

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.



fiches

de recommandations

Organisation des soins

en situation
de pandémie
grippale

Avant-propos

Par le passé, les grandes crises sanitaires liées au risque infectieux ont remis en cause le fonctionnement global de l'organisation des soins. La circulation en Asie du Sud-Est, depuis quelques années, d'un virus de la grippe de type A (H5N1) a déclenché une situation d'alerte au niveau mondial. L'Organisation mondiale de la santé a incité les États membres à s'organiser. Le principe de précaution impose la prise en compte du risque potentiel d'une pandémie grippale et le système de santé dans son ensemble (soins ambulatoires, secteur préhospitalier, établissements sanitaires et médico-sociaux) doit être en capacité, dans cette éventualité, de faire face à une crise majeure.

Cohérence nationale

S'organiser de manière coordonnée en situation de crise ne s'improvise pas : le plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale et ses fiches techniques, remis à jour périodiquement, rassemblent les mesures pouvant être mises en œuvre lors d'une pandémie et constituent des propositions à examiner au cas par cas, tenant compte de l'évolution de la situation dans un objectif d'aide à la décision.

Comme l'explique le plan national, le principe de l'organisation des soins, dans une situation de pandémie grippale, est de permettre une prise en charge adéquate, égalitaire et rapide des patients, quelle que soit leur pathologie, dans un dispositif simple, clair et lisible.

Le potentiel de contagiosité important d'un virus pandémique rend nécessaire le renforcement des mesures de protection et d'hygiène : protection de l'ensemble des professionnels de santé en fonction du niveau d'exposition, sectorisation

des lieux de consultations et d'hospitalisation, rappel des mesures d'hygiène de base, etc.

Le guide du ministère de la Santé et des Solidarités rassemble des fiches de recommandations traitant de l'organisation des soins en situation de pandémie grippale, complétant et concrétisant les fiches techniques annexées au plan national relatives à la santé (notamment C, D et E). L'objectif est de permettre dès à présent aux établissements de santé, aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales, aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales, aux agences régionales de l'hospitalisation, ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé de préparer le dispositif d'organisation sanitaire.

Organisation des soins dans le cadre du plan blanc élargi

Le plan blanc élargi, conduit sous l'égide du préfet de département, est l'outil de planification et de coordination des moyens sanitaires, voire sociaux. Le comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS) est le lieu privilégié des débats à mener, en amont, pour organiser ce dispositif.

En cas de survenue d'une pandémie grippale, le nombre attendu de personnes potentiellement grippées nécessitera d'adapter l'offre de soins et notamment les conditions d'hospitalisation. Le maintien à domicile du patient tant que son état de santé le permet sera la règle. Ce principe nécessitera un renforcement quantitatif des praticiens intervenant en ambulatoire dont l'exercice pourra être ajusté (visites à domicile, aménagement du cabinet, consultations en centres de santé, etc.), et une organisation adaptée et coordonnée des structures de prise en charge à domicile.

En situation de pandémie grippale, les SAMU/Centres 15 seront au cœur du dispositif de régulation des soins de ville, des transports sanitaires et des hospitalisations. Ils seront également très sollicités dans un rôle de conseil médical auprès de la population, nécessitant un message homogène. L'exercice de ces fonctions nécessitera un renforcement de leurs moyens humains et matériels.

L'organisation des soins hospitaliers, s'appuyant sur le plan blanc et l'annexe biologique « pandémie grippale », conduira à une sécurisation et une sectorisation des établissements de santé. L'augmentation des capacités hospitalières, passant par la déprogrammation des activités non urgentes, demande dès à présent une réflexion commune entre les établissements de santé, un seul établissement ne pouvant pas, à son niveau, assurer toutes ces fonctions habituelles. Les actions entre les établissements de santé publics et privés, à l'échelle d'une ville, d'un département ou d'une région selon les spécificités territoriales, doivent être coordonnées, la complémentarité étant un principe incontournable dans ces circonstances. Le plan blanc élargi répondra également à la nécessité de clarifier ces axes de complémentarité, en lien avec le niveau régional.

Renforcement du personnel

Alors même qu'une épidémie provoquera une forte augmentation du nombre de patients, les professionnels de santé seront eux-mêmes touchés. Un taux d'absentéisme plus important qu'à

l'habitude est à prévoir au sein du personnel du secteur de la santé. Les moyens de renforcement de cette profession doivent en conséquence être prévus dès à présent.

Le rappel des personnels en formation et en congé, ainsi que la réorganisation des conditions de travail au sein des établissements de santé (augmentation du temps de travail pour les salariés à temps partiel, augmentation de l'amplitude du temps de travail, ajustement des cycles de travail) sont des mesures qui seront nécessaires pendant tout ou partie de la situation pandémique. Ces modalités doivent être réfléchies dès maintenant et soumises aux instances consultatives et délibératives de l'établissement. Le corps de réserve sanitaire créé par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur pourra également être sollicité. Cette réserve de renfort, constituée de personnels retraités, d'étudiants du secteur de la santé, ainsi que de personnes salariées pouvant avoir une action de soutien aux professionnels de santé, contribuera également au renforcement du secteur préhospitalier et ambulatoire.

L'heure est maintenant à l'appropriation des recommandations et pistes de travail au niveau territorial. Réunions de groupes de travail, exercices de terrain, comparaison des dispositifs d'un département à l'autre sont les clefs de l'implication de tous et de la mise en place coordonnée d'une organisation des soins efficiente en situation de pandémie grippale.

Xavier BERTRAND
Ministre de la Santé et des Solidarités

La grippe est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, d'origine virale (*virus influenza*). La durée d'incubation (ou délai d'apparition des premiers symptômes) est de 1 à 7 jours. Le sujet atteint est contagieux 24 à 48 heures avant les premiers signes cliniques; les adultes et les enfants de plus de 12 ans le demeurent jusqu'à 7 jours après la disparition de la fièvre, les enfants de moins de 12 ans jusqu'à 21 jours après le début des manifestations cliniques. La personne atteinte risque de contaminer plusieurs autres personnes dans son entourage. Ce risque est plus élevé quand la personne atteinte est un jeune enfant.

Le virus se transmet essentiellement par voie aérienne (respiratoire) lors des contacts rapprochés. Les espaces confinés favorisent sa transmission. Des épidémies hivernales (grippes saisonnières) surviennent régulièrement, pouvant toucher 5 à 10% de la population, et sont le résultat de modifications (par glissement antigénique) du virus. Une pandémie grippale survient quand un virus connaît une variation brutale, le sous-type correspondant acquérant une capacité de transmission interhumaine, alors que l'immunité de la population est faible voire nulle vis-à-vis de ce nouveau virus.

Durant le siècle dernier, trois pandémies de grippe se sont succédé :

- en 1918-1919, la «grippe espagnole»: 20 à 40 millions de morts dans le monde;
- en 1957-1958, la «grippe asiatique»: 1 million de morts dans le monde;
- en 1968-1969, la «grippe de Hong Kong»: 1,5 million de morts dans le monde.

