

Quelques éléments pour la suite, vus de l'APHP :

11 avril 2020

Mise à jour 13 avril 2020

Contribution élaborée par Martin Hirsch, directeur général, François Crémieux directeur général adjoint, Pr Bruno Riou, directeur médical de crise de l'APHP, Pr Rémi Salomon, président de la CME, Pr Frédéric Batteux, directeur de la stratégie de transformation de l'APHP, Pr Vincent Calvez et Pr Diane Descamps au nom de la collégiale de virologie de l'APHP, Pr Pierre Haufstater, chef du service des urgences de la Pitié-Salpêtrière, et Pr Renaud Piarroux, parasitologue et spécialiste des épidémies.

1 - Les enjeux actuels :

La situation extrêmement tendue de l'Ile de France (comme celle du Grand Est) s'explique principalement par la date d'intervention du confinement par rapport à la cinétique de propagation du virus. Mis à part le Grand Est, les autres régions de France sont moins touchées parce que le confinement est intervenu plus précocement et que l'effet « mégapole » joue à Paris comme dans d'autres pays. La deuxième explication tient à ce qu'il y a eu moins de repérage et d'isolement des personnes porteuses du virus que dans d'autres pays (Chine, Corée du Sud, Singapour, Allemagne) qui ont agi plus tôt sur ces deux leviers de manière synchronisée.

La réactivité et la bonne coordination du système hospitalier en Ile de France – public et privé, APHP et hors APHP - et les mécanismes de solidarité inter-régionaux ont permis d'éviter l'engorgement des soins critiques mais il s'en est fallu de peu. Ainsi, les patients pour lesquels c'était médicalement justifié ont eu accès à la réanimation, à un respirateur, à une équipe pouvant les prendre en charge.

Pour cela, le système a subi une tension extrêmement forte, alors même qu'il était en difficulté avant la pandémie – presque 10% des soins critiques à l'APHP n'étaient alors pas ouverts par déficit de personnel. Il reste aujourd'hui en partie « artificiellement » maintenu à un niveau très haut : dérogation aux horaires et aux rythmes de travail, maintien de capacité de réanimation hors les murs dans les blocs opératoires ou les salles de réveil, mobilisation de personnels de renforts d'autres régions ou provenant d'autres disciplines, présentant d'autres qualifications (autres spécialités médicales, chercheurs et personnels des universités et de l'Inserm) voire pour certains, n'étant encore totalement qualifiés (étudiants de santé), etc..

La situation actuelle nous expose à quatre risques

- Le premier risque est celui de l'épuisement physique, du burnout, de la dépression et du stress post-traumatique, face à une crise qui dure. Ce risque est bien réel au moment où le nombre de décès augmente parmi les patients hospitalisés (décalage entre la cinétique des entrées et la cinétique des décès), où les premiers décès surviennent parmi les soignants, où le rythme

de travail reste très soutenu, où ressort l'extrême frustration de devoir toujours rationner les équipements de protection et certains médicaments, où s'expriment les premières tensions qui peuvent briser l'extraordinaire élan de solidarité collective ;

- Le deuxième risque est celui de la prise en charge des pathologies hors COVID après environ 4 semaines d'une sorte de parenthèse. Un rebond s'annonce du fait de la meilleure connaissance de la mortalité/morbidité sur les autres pathologies, du retour des patients qui s'étaient retenus de solliciter l'hôpital et dont l'état s'aggrave; de la pression légitime des praticiens à pouvoir faire correctement leur travail, non seulement dans des hôpitaux dont les capacités sont durablement obérées par la prise en charge des patients COVID, mais aussi dans l'amont, au niveau des réanimations et encore plus particulièrement au niveau de l'aval des réanimations demain;
- Le troisième risque est celui d'une reprise épidémique en cas de relâchement dans l'application des mesures de confinement. La résilience face au confinement est fragile et n'est, en tous cas, pas infinie. Or, les tendances n'ont pas été nettement inversées et la part de la population immunisée reste très faible. Déjà, l'épidémie s'est propagée dans les EHPAD, et dans diverses collectivités, et ce ne sera pas sans répercussion majeure sur le système sanitaire.
- Le quatrième risque est celui de tensions sociales alors que plusieurs injustices commencent à se cumuler : les facteurs de risque d'une forme grave de la maladie et de décès sont corrélés à des déterminants sociaux (surpoids, hypertension, diabète); l'insuffisante offre de soin dans le département de Seine-Saint-Denis a certes été compensée par une coordination régionale mais la faiblesse du système de santé sera dénoncée face à la surmortalité ; le confinement comme stratégie exclusive de prévention est moins tenable, moins suivi et donc moins efficace lorsque les conditions de logement sont précaires. Ainsi la stratégie du seul confinement est moins efficace auprès des populations les plus à risque de formes graves du COVID-19.

