection par le virus du chikungunya

LE PREFET DE LA REGION ET DU DEPARTEMENT DE LA REUNION

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales, et notamment l'article L2215-1,

Vu l'arrêté préfectoral n°508/DRASS du 9 février 2006 portant réquisition des locaux de la Clinique Les Orchidées et des services de soins du Centre Hospitalier Gabriel Martin pour assurer la prise en charge médicale des patients atteints par l'infection par le virus du chikungunya

Considérant que l'épidémie d'infection par le virus du chikungunya entraîne un afflux massif, irrégulier et imprévisible de patients au service d'urgence du Centre Hospitalier Gabriel Martin, à Saint Paul,

Considérant que le Centre Hospitalier Gabriel Martin, tout en détenant la compétence médicale au travers de son autorisation sanitaire d'activité de médecine, ne dispose pas des locaux suffisants pour soigner, en aval du service d'urgence, les patients atteints par l'infection par le virus du chikungunya dont l'état de santé ne permet pas un retour à domicile,

Considérant que cette situation dépasse les limites d'une commune et concerne l'ensemble de la population de l'Ouest de la Réunion,

Considérant que cette situation, exposant la population de l'Ouest de la Réunion à un risque d'insuffisance des soins, constitue ainsi une atteinte à la salubrité et à la sécurité publiques, et que ses caractères d'exception et d'urgence justifient la mobilisation de moyens de santé extraordinaires,

Considérant donc que sont remplies les conditions fixées au 4° de l'article L2215-1 du Code Général des Collectivités Territoriales,

Considérant que l'arrêté n°508/DRASS susvisé organisait la réponse à cette situation, mais que les exigences de travaux sur le bâtiment de la Clinique Les Orchidées ne permettent pas temporairement à cette dernière de déférer à la réquisition dans des conditions de soins satisfaisantes,

Considérant l'avis favorable rendu par le Conseil d'Administration de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion le 1^{er} mars 2006 pour mettre à disposition du Centre Hospitalier Gabriel Martin le pavillon Jacaranda d'une capacité de 25 lits pour une durée d'un mois,

Sur avis favorable du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Réunion – Mayotte,

ARRETE

Article 1 :

Le Pavillon Jacaranda de l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion, sis 42 chemin du Grand Pourpier à Saint Paul, est réquisitionné au bénéfice du Centre Hospitalier Gabriel

Martin, aux fins de prise en charge médicale de patients atteints par l'infection par le virus du chikungunya à compter de ce jour et jusqu'au 31 mars 2006, pour une capacité de 25 lits d'hospitalisation.

Cette réquisition comprend, à l'exception des lits médicalisés et de tout personnel, la mise à disposition des chambres équipées et meublées, des locaux de soins, la fourniture des repas, la fourniture des fluides (eaux, téléphone, électricité, climatisation), la maintenance technique des locaux et du mobilier.

La rétribution de cette réquisition, imputable au Centre Hospitalier Gabriel Martin, est composée d'une redevance d'occupation de 10 000 euros par mois, payable au pro rata temporis de l'occupation, et du remboursement des repas des patients fournis par l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion selon le tarif suivant :

- 4,67 euros pour le déjeuner
- 4,67 euros pour le dîner
- 0,80 euros pour le petit-déjeuner.

Article 2 :

Le Centre Hospitalier Gabriel Martin, sis à Saint Paul, est réquisitionné, à compter de ce jour et jusqu'au 31 mars 2006, pour faire fonctionner un service de médecine d'au maximum 25 lits, au sein des locaux visés à l'article 1er, destiné à la prise en charge médicale de patients atteints par l'infection par le virus du chikungunya.

Cette réquisition comprend le personnel médical et soignant nécessaire à la dispensation des soins 24 heures sur 24, la fourniture et la dispensation des médicaments et fluides médicaux, la réalisation des examens biologiques et radiologiques, la blanchisserie, la fourniture des lits médicalisés, l'élimination des déchets ménagers et des déchets d'activités de soins, le transport des patients depuis le Centre Hospitalier Gabriel Martin, ainsi que le ménage des locaux occupés.

Les patients seront placés sous la responsabilité médicale du Centre Hospitalier Gabriel Martin.

Le Centre Hospitalier Gabriel Martin disposera des locaux aux conditions fixées à l'article 1er, et sera tenu responsable de toutes les dégradations advenues pendant la période de réquisition.

La rétribution de cette réquisition sera couverte selon les modalités de droit commun de tarification des activités hospitalières à l'assurance maladie et aux assurés sociaux.

Article 3 :

L'arrêté n°508/DRASS du 9 février 2006 est abrogé.

Article 4 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du Ministre de l'Intérieur et d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif de Saint Denis, dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou notification.

Le Secrétaire Général de la Préfecture est chargé, en lien avec le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Réunion – Mayotte, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Réunion.