(source OMS)

Sommaire

| | |
|--------------------|---|
| Avant-propos | 2 |
|--------------------|---|

1 • L'organisation générale

| | |
|---|----|
| 1.1 L'accès aux soins pour le patient et l'organisation des soins | 8 |
| 1.2 La doctrine d'emploi des équipements de protection individuelle et les mesures d'hygiène | 11 |
| 1.3 La doctrine d'utilisation des médicaments antiviraux | 16 |
| 1.4 La distribution par les grossistes répartiteurs des médicaments antiviraux et des masques antiprojections (chirurgicaux) | 18 |
| 1.5 Le plan blanc élargi | 20 |
| 1.6 La suppléance et le renforcement du personnel | 23 |
| 1.7 Le corps de réserve sanitaire | 26 |
| 1.8 La formation des professionnels de santé | 29 |
| 1.9 Les exercices | 31 |

2 • L'organisation des soins ambulatoires

| | |
|--|----|
| 2.1 Le dispositif de soins ambulatoires | 34 |
| 2.2 Les centres de consultations | 38 |
| 2.3 Les centres de coordination sanitaire et sociale | 41 |
| 2.4 Les structures intermédiaires | 45 |
| 2.5 Le mode de rémunération et la couverture des professionnels de santé libéraux | 48 |
| 2.6 La délivrance en pharmacie d'officine des médicaments antiviraux et de masques antiprojections (chirurgicaux) | 50 |

3 • L'organisation préhospitalière

| | |
|---|----|
| 3.1 Le fonctionnement des SAMU/Centres 15 | 56 |
| 3.2 La prise en charge par les équipes d'urgence et la coordination SAMU/Centre 15 - Service départemental d'incendie et de secours - Transporteurs sanitaires | 62 |

4 • L'organisation des établissements de santé

| | |
|--|----|
| 4.1 La définition de l'annexe biologique « pandémie grippale » au plan blanc | 66 |
| 4.2 L'accueil et la sectorisation des établissements | 69 |
| 4.3 La déprogrammation | 74 |
| 4.4 Les soins en réanimation | 78 |
| 4.5 La prise en charge en psychiatrie | 80 |
| 4.6 La prise en charge des personnes détenues | 82 |
| 4.7 La transfusion sanguine | 85 |
| 4.8 La gestion des personnes décédées | 87 |
| 4.9 La logistique de l'établissement | 90 |
| 4.10 Les pharmacies à usage intérieur | 94 |
| 4.11 Les laboratoires et les transports de prélèvements | 96 |
| 4.12 La coopération entre les établissements et la sortie de crise | 98 |

5 • Les prises en charge spécifiques

| | |
|--|-----|
| 5.1 La prise en charge des personnes âgées | 102 |
| 5.2 La prise en charge en pédiatrie | 105 |
| 5.3 La prise en charge en obstétrique | 109 |
| 5.4 La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique | 112 |
| 5.5 La prise en charge en cancérologie | 114 |
| 5.6 L'organisation des activités de transplantations | 116 |

| | |
|----------------------------|-----|
| Plan national | 119 |
|----------------------------|-----|

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Outils à disposition | 120 |
|-----------------------------------|-----|

| | |
|------------------------|-----|
| Glossaire | 122 |
|------------------------|-----|

| | |
|----------------------------|-----|
| Remerciements | 124 |
|----------------------------|-----|

L'organisation générale

| | |
|---|----|
| 1.1 L'accès aux soins pour le patient et l'organisation des soins | 8 |
| 1.2 La doctrine d'emploi des équipements de protection individuelle et les mesures d'hygiène | 11 |
| 1.3 La doctrine d'utilisation des médicaments antiviraux | 16 |
| 1.4 La distribution par les grossistes répartiteurs des médicaments antiviraux et des masques antiprojections (chirurgicaux) | 18 |
| 1.5 Le plan blanc élargi | 20 |
| 1.6 La suppléance et le renforcement du personnel | 23 |
| 1.7 Le corps de réserve sanitaire | 26 |
| 1.8 La formation des professionnels de santé | 29 |
| 1.9 Les exercices | 31 |

L'accès aux soins pour le patient et l'organisation des soins

Objectif

- Permettre une prise en charge adaptée du patient quel que soit son mode d'accès aux soins.

S'il est convenu que les premiers patients (en situation 4 voire 5) peuvent être hospitalisés afin de faciliter les investigations, la stratégie

change en situations 5 et 6 dès que le nombre de cas prend de l'importance. Le maintien à domicile des patients en situation pandémique, tant que leur état clinique le permet, devient la règle en situation 6. Les patients continueront à utiliser les moyens habituels d'accès aux soins.

Accéder aux soins en situation de pandémie grippale

| Patient | Interventions |
|---|--|
| Le patient appelle un médecin ou se déplace directement chez lui | Le maintien à domicile est à privilégier. Les consultations en cabinet doivent être organisées afin de limiter le regroupement des patients grippés et non grippés. |
| Le patient appelle le 15 | Le SAMU/Centre 15 régule l'appel, soit il : <ul style="list-style-type: none"> • délivre un conseil médical ; • transmet à la régulation libérale pour l'envoi d'un médecin généraliste chez le patient ou pour une consultation, pour une orientation vers un centre de consultations ; • envoie un transport sanitaire ; • envoie un moyen SMUR. |
| Le patient appelle le 18 | Les appels relevant de conseils médicaux sont reroutés vers le SAMU/Centre 15. |
| Le patient se présente spontanément à l'hôpital | Accueil unique : Si le patient ne nécessite pas d'hospitalisation, il est orienté vers un service de consultations externes à proximité, vers un médecin libéral ou réadressé à son domicile. Si le patient nécessite une hospitalisation : il est orienté vers le service approprié. |
| Le patient se déplace directement dans une pharmacie, chez son kinésithérapeute, infirmier, etc. | Le pharmacien, le kinésithérapeute, l'infirmier, etc., conseille le patient. Au besoin, il l'oriente vers un médecin ou vers le SAMU/Centre 15. |

Apporter des solutions de prise en charge

Le patient consulte un médecin et est maintenu à son domicile jusqu'à sa guérison, sauf si son état clinique évolue

- Soit le médecin se déplace chez le patient ;
- soit le médecin, dans un cabinet organisé ¹, reçoit le patient ;
- soit le patient est envoyé vers un centre de consultations organisé ².

Il est ensuite maintenu à domicile jusqu'à sa guérison.

Un centre de coordination sanitaire et sociale ³ est mis en place par secteur géographique pour aider le médecin à organiser la prise en charge des patients suivis à domicile. Dans ce cadre, les différents acteurs par-

ticipant au maintien à domicile des patients sont impliqués.

Le patient est hospitalisé

Toute hospitalisation décidée par un médecin est régulée par le SAMU/Centre 15, qui valide ce choix en accord avec le praticien et décide du moyen de transport le plus approprié et de l'établissement de santé d'accueil.

Le patient est orienté vers une structure intermédiaire

Le médecin, l'établissement de santé ou le centre de coordination sanitaire et sociale (CCSS) peuvent orienter vers une structure intermédiaire les patients dont l'état de santé ne requiert pas une hospitalisation mais nécessite une surveillance pouvant difficilement être assurée au domicile (personnes fragiles, isolées) ⁴.