Il est donc vital d'apporter des réponses permettant de conjurer ces risques.

2 – Conjurer les principaux risques :

Sur le premier risque, il reste très gênant de ne pas pouvoir dire aux équipes qui sont surmobilisées quelle est la nature de la reconnaissance dont elles bénéficieront. Cela fragilise le système. Il ne serait pas bien perçu que les mesures les concernant ne soient pas spécifiques par rapport à des mesures générales pour la fonction publique et a fortiori pour les autres secteurs économiques : le travail a été et reste particulièrement pénible ; l'exposition au risque est réelle et se traduit maintenant par des décès ; la situation antérieure à la pandémie était clairement défavorable avec des départs en nombre. Les blouses blanches étaient déjà dans une situation de stress et de colère avant la crise. Depuis, elles ont mis de côté cette colère pour répondre présent de manière extraordinaire. Il faut vite pouvoir leur dire, qu'au-delà de mesures générales ou de mesures postérieures à la crise, leur situation est bien prise en compte. Il semble des mesures de primes et de paiement de l'ensemble des heures au tarif des heures supplémentaires soient en préparation. Il faut, en tous cas, que dans les régions particulièrement mobilisées ou sur une base nationale, des réponses rapides, concrètes et à la hauteur de l'effort, pour éviter toute démobilitation alors que la crise sanitaire va se prolonger.

Sur le deuxième risque, le travail est en cours pour mieux apprécier la situation et organiser la réponse et disposer d'ici quelques jours d'une stratégie fondée sur des données objectives. Chaque service est actuellement interrogé pour avoir une appréciation fine des besoins ; l'entrepôt de données de santé est exploité pour comparer le mois qui vient de s'écouler avec la même période de l'année précédente ; chaque groupe hospitalier organise ses capacités pour pouvoir faire face aux priorités de santé publique ; des contacts sont prévus avec les associations de malades chroniques qui ont souvent une bonne connaissance des difficultés. Mais assurément cette dimension devra être renforcée, avec des messages généraux de santé publique (« allez voir votre médecin », « appelez le 15 », « allez aux urgences si vous êtes malade ») ; des messages spécifiques en lien avec les réseaux associatifs de malades atteints de pathologies chroniques afin que des recommandations spécifiques soient ciblées vers ces personnes ; une bonne coordination des actions sous l'égide des agences régionales de santé devra être poursuivie ;

Conjurer le troisième risque conduit à anticiper le moment où les capacités de tests PCR seront plus importantes, où la possibilité de faire des sérologies va pouvoir se développer, et surtout, où la pression sur le déconfinement sera de plus en plus forte et c'est ce qui est développé dans la troisième partie de cette note

S'agissant du quatrième risque, il convient de renforcer la présence et les interventions dans les territoires les plus défavorisés, s'assurer qu'ils seront bien concernés par l'accès aux masques au moment où son usage hors soin s'élargit, avec des différences de possibilité d'approvisionnement en population générale,

3 – Principes et pistes d'action :

Les experts convergent autour de quelques idées fortes :

1 – il faut s'attendre à ce que le taux d'immunisation de la population générale soit très faible et considérablement en dessous du taux d'immunisation dite grégaire. Plus près de 10% que de 60% ce qui signifie que la possibilité de « flambées épidémiques » est restée quasiment la même que celle que nous avons connue au moment du le confinement

2 – alors qu'en un mois, on est passé d'une capacité de prise en charge en réanimation de 1000 à près de 3000 dans la région Ile de France, il est illusoire de penser qu'on pourra aller au-delà et même en cas d'amélioration, la décroissance sera lente ;

3 – La stratégie confinement + armement des hôpitaux doit être complétée par une stratégie beaucoup plus marquée de repérage (=observation) et d'isolement plus efficace des personnes potentiellement contaminantes (=action); c'est la condition sine qua non pour casser les chaînes de transmission et pouvoir anticiper un déconfinement qui ne fasse pas exploser le système hospitalier ;

4 - Cette stratégie impose de mettre en œuvre une approche plus individuelle, plus personnalisée, plus systématique, plus interventionnelle dans la détection, l'accompagnement, l'isolement, le traitement des personnes potentiellement contaminantes et la prévention de la propagation du virus au sein de leur entourage familial et social.

