

Rapport d'enquête
Réseau National Hospitalier Ethique & Pandémie

Février / Mars 2008

Espace éthique / AP-HP, en partenariat avec la FHF et la FEHAP

Enquête réalisée auprès de 33 établissements hospitaliers français au premier trimestre 2008 concernant la prise en compte de certains aspects éthiques de la préparation à une pandémie de grippe.

Réalisation du questionnaire d'enquête :

Membres du Réseau National Hospitalier Ethique et Pandémie (voir www.espace-ethique.org/grippe.php), lors des réunions de préparation

Rassemblement des données nécessaires sur les sites :

Correspondants du RNHEP ayant participé (voir ci-dessous et www.espace-ethique.org/grippe.php).

Diffusion & suivi de l'enquête, synthèse et analyse de l'ensemble des données :

Sophie Van Pradelles, Espace éthique / AP-HP

Discussion des résultats, rédaction du rapport final :

Marc Guerrier et Sophie Van Pradelles, Espace éthique / AP-HP

Coordination :

Marc Guerrier Espace éthique / AP-HP

Le Réseau national hospitalier éthique et pandémie (RNHEP) coordonné par l'Espace éthique de l'AP-HP a conduit une enquête descriptive par questionnaires écrits adressés à ses membres (un correspondant par institution inscrite) en février et mars 2008.

L'objectif du questionnaire était de décrire, au sein des établissements participants, l'état de la réflexion et des décisions au sujet de certains aspects sensibles du point de vue éthique de la préparation à une possible pandémie de grippe.

Le questionnaire abordait les 6 thèmes suivants :

- 1. Le « plan pandémie » de l'établissement de façon générale**
- 2. Cellule d'aide à la décision médicale**
- 3. Limitation des visites des proches des personnes malades et de l'intervention des bénévoles**
- 4. Concernant les professionnels de l'hôpital et les personnels pouvant être rappelés**
- 5. Création de priorité dans l'accès aux soins et aux traitements en cas de débordement du système**
- 6. Enjeux liés à la fin de la vie et aux décès**

Sur 53 établissements contactés¹, 33 réponses ont été obtenues après deux séries de relance (téléphone et mail), soit un taux de réponse de 62 %.

Les correspondants des établissements suivants ont bien voulu participer à l'enquête : Centre hospitalier Henri Mondor (Aurillac) ; Centre Hospitalier Philippe le Bon (Beaune) ; Béthune Centre hospitalier de Béthune ; Centre hospitalier de Champagnole ; Centre hospitalier de Charleville-Mézières ; Centre hospitalier de Châteauroux ; Centre hospitalier Sud-Francilien (Corbeil-Essonnes) ; Centre hospitalier de Die ; Centre hospitalier de Fécamp ; Centre hospitalier d'Avranches-Granville ; Centre hospitalier Marie-José Treffot (Hyères) ; Hôpital Simone Veil (Montmorency) ; CHU de Poitiers ; Centre hospitalier de Quimperle ; CHU Charles Nicole (Rouen) ; Centre hospitalier de St Dizier ; Centre hospitalier Salins les bains ; Centre hospitalier de Sens ; Centre hospitalier de Tulle Centre hospitalier d'Ussel ; Centre hospitalier André Mignot (Versailles) ; Centre hospitalier Saint Cyr (Villeneuve sur Lot) ; Centre hospitalier de Vitre. Hôpitaux de l'AP-HP : Corentin Celton ; Hôpital Marin de Hendaye ; Hôpital Maritime de Berck ; Pitié-Salpêtrière ; Raymond Poincaré ; Robert Debré ; Rothschild ; Sainte-Perrine ; San Salvador ; Villemin-Paul Doumer.

¹ Membres du réseau au moment de l'enquête

En résumé :

Types d'établissements ayant répondu		
CH – CHI	CHU hors AP-HP	Etbl. de l'AP-HP
21	2	10

Il est évident que ces établissements ne sont pas représentatifs de la totalité de ceux du territoire. Outre la faible taille de l'échantillon, un biais très important est à prendre en considération : seuls les établissements s'étant inscrits au RNHEP ont été contactés pour cette étude, et une partie seulement a répondu à l'enquête. Les résultats examinés en gardant à l'esprit ce biais de recrutement, ici sur la base d'une motivation importante vis-à-vis de la démarche de ce questionnaire, invite par rebond à s'interroger sur les positions des autres établissements en France au regard des questions évoquées. Il est possible de considérer que les établissements ayant participé à l'enquête sont parmi les précurseurs lucides, actifs dans la construction responsable d'une préparation à une pandémie de grippe.

Ce rapport d'enquête restitue les résultats sous forme synthétique, l'intégralité des réponses aux questions ouvertes, ainsi de quelques brefs commentaires et suivi d'une conclusion sur les perspectives ouvertes par cette étude pilote.

1. Le « plan pandémie » de l'établissement de façon générale

ELABORATION DES « PLANS PANDEMIE »

Etat d'avancement de la rédaction des <i>Plans Pandémie</i> Résultats pour l'ensemble des Hôpitaux N=33	
Aucun document « plan pandémie » n'a été écrit à ce stade	12 %
Le « plan pandémie » existe, rédigé sous forme intermédiaire non encore validée ou à l'état de document(s) de travail	46 %
Le « plan pandémie » existe, rédigé sous une version validée, même s'il pourra faire l'objet d'évolution ultérieure	42 %
Le « plan pandémie » existe, est rédigé sous une forme définitive et il n'est pas prévu qu'il fasse l'objet d'évolution ultérieure	0 %

Les remarques qualitatives formulées dans les questionnaires sont les suivantes (retranscription intégrale) :

- *Restent à préciser : la prise en charge des patients en psychiatrie en collaboration avec l'établissement spécialisé le plus proche (réflexion en cours) - la prise en charge des enfants (nous n'avons pas de pédiatrie) avec les autres CH du département, groupe de travail prévu par la DDASS - le mode de garde des enfants du personnel par les étudiants de 1ère et 2ème année de l'IFSI au domicile des parents*
- *Je suis référente " cellule de crise" pour l'établissement. Je suis chargée de la rédaction du plan blanc et du plan pandémie pour notre établissement. Ce travail devrait commencer en mars 2008.*
- *Le GH VPD est un établissement gériatrique qui participera a son niveau: 3eme ligne APHP, a la prise en charge de la pandémie grippale*
- *Le travail de préparation a été conduit à l'échelle départementale pour la part organisation des circuits de patients, avec désignation d'hôpitaux référents (au nombre de deux) chargés de recevoir en premier lieu les personnes à hospitaliser. La préparation dans notre établissement est encore en cours d'élaboration.*
- *Dans annexe biologique du plan NRBC Annexe spécifique Réa en cours de réflexion*
- *Hôpital de l'AP-HP, le plan pandémie s'appuie sur le plan blanc élaboré à partir des fiches AP-HP. L'hôpital étant géographiquement en Aquitaine, nous travaillons dans le respect du calendrier de la DDASS 64. L'hôpital s'est organisé en 6 groupes de travail*
- *Le groupe hospitalier dispose d'une procédure générale intitulée plan de mobilisation – plan blanc – plan pandémie. Cette procédure comporte une partie générale commune à tous les plans de crise, décrivant la composition et fonctionnement de la cellule de crise, et des fiches thématiques spécifiques pour chaque type de crise : plan blanc, plan bleu, plan pandémie, etc.*
- *Document encore en cours d'élaboration et non réfléchi principalement ou exclusivement autour des principes éthiques.*
- *Un certain nombre de documents existent et pré-constitutifs d'un vrai "plan pandémie" stricto sensu. Ceux-ci ont permis de préparer des exercices, mais*

non validés par la communauté. Un pré-plan d'étapes a été présenté aux instances CME uniquement, et encore ne concerne que l'établissement. En effet, un vrai plan pandémie doit intégrer le plan blanc élargi toujours non rédigé par la tutelle qui doit elle même intégrer le secteur privé, cliniques, médecins libéraux et autres cabinets de professionnels libéraux, les pharmacies d'officine...etc.

- *Le plan se limite à la prise en charge de cas isolés aux urgences ou dans le cadre du SMUR. Présence d'une annexe bio dans le plan blanc mais très rudimentaire.*
- *Le plan Pandémie de l'établissement est une annexe de notre Plan Blanc*

Les établissements ayant répondu au questionnaire sont pour leur quasi-totalité dans une phase de travail, éventuellement avancé sous la forme d'une première finalisation, de la rédaction d'un plan pandémie. Aucun établissement n'a souhaité communiquer l'intégralité de son plan pandémie pour cette enquête.

Dans cette étude réduite numériquement à 33 établissements, 29 possèdent un élément rédigé (finalisé ou non). Il serait intéressant, mais vraisemblablement très difficile voire impossible, de connaître l'état d'avancement de ces préparations concernant l'ensemble des établissements de santé en France. Par ailleurs, la diffusion de cette étude peut contribuer à sensibiliser les institutions encore peu investies à cet égard.

2. Cellule d'aide à la décision médicale

Important : dans cette partie, il est question de la *Cellule d'aide à la décision médicale* telle que définie dans la fiche 4.3 des Fiches de Recommandations *Organisation des soins en situation de pandémie grippale*², p. 76 et 77. Ce document téléchargeable à l'adresse suivante :

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe_aviaire/guide_pandemie_grippale.pdf, ou peut vous être adressé par nos soins au format électronique sur simple demande.

MISE EN PLACE D'UNE CELLULE D'AIDE A LA DECISION MEDICALE

Pour les établissements possédant un <i>plan Pandémie</i> finalisé ou non (N=29)	OUI	NON
Si un « plan pandémie existe » (même sous une forme intermédiaire ou de travail), la cellule d'aide à la décision médicale s'y trouve-t-elle mentionnée ?	40 %	60 %
Sa composition, son fonctionnement, et le contour de ses missions ont-ils fait l'objet de réunions, discussions ou travaux au sein de votre établissement ?	38 %	62 %

PARTICIPATION ANTICIPEE DE SES MEMBRES

Première question posée à l'ensemble des hôpitaux (N=33), puis au sous-groupe ayant répondu « oui » (N=14)	OUI	NON	NSP*	NR**
1. La cellule d'aide à la décision médicale est-elle connue des interlocuteurs susceptibles d'y participer ? (N=33)	42 %	42 %	6 %	9 %
2. Le cas échéant, ces personnes ont-elles participé à la réflexion sur sa composition et son fonctionnement ? (N=14)	15 %	65 %	15 %	0 %

* Ne sais pas - ** Non répondu

La Cellule d'aide à la décision médicale, dont la composition, le rôle et le fonctionnement sont évoqués avec une grande marge de liberté dans les recommandations sur l'organisation des soins en situation de pandémie grippale (document émanant du ministère de la santé), est-elle un organe qui mérite une attention particulière ? Répondre affirmativement s'impose à la lecture du texte concerné, débutant de la manière suivante : « *L'objectif de cette cellule d'aide à la décision médicale est de soutenir et conseiller les professionnels de santé de l'établissement lors de la prise de décisions médicales individuellement délicates et de veiller au respect de l'éthique et de la déontologie dans le cadre de l'urgence collective.*

Il peut s'agir d'un conseil apporté :

- soit à un médecin de l'établissement de santé, qui en fait la demande, la décision finale impliquant le patient étant de son ressort ;

- soit à la cellule de crise de l'établissement, qui sera amenée à décider de la politique de prise en charge des patients au sein de l'établissement, dans le respect des directives de ses tutelles et dans le contexte de l'urgence collective à laquelle il aura à faire face. » Il serait tout à fait illusoire de considérer que cette déclaration « constituante » d'une Cellule d'aide à la décision médicale répond en même temps qu'elle la crée à la question de savoir comment elle fonctionne, la nature précise des questions qui lui seront adressées, et surtout les repères fondant la légitimité des discours qu'elle tiendrait sur « le respect de l'éthique et de la déontologie dans le cadre de l'urgence collective ». C'est précisément le contenu de cette dernière notion qui nécessite aujourd'hui un travail de réflexion et d'élaboration. Les quelques éléments de réponses apportés par notre étude préliminaire laissent supposer qu'une marge de progrès importante demeure à cet égard.

² Annexe à la circulaire N°DHOS/CGR/2007/130 du 26 mars 2007 relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale, à l'élaboration de l'annexe biologique « pandémie grippale » des plans blancs des établissements de santé et à la préparation du dispositif ambulatoire, préhospitalier et médico-social de prise en charge dans le cadre du plan blanc élargi.

3. Limitation des visites des proches des personnes malades et de l'intervention des bénévoles

LIMITATION DES VISITES

Questions posées à l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
La question de la limitation des visites des familles et des proches en cas de pandémie de grippe a-t-elle fait l'objet d'un travail particulier ou de réunions au sein de votre établissement ?	61%	39 %	0 %
Une politique de limitation des visites des familles et des proches en cas de pandémie de grippe a-t-elle été envisagée et énoncée dans un document écrit (en particulier le « plan pandémie » s'il est élaboré ou en cours d'élaboration) ?	52 %	48 %	0 %

CRITERES POUR LES LIMITATIONS

Pour les établissements ayant répondu « oui » à au moins l'une des deux questions précédentes N=24	OUI	NON	NR
Si la limitation des visites est explicitement envisagée, les critères utilisés pour définir qui parmi les patients sera autorisé à recevoir des visites, quelles personnes seront autorisées à être visiteurs, et selon quelles modalités, sont-ils décrits ?	21 %	70 %	9 %

PLACE DES BENEVOLES

Question posée à l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
S'agissant des bénévoles qui interviennent habituellement dans l'établissement, des dispositions ont-elles été envisagées en cas de pandémie ?	27 %	73 %	0 %

Au total, parmi les 33 établissements répondant, plus de la moitié ont envisagé la question de la limitation des visites, mais 4 seulement ont affirmé que les critères de ces limitations sont décrits. Voici la retranscription intégrale des réponses concernant ces 4 établissements, ainsi que 6 autres ayant tout de même mentionné des éléments de critères, dont le caractère très hétérogène est indicatif de la nécessité de réfléchir à la cohérence et aux légitimations :

- *Hôpital fermé, aucune visite*
- *Envisagé dans la problématique de sécurisation des accès/flux visiteurs, limitation à une visite par jour*
- *Limitation envisagée : aux parents si enfants hospitalisés, mari ou femme de la personne hospitalisée*
- *Visites exclusives en maternité pour les pères non grippés/circuit à part pour espace de deuil (non grippés)*
- *Ce point a été seulement effleuré, mais les critères pas du tout finalisés.*
- *Parents d'enfants hospitalisés-Famille de personnes en fin de vie*
- *L'hôpital est fermé. Les visites sont interdites mais des moyens supplémentaires de Communication sont mis en place*
- *Pas dans tous les services*
- *Cas extrême sur autorisation explicite du directeur ou de l'administrateur*
- *Autorisé pour les enfants, un seul parent pourra être visiteur et devra rester pour accompagner l'enfant : en tout cas pas d'A/R multiples*

4. Concernant les professionnels de l'hôpital et les personnels pouvant être rappelés

REPARTITION DES PERSONNELS EN HDV ET BDV

Pour l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
L'affectation des personnels à différentes tâches ou différents endroits n'est pas neutre en termes d'exposition au virus. Une réflexion sur la question de l'affectation des personnels en secteur haute densité virale ou basse densité virale a-t-elle été conduite dans votre établissement ?	33 %	64 %	3 %
Pour les établissements pour qui l'affectation en HDV/BDV a fait l'objet d'une réflexion N=11			
Les professionnels ont-ils été associés aux décisions ?	45 %	37 %	18 %

La retranscription intégrale des sept réponses apportées à la question ouverte des résultats des réflexions conduites (le cas échéant) sur l'affectation des personnels HDV/BDV, figure ci-dessous :

- *Aptitude professionnelle et médicale*
- *A ce jour, organisation basée exclusivement sur la compétence des professionnels. (cf. questionnaire DPRS joint)*
- *Pas de critères encore bien définis*
- *Les personnels resteront dans leur service habituel.*
- *Des secteurs à haute densité virale ont été définis (service des urgences, service de radiologie, service d'hospitalisation spécifiquement destiné aux personnes suspectes de grippe aviaire). Dans ses secteurs, les personnels qui seront en contact avec les patients seront équipés des tenues de protection définies par les protocoles*
- *Médecin, infirmière et locaux avec possibilité d'isolement*
- *L'aptitude Médecine du travail*

On observe dans ces réponses plusieurs notions non exclusives les unes des autres (et parfois associées entre elles) :

1. Centré sur « l'aptitude », elle-même déclinée sous deux volets : l'un de compétence professionnelle, et l'autre lié à l'absence de contre-indication au regard des critères spécifiques à la médecine du travail (en l'occurrence, on peut penser qu'il s'agit de l'absence de pathologie créant un surcroît de risque vis-à-vis de l'exposition à la grippe)
2. Centré la protection ; protection personnelle (équipements spéciaux) ou protection des autres (possibilité d'isolement)
3. Centré sur l'habitude : cette approche consiste à dire que la situation de pandémie ne modifie pas la répartition des lieux où travaille ordinairement chacun.

Les trois pôles mentionnés : l'aptitude, la protection et l'habitude contiennent plusieurs composantes. Il est intéressant d'observer, dans cette étude pilote, qu'il est possible de penser à la fois qu'il est indifférent ou au contraire spécifique de travailler en secteur HDV ou BDV pendant une pandémie. Bien entendu, cette question mérite

des approfondissements, la nature des activités devant être examinée au cas par cas : certains gestes, par exemple, créent des situations d'exposition importantes et d'autres non. En toile de fond, ces premières réponses encouragent à approfondir la question du rapport au risque qu'entretiennent les professionnels, leurs encadrements et les institutions. Deux positions diamétralement opposées peuvent exister schématiquement – il s'agit ici d'une spéculation, et non d'une conclusion dérivée des résultats de cette enquête : (1) une position d'affirmation de non-différence et (2) une position admettant une différence. Seule la seconde position ouvre à un débat sur la spécificité d'un travail en haute densité virale (la première ne conduisant pas à admettre qu'il soit plus ou moins dangereux de travailler en HVD ou BDV à condition de respecter les procédures).

PRIORITES DANS LA MOBILISATION DES PERSONNELS

Pour l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
S'agissant des personnels à qui il serait fait appel en priorité et ceux pour qui il serait admis qu'ils se consacrent à des activités extérieures à l'établissement (familiaux par exemple), une réflexion a-t-elle eu lieu dans l'établissement ?	27 %	73 %	0 %
Un dispositif de recueil anticipé des volontariats a-t-il été envisagé ?	21 %	76 %	3 %
Pour les établissements ce dispositif a été envisagé N=7			
Ce recueil de volontariat a-t-il été effectué ?	57 %	43 %	0 %

Concernant le rappel prioritaire, et la réflexion sur les critères conduisant à un ordre dans le rappel des personnels, les réponses apportées à la question « comment et par qui cette réflexion a-t-elle été conduite » ? sont les suivantes (retranscription intégrale) :

- *Direction des soins*
- *Groupe de travail spécifique*
- *Notre listing de rappel des personnels en cas de Plan Blanc/Pandémie mentionne la présence d'enfants à charge, le mode de transport*
- *Personnels paramédicaux: directrice des soins, personnels médicaux: présidente de CME, autres personnels: responsable des services*
- *En cours, réunions de travail DRH, DDS, cadres paramédicaux de pôle et membres du « groupe pandémie grippale » .*
- *Réflexion menée par le groupe de travail dans un premier temps*
- *Plan élaboré par la direction et présenté pour approbation aux instances et aux tutelles*
- *Professionnels informés de l'existence de la liste, mais pas des priorités*
- *Pas d'information du personnel car pas de « priorisation » du personnel*

Certains produits de la réflexion de ces acteurs (notamment), ont été rapportés dans les réponses à la question ouverte « Quelles ont été les décisions prises, et les critères retenus comme valables pour ne pas se rendre sur son lieu de travail habituel ? ». Ces réponses sont transcrites intégralement ci-dessous :

- *Pas de critère retenu : comment obliger le personnel à prendre son poste ?*
- *Facteurs familiaux et inaptitude médicale*
- *En l'état actuel des choses, même réponse que précédemment.*
- *La gestion opérationnelle des RH sera assurée par la cellule de crise. Es critères retenus comme valables seraient la maladie, et les problèmes de garde d'enfants.*
- *Aucune décision définitive formalisée à ce jour.*
- *Pistes retenues : élaboration d'un fichier prenant en compte les moyens de transport, les personnes à charge, la garde des animaux ; état de santé des professionnels et avis du médecin du travail*
- *Absence de transport. Garde d'enfant*
- *Réflexion en cours : femmes enceintes et problème de santé spécifique*
- *Réponse impossible ce jour.*
- *Rien de tranché*
- *Garde d'enfants ou de parents âgés*
- *Arrêt maladie*
- *Les personnes infectées par le virus ou avec des malades au domicile*
- *Adaptation du plan blanc*
- *Admis pour personnes étant charges de famille et parents d'enfants en bas âge dans la limite des effectifs mobilisables et selon durée de la gestion de crise (organisation d'une crèche familiale collective ensuite envisagée). Equipe en charge du Plan Blanc : à valider, non acté. Par contre, la mise en place d'un ramassage, l'organisation de co-voiturages ont été envisagés afin que le transport dans un tel contexte ne constitue pas un obstacle à l'acheminement des agents sur le lieu de travail*

Il est intéressant que ces remarques qualitatives concernent la moitié (15) des questionnaires, alors que seuls 27 % des répondants font état de la conduite d'une réflexion au sein de leur établissement. Il est possible de classer les réponses selon les catégories suivantes (non mutuellement exclusives et parfois associées) :

1. Non déterminé encore
2. Liées à l'état de santé du professionnel (grippé ou non) / ou à l'état de santé des personnes avec qui il/elle vit. Ceci peut être interprété de trois manières différentes en envisageant les intentions qui sous-tendent l'énonciation de ce

critère : (a) dans l'intérêt du professionnel lui-même, (b) dans l'intérêt de ses proches s'ils sont malades – afin qu'il/elle puisse leur prodiguer des soins, et (c) pour protéger les autres individus de l'hôpital

3. Clairement lié à l'existence d'obligation autres pour le professionnel concerné (personnes « à charge », ce qui peut prendre différentes significations)
4. Déterminés par avance sans être pour autant énoncés, l'idée étant d'identifier l'instance qui prendra les décisions le moment venu (cellule de crise par exemple)

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Pour l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
Une liste de rappel des personnels existe-t-elle à la DRH pour le cas d'une pandémie ?	85 %	15 %	0 %
Pour les établissements où cette liste existe N=28			
Les professionnels sont-ils informés de l'existence de cette liste et de leur statut (prioritaire pour un rappel ou non)	79 %	18 %	3 %

Pour l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NSP	NR
Les étudiants, retraités et autres personnes pouvant être rappelés en cas de pandémie ont-ils été informés de manière anticipée de leur participation aux activités de soin en cas de crise ?	23 %	64 %	14 %	0 %

CONTROLES A L'ENTREE DE L'ETABLISSEMENT

Pour l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
La question d'éventuels contrôles cliniques ou paracliniques (questionnaire, prise de température ou autre) lorsque les professionnels se présentent sur leur lieu de travail en temps de pandémie a-t-elle été soulevée dans votre établissement ?	21 %	61 %	18 %

Les réponses qualitatives recueillies au sujet de la mise en place de contrôles cliniques ou paracliniques à l'arrivée des professionnels sur le lieu de travail sont les suivantes (retranscription intégrale) :

- *Pour les contrôles, actuellement rien n'est arrêté, mais on peut penser que pour toute personne entrant dans l'établissement, un relevé de température corporelle puisse être effectué*
- *Contrôle: non,.....mais dans le plan NRBC général existe la fiche réflexe du médecin du travail qui vérifie d'éventuelles évictions*
- *L'établissement organise le roulement des personnels sur des périodes de travail de 1 semaine, une période de repos de 1 semaine à domicile et une période de quarantaine sur le site (7 jours) avant la prise de service.*
- *A ce stade intervient ou devrait intervenir la médecine du travail qui sait qu'elle a un rôle important à jouer. Elle est associée à cette réflexion, mais est à poursuivre.*
- *Contrôle quotidien à la médecine du travail à la moindre alerte et si des personnes malades au domicile le signaler*
- *Contrôles clinique et paraclinique évoqués pour les zones de basse densité virale*

PRIORITE DANS L'ACCES AU SOIN POUR LES PERSONNELS

Pour l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
La question de la priorité dans l'accès aux traitements, notamment les soins hospitaliers pour ceux qui en auraient besoin parmi les professionnels de l'hôpital a-t-elle été évoquée ou discutée ?	33 %	67 %	0 %
Pour les établissements où ces priorités ont été discutées N=11			
Si des dispositions particulières concernant l'accès aux soins, traitements, et éléments de prévention ont été envisagées pour les professionnels de l'établissement, concernent-elles (tout ou partie) leur famille et leurs proches ?	27 %	55 %	18 %
Les professionnels ont-ils été informés de ces dispositions le cas échéant ?	36 %	64 %	0 %

Voici la retranscription des indications qualitatives rapportées dans les 9 questionnaires où figuraient une réponse à la question ouverte sur l'éventualité d'une priorité d'accès aux soins pour les professionnels :

- *Le lieu de la prise en charge des professionnels malades a été discuté : au sein de l'établissement ou autre établissement. La priorité d'accès aux soins n'a pas été discutée*
- *Accès aux prophylaxies pour tous les personnels*
- *On s'accorde à penser que sans les soignants, il sera difficile de lutter contre l'aggravation des cas hospitalisés et qu'il convient, dès lors, qu'ils puissent accéder aux traitements prioritairement. Cela peut-être également un encouragement à participer volontairement à la prise en charge des patients en secteurs HDV*
- *Le médecin du travail assurera un suivi particulier de l'ensemble des personnels et spécifiquement des agents affectés en zone HDV*
- *Réflexion en cours, question non tranchée*
- *Réflexion en cours*
- *Ils seraient prioritaires dans tous les cas*
- *Discutée mais en attente des décisions ministérielles*
- *L'annexe précise : "Le personnel pourra bénéficier en priorité de tout traitement préventif ou curatif afin que l'hôpital puisse poursuivre sa mission de soins"*

Aucune de ces réponses ne prend résolument partie contre le principe d'une priorité dans l'accès aux soins des professionnels de l'établissement (par rapport au reste de la population). En revanche, les réponses varient considérablement dans leurs teneurs. Un essai de classification pourrait être le suivant :

1. Position légitimiste (p. ex. : en attente de directives d'une autorité extérieure à l'institution)
2. Option de priorité arrêtée de manière inconditionnelle (p. ex. : « prioritaires dans tous les cas »)

3. Options de priorités asservies à des conditions ou des situations, et/ou soumises à une évaluation locale (par ex. : suivi en HDV, accès aux traitements prophylactiques)
4. Option non encore décidée (réflexion en cours).

Le rationnel et les fondements qui transparaissent dans les différentes réponses sont variables, et constituent un encouragement à prolonger la réflexion sur ce qui justifie, et dans quelle mesure, la priorité d'accès aux soins pour les professionnels hospitaliers (et du soin de façon plus générale). Les réponses 'habituelles' sont en effet en général peu satisfaisantes, ou n'énoncent pas totalement leurs justifications. Par exemple, il peut être incongru de prétendre que l'accès prioritaire à la réanimation d'un professionnel de réanimation se justifie par l'idée que ce dernier, une fois rétabli, sera de nouveau en mesure de réanimer : si son état justifie une hospitalisation en soins intensifs, il est vraisemblable qu'il ne puisse être opérationnel qu'après une durée de temps supérieure à celle de l'épidémie – il faut en tout état de cause, si l'on retient uniquement cette justification, prendre en considération le côté effectif d'un « retour au travail » en période pandémique de la personne concernée. Si en revanche, l'on retient comme argument principal le principe de réciprocité, alors la question de savoir si l'on crée les conditions de soigner un plus grand nombre de personnes en soignant d'abord les soignants devient secondaire. Il est vraisemblable qu'une combinaison de ces deux familles de justifications existe dans les déterminations de l'élaboration de tels choix, mais ces derniers demandent toujours à être énoncés plus clairement et partagés.

5. Création de priorité dans l'accès aux soins et aux traitements en cas de débordement du système

La notion de priorité est à considérer ici au sens « tragique » du terme et non au sens « médical » : en cas de disproportion importante entre des ressources médicales, paramédicale, pharmaceutiques, ou techniques (ventilation, accès à l'O2 par exemple), et d'afflux massif de patients tous équivalents entre eux du point de vue médical, et de tranche d'âge. Toutes ces personnes auraient alors un besoin égal et justifié de traitements hospitaliers. Nous examinons ici la situation où il serait matériellement impossible de traiter chacun, et donc nécessaire de ne pas traiter certaines personnes qui l'auraient été dans des circonstances de ressources matérielles et humaines supérieures.

PRIORITES DANS L'ACCES AUX SOINS DE SUPPLEANCE VITALE

Pour l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
La situation dans laquelle des priorités ayant une conséquence sérieuse, voire vitale, sur la santé des personnes malades devraient être établies (de droit ou de fait) a-t-elle été envisagée ? Ceci peut aussi bien concerner l'admission des malades (pour des pathologies grippales ou non), la déprogrammation (en vertu de quoi on déprogramme, et qui est « maître » du choix de la déprogrammation), que les décisions de transferts de malades dont l'état s'aggraverait (par exemple pour les établissements où il n'y a pas de service de réanimation), ou encore d'autres types de priorités.	45 %	45 %	10 %

La question qualitative ouverte complémentaire à ce sujet était formulée de la façon suivante : « Si oui, pouvez-vous fournir des indications complémentaires à ce sujet, s'agissant de votre établissement ? ». 15 formulaires ont été renseignés, de la façon suivante (retranscription intégrale) :

- *Nous sommes ennuyés depuis 3 mois par l'ERV. Un certain nombre de précautions sont communes. Une cellule de crise se réunit 1h ou 1h30 toutes les semaines pour assurer le suivi des patients contacts, et des patients positifs et l'évolution de la situation dans l'établissement. Des réflexes concernant l'afflux massif de patients sont acquis et la pandémie grippale rentre dans le cadre de l'afflux de victimes. La cellule de crise à constituer comprend un noyau dur de personnes qui sont les mêmes quelle que soit la nature du problème auxquels s'ajoutent des personnes compétentes dans le domaine concerné*
- *Nous avons compris que c'est les centres 15 qui donneront les consignes et qui définiront les priorités, au vu de consignes nationales*
- *Discussion en cours*
- *[Hôpital de 3eme ligne], notre rôle sera de protéger nos patients comme au domicile, et de libérer des lits en MCO en accueillant des patients*
- *La première mission de la cellule d'aide à la décision est de gérer les patients déprogrammés, en termes de priorité (pas d'autre détail)*
- *Un appel aux chefs de services médicaux a été lancé sur la déprogrammation progressive (nombre de lits libérés par semaine en cas de situation pandémique). Cet appel n'est pas finalisé à ce jour en termes de réponses. Une autre réflexion est menée pour els problématiques médicales "incontournables " et non déprogrammables.*
- *Le plan blanc en cas d'afflux de victimes prévoit la réunion d'une cellule de crise qui aura à se prononcer sur la déprogrammation des activités, le rappel*

des personnels s'il y a lieu et le recours aux étudiants de l'I.F.S.I. Les personnes retraitées contactées n'ont pas souhaité être inscrites sur des listes de rappel de personnel.

- Oui, pour la phase d'organisation de l'hôpital : déprogrammation prévue et testée pour libérer des lits et mettre en place les zones HDV et BDV. Non en phase pandémique, établissement SSR, SLD, n'ayant pas de service d'urgences. Il est prévu que l'hôpital assume ses propres patients sans ouvrir son offre de soins à la population. L'hôpital risque de ne pas être prioritaire dans l'attribution d'O2 et autres thérapeutiques.*
- Vu le contexte d'un établissement SSR SLD la seule déprogrammation envisagée est celle des activités de consultation et l'arrêt des admissions programmées pouvant être différées.*
- Déterminer les services de haute densité virale. Définition d'un plan de déprogrammation. Organisation des parcours patients.*
- Ce sujet a été abordé. Mais il est tellement dépendant d'une régulation plus large, qu'il est difficile de trancher encore là aussi. C'est le chantier majeur auquel 2008 devra apporter des éléments de réponse. Les avis divergent, c'est une vraie question ainsi qu'un vrai débat qui ne peut être mené seul, et surtout qui va prendre la décision en final. Je crois que c'est à ce niveau que le débat éthique doit se mener.*
- Médecin de tri en amont à l'entrée de l'hôpital qui juge de la pertinence des admissions. Déprogrammation de toutes les activités de consultations (médecine, urologie, ..)*
- Sujet non abordé*
- L'hôpital garde ses patients. Il ne reçoit pas de patients infectés par le virus. Par contre nous libérerons une quinzaine de lits pour recevoir des patients non infectés des hôpitaux alentours*
- Critères de déprogrammation validés et écrits*

Aucune de ces (nombreuses) réponses n'énonce de critère de sélection ou de priorité en dehors de l'aspect général de la hiérarchisation des urgences, et de la déprogrammation des activités « non urgentes ». Cette dernière semble du reste ne pas être l'objet d'un travail abouti de façon uniforme.

Les quinze réponses dont nous disposons peuvent se répartir schématiquement dans les domaines suivants :

1. Sujet non abordé, position non déterminée
2. Position légitimiste centralisées (attente de directives du ministère)
3. Position légitimiste décentralisée (la cellule de crise prendra les décisions)
4. Approche « fermée » vis-à-vis de la question (la question est considérée comme résolue)
5. Approche « ouverte » vis-à-vis de la question (la question est considérée comme devant faire l'objet de travaux supplémentaires)

QUESTION DE LIMITATIONS DE TRAITEMENTS « HORS STANDARDS »

Pour l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
L'idée de l'arrêt des soins vitaux en réanimation, chez une personne dont l'état ne s'améliore pas rapidement, dans le but de permettre l'accès aux soins de réanimation à un autre patient dont les chances de survie seraient jugées meilleures, a-t-elle été envisagée ?	24 %	58 %	18 %
Pour les établissements ayant envisagé cette possibilité N=8			
Les des critères particuliers d'arrêt de réanimation ont-ils été retenus ?	25 %	50 %	25 %

Cinq établissements ont répondu de la manière suivante à la question ouverte concernant les critères éventuellement retenus :

- Politique spécifique des réanimateurs
- [Question] pas encore abordée
- D'où l'intérêt d'une cellule d'aide de décision médicale + incluant comité d'éthique
- Pas concerné par le sujet car hôpital SSR
- Patients polyopathologiques ou très âgés ou en récurrence multiple (à valider)

Retenons que cette question fondamentale, proche de celle de la déprogrammation et de la création des priorités dans l'accès aux soins vitaux, doit faire l'objet de travaux complémentaires.

ETABLISSEMENT DE PRIORITES POUR D'AUTRES RESSOURCES

Pour l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
Outre des priorités présidant à l'attribution de ressources limitées sur le plan « médical » du terme, d'autres types de gestion de pénurie peuvent être envisagés, notamment alimentaires. Des travaux spécifiques font-ils état de cet aspect dans votre établissement ?	39 %	42 %	18 %

La question ouverte en relation avec cet aspect a appelé de nombreuses réponses, retranscrites ici :

- *Circuit d'alimentation en oxygène : nombre de chambres alimentées en fonction de la consommation. Stocks de médicaments, linge, repas. Elimination des déchets*
- *Menus type, choix de denrées à longue conservation, estimation de stocks nécessaires mais réflexion en suspens dépendant des possibilités d'approvisionnement*
- *Logistique, eau, couvertures et draps, alimentation, oxygène, petit matériel indispensable*
- *Etat des lieux des stocks actuels en produits longue conservation*
- *Discussion en cours*
- *Une démarche est en cours auprès de notre prestataire de restauration afin de constituer un stock complémentaire de denrées non périssables, mais aucuns critères de priorité à l'accès à ces produits ne sont actuellement prévus.*

- *La permanence logistique et technique a été prévue: approvisionnement des produits alimentaires, continuité technique, coordination avec la blanchisserie, gestion des stocks de matériel de sécurité.*
- *Réserve d'eau minérale, les stocks alimentaires restent à évaluer*
- *Produits laitiers, dessert, pain ; diner : potage, viande poisson, adapté en fonction des régimes et prescriptions. Plats mono-portions à commander, recensement des micro-ondes*
- *Cf fiche gestion des stocks*
- *Réflexion sur les modalités de stock alimentaire et d'activité de restauration en contexte de crise*
- *En cours de réflexion*
- *Ce secteur a été très tôt sollicité et a bien compris les enjeux et ses responsabilités. De même que le personnel a même d'intervenir pour assurer ce service en y intégrant le paramètre d'absentéisme. Demeure cependant les aspects approvisionnement logistique de l'établissement en denrées diverses qui relèvent d'autres niveaux décisionnels.*
- *Liste des transporteurs*
- *Liste de plans alimentaires élaborés. Menus sans produits frais. Des réserves sont mises en place pour stocker marchandises*
- *Renvoi aux dispositions du plan blanc le cas échéant*
- *Simplement envisagé. Cf nourriture lyophilisée*

Nous observons que ces réponses concernent la gestion de crise, en termes de stocks, mais n'abordent pas l'éventualité de la création de priorités et des décisions à prendre le cas échéant (partage des repas, réduction des portions, choix entre des personnes, etc.).

6. Enjeux liés à la fin de la vie et aux décès

ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE

Pour l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
Une réflexion a-t-elle été conduite s'agissant de l'accompagnement de la fin de la vie des personnes dont le décès surviendrait au sein de votre établissement, tant pour ce qui concerne les personnes grippées que non grippées ?	24 %	70 %	6 %
Pour les établissements possédant un <i>plan Pandémie</i> finalisé ou non N=29			
Existe-t-il des documents ou une partie du plan pandémie de votre établissement qui mentionneraient cet aspect ?	24 %	69 %	7 %

Sept questionnaires apportent des explications qualitatives :

- *Prise en charge des fins de vie et accompagnement social et psychologique des familles par le personnel*
- *L'accompagnement de fin de vie fait partie des priorités de l'hopital: travaux du CLUD, groupe correspondants en soins palliatifs, protocoles décès, plan de formation continue.*
- *En situation normale, nous avons déjà beaucoup de difficultés (en temps et en personnel) pour gérer au mieux l'accompagnement de la fin de vie...*
- *CR des réunions du « groupe pandémie grippale ». 2 axes : - accompagnement du patient : protocoles et procédures - accompagnement des professionnels : soutien psychologique*
- *En cour : réflexion autour du corps du patient décédé en HDV*
- *Intervention de l'équipe de soins palliatifs (comme pour tout patient si nécessaire déjà en cours à ce jour)*
- *Nous disposons d'une équipe mobile de soins palliatifs*

Il est possible de discerner, pour des enquêtes ultérieures sur ce thème et du point de vue de l'éthique, deux types de convictions :

1. Conviction de « situation idéale », répondant à l'idée que les moyens d'accompagnement déjà présents aujourd'hui seront adéquats en temps de pandémie
2. Conviction de « situation non idéale », pour ceux qui estiment que ces moyens sont déjà insuffisants aujourd'hui ou qu'ils risqueraient d'être en inéquation avec les besoins en situation de pandémie.

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES DECÉDÉES

Pour l'ensemble des établissements N=33	OUI	NON	NR
Les enjeux relatifs aux rites funéraires, notamment religieux, ont-ils fait l'objet d'un travail spécifique dans le cadre de la préparation à une possible pandémie ?	18 %	79 %	3 %
Pour les établissements possédant un <i>plan Pandémie</i> finalisé ou non N=29			
Des documents écrits ou une partie du plan mentionnent-ils ces aspects ?	24 %	69 %	7 %

Outre des protocoles standardisés de gestion des corps après le décès, deux remarques qualitatives figurent dans les questionnaires :

- Il est juste mentionné, dans le chapitre "Gestion des décès" : " Certaines pratiques culturelles (exemple : toilette mortuaire, veille des défunts, etc.) pourraient être limitées voire interdites En situation de pandémie grippale pour des raisons de santé publique".
- restriction habituelles liées aux maladies contagieuses

Conclusion

Cette étude constitue la première démarche d'étude observationnelle simple sur le plan éthique de la préparation hospitalière en France à une pandémie de grippe.

Les correspondants du RNHEP qui ont bien voulu prendre le temps d'y répondre ont ainsi rendu possible un examen simple, qualitatif et riche même s'il n'est pas possible de savoir s'il est représentatif de la réalité en France. Il semble logique de supposer que ce point d'étape réalisé au premier trimestre 2008 donne à voir le témoignage d'institutions parmi les plus impliquées dans la préparation à une pandémie de grippe (sélection dans l'envoi des questionnaires, limité aux membres du RNHEP).

Trois points saillants peuvent être retenus des observations permises ici : (1) le fait que la préparation constitue un travail d'une importance considérable, qu'elle fait l'objet d'un dynamisme important et donc d'évolutions ; (2) que les aspects éthiques restent aujourd'hui problématiques, ne font pas l'objet de consensus, et représentent dès lors un champ de travail à part entière au niveau hospitalier ; (3) pour autant, ce domaine n'est pas vierge en termes de réflexions et de décisions au niveau de nombre d'établissements : une véritable richesse et d'importantes capacités d'anticipation existent. Les membres du RNHEP espèrent tirer profit du partage de ces expériences en constituant un cercle vertueux lors de dialogues et d'élaborations futures.

Ce questionnaire pilote, adapté en fonction de cette première expérience, sera de nouveau adressé en 2009 aux établissements français, avec un élargissement à certains partenaires européens. Il fera, notamment, l'objet d'une présentation au colloque Européen Ethique & Pandémie organisé par l'Espace éthique / AP-HP et l'OMS en novembre 2008.

Annexe : Questionnaire diffusé

RESEAU NATIONAL HOSPITALIER *ETHIQUE & PANDEMIE*

Département de recherche en éthique
Espace éthique / APHP
CHU Saint Louis
75475 Paris cedex 10
T. +33 (0)1 44 84 17 57
F. +33 (0)1 44 84 17 58

marc.guerrier@sls.aphp.fr
www.espace-ethique.org/fr/grippe.php

ENQUETE DESCRIPTIVE RNHEP – FEVRIER 2008



Attn :

Membres du RNHEP

Le Réseau National Hospitalier Ethique & Pandémie (RNHEP) crée les conditions d'une réflexion commune par les acteurs hospitaliers sur les enjeux éthiques que soulèvent la possibilité de survenue d'une pandémie de grippe et la préparation de nos institutions de soin à une telle éventualité. La FHF et la FEHAP sont partenaires de ce réseau.

Objet de l'enquête

Cette étude qualitative a pour but principal d'observer si certains enjeux de nature éthique liés à la préparation à une pandémie grippale ont ou non à ce jour fait l'objet de démarches dans les hôpitaux de notre réseau.

Le résultat ne sera représentatif que du réseau, mais constituera déjà une première indication de situation en France. Cette étude pourra être étendue par la suite, compte tenu du matériel que nous aurons recueilli ensemble, par une enquête plus ciblée.

Contenu de l'enquête

Cette première enquête descriptive aborde les six thèmes suivants :

- 1. Le « plan pandémie » de l'établissement de façon générale**
- 2. Cellule d'aide à la décision médicale**
- 3. Limitation des visites des proches des personnes malades et de l'intervention des bénévoles**
- 4. Concernant les professionnels de l'hôpital et les personnels pouvant être rappelés**
- 5. Création de priorité dans l'accès aux soins et aux traitements en cas de débordement du système**
- 6. Enjeux liés à la fin de la vie et aux décès**

Il s'agit donc, pour chacun et chacune des correspondant, de partager avec les autres membres du réseau, sous forme de « point d'étape », ce qui a pu être abordé au niveau de son établissement concernant ces thèmes du point de vue de l'éthique.

La synthèse des résultats prendra la forme d'un bilan qualitatif général, et aucun nom d'établissement ne sera mentionné. Les indications de demandées ici ont pour seul objectif de pouvoir vous contacter éventuellement pour vous demander des précisions, ainsi que pour lire les descriptions en connaissant le type d'établissement concerné.

Il va de soi que l'ensemble de ce document peut être augmenté de vos commentaires, ajouts et considérations personnelles : nous nous situons encore dans une démarche préliminaire à des réflexions plus précises, et ce premier travail de réseau consécutif aux deux premières réunions « physiques » n'a aucune prétention d'exhaustivité. De plus, les domaines abordés sont complexes, et nos établissements différents : certaines questions ou approches demandent sans doute à être affinées – chacun peut se sentir libre de s'exprimer en dehors du cadre proposé ici.

Etablissement

Nom du correspondant RNHEP

Email

Numéro à utiliser pour vous contacter au téléphone

1. Le « plan pandémie » de l'établissement de façon générale

Cocher une seule case

- Aucun document « plan pandémie » n'a été écrit à ce stade
- Le « plan pandémie » existe, rédigé sous forme intermédiaire non encore validée ou à l'état de document(s) de travail
- Le « plan pandémie » existe, rédigé sous une version validée, même s'il pourra faire l'objet d'évolution ultérieure
- Le « plan pandémie » existe, est rédigé sous une forme définitive et il n'est pas prévu qu'il fasse l'objet d'évolution ultérieure

Souhaitez-vous formuler des commentaires ?

2. Cellule d'aide à la décision médicale

Important : dans cette partie, il est question de la *Cellule d'aide à la décision médicale* telle que définie dans la fiche 4.3 des Fiches de Recommandations *Organisation des soins en situation de pandémie grippale*³, p. 76 et 77. Ce document téléchargeable à l'adresse suivante :

www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe_aviaire/guide_pandemie_grippale.pdf, ou peut vous être adressé par nos soins au format électronique sur simple demande.

Si un « plan pandémie existe » (même sous une forme intermédiaire ou de travail), la cellule d'aide à la décision médicale s'y trouve-t-elle mentionnée ?

Oui Non

Sa composition, son fonctionnement, et le contour de ses missions ont-ils fait l'objet de réunions, discussions ou travaux au sein de votre établissement ? (qu'elle se trouve ou non aujourd'hui mentionnée dans le Plan pandémie)

Oui Non

La cellule d'aide à la décision médicale est-elle connue des interlocuteurs susceptibles d'y participer ?

Oui Non Je ne sais pas

Le cas échéant, ces personnes ont-elles participé à la réflexion sur sa composition et son fonctionnement ?

Oui Non Je ne sais pas

Les questions pour lesquelles cette cellule d'aide à la décision médicale pourrait être saisie ainsi que les repères utiles pour y répondre ont-ils été anticipés ?

Oui Non Je ne sais pas

Pouvez-vous joindre à votre réponse le passage ou les passages de texte qui se rapportent aux travaux sur la Cellule d'aide à la décision médicale (compte-rendu de réunions, passage du plan, etc.) ?

³ Annexe à la circulaire N°DHOS/CGR/2007/130 du 26 mars 2007 relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale, à l'élaboration de l'annexe biologique « pandémie grippale » des plans blancs des établissements de santé et à la préparation du dispositif ambulatoire, préhospitalier et médico-social de prise en charge dans le cadre du plan blanc élargi.

3. Limitation des visites des proches des personnes malades et de l'intervention des bénévoles

La question de la limitation des visites des familles et des proches en cas de pandémie de grippe a-t-elle fait l'objet d'un travail particulier ou de réunions au sein de votre établissement ?

Oui Non

Une politique de limitation des visites des familles et des proches en cas de pandémie de grippe a-t-elle été envisagée et énoncée dans un document écrit (en particulier le « plan pandémie » s'il est élaboré ou en cours d'élaboration) ?

Oui Non

Si la limitation des visites est explicitement envisagée, les critères utilisés pour définir qui parmi les patients sera autorisé à recevoir des visites, quelles personnes seront autorisées à être visiteurs, et selon quelles modalités, sont-ils décrits ?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous énoncer ou copier ici ces critères ?

S'agissant des bénévoles qui interviennent habituellement dans l'établissement, des dispositions ont-elles été envisagées en cas de pandémie ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Le cas échéant, pouvez-vous joindre les textes qui concernent la politique de limitation des visites et/ou de l'intervention des bénévoles ?

4. Concernant les professionnels de l'hôpital et les personnels pouvant être rappelés

L'affectation des personnels à différentes tâches ou différents endroits n'est pas neutre en termes d'exposition au virus. Une réflexion sur la question de l'affectation des personnels en secteur haute densité virale ou basse densité virale a-t-elle été conduite dans votre établissement ?

Oui Non

Si oui, quelles décisions ont été prises ?

Le cas échéant, pouvez-vous indiquer les critères qui déterminent l'affectation des personnels en secteur de haute densité virale ou de basse densité virale ?

S'agissant des personnels à qui il serait fait appel en priorité et ceux pour qui il serait admis qu'ils se consacrent à des activités extérieures à l'établissement (familiaux par exemple), une réflexion a-t-elle eu lieu dans l'établissement ?

Oui Non

Le cas échéant comment et par qui cette réflexion a-t-elle été conduite ?

Quelles ont été les décisions prises, et les critères retenus comme valables pour ne pas se rendre sur son lieu de travail habituel ?

Les professionnels ont-ils été associés aux décisions évoquées ci dessus?

Oui Non

Un dispositif de recueil anticipé des volontariats a-t-il été envisagé ?

Oui Non

Le cas échéant effectué ?

Oui Non

Une liste de rappel des personnels existe-t-elle à la DRH pour le cas d'une pandémie ?

Oui Non

Si oui, les professionnels sont-ils informés de l'existence de cette liste et de leur statut (prioritaire pour un rappel ou non) ?

Oui Non

Les étudiants, retraités et autres personnes pouvant être rappelés en cas de pandémie ont-ils été informés de manière anticipée de leur participation aux activités de soin en cas de crise ?

Oui Non Je ne sais pas

La question d'éventuels contrôles cliniques ou paracliniques (questionnaire, prise de température ou autre) lorsque les professionnels se présentent sur leur lieu de travail en temps de pandémie a-t-elle été soulevée dans votre établissement ?

Oui Non

Si oui, quelle a été l'issue de la réflexion ?

La question de la priorité dans l'accès aux traitements, notamment les soins hospitaliers pour ceux qui en auraient besoin parmi les professionnels de l'hôpital a-t-elle été évoquée ou discutée ?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous expliquer ?

Si des dispositions particulières concernant l'accès aux soins, traitements, et éléments de prévention ont été envisagées pour les professionnels de l'établissement, concernent-elles (tout ou partie) leur famille et leurs proches ?

Oui Non

Si oui pouvez-vous préciser ?

Les professionnels ont-ils été informés de ces dispositions le cas échéant ?

Oui Non

Merci, le cas échéant, de bien vouloir joindre à votre réponse les documents écrits relatifs aux différents thèmes évoqués ci-dessus (notamment les éléments du plan « pandémie » s'y rapportant)

5. Création de priorité dans l'accès aux soins et aux traitements en cas de débordement du système

La notion de priorité est à considérer ici au sens « tragique » du terme et non au sens « médical » : en cas de disproportion importante entre des ressources médicales, paramédicale, pharmaceutiques, ou techniques (ventilation, accès à l'O2 par exemple), et d'afflux massif de patients tous équivalents entre eux du point de vue médical, et de tranche d'âge. Toutes ces personnes auraient alors un besoin égal et justifié de traitements hospitaliers. Nous examinons ici la situation où il serait matériellement impossible de traiter chacun, et donc nécessaire de ne pas traiter certaines personnes qui l'auraient été dans des circonstances de ressources matérielles et humaines supérieures.

La situation dans laquelle des priorités ayant une conséquence sérieuse, voire vitale, sur la santé des personnes malades devraient être établies (de droit ou de fait) a-t-elle été envisagée ? Ceci peut aussi bien concerner l'admission des malades (pour des pathologies grippales ou non), la déprogrammation (en vertu de quoi on déprogramme, et qui est « maître » du choix de la déprogrammation), que les décisions de transferts de malades dont l'état s'aggraverait (par exemple pour les établissements où il n'y a pas de service de réanimation), ou encore d'autres types de priorités.

Oui Non

Si oui, pouvez-vous fournir des indications complémentaires à ce sujet, s'agissant de votre établissement ?

L'idée de l'arrêt des soins vitaux en réanimation, chez une personne dont l'état ne s'améliore pas rapidement, dans le but de permettre l'accès aux soins de réanimation à un autre patient dont les chances de survie seraient jugées meilleures, a-t-elle été envisagée ?

Oui Non

Si oui, des critères particuliers d'arrêt de réanimation ont-ils été retenus ?

Oui Non

Le cas échéant, pouvez-vous dire lesquels ?

Outre des priorités présidant à l'attribution de ressources limitées sur le plan « médical » du terme, d'autres types de gestion de pénurie peuvent être envisagés, notamment alimentaires.

Des travaux spécifiques font-ils état de cet aspect dans votre établissement ?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser ?

6. Enjeux liés à la fin de la vie et aux décès

Une réflexion a-t-elle été conduite s'agissant de l'accompagnement de la fin de la vie des personnes dont le décès surviendrait au sein de votre établissement, tant pour ce qui concerne les personnes grippées que non grippées ?

Oui Non

Existe-t-il des documents ou une partie du plan pandémie de votre établissement qui mentionneraient cet aspect ?

Oui Non

Si oui, pouvez-vous les transmettre ou expliquer ?

Les enjeux relatifs aux rites funéraires, notamment religieux, ont-ils fait l'objet d'un travail spécifique dans le cadre de la préparation à une possible pandémie ?

Oui Non

Des documents écrits ou une partie du plan mentionnent-ils ces aspects ?

Oui Non

Le cas échéant, pourriez-vous les transmettre avec votre réponse ?

Merci beaucoup du temps que vous avez bien voulu consacrer à remplir ce document. Votre contribution en temps de membre correspondant du RNHEP est fondamentale.

N'oubliez pas de transmettre ces données à marc.guerrer@sls.aphp.fr ou par fax au 01 44 84 17 58 avant le 26 février 2008.

Pour toute question ou renseignement, n'hésitez pas à nous contacter directement :

- Marc Guerrier : 01 4484 1754
- Sophie Van Pradelles : 01 4484 1755