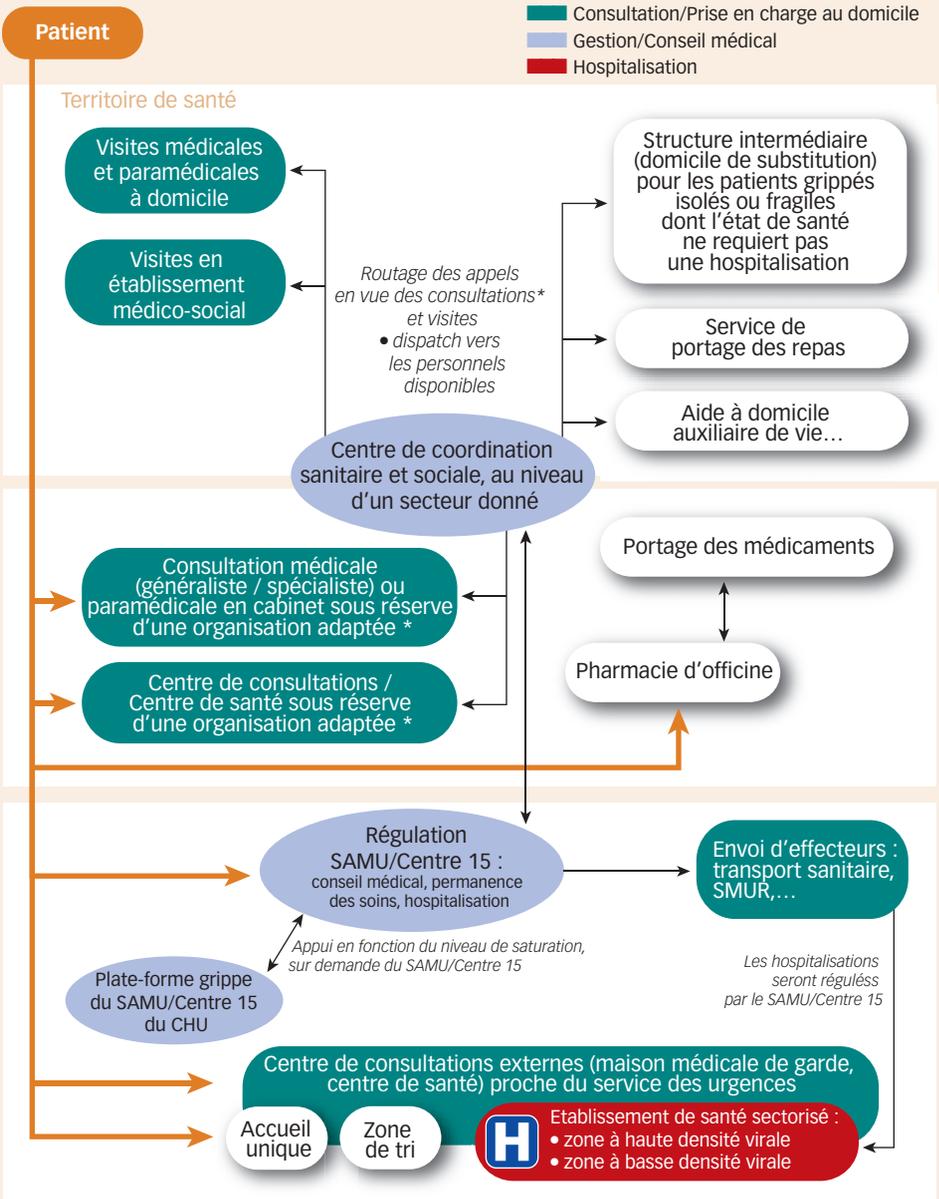
1. L'organisation du cabinet est précisée dans la fiche 2.1. de ce guide.

2. L'organisation du centre de consultations est précisée dans la fiche 2.2. de ce guide.

3. L'organisation du centre de coordination sanitaire et sociale est précisée dans la fiche 2.3. de ce guide.

4. L'organisation d'une structure intermédiaire est précisée dans la fiche 2.4. de ce guide.

Schéma général d'organisation des soins en pandémie



* Organisation afin de limiter au minimum la contagion.

12

fiche

La doctrine d'emploi des équipements de protection individuelle et les mesures d'hygiène

Objectifs

- Permettre, par des mesures barrières, une protection efficace du professionnel de santé en exercice.
- Permettre, par des mesures barrières, une protection adéquate du patient durant les soins, qu'il soit grippé ou non grippé.

Les mesures barrières visent à faire obstacle à la diffusion de l'agent infectieux connu ou présumé. Elles font appel à différents équipements (masques antiprojections, appareils de protection respiratoire individuels, gants, lunettes, surblouses, etc.), pouvant être utilisés seuls ou de façon combinée selon le niveau d'exposition.

Ces mesures barrières s'inscrivent dans la mise en œuvre de 4 niveaux de précautions : précautions standard, précautions gouttelettes, précautions contact et précautions air. La protection des yeux, du nez, de la bouche et l'hygiène des mains doivent être prioritaires⁵.

5. Fiche C.2. des fiches techniques du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale.

6. Article R. 231-62-3 du code du travail/Article R. 230-1 du code du travail relatif à l'évaluation des risques/Article R. 233-42 du code du travail relatif à la fourniture par l'employeur des équipements de protection individuelle/Article R. 230-2 du code du travail posant les principes généraux de prévention auxquels sont soumis les employeurs.

7. Normes EN149 ou N95.

8. Aérosols et particules en suspension dans l'air de moins de 5µ.

Recommandations

Il appartient à l'employeur de fournir aux travailleurs exposés à des agents biologiques des moyens de protection individuelle⁶. Dans ce cadre, une évaluation des risques est nécessaire et des mesures de prévention et de protection doivent être prises par l'employeur. Ce principe s'applique à tous les acteurs du secteur de la santé, quel que soit leur mode d'exercice.

Appareils de protection respiratoire individuels (masques FFP2)⁷

Ces masques sont des masques filtrants destinés à protéger le porteur contre les risques d'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie « aérienne »⁸. Ils protègent aussi contre le risque de transmission par voie « gouttelettes ». Le port du masque FFP2 est préconisé pour les personnels du secteur de la santé soumis à un risque majeur d'exposition.

12

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), comme mentionné dans la fiche C.4. des fiches techniques du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale, a retenu les critères principaux et complémentaires suivants :

- proximité de moins de 2 mètres d'une personne malade ;
- forte densité de personnes dans ce rayon de proximité
- proportion de personnes infectées ou d'agents infectieux dans ce rayon de proximité ;
- confinement ;
- absence de remplacement (*turn-over*) des personnes dans ce rayon.

En situation de pandémie, les masques FFP2 nécessaires à la protection des professionnels du secteur de la santé sont fournis à partir du stock constitué par le ministère chargé de la santé. Les produits acquis et stockés par l'État ne sont mis à disposition que sous son contrôle et sont délivrés gratuitement.

Soins ambulatoires

Durant les phases de transmission interhumaine et en situation de pandémie (situations 5 et 6), l'ensemble des personnels de santé exerçant dans le cadre d'une activité libérale (médecins généralistes et spécialistes, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, manipulateurs radiologie, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, secrétariat des cabinets, etc.) seront fournis en masques FFP2 prélevés sur le stock constitué par le ministère chargé de la santé. Il est prévu un nombre adapté de masques par personnel selon leur exposition

au public et leur activité (en cabinet ou sur le mode de la visite à domicile, etc.). Il est recommandé à l'ensemble de ces personnels de porter un masque FFP2 lors de leur activité professionnelle.

Soins préhospitaliers

Les différents acteurs du secteur préhospitalier (équipes SMUR, transporteurs sanitaires privés, service départemental d'incendie et de secours partis sur demande du SAMU/Centre 15 ou ayant été régulés par le SAMU/Centre 15, associations ayant un agrément de sécurité civile) seront, de façon analogue, fournis en masques FFP2 sur le stock constitué par le ministère de la Santé et des Solidarités. Les personnels pourront au besoin changer de masque à chaque intervention.

Soins en établissement de santé

Dans les établissements de santé, l'ensemble des personnels exerçant ou amenés à se rendre dans les zones à haute densité virale ou assimilées à une zones à haute densité virale⁹ (notamment le point d'accueil, la zone de tri, le service d'urgence, et les services non sectorisés) devront porter un masque FFP2 fourni sur le stock constitué par le ministère chargé de la santé.

Des masques FFP2 seront par ailleurs mis à la disposition des personnels des zones à basse densité virale. Il est nécessaire de veiller à leur disponibilité en cas de nécessité, et notamment en cas de prise en charge de patients développant des symptômes de grippe.

La distribution des masques FFP2 aux professionnels de santé libéraux et aux structures de

1.2

fiche

santé est organisée par le préfet de département. Les établissements de santé dans lesquels sont stockés des masques FFP2 doivent en assurer la gestion (maintenance, conditions de stockage, suivi des dates de péremption des volumes, etc.). Dans l'attente des conclusions des travaux complémentaires effectués par le Laboratoire national de métrologie et d'essais (LNE), ces stocks ne doivent en aucun cas être détruits même si la date de péremption des masques est dépassée.

Masques antiprojections (chirurgicaux)

Ces masques sont destinés à éviter la projection de sécrétions des voies aériennes supérieures ou de salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles par voies « gouttelettes » ou « aérienne ». Ce masque réduit donc la contamination de l'entourage et de l'environnement du patient grippé.

En situation de pandémie, les masques antiprojections (chirurgicaux) nécessaires à la protection des professionnels du secteur de la santé voire des patients entrant dans le dispositif de soins sont fournis sur le stock constitué par le ministère chargé de la santé. Les produits acquis et stockés par l'État sont à disposition sous son contrôle et sont délivrés gratuitement.

Tous les patients présentant des symptômes de grippe entrant dans le dispositif de soins (en ambulatoire, préhospitalier comme dans les établissements de santé) doivent porter un masque chirurgical. Le malade hospitalisé présentant des

symptômes de grippe doit porter un masque chirurgical durant toute son hospitalisation et principalement lorsqu'il est en contact avec un soignant ou un tiers.

Par ailleurs, l'ensemble des patients ne présentant pas de symptôme de grippe entrant dans le dispositif de soins (en ambulatoire, préhospitalier comme dans les établissements de santé) doit porter un masque chirurgical, ainsi que les visiteurs, à titre de précaution¹⁰.

Pour l'ensemble des professionnels de santé qui ne sont pas en zone à haute densité virale, le port d'un masque chirurgical, à titre de précaution, est recommandé.

La distribution des masques antiprojections (chirurgicaux) aux professionnels de santé libéraux et aux structures de santé est organisée par le préfet de département.

Autres équipements de protection individuelle

D'autres équipements, tels que les lunettes de protection, vêtements de protection, gants, peuvent être utilisés lors d'expositions majeures au risque, notamment lors de gestes invasifs.

Au contact d'un patient « cas possible ou avéré » de grippe aviaire ou d'un patient atteint de grippe pandémique

L'usage de gants à usage unique non stériles est recommandé pour tout soin au patient ou contact avec son environnement immédiat.

La doctrine d'emploi des équipements de protection individuelle et les mesures d'hygiène

9. Fiche 4.2. de ce guide sur la sectorisation de l'établissement de santé.

10. Mesure Bar11 du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale.

Le port de dispositifs de protection ou de mesures barrières (masques FFP2, surblouses, lunettes) en cas de risque de projection ou d'aérosolisation de produits d'origine humaine (aspiration, endoscopie, manipulation de matériel et de linge souillés, etc.) est recommandé. Les lunettes de protection, utilisées en cas de risque de projection ou d'aérosolisation de produits d'origine humaine, sont réutilisables après avoir été nettoyées et désinfectées avec des produits ou lingettes alcoolisés.

Les mesures d'hygiène

L'utilisation d'équipement de protection individuelle ne doit pas occulter le nécessaire renforcement des mesures d'hygiène¹¹. Ces recommandations constituent la pierre angulaire de toute prévention de la transmission de personne à personne. Elles doivent être appliquées par tous les professionnels de santé, quels que soient leur lieu et leur mode d'exercice.

Hygiène

Devant tout patient présentant un syndrome grippal en l'absence de connaissance de l'agent infectieux en cause, il est nécessaire de se laver les mains par friction avec une solution hydro-alcoolique ou à défaut avec un savon antiseptique, au moins 30 secondes avant et après tout contact avec le patient ou son environnement. Il est recommandé par ailleurs d'éviter les contacts et notamment les poignées de main. Les mouchoirs à usage unique et les masques usagés doivent être systématiquement jetés dans une poubelle avec couvercle, munie d'un sac de réception, après utilisation.

Nettoyage

Le matériel médical doit être désinfecté avec des produits ou lingettes alcoolisés.

Il est par ailleurs nécessaire d'entretenir les surfaces :

- de les nettoyer au moins deux fois par jour ;
- de désinfecter les surfaces en contact direct avec le malade ou dans son environnement immédiat avec les produits détergents désinfectants habituels selon les indications du fabricant ;
- de porter une attention particulière aux surfaces en contact direct avec le malade (poignées de porte, meubles, chasse d'eau, etc.) ;
- d'aérer largement et régulièrement les locaux.

Déchets¹²

L'objectif est de protéger les patients hospitalisés, le personnel de soins, l'entourage du patient à domicile et les agents chargés de la collecte et de l'élimination des déchets à risques résultant de la prise en charge d'un patient atteint par un germe infectieux.

Les déchets à prendre en charge sont de deux types :

- déchets perforants produits par le personnel de soins (en établissement ou en ville) ;
- déchets mous :
 - produits par le personnel de soins et par le patient à domicile : masques (patients et personnels de soins), mouchoirs jetables, sondes d'aspiration, poudriers (crachoirs), essuie-tout utilisé après lavage des mains, etc.,
 - produits exclusivement utilisés par le personnel de soins : gants et tenues jetables, etc.

Les modalités de prise en charge diffèrent selon le lieu de production des déchets :

12

fiche

- **établissement de soins et établissement pour personnes âgées** : les déchets doivent suivre la filière DASRI de l'établissement, qu'elle aboutisse à l'incinération ou au prétraitement par désinfection. L'établissement doit veiller à adapter sa fréquence de collecte par le prestataire assurant le transport et l'élimination des DASRI pour ne pas saturer ses locaux d'entreposage. Les structures intermédiaires ou centres de consultations sont assimilées à ces établissements et doivent prévoir une filière DASRI ;
- **professionnel de santé en libéral** (en exercice à son cabinet ou au domicile d'un patient) : les déchets doivent suivre la filière DASRI. Celle-ci s'applique à tout professionnel de santé en exercice libéral. Une convention doit être établie avec un prestataire de services lui fournissant les emballages à utiliser pour le conditionnement (boîtes à aiguilles, fûts, sacs) et assurant le transport des déchets de son cabinet à l'installation de destruction. Les DDASS disposent, pour le département, d'une liste de ces prestataires de service.

Utilisation de la filière DASRI : les déchets sont placés dans des sacs en plastique munis d'un lien de fermeture. Il est recommandé d'utiliser un double emballage, en évitant la présence d'air, de manière à préserver le contenu du premier sac en cas de déchirure du sac extérieur lors de la collecte.

Les professionnels de santé exerçant au domicile ou en cabinet doivent se doter du matériel nécessaire (sacs en plastique se fermant hermétiquement, poubelle avec couvercle, dispositifs d'élimination des déchets d'activités de soins pour leur élimination *via* la filière DASRI). En cas de difficulté d'élimination *via* la filière DASRI, des décisions pourront être prises par les autorités sanitaires pour revoir le dispositif.

Au **domicile du malade grippé**, une poubelle munie d'un sac et d'un couvercle doit être disponible. Les déchets doivent être déposés dans un sac en plastique bien fermé (lien), et être éliminés par la filière des ordures ménagères. Il est nécessaire d'utiliser un double emballage en évitant la présence d'air (en cas de déchirure du sac extérieur lors de la collecte) ;

- **transport de patients** (véhicule de secours aux victimes, ambulances privées, etc.). Les déchets doivent suivre la filière DASRI.

La doctrine d'emploi des équipements de protection individuelle et les mesures d'hygiène

11. Rappelé en particulier dans la fiche C.2. des annexes au plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale.

12. Rappelé en particulier dans la fiche G.8. des annexes au plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale.

La doctrine d'utilisation des médicaments antiviraux

Objectif

Les médicaments antiviraux de type antineuraminidase sont utilisés pour la prévention et le traitement précoce de la grippe. Ils peuvent prévenir la maladie, atténuer ses symptômes, réduire sa durée et potentiellement réduire les risques de complication.

- Administrer dès que possible le traitement aux patients.