5 – Même si des outils numériques de tracking anonymes peuvent présenter un intérêt comme outil d'appoint, il est indispensable de développer une surveillance épidémiologique plus classique, permettant de remonter à l'adresse du patient, de pouvoir contacter son entourage, d'investiguer la

situation dans le voisinage et d'identifier dans les fréquentations du patients les personnes potentiellement contaminantes. Il convient de développer une doctrine cohérente et d'y adapter les outils classiques et numériques, les possibilités juridiques, les capacités interventionnelles.

6 – Cette stratégie se rapproche de celle mise en œuvre au tout début de l'épidémie avec les enquêtes d'identification des cas contacts des premiers cas repérés et de mise en quatorzaine ; la différence est la possibilité de réaliser davantage de tests (PCR et ELISA et tests de diagnostic rapide de type TROD) avec donc des outils supplémentaires par rapport à ceux dont on disposait dans cette première phase ;

7 – Les capacités de tests n'étaient pas illimitées même si elles vont monter en puissance et les opérations de prélèvement étant complexes et consommatrices de moyens humains importants, il est important de bien cibler les interventions

- Des tests dans les communautés, portions de territoires, lieux collectifs où il existe des cas (ce implique de les avoir identifiés par une cartographie quotidienne des cas) où les tests pourraient être faits systématiquement dans des populations concernées ;
- Des tests sur les personnes catégorisées parmi les plus exposées (par exemple les soignants) ;

Ces catégories ciblées représenteront vite un nombre significatif de personnes (il sera possible rapidement d'avoir des ordres de grandeur) et faudra faire en sorte que les capacités de prélèvement et de tests soient disponibles pour couvrir l'ensemble de ces populations ;

8 – La réalisation de tests de manière non ciblée, c'est-à-dire n'étant motivé ni par un contact avec un sujet positif, ni par l'exercice d'une activité ou par des conditions de vie à risque et ni par le fait de se trouver dans une zone géographique où la transmission est avérée (cluster), n'a aucun intérêt et ne devra être envisagée que lorsque les besoins liés à une stratégie ciblée seront entièrement couverts.

9 – cette bonne utilisation des tests PCR et ELISA et TRODs devra déboucher sur des interventions pour avoir une quelconque efficacité:

- Les tests PCR ou TRODs IgM positifs conduiront :
 - o à proposer (et non pas imposer) l'isolement ; pour que ces propositions soient suivies d'effets, il faudra assurer des conditions acceptables (hébergement ; nourriture ; lien social par téléphone ; visites par des personnes non susceptibles de transmettre le virus ; etc...) pour une durée clairement annoncée ;
 - o A étendre les enquêtes, les prélèvements, les propositions d'isolement aux proches, aux voisins, aux contacts ;
 - o A assurer le suivi médical par des plateformes (type COVIDOM qui a déjà été opérationnelle pour 45 000 patients en ile de France)
- Les sérologies positives IgG conduiront à déterminer des catégories de personnes immunisées qui, si la présence d'anticorps est vraiment associée à une protection, pourront ne plus être concernées par le confinement, et ainsi contribuer à la stratégie de déconfinement, ou pouvoir participer aux activités économiques et sociales les plus importantes. Rappelons cependant que la proportion attendue de sujets immunisés est faible voire très faible même dans certaines régions françaises encore peu touchées par l'épidémie ;

10 – s'agissant de la catégorie particulière des soignants, il conviendra de clarifier rapidement les conséquences tirées de leur statut (PCR Neg ou PCR + ; immunisé ou non immunisé. Les soignants étant

exposés, il est indispensable de les considérer comme prioritaire pour les tests. Cependant, induire une politique large d'éviction (des PCR + pas ou peu symptomatiques ou des non immunisés) rendrait impossible la continuité du système de soins ; cela sera donc un point très délicat à discuter et à faire accepter avant de commencer le dépistage à large échelle dans ces populations ;

11 – les stratégies d'intervention nécessiteront une mobilisation importante d'acteurs, qui devront associer des professionnels de santé, d'autres professionnels et des volontaires pour pouvoir couvrir les besoins ; il conviendra de définir les différentes fonctions à couvrir (pour les prélèvements ; pour l'organisation de l'isolement ; pour la réalisation des enquêtes ; pour la logistique de ces opérations ; pour le suivi individualisé des personnes isolées ; etc...) ; des formations spécifiques devront être organisées en grand nombre et dans un temps bref. La mobilisation des collectivités locales et des associations est essentielle, particulièrement celles déjà formées dans la lutte contre les infections virales dont certaines ont déjà un maillage national très organisé, mais aussi toutes celles impliquées dans le soutien des patients atteints de maladies chroniques. Les associations humanitaires aussi, ont une solide expérience des interventions au sein de la population dans le cadre de la lutte contre des épidémies (dans les pays en développement) ou de la lutte contre l'exclusion sociale (en France)

12 - Les acteurs qui peuvent être mobilisés sont ceux actuellement paradoxalement marginalisés dans un dispositif qui leur donne moins de place entre « confinement » et « hôpital » : professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens, paramédicaux), professionnels du champ social, professionnels de prévention (santé scolaire, santé au travail, protection maternelle et infantile, équipes de santé publique des ARS). Ces équipes doivent être mobilisées par un discours à leur adresse ; revalorisées aux yeux des populations qui ne voient que la réanimation comme réponse à la pandémie ; formées à l'échelon local ou régional ; équipés des moyens et techniques d'intervention au sein des communautés ; organisés

Cette période permet également de passer d'une tentation de début de concurrence entre décisions nationales et décisions locales par une grande complémentarité avec un rôle important des mairies et des conseils départementaux notamment sur la base de principes partagés.

13 – cette stratégie nécessitera de pouvoir mobiliser de nombreuses capacités d'hébergement, avec des hôtels, des internats, des lieux d'hébergement collectifs, suffisamment accueillants et équipés (télévision, WIFI) pour qu'ils soient acceptables sans contrainte par des personnes que l'on coupe pendant un temps de leur domicile ou de leurs proches ; il pourra s'agir soit de loger les personnes contaminantes, soit au contraire de prendre en charge leur entourage ;

14 – il doit être possible rapidement d'estimer le nombre de personnes susceptibles d'être concernées, le nombre d'intervenants nécessaires, le nombre de logements à mobiliser, la nature des clusters à explorer prioritairement, à partir des données déjà disponibles (cartographie des cas ; nombre de nouveaux cas par jour ; exploitation des données covidom ; etc...)

15 – il est impératif de commencer sans attendre de tester cette approche ciblée à petite échelle pour mieux apprécier les éléments clés de faisabilité et d'acceptabilité. Si la mobilisation est rapide et massive elle pourra être rapidement décroissante et de courte durée, au prorata des succès enregistrés dans le contrôle de l'épidémie. Le scénario alternatif est une épidémie de décroissance prolongée aux conséquences humaines, sociétales, et économiques encore plus désastreuses. Rappelons que l'épidémie tue entre 500 et 1000 personnes par jour en ce moment et que le confinement coûte 3 milliard d'euros par jour. La mobilisation nécessaire à la mise en œuvre de la stratégie exposée ci-

dessus est infiniment moins coûteuse et, en raccourcissant la durée de la crise, limitera considérablement la facture.

En résumé :

1°) La sortie la plus rapide du confinement généralisé sans nouvelle flambée passe incontestablement par une stratégie volontariste et fine de repérage et d'isolement des cas pour interrompre les chaînes de contamination ;

2°) L'usage des différents tests biologiques (virologiques et sérologiques) devra être principalement orienté vers cet objectif avec des priorités bien définies

3°) Des ressources importantes (professionnels, volontaires, logements) devront être mobilisées et coordonnées, avec des échelons locaux jouant un rôle crucial ;

4°) un prisme « prise en compte des inégalités sociales » devra être très marqué, pour l'observation, le suivi, la mobilisation des ressources ; en l'occurrence, le souci de justice sociale vient rejoindre l'efficacité de la lutte contre le virus.

5°) l'usage des technologies, à l'instar des tests, doit être appréhendé non pas comme la construction d'un « big brother généralisé », mais d'un « little brother individualisé » ; il ne s'agit pas de mettre tout le monde sous contrôle social mais au contraire d'utiliser ces technologies pour accéder à des degrés de liberté supplémentaire et pour protéger les plus exposés ;

6°) cette stratégie sera d'autant plus aisée à mettre en œuvre, acceptée que l'accès aux masques et au soluté hydro-alcoolique sera possible pour la partie de la population qui en a besoin, au-delà des soignants ;

7°) nous nous sommes mis en mesure de pouvoir faire des « pilotes » dès la semaine du 13 avril pour avoir rapidement un premier retour d'expériences, de partager ces propositions et de les décliner opérationnellement et de manière partenariale.