Fait à Saint Denis, le 2 mars 2006

Pour le Préfet
Le Secrétaire Général

Franck-Olivier LACHAUD

ANNEXE IX

**CARTE DES CH DE PROVENANCE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN
RENFORT A LA REUNION ET A MAYOTTE**

ANNEXE X

FICHE DU PLAN SANTE CHIKUNGUNYA SUR LES RENFORTS DE METROPOLE

Renforts en matériel

Chaque établissement de l'arrondissement doit procéder à une évaluation des besoins en matériel supplémentaire nécessaires pour faire face à l'épidémie de chikungunya. Cette évaluation doit faire l'objet d'une validation par l'ARH avant engagement.

S'il y a lieu, les demandes de renforts « urgents » en matériel depuis la métropole doivent être centralisées par l'ARH avant transmission au ministère. Les établissements bénéficiaires de ces renforts devront en assurer la traçabilité avec un retour d'information destiné à l'ARH.

Compte tenu des contraintes de recherche et d'acheminement, ces demandes doivent être limitées aux situations qui ne pourraient être résolues par l'achat direct auprès des fournisseurs habituels.

Renforts en personnel

① Evaluation des besoins par les établissements

Chaque établissement de l'arrondissement doit procéder à une évaluation régulière des besoins en personnel nécessaires pour répondre aux contraintes liées à l'épidémie de chikungunya.

La demande de renforts provenant de la métropole (RM) entre dans le cadre de la phase 2 ou 3 du plan d'arrondissement.

Un délai de quinze jours est nécessaire pour organiser leur venue à La Réunion et/ou à Mayotte.

Dans une recherche de plus grande efficacité, les établissements en situation de demande de RM doivent pour chacun des personnels médicaux, soignants et non soignants :

- élaborer une fiche indiquant le profil des missions souhaitées,
- fournir une fiche de présentation de l'établissement
- indiquer les modalités de travail (remplacement ou réponse à l'afflux de patients, travail de jour, de nuit, de week-end..) et les conditions de la prise en charge (hébergement, déplacement..).

② Circuit des demandes

Ces données sont centralisées sur l'ARH qui les transmet au ministère (privilégier la voie électronique ARH974@sante.gouv.fr)

③ Recherche des personnels

Le ministère procède à la recherche des volontaires et transmet régulièrement à l'ARH les coordonnées et les CV des candidats retenus, voir les dates de départ et de retour (un minimum de 15 jours-3 semaines est souhaité par les établissements).

Il appartient au ministère de préciser aux candidats qu'ils sont susceptibles d'être affectés indifféremment à La Réunion ou à Mayotte, selon les besoins exprimés au moment de leur sélection.

C'est l'ARH qui décide de l'affectation et qui transmet à l'établissement d'accueil les coordonnées du volontaire qui leur est désigné.

L'établissement receveur s'engage à prendre contact le plus rapidement possible par téléphone ou par voie électronique avec cette personne pour préparer son arrivée.

④ Traitement des questions logistiques diverses

L'ARH prévient au moins 48 heures à l'avance l'établissement demandeur qui se charge d'accueillir à l'aéroport le ou les volontaires, de leur fournir un hébergement et éventuellement de mettre à leur disposition un véhicule. L'établissement doit également assurer la prise en charge du retour à l'aéroport.

Les renforts affectés à Mayotte voyageront sur la compagnie Air Austral dès leur départ de Paris de façon à ne faire qu'un transit à La Réunion. En cas de problème dans les horaires d'avion, l'ARH se chargerait de l'accueil temporaire à La Réunion.

La prise en charge à l'arrivée et au départ de Mayotte est identique à celle prévue pour La Réunion.

Tout problème majeur tenant à l'organisation de la prise en charge ou à l'activité du professionnel doit être immédiatement signalé à l'ARH (téléphone d'astreinte 0692 64 40 96 ou mail) qui en avisera le ministère.

⑤ Evaluation de la mission des volontaires

Une évaluation immédiate et lors du retour à la normale sera menée conjointement entre le ministère, l'autorité sanitaire et l'établissement receveur.

Cette évaluation utilisera la fiche type élaborée par le ministère.

ANNEXE XI

GLOSSAIRE

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ATSU : Association des Transports Sanitaires d'Urgence
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCSS : Centre de Coordination Sanitaire et Sociale
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CGSS : Caisses Générales de Sécurité Sociale
CH : Centre Hospitalier
CHDFG : Centre Hospitalier Départemental Félix Guyon (Saint Denis)
CHI : Centre Hospitalier Intercommunal (Saint Benoît)
CHM : Centre Hospitalier de Mayotte
CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIRE : Cellule Interrégionale d'Epidémiologie
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME : Commission Médicale d'Etablissement
COD : Centre Opérationnel Départemental
CSB : Clinique de Saint Benoît
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM : Département de l'Information Médicale
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
GHSR : Groupement Hospitalier Sud Réunion (Saint Pierre)
HAD : Hospitalisation à Domicile
IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation
InVS : Institut national de Veille Sanitaire
MGS : Maison de Garde Santé
MMG : Maison Médicale de Garde
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PDS : Permanence des Soins
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
RTT : Réduction du Temps de Travail
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation
T2A : Tarification A l'Activité
UHTCD : Unité Hospitalière de Très Courte Durée
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux