

Invité : le Prof. Enrico Bernini Carri, Président du CEMEC (Centre Européen Médecine des Catastrophes)

Le Covid-19 est une pandémie qui rentre dans la liste des catastrophes naturelles dont ils ont la tâche de s'en occuper.

C'est un centre de formation pour le Conseil de l'Europe (dépende de Strasbourg, siège centrale) délocalisé à San Marino (siège italienne) pour des raisons d'accords internationaux entre nations.

Nait en 1986 composé principalement de médecins (plus de 14000) avec quelques infirmiers.

Compétence sur 34 nations, Europe et au-delà : Russie, nations ex-soviétiques, bassin méditerranée, Brasil prochainement

Entité sanitaire qui s'occupe spécifiquement des catastrophes. Accord sur les risques majeurs naturels technologiques et (27 sur 34 des nations du Conseil d'Europe).

Réalisation de vidéo à caractère éducatif/informatif.

Quelques retours d'expérience pour la gestion pendant le Covid-19 :

- Impréparations sur le terrain mais aussi des institutions pour la gestion (conséquences : drame initiale et suites qui pouvaient être moindres).
- Italie pénalisée parce que touchée massivement en premier de manière virulente (par rapport à d'autres zone, par exemple Europe centre-est qui ont eu une version plus amoindrie).
- Polémiques concernant les médicaments à base d'hydroxychloroquine, beaucoup d'études et confusions et aussi intérêts divers et variés (pas si faciles à identifier plus précisément pour l'instant).
- L'Europe disposé des informations nécessaires pour prendre en compte le risque de l'arrivée d'une pandémie : dans le passé il y avait eu plusieurs alarmes par la grippe aviaire H5N1 ou H1N1 (grippe porcine), qui avaient induit l'union européenne et les états mêmes à faire des plans pandémiques... nés en 2006, n'ont jamais été mis à jour, oubliés dans les tiroirs apparemment par tous les états, Italie comprise. La dernière mise à jour, formelle, remonte au 2016.
- Ce qu'on devrait faire, théoriquement on le sait. Le problème est que pratiquement on ne l'a jamais mis en place. On aurait dû être plus prêts et ce n'a pas été le cas. Et pourtant le Covid-19 n'est pas arrivé comme un éclair dans un ciel serein. Il y avait déjà eu la SARS, la MERS, des alarmes déjà importants. A l'époque de la SARS, on pensait déjà qu'il y aurait eu une pandémie dévastant : le médecin que l'avait diagnostiqué était italien, Carlo Urbani, qui était mort à cause de ça.
- Toutes une série d'alarmes on les avait déjà eus il y a plusieurs années et en plus : le virus de la grippe mute (ce qu'on appelle le saut antigénique, le saut de qualité d'espèce) environ chaque 50 ans, et la dernière pandémie avait été celle du 1958, celle dites « asiatique ». On s'attendait autour des années 2000 une pandémie de caractère grippale grave parce ça serait été une changement antigénique totale qui aurait en quelques sort surpris notre organisme

qui n'était pas préparé à ça. Pour le moment la grippe n'est pas arrivée, mais est arrivé le Covid-19.

- Nous savons théoriquement quoi faire, pratiquement ce qui été mis en place c'est le néant !
- Ces sont les crises qui mettent en évidence les problèmes ! La crise a mis en évident certaines carences, certaines questions qui avaient été mis sous le tapis, comme la réduction des moyens tous les ans à la santé. Par exemple, le nombre de thérapies intensives qui était insuffisant. En Allemagne il y en avait 15000, en Italie 5000, et pourtant les deux populations ne sont pas autant différentes en nombre de personnes. Mais cela a permis à l'Allemagne de gérer mieux la crise, quand en Italie il y a eu des débordements où chaque service a dû faire des choix à qui donne les respiratoire.
- Quoi faire alors ?
 - Déjà, faire ainsi que la médecine des catastrophes ne reste pas reléguée à un argument de niche pour des experts. L'Italie, par exemple, vive souvent des catastrophes : tremblements de terre, inondations, il ne manquait que cette pandémie pour compléter ce scenario...
 - Préparer les médecins de base est très important, fondamentale.
 - Tous les ans nous vivons des tels évènements mais tous les ans nous nous faisons surprendre, comme par exemple pour la grippe : hôpitaux pris d'assaut, débordements, mauvais organisation... Cette pandémie devrait nous enseigner et inciter à changer de marche, même la conception de la médecine, qui a été trop hôpital-centré.
 - Pour la gestion de cette catastrophe on n'avait pas les instruments ni l'organisation pour gérer un territoire et ça c'est un des aspects le plus important à soigner soit dans la communication que dans la formation de nos médecins !
 - Lire le plan déjà disponibles (les sortir des tiroirs) et les mettre en pratique. Les avoir appliqués dès les débuts de la pandémie auraient pu sauver des vies et au même temps épargner les dégâts économiques, qui est l'autre aspect qu'il faut considérer : la santé est liée à l'économie.
 - Un état se doit de planifier et faire ce qu'on appelle « implémentation » d'un plan sanitaire et créer ainsi les structures territoriales nécessaires.
 - Dans la région Emilia Romagne, par exemple, on évoque souvent les « maisons de la santé » (comme dans le modèle hollandais ou allemand) mais pratiquement elles n'ont jamais démarré ou peut-être mais que dans quelques zones sporadiques du territoire.
 - En Portugal, le médecin est comme un employé de l'état connectés aux structures du territoires.

- Un pas en avant vers un consortium de médecins généralistes qui pourraient avoir des spécialistes de référence permettrait de mieux gérer le territoire parce qu'ils auraient une vision plus organique du territoire en travaillant ensemble.
 - Les médecins sur le territoire (40000 médecins généralistes en Italie par exemple) formés et mis en réseau pourraient être un outil important.
 - Avoir des cours universitaires bien structurés pour former les médecins généralistes. La formation reste l'outil le plus performant. Et la stratégie meilleure.
- Le cas de l'Italie :
- Beaucoup des médecins ont dit avoir attendu des infos, ils se sentaient seul, sans être connecté aux structures ? S'ils faisaient un examen à un patient ils auraient eu les résultats après plusieurs jours et lui, entretemps, il aurait pu déjà côtoyer et infecter beaucoup des gens.
 - Paraisse culturel et incapacité de caractère gestionnaire. On espère que le nos gouvernants saisissent l'occasion pour apprendre et comprendre que des choses existent pour s'en servir pour les futurs défis et pas que pour le demain matin et ainsi avoir de l'audience et du consensus. Cette dernière maladie est vraiment difficile à battre.
 - Obstacles à la prévention :
 - On est encore lié à la conception du vieux médecin de famille qui a ses patients et le gère, complètement détaché du réseau des autres sur le territoire. Il n'y a pas un coordinateur des urgences entre les médecins généralistes. Dans beaucoup des régions italiennes, la médecine généraliste n'a même pas une liste de patients fragiles, qui serait été important pour le Covid, pour coordonner les priorités et monitorer la situation, avant qu'arrivent en catastrophe en thérapie intensive (la file des ambulances qui stagnaient devant les urgences en Lombardie, par exemple).
 - Nécessité d'un saut culturel, ce n'est pas vraiment un problème d'organisation mais plutôt culturel. Sur lequel travailler dans la prochaine année. Que cette situation ne soit pas oubliée. Que même pour l'éventuelle deuxième vague on ne refasse pas les mêmes choses. Personnellement et malheureusement, pour l'instant, on ne voit pas des changements dans ce sens.
 - L'infirmier de quartier pourrait être une figure intéressante, mais pourrait avoir un sens si derrière lui il y a une organisation à caractère territoriale. Si on met un infirmier dans une zone qu'il ne connaît pas, sans contact avec les réseaux des médecins généralistes, ça ne marchera jamais. Dans le system sanitaire régionale, il y a des plans (par exemple, la région Latium) où trouver la description d'une structure qui pourrait bien marcher. On a évoqué l'infirmière de quartier. Si on considère un team constitué par infirmier, médecin généraliste, assistante sociale, ensemble

déployés sur des zones du territoire, ils peuvent devenir ainsi un instrument puissant de prévention. Manque seulement la mise en place concrètement de ce plan, malheureusement.

- Manque de compétences au niveau de la gestion : à l'intérieur des structures qui ont la gestion sanitaire au niveau régionale, mais même au niveau national malheureusement il y a trop des gens qui ou ne sont pas trop compétents en matière de santé ou sont carrément incompetentes.
 - Le système sanitaire italien a été colonisé par la politique à tous les niveaux. Par conséquence, par exemple, à la tête des ASL (Entité Sanitaire Locale) on retrouve des personnages politiques promues parce que fidèles à une équipe politique par rapport à une autre. Tout cela amène à avoir une incapacité des personnes parce que basée sur un recrutement clientéliste à la place d'un recrutement par compétences et de qualité.
 - Ça c'est un des grosses limites qui est ressorti de cette situation. Par exemple, dans le cas de la région Lombardie : où les médecins, même si très préparés, leurs dirigeants, qui devaient prendre les décisions qui s'imposaient, ont montré une incapacité de gestion et décisionnelle absolue (il y a des plaintes au pénal).
 - Si on renforce une structure avec des personnes compétentes, après les grandes décisions stratégiques peuvent être prise par des politicien, là ça peut avoir un sens la politique.
- Quel que soit l'aspect politique, il devrait y avoir au niveau opérationnel un ensemble de personnes qualifié et compétentes qui ont la responsabilité de planifier et construire sur la base des plans réalistes qui fonctionne. Par exemple, (toujours dans le Latium), si quelqu'un compétente lit le plan sanitaire régionale et le mette en pratique, il n'y aurait même pas besoin de dépenser beaucoup d'argent, ça suffirait de connecter les différentes réalités (cité précédemment) qui sont actuellement déconnectés : le médecin de famille, connecté avec d'autres médecins sur le territoire, s'échangeant des infos, dotés de d'instruments déterminantes (comme un échographe par exemple).
 - La préparation et la capacité de comprendre les besoins de citoyens devrait être des éléments déterminants pour la sélection de personnel dédié à la gestion. Ce n'est pas une question de politique mais de compétences. Mais pas seulement, aussi de responsabilité. La compétence est fondamentale mais aussi le concept de responsabilité.
 - Le concept de responsabilité est très important, c'a manqué et devrait être amplifié. Il est exaspéré en ce moment, on assiste à la recherche des boucs émissaires. Qui est responsable de quoi ? Dans beaucoup des structures les irresponsabilités sont si diluées que à la fin personne est responsable de rien. Il y a donc ce qu'on assiste maintenant de qui est coupable ou pas, qui devrait faire quoi ou pas...
 - A ce propos, au début, on a même tenté de banaliser la situation pour ne pas s'assumer la responsabilité que quelqu'un aurait dû assumer. Si on avait eu une claire assomptions de

responsabilité on n'aurait pas eu la situation chaotique telle que nous avons assisté dans les premiers deux mois de pandémie.

- Le problème de la direction des institutions sanitaire ce n'est pas politique, c'est un problème de compétence, parce que qui est compétente est en mesure d'assumer ses responsabilités parce qu'il sait exactement ce qu'il fait. Le problème est que quand on n'est pas compétente on cherche à déléguer la responsabilité aux autres parce que dans cette situation on n'est pas en mesure de la gérer la situation.
- Ce qu'on a pu observer est que dans un moment où on ne réussissait pas et on ne savait pas comme gérer la situation on a délégué surtout au domaine hospitalier. On s'est dit que vu qu'on n'était pas en mesure de gérer le territoire alors l'hôpital se débrouillera.
- L'erreur stratégique a été que dans une situation de pandémie que ne concerne pas que le virus, une pandémie mette en crise tout un système même sur les aspects économiques. Donc on devait choisir des personnes qui étaient expertes de situations catastrophiques, non le pneumologue, ni le virologue, parce qu'eux ils avaient une vision étroite d'un malade qui était dans un état grave pour être amené à l'hôpital. En réalité, le reste du territoire été dégarni et on n'avait même pas la moindre idée des nombres réels.
- Le premier jour de mars sur le territoire de la ville de Modèla avec ce qu'on voyait on pouvait estimer que 30-40% de la population accusés de affections. C.a.d 40000 cas environ. Si on fait cette projection au niveau de la région Emilia Romagne (qui avait été frappé en partie ici, en partie là...) qui a environ 7 millions d'habitants ça faisait environ 1400000 personnes. Si cette projection on la faisait sur la Lombardie, le Piémont ou le Veneto c'était logique s'attendre à que 5 millions, 6 ou 7 ou même 10 millions aient pu avoir contact avec le virus. Quand on parlait de ça l'époque il y a eu des critiques en disant que c'était de chiffres aléatoires. Ensuite il y a eu l'agence de statistique Royal Society de Londres qui a parlé de 6-10 millions d'infectés ou qu'avaient été en contact avec le virus en Italie et alors la musique a changé. On s'est rendu compte que le virus avait circulé énormément.

Deux demandes par le public :

- a) Vous êtes un peu considéré comme la protection civile de la médecine, pourquoi vous n'avez pas été interpellé, comme la protection civile, pour donner votre avis, sur cette catastrophe, qui n'était même plus annoncée, mais qui était en cours ?
- b) Est-ce qu'on peut détailler un peu plus le plan d'urgence et sa structure

Réponses :

a) :

- 1) Le nombre de médecins experts en médecine de catastrophes en Italie est très bas, insuffisante, elle est toujours considérée branche entre les urgences et la protection civile. Trop peu donc de médecins compétents dans ce domaine.
- 2) La protection civile théoriquement a une branche médicale qui a été démantelée dans les dernies années. Elle avait été créée pour mettre en condition les responsables de la protection civile (qui ne sont pas des médecins) de faire des annonces et de statistiques. Cette branche médicale a été d'abord amenuisé et ensuite supprimé. Parce qu'en vertu de l'autonomie

régionale on a préféré donner leur les compétences de caractère sanitaire et donc les 118 (que en réalité ont une fonction d'intervention immédiate) ont absorbé la fonction F2 (c.a.d. la fonction sanitaire) de la protection civile. Donc on s'est trouvé dans un moment de carence de figures et d'organisations sur territoire en médecine de catastrophes. Il y a 7-8 années, ça ne serait pas passée ainsi, la protection civile aurait pu gérer un peu mieux la situation. Il y a eu une convergence d'impréparation et d'incapacité à affronter la situation et d'impréparation des structures qui auraient pu être activées.

Les médecins de catastrophes donc n'ont pas été activés parce que peu nombreux et parce il n'y avait plus une organisation parce que restructurée.

Episode personnel de Enrico : l'8 novembre 2020 il a rencontré son collègue (un hygiéniste) Silvio Brusaferrò, présidente de l'Institut supérieur de santé italien (ISSI). En parlant d'une école internationale, il lui avait dit qu'ils (à l'ISSI) voulaient signer un protocole d'accord avec son organisation (CEMEC) parce que l'ISSI, qui devait être l'expression plus haute de la santé de l'état, en 2011, avait démantelé le département qui s'occupait des urgences maximales. Donc, même l'ISSI n'a pas été en mesure d'affronter cette crise, même pas pour les aspects conceptuels. Si on pense à qui donnait les infos sur les médias : Rezza qui est un infectiologue que clairement donnait des infos sur le virus mais pas sur l'organisation territoriale et Brusaferrò (qui en un hygiéniste) qui donnait les chiffres et les statistiques. Il n'y avait personne en revanche qu'aurait pu fait des annonces en disant : on est en train de faire, on devrait faire ça, renforcer ça...

Chaque région est allée en roue libre, même sur les tampons, parce qu'il n'existait aucune coordination, il n'y avait personne pour dire « no, on fait ainsi, parce que c'est la bonne direction » et en s'assurant cette fameuse responsabilité.

b) :

Concernant les plans, les autonomies régionales ont provoqué des désastres annoncés là aussi : beaucoup des régions n'ont même pas un plan pandémique, d'autres se sont dépêchées à le faire en copiant à droite et à gauche. Le plan pandémique, de manière spécifique, devait prévoir ce que normalement on prévoit dans les urgences et dans les catastrophes : par la différenciation du territoire, la sélection du territoire. Un des mots magiques de la médecine des catastrophes, qui a été adopté par la protection civile est le « triage » : une sélection des patients les plus graves. Dans notre cas, il n'y a pas eu des délections des patients. Le médecin généraliste (s'il n'était pas déjà mort par le Covid), devait visiter téléphoniquement le patient, avertir une équipe qu'allait sur place, très souvent représenté par un infirmier et un néo-diplômé/spécialisé balancé sur le territoire sans aucun type de préparation. La sélection, de fait, était faite de manière empirique, sans un centre de triage qui aurait dû sélectionner les cas les plus graves et le départager des cas moins graves. Donc à l'hôpital arrivait celui qui avait 38° de fièvre mais qui pouvait rentrer chez lui après deux jours et celui qui avait 38° de fièvre mais qui arrivait dans un état terminal.

Pour faire des plans, tout doit partir de la conception du territoire. Dans l'urgence on crée ce qu'on appelle les places de médication avancées, c.a.d. des éléments de triage territoriale qui permettent de sélectionner les personnes qui doivent arriver à l'hôpital. Tout cela n'a pas été fait et c'est l'un des éléments les plus graves de cette crise, parce que personne ne connaissait ce qu'est la méthode pour la gestion d'une urgence de caractère catastrophique. Tout ça a été géré comme une urgence hospitalière et est restée une urgence hospitalière. Si vous voyez encore maintenant, à la télé, il y a des pneumologues, des virologues, un réanimateur... Mais personne qui dise : mais sur le territoire

qu'est-ce qu'on devrait faire ? On parle des tampons, on parle de thérapies... mais personne ne parle du territoire.

Par exemple (ayant Enrico une expérience militaire et internationale) il utilise souvent cette expression : « on a fait arriver l'ennemi aux portes de la ville ». Nous avons consenti à l'ennemi, de siéger la citadelle, mais avant on aurait dû mettre les soldats sur le terrain, les murs. On a oublié qu'on avait une armée sur le territoire (on parlait justement de 40000 médecins généralistes) et on a oublié les murs de prévention que sont les départements, les services territoriales, qu'auraient dû faire barrage à cette situation mais en revanche les gens arrivaient directement à l'hôpital sans sélection. Il a failli le plan pandémique ainsi que celui de l'organisation.

Dernière question : Les données de l'ISSI, quelle confiance ?

Réponse :

Les données sont des données réel, l'ISSI a recueilli les données fournis par les régions. Il y a même eu une polémique à propos d'une manipulation de certaines données de la région Lombardie.

C'est évident que certaines données ont été sous-évaluées ou atténués, c'est un problème de communication. La communication a été une grande faille pendant la pandémie. Un aspect mal étudié, mal gérée, l'aspect tragique de l'information les premiers temps, lors de conférence de presse où l'on donnée les nombres des morts, des infectés, sans dire ce qu'on était en train de faire sans perspectives. La communication a été très mal gérée, l'information a été délétère et a créé découragements, panique, illusion dans les institutions qu'en à ce moment-là étaient en train de gérer la situation. La communication a été dramatique.

Donnée froids, cyniques, sans explication et sans donner ce que voulaient vraiment les gens, c.a.d. : les informations sur comment était en train d'évoluer la situation.