L'efficacité des antiviraux est d'autant plus importante qu'ils sont administrés rapidement au patient. En traitement curatif, l'administration des antiviraux doit se faire au plus vite, si possible dans les 12 heures et au plus tard dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes. En traitement préventif postexposition, l'administration se fait le plus tôt possible après le contact contaminant.

Recommandations

Médicaments antiviraux du stock

Le stock de médicaments antiviraux antineuraminidase du ministère chargé de la santé comporte :

- Tamiflu® 75 mg gélule (oseltamivir) ;
- Oseltamivir PG 30 mg comprimés sécables (oseltamivir). Il s'agit d'un médicament principalement à usage pédiatrique et conditionné uniquement pour la pandémie grippale ;
- Relenza® poudre pour inhalation 5 mg/dose (zanamivir).

Indications des antiviraux ¹³

- L'oseltamivir est indiqué en traitement curatif et en prophylaxie postexposition chez l'adulte et l'enfant à partir de 1 an.
- Le zanamivir est indiqué en traitement curatif et en prophylaxie postexposition chez l'adulte et l'enfant à partir de l'âge de 5 ans. Compte tenu de son mode d'administration, il est recommandé de l'utiliser chez des personnes n'ayant pas de difficultés de compréhension et pour lesquelles on peut garantir une certaine observance au traitement. De plus l'inhalation peut être difficile chez des personnes présentant des symptômes respiratoires même lorsqu'elles comprennent bien les conditions d'utilisation du produit.

13

fiche

La doctrine d'utilisation des médicaments antiviraux

La version actualisée des résumés des caractéristiques des produits, RCP, (posologie, précautions d'emploi, contre-indications et effets indésirables, etc.) est consultable sur le site Internet de l'AFSSAPS¹⁴.

Stratégie d'utilisation des antiviraux

Le stock d'antiviraux du ministère chargé de la santé doit être utilisé en priorité en traitement curatif.

La décision d'utiliser les antiviraux en prophylaxie sera prise par le ministre chargé de la santé après avis des experts nationaux réunis au sein de la cellule ministérielle d'aide à la décision, en fonction des caractéristiques de la pandémie et des stocks disponibles.

La stratégie d'utilisation des antiviraux (association, durée du traitement, posologie, etc.) peut évoluer selon les données épidémiologiques, la pathogénicité de la souche, l'émergence de résistance, etc. Le ministre de la Santé précisera les conditions d'utilisation des antiviraux après avis des experts nationaux de la cellule ministérielle d'aide à la décision.

13. Pour toute information complémentaire sur les médicaments antiviraux, il convient de se référer à la fiche technique C.4. (stratégie et modalités d'utilisation des antiviraux) du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale ainsi qu'aux résumés des caractéristiques des produits (RCP) repris dans le dictionnaire Vidal.

14. www.afssaps.sante.fr

La distribution par les grossistes répartiteurs des médicaments antiviraux et des masques antiprojections (chirurgicaux)

Objectifs

- Distribuer rapidement les médicaments antiviraux¹⁵ et les boîtes de masques antiprojections (chirurgicaux) aux pharmacies d'officine et aux pharmacies à usage intérieur.
- Protéger les personnels des entreprises de répartition pharmaceutique.

Recommandations

Le stockage des médicaments antiviraux et des boîtes de masques antiprojections (chirurgicaux) par les grossistes répartiteurs

Ils sont détenus dans des conditions de stockage sécurisé pour éviter tout risque de vol, de dégradation naturelle ou intentionnelle.

Le suivi des stocks des médicaments antiviraux et des boîtes de masques antiprojections (chirurgicaux) doit être assuré et régulièrement transmis à la Direction générale de la santé.

Les distributions des médicaments antiviraux et des boîtes de masques antiprojections (chirurgicaux)¹⁶

Le premier approvisionnement des pharmacies est déclenché sur instruction ministérielle qui précise les pharmacies à livrer (pharmacies d'officine et/ou pharmacies à usage intérieur) et le périmètre géographique selon l'extension de l'épidémie (uniquement en situation 4B, lorsque les cas groupés sont localisés et limités).

Le réapprovisionnement est fait à la demande du pharmacien d'officine ou de la pharmacie à usage intérieur et il est plus important les veilles de week-end et de jour férié pour les pharmacies de garde. L'indication des quantités de médicaments antiviraux et de boîtes de masques antiprojections (chirurgicaux) livrées quotidiennement à chaque pharmacie est transmise par le grossiste répartiteur à l'inspection régionale de la pharmacie de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales et à la Direction générale de la santé.

14

fiche

Les mesures d'hygiène et de prévention pour les grossistes répartiteurs

Les mesures d'hygiène de base sont renforcées.

Le personnel

Le personnel est formé aux mesures de prévention. Les règles d'hygiène générale sont rappelées, notamment l'hygiène des mains.

Les salariés ayant une exposition directe avec le public sont équipés de masques de type FFP2 et sont informés des règles d'utilisation de ces masques.

Les locaux

Le nettoyage et la désinfection des locaux sont renforcés afin d'assurer des conditions d'hygiène adaptées à la situation.

15. *Tamiflu® 75 mg gélule (boîte de 10 gélules).*

Relenza® poudre pour inhalation 5 mg/dose (boîte de 5 disques par inhalation).

Oseltamivir PG 30 mg comprimé sécable (réservé prioritairement à l'usage pédiatrique – boîte de 5 comprimés – qui sera disponible en pharmacie uniquement en période de pandémie).

16. *Circulaire conjointe du ministère de la Santé et des Solidarités et du ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire n° 060473 du 21 août 2006 relative à la distribution des traitements et des équipements de protection en cas de pandémie grippale.*

Qui met en œuvre ce dispositif ?

Les médicaments antiviraux et les masques anti-projections sont stockés par l'État dans des lieux conformes à la réglementation.

En situation 4A du plan national (début de transmission inter humaine à l'étranger), les grossistes répartiteurs sont approvisionnés en médicaments antiviraux et en boîtes de masques antiprojections (chirurgicaux) afin qu'ils puissent livrer les pharmacies d'officine et les pharmacies à usage intérieur dès instruction ministérielle et selon les situations du plan national.

La distribution par les grossistes répartiteurs des médicaments antiviraux et des masques antiprojections (chirurgicaux)

Le plan blanc élargi

Objectif

- Adapter le plan blanc élargi du département à une situation de pandémie grippale.

Le plan blanc élargi est un outil à la disposition du préfet, pouvant être activé lors de situations d'urgence sanitaire et/ou de crise dont les conséquences dépassent les limites d'un établissement de santé.

L'objectif de ce plan est d'arrêter les modes de coordination du système de santé en vue de la gestion d'un événement qu'un seul établissement de santé ne peut maîtriser, ce qui sera le cas en situation de pandémie grippale.

La circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis et son annexe en fixent les principaux axes.

Quatre thèmes majeurs doivent être développés au regard de la pandémie grippale :

- l'organisation des soins ambulatoires ;
- la coopération interétablissements ;
- la coordination avec le secteur médico-social ;
- l'intégration de la prise en charge sociale.

Recommandations

Chaque département doit être doté d'un plan blanc élargi adapté à une situation de pandémie grippale.

Ce dispositif est coordonné par le préfet de département. Il permet la mobilisation si nécessaire de toutes les structures sanitaires et médico-sociales et de tous les professionnels de santé pouvant être concernés par l'événement. Il précise les rôles, modalités de mobilisation et moyens de coordination.

Une stratégie globale doit être définie au sein de chaque département tenant compte des spécificités des zones (rurales et urbaines). Elle doit être fondée sur une sectorisation adaptée aux zones géographiques concernées. Ce plan doit par ailleurs tenir compte des schémas régionaux d'organisation sanitaire, notamment dans le cadre de la coordination interétablissements pour des disciplines très spécialisées.

Ce plan, incluant les dispositifs d'organisation en situation de pandémie grippale, doit obligatoirement être soumis pour validation au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des

15

fiche

transports sanitaires (CODAMUPS). Dans ce cadre, sa composition est étendue à d'autres professionnels n'y siégeant pas habituellement, afin d'assurer une concertation de l'ensemble des acteurs concernés.

Ce plan doit de même, dans un objectif de cohérence régionale, être soumis à la commission exécutive de l'ARH.

Le plan blanc élargi doit :

- recenser l'ensemble des ressources disponibles sur le département incluant les professionnels de santé libéraux, toutes les structures en charge des soins et de l'aide à domicile, les transporteurs sanitaires, les structures médico-sociales voire associatives susceptibles de contribuer à cette prise en charge.
- définir les modalités d'organisation de la prise en charge des patients en ambulatoire et leurs déclinaisons infradépartementales.
- définir la coordination entre les établissements de santé ;
- prévoir les modalités de suivi social.

Le rôle du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS)

À partir des travaux qui lui sont soumis, le CODAMUPS, lieu de réflexion, d'échange et de concertation associant les représentants des professions de santé concernées, valide l'organisation préhospitalière, coordonnée avec

l'organisation hospitalière, en situations pré-pandémique et pandémique.

La composition du CODAMUPS, fixée par l'article R. 6313-1 du code de la santé publique, doit être élargie et les représentants des professions de santé (pharmaciens, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes libéraux, sages-femmes libérales, etc.) doivent y être associés lorsque celui-ci traite des questions relatives à la pandémie grippale.

La mise en place d'un dispositif de prise en charge ambulatoire en situation de pandémie

Le CODAMUPS doit statuer sur :

- l'organisation de la permanence des soins en situation exceptionnelle, au vu des modélisations de l'InVS ;
- le recensement des moyens humains notamment les médecins susceptibles de renforcer les médecins généralistes (autres généralistes, spécialistes, médecins retraités, salariés, etc.) ;
- le quadrillage des bassins de population à envisager dans ces circonstances, tenant compte de différents indicateurs (population, démographie médicale, etc.) ;
- l'organisation des transports sanitaires privés ;
- l'organisation et la permanence des pharmacies d'officine ;
- Le rôle et l'organisation des autres professionnels de santé exerçant en libéral dans la réponse à apporter aux malades.

Il est informé de l'organisation de la formation des professionnels de santé.

Les réflexions menées au niveau régional doivent être relayées par les instances régionales (ARH, DRASS) présentes au CODAMUPS permettant d'assurer la cohérence de l'ensemble du dispositif.

La coordination des soins des établissements de santé en situation de pandémie

Le CODAMUPS doit statuer sur :

- la place de chaque établissement de santé dans le dispositif ;
- la répartition éventuelle de certaines disciplines (réanimation, dialyse, etc.) ;
- la désignation éventuelle de zones géographiques d'organisation des établissements de santé implantés dans celles-ci et la définition de leur rôle (établissement de premier recours, par exemple) ;
- l'articulation avec des structures régionales ou interrégionales ;
- l'organisation du SAMU/Centre 15.

Cette coordination entre les établissements de santé est nécessaire durant la crise, mais aussi en sortie de crise, afin de répartir la pression exercée sur l'ensemble des établissements de santé, quels qu'en soient leur taille et leur statut.

La coordination avec le secteur médico-social en situation de pandémie

Le CODAMUPS doit statuer sur :

- le rôle et la place des structures sanitaires et sociales, ainsi que sur leur intégration dans le dispositif ;
- leur réorientation possible selon l'évolution de la crise.

La prise en charge sociale en situation de pandémie

Le CODAMUPS doit statuer sur :

- les modalités de suivi social à intégrer dans les centres de consultations et dans les établissements de santé ;
- la coordination à assurer de l'ensemble des services sociaux.

Textes à l'appui

- **Décret d'application du 30 septembre 2005 n° 2005-1764** relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- **Circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006** relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis et son annexe guide Plan blanc : gestion de crise

16

fiche

La suppléance et le renforcement du personnel

L'absentéisme dans les établissements de santé et médico-sociaux dans la situation pandémique peut être estimé à au moins 25 % de l'effectif. Le taux moyen d'absentéisme observé au quotidien est d'environ 12 %¹⁷.

À ce taux d'absentéisme moyen résultera probablement un absentéisme lié directement à des raisons médicales mais aussi à des conséquences indirectes (transport, personnes à charge malades, etc.). Ce pourcentage pourra varier selon le taux d'attaque du virus et les situations locales spécifiques.

Il est suggéré de travailler à partir de plusieurs scénarios, le principal, figurant dans la fiche G.1 du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale se déclinant par :

- un taux moyen d'absentéisme de 25% tout au long de la vague pandémique ;
- un taux d'absentéisme de 40% sur les deux semaines de pointe de la vague pandémique.

Ces taux sont cohérents avec ceux retenus par d'autres pays. Ainsi, à titre d'exemple, en tenant compte de tous les facteurs d'absence, les autorités américaines demandent aux entreprises de préparer leur plan sur la base d'un taux d'ab-

sentéisme de 40% pendant deux semaines. Les services canadiens, retenant l'hypothèse de 15 à 35% d'absentéisme pour raison médicale, préconisent aux employeurs de prévoir un taux d'absentéisme atteignant 50% pendant environ deux semaines à la pointe de la vague et un taux plus faible pour les semaines les entourant.

L'absentéisme du personnel pourrait être un facteur aggravant de la crise. Cependant, la seule augmentation importante du nombre de patients impose de renforcer le personnel soignant.

On distingue deux types de ressources pouvant suppléer ou renforcer le personnel :

- un vivier qui correspond au redéploiement de certains personnels soignants dans les services sous tension ;
- un corps de réserve sanitaire.

Objectif

- Concilier la continuité des activités du secteur de la santé et la protection de la santé des personnels de ce secteur.

17. Rapport 2004 de la Cour des comptes.

fiche 16

Recommandations

Le plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale préconise une démarche d'anticipation. Il vise à préparer au mieux les structures devant se renforcer en situation de pandémie. Cette démarche doit prévoir à la fois des modes d'organisation spécifiques et la protection des personnels présents sur les lieux de travail.

Il convient de renforcer et/ou de suppléer les effectifs à partir d'un vivier de personnes ressources internes aux établissements.

Mesures internes aux établissements

Le rappel des personnels en formation et en congés est la première mesure à réaliser. Le rappel des personnes en congés pourra se faire de manière progressive.

La réorganisation des conditions de travail au sein des établissements est à conduire. Elle peut passer par une augmentation du temps de travail pour les salariés à temps partiel, par une augmentation de l'amplitude du temps de travail et par l'ajustement des cycles de travail. Ces mesures ne sont valables que pendant la durée de la situation pandémique. Il est nécessaire d'informer en amont les instances consultatives et délibératives de l'établissement (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement).

Chaque établissement doit dès à présent réaliser un état des effectifs indiquant notamment :

- la nécessité d'un maintien à domicile durant la période pandémique en raison d'un handicap ou d'un facteur médical ;

- la distance domicile/lieu de travail et la disponibilité d'un véhicule personnel ;
- la compétence au regard des missions et fonctions prioritaires à assurer (pour le personnel administratif et technique notamment) ;
- la disponibilité prévisible en cas de fermeture des crèches et des établissements d'enseignement ;
- la possibilité de travailler depuis leur domicile (pour le personnel administratif et technique notamment) ;
- les postes qu'ils pourraient occuper dans une situation dégradée ;
- la perception du volontariat et de la réaffectation au sein de l'établissement de santé.

Réaffectation des professionnels de santé et personnels administratifs, techniques et médico-techniques

● Réaffectation des tâches

Ce vivier pourra notamment être « alimenté » grâce aux effets de la déprogrammation d'un certain nombre d'activités et par le redéploiement de toute autre catégorie de personnel, dans une logique intraétablissement ou dans une logique interétablissement. L'ensemble des praticiens et des personnels soignants des établissements de santé devra concourir au bon fonctionnement de ce dispositif.

● Traçabilité du personnel

Il est important que les établissements de santé suivent dès à présent les mouvements du personnel des services de réanimation, de pédiatrie, et de SAMU. Des listes de profes-

1.6

fiche

sionnels de santé ayant participé au fonctionnement de ces services mais étant actuellement en poste dans un autre service de l'établissement doivent être établies et tenues à jour.

- **Suivi des retraités de l'établissement**

Une attention particulière doit être portée aux personnels de l'établissement partant à la retraite. Une traçabilité de ces personnels doit être organisée, en lien avec la DDASS. Sur la base du volontariat et dans le cadre du corps de réserve sanitaire (réserve de renfort), les personnels retraités de l'établissement pourraient être rappelés en situation de crise majeure. Une formation spécifique devra être envisagée.

Formation

Une vérification des compétences des personnels de suppléance pour les postes essentiels est nécessaire. Une réflexion relative à la mise en place de formations de remise à niveau doit être conduite au sein de l'établissement, en lien avec les services déconcentrés de l'État.

Moyens logistiques

La logistique d'une telle réorganisation, telle que l'hébergement sur place ou la garde des enfants, doit être réfléchie et passe par la mise en place de moyens exceptionnels. En ce qui concerne la garde des enfants du personnel soignant, toutes les solutions doivent être d'ores et déjà réfléchies voire préparées : réseaux d'entraide, sensibilisation des familles, recours à des organismes d'œuvres sociales, à des sociétés de services à la personne, etc. L'objectif doit être d'éviter de

reconstituer des regroupements d'enfants qui pourraient se transmettre une contamination. L'ensemble de ces mesures doit être débattu en comité technique d'établissement. La préfecture et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales peuvent utilement être associées à ces groupes de travail.

Des moyens d'enregistrement des jours et horaires de présence sur le lieu de travail sont nécessaires afin de retracer *a posteriori* les contagions possibles et de prendre, le cas échéant, des mesures laissant suggérer le maintien à domicile des personnes qui ont été exposées.

Qui met en œuvre ce dispositif ?

Au niveau des établissements de santé

Chaque établissement doit dès maintenant procéder à l'état des lieux des conditions sociales de son personnel (personnes à charge, lieu de domiciliation, moyen de transport, etc.), au recensement des personnels susceptibles de suppléer ou de renforcer les effectifs et sensibiliser l'ensemble du personnel administratif et soignant au redéploiement dont il pourrait faire l'objet en situation de pandémie. Les résultats de cet état des lieux doivent conduire à envisager des scénarios de redéploiement et la mise en place de sessions de formation adaptée.

18. Fiche 1.7. de ce guide sur le corps de réserve sanitaire.

Le corps de réserve sanitaire

Objectif

- Renforcer les professionnels de santé libéraux ou le personnel du secteur de la santé exerçant en établissement en situation de pandémie grippale.

La loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur crée un corps de réserve sanitaire.

Recommandations

Définition de la réserve de renfort

En vue de répondre aux situations de catastrophe ou de menace sanitaire grave, il est institué un corps de réserve sanitaire ayant pour objet de compléter, en cas d'événement excédant les moyens habituels, ceux mis en œuvre dans le cadre de leurs missions par les services de l'État, des collectivités territoriales et des autres personnes participant à des missions de sécurité civile. Le corps de réserve sanitaire inclut toute personne volontaire pour participer au dispositif d'organisation des soins en situation de crise et s'y étant engagée par un contrat d'engagement à servir dans la réserve sanitaire d'intervention ou de renfort.

Cette réserve sanitaire comprend deux volets :

- la réserve d'intervention correspond à des conditions de disponibilité et de formation importantes, et elle est engagée dans l'urgence notamment lors de catastrophe humanitaire à l'étranger ;
- la réserve de renfort, plus large dans son concept, peut être mobilisée lors de crise sanitaire étendue, ce qui sera le cas en situation de pandémie grippale.

La réserve sanitaire comprend des professions de santé (actifs, retraités depuis moins de 3 ans et âgés de moins de 70 ans, étudiants des professions médicales, paramédicales, pharmaceutiques, etc.) ainsi que, le cas échéant, les professions nécessaires au soutien technique et logistique du système de soins. Il s'agit exclusivement de personnes volontaires.

La loi encadre strictement les conditions de recours à la réserve. Ce recours est décidé par un arrêté conjoint des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité civile lorsque le système de soins ne peut plus faire face à une situation de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaire grave. Les réservistes sont affectés en fonction des besoins identifiés par les préfets.

Contrat et modalités d'exercice

Tous les réservistes devront souscrire un contrat d'engagement à servir dans la réserve sanitaire.



Ils bénéficieront des formations nécessaires au maintien de leurs capacités opérationnelles, celles-ci étant plus approfondies pour les personnels membres de la réserve d'intervention. Le réserviste sanitaire dispose d'un statut protecteur qui lui garantit :

- une rémunération pour le travail accompli ;
- le maintien de ses droits en termes de protection sociale ;
- une couverture par l'État en cas de mise en jeu de sa responsabilité professionnelle ;
- une indemnisation des dommages subis dans le cadre du service dans la réserve ;
- des mesures de protection à l'égard de son employeur.

La loi prévoit que les salariés et agents publics non fonctionnaires sont mis à disposition contre remboursement, tandis que les fonctionnaires sont placés en position de service dans la réserve. Cela leur permet de bénéficier d'une continuité en termes de rémunération et de protection sociale.

La loi comprend les dispositions nécessaires pour permettre aux réservistes, quelle que soit leur situation (étudiants, retraités), l'exercice de professions médicales ou paramédicales : autorisations d'exercice pour les professionnels en formation, règles d'inscription et de cotisation aux institutions ordinaires.

Organisation du dispositif

Un arrêté conjoint des ministres chargé de la Santé et de la Sécurité civile déclenche le recours à la réserve. Il détermine le nombre de réservistes mobilisés, la durée de leur mobilisation ainsi que le département ou la zone

de défense où ils sont affectés. L'établissement public chargé de la gestion administrative et financière de la réserve affecte les réservistes sur proposition du représentant de l'État dans le département ou la zone de défense (dans un hôpital, une clinique, un service de l'État ou au renforcement de cabinets libéraux notamment).

L'affectation de la réserve, dans le cadre de la pandémie grippale, doit être organisée en amont par les directions départementales des affaires sociales, avec une coordination régionale de la direction régionale des affaires sociales.

L'objectif étant le maintien à domicile du patient tant que son état clinique le permet, le corps de réserve sanitaire doit renforcer le dispositif de soins ambulatoires autant que le secteur hospitalier.

Quelques affectations possibles

Soins ambulatoires

Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins :

- médecins libéraux retraités depuis moins de 3 ans et de moins de 70 ans ;
- médecins à exercice particulier (MEP) ;
- médecins remplaçants ;
- médecins salariés (médecins conseil CNAMTS, médecins de l'Éducation nationale, médecins du travail, médecins de PMI, etc.) ;
- pour la suppléance et le renforcement des médecins généralistes : les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales (art. L. 4131-2, 3^e alinéa du code de la santé publique).

Personnels pouvant suppléer et renforcer les paramédicaux :

- infirmières libérales en retraite depuis moins de 3 ans et de moins de 70 ans ;
- infirmières remplaçantes ;
- infirmières salariées (médecine scolaire, médecine du travail, PMI, etc.).

Personnels pouvant renforcer les pharmacies :

- pharmaciens retraités ;
- étudiants en pharmacie ;
- assistants, préparateurs et aides-préparateurs.

Personnels pouvant suppléer et renforcer les transporteurs sanitaires :

- associations de secouristes

Soins en établissements de santé et médico-sociaux

Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins :

- pour la suppléance et le renfort des médecins généralistes : les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales ;
- pour la suppléance et le renfort des médecins spécialistes : les étudiants inscrits en 3^e cycle des études médicales et remplissant les conditions d'études et de stages fixées par voie réglementaire (décret 94-120 du 4 février 1994 modifié) ;
- médecins retraités depuis moins de 3 ans et de moins de 70 ans ;
- les pédiatres de villes peuvent venir renforcer les établissements.

Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins régulateurs SAMU :

- médecins titulaires de la capacité d'aide médicale urgente, d'un diplôme universitaire de régulation.

Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins réanimateurs :

- anesthésistes-réanimateurs ayant une activité principalement en bloc opératoire ;
- étudiants en réanimation de 3^e cycle ;
- infirmiers anesthésistes diplômés d'État.

Personnels pouvant suppléer et renforcer les paramédicaux :

- étudiants en médecine en fonction des équivalences ;
- étudiants en institut de formation en soins infirmiers en fonction des équivalences ;
- personnel intérimaire ;
- personnels paramédicaux retraités depuis moins de 3 ans et de moins de 70 ans.

Les personnels techniques, logistiques et administratifs peuvent aussi bénéficier de personnels issus du corps de réserve sanitaire.

Texte à l'appui

- Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur¹⁹

19. Consultable en ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr>

18
fiche

La formation des professionnels de santé

Objectif

- Former, informer, sensibiliser en fonction de la nature de leurs activités ou de leur niveau de responsabilité, l'ensemble des professionnels du secteur libéral et des personnels des établissements de santé publics, privés, PSPH et médico-sociaux.

L'objectif est de pouvoir assurer la cohérence et la continuité des soins en situation de pandémie grippale.

Recommandations

Les établissements de santé publics, privés, PSPH, et médico-sociaux

La formation des professionnels des établissements de santé au risque de pandémie grippale s'appuie sur le réseau de formateurs des zones de défense (délégué de zone, établissements de santé de référence, sociétés savantes, etc.).

Chaque établissement de santé public, privé,

PSPH et médico-social doit s'assurer de la participation de l'ensemble du personnel à ces séances de sensibilisation.

Les établissements mettent à disposition du personnel un CD-Rom et les outils pédagogiques diffusés par le ministère de la Santé et des Solidarités. Les établissements peuvent assurer la continuité de l'information et de la formation en mettant en place des outils pédagogiques *via* intranet, l'e-learning, le journal de l'établissement, etc.

Des exercices pédagogiques doivent être organisés avec les personnels qui seraient les plus impliqués lors de la pandémie grippale. Dans ce cadre, des formations spécifiques peuvent être organisées pour le personnel du SAMU/Centre 15, du SMUR, du service d'urgence, du service de réanimation, du service de pédiatrie.

Le plan de formation continue de chaque établissement doit promouvoir des actions prioritaires sur l'hygiène et le risque infectieux.

Il appartient maintenant aux établissements de santé d'intégrer cette formation dans le cadre de leur plan annuel de formation.

Le secteur libéral

La campagne de formation des professionnels de santé exerçant en ambulatoire (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) a été impulsée au printemps 2006. Les séances de formation ont débuté en septembre 2006.

Les directions régionales des affaires sanitaires et sociales ont lancé des appels d'offres en vue de choisir les organismes de formation avec l'appui des unions régionales des médecins libéraux. La campagne se déroule en cascade avec une formation nationale des formateurs nationaux qui assurent la formation des professionnels.

La campagne a pour but de donner les informations nécessaires aux professionnels notamment :

- pour adapter la prise en charge de leur patient dans l'éventualité d'une pandémie ;
- pour savoir organiser de manière adéquate leur cabinet ;
- pour savoir apporter aux patients les conseils nécessaires.

La formation des personnels en renfort

On distingue deux types de ressources pouvant suppléer ou renforcer le personnel :

- un vivier qui correspond au redéploiement de certains personnels soignants dans les services sous tension ;
- un corps de réserve sanitaire.

Formation du personnel redéployé au sein de l'établissement

Le personnel identifié en amont et pouvant renforcer certains services doit être remis à niveau périodiquement. Les établissements doivent maintenir à jour leurs connaissances.

Formation du corps de réserve sanitaire

Dans le cadre de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, il est prévu une formation des volontaires du corps de réserve sanitaire.

Textes à l'appui

- **Lettre circulaire du 20 février 2006** du délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire relative à la campagne nationale de formation des professionnels de santé exerçant en ambulatoire, en établissements de santé et dans le secteur libéral.
- **Lettre du ministre du 13 avril 2006** relative au plan de lutte contre la pandémie grippe et à la campagne nationale de formation des professionnels de santé exerçant en ambulatoire et en établissements de santé.
- **Circulaire n°DHOS/P2/2006/233 du 29 mai 2006** relative aux orientations et axes prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière (cf. chapitre II : les nouvelles orientations à mettre en œuvre : campagne nationale de formation, plan de lutte contre la pandémie grippale).

19

fiche

Les exercices

Objectifs

- Tester l'adaptation de l'organisation, sur le terrain, des dispositifs particuliers prévus en situation de pandémie grippale.
- Sensibiliser et mobiliser l'ensemble des personnels de santé au risque de pandémie.

Recommandations

Une directive interministérielle du 15 novembre 2004 relative à la politique nationale de défense et de sécurité prévoit l'organisation d'exercices dont l'objectif est de tester régulièrement les procédures et mesures prévues dans les plans gouvernementaux. Le champ d'application de cette directive recouvre bien sûr les dispositifs de prise en charge des patients en situation de pandémie grippale.

Niveau local, départemental, régional ou zonal

Chaque département doit organiser des exercices relatifs aux soins ambulatoires et au maintien à domicile, à la prise en compte du volet social ainsi qu'à la coordination entre les établissements en situation de pandémie. Ces exercices doivent être pilotés par les ser-

vices déconcentrés et les zones de défense, associant l'ensemble des professionnels de santé concernés.

Un exercice portant sur la coordination des soins ambulatoires et le maintien à domicile doit être organisé dans chaque département.

Par ailleurs, chaque établissement ou structure, quel que soit son statut et sa taille, doit tester régulièrement :

- le fonctionnement de sa cellule de crise ;
- la mise en place de points d'accueil, d'une zone de tri et de la prise en charge aux urgences ;
- la sectorisation de l'établissement et la mise en place d'une zone à haute densité virale ;
- la déprogrammation et le rappel des personnels ;
- l'organisation du SAMU/Centre15 en situation d'augmentation des appels entrants, pour les établissements disposant de ce service.

L'exercice peut être global ou partiel. Avant d'engager une institution tout entière dans un exercice qui met en jeu tous les éléments constitutifs de la gestion de la crise, il est profitable de les tester successivement, dans une démarche progressive.

Mise en place d'exercices

L'exercice n'est pas un début mais l'aboutissement d'une réflexion sur les plans et leur applicabilité au sein de la structure ou du territoire. L'exercice ne doit pas être le commencement d'une démarche de réflexion sur la pandémie grippale mais une phase de test et d'évaluation de la préparation face à une pandémie, dans :

- les établissements de santé ;
- les structures de soins (centres de santé, maisons médicales de garde, etc.) ;
- la médecine ambulatoire.

L'exercice va confirmer ou infirmer la pertinence du dispositif prévu et des actions correctrices devront être apportées au besoin.

L'élaboration du scénario dépend des objectifs définis et du type d'exercice choisi (sur table [cadre] ou de terrain). Il est important de fixer le champ d'action de l'exercice ainsi que ses limites. La communication sur l'exercice doit être traitée avec une attention particulière.

L'exercice est un outil interne de sensibilisation du personnel et des professionnels de santé.

L'exercice est un moyen d'évaluation et de test du dispositif, favorisant l'autoévaluation des acteurs et le réajustement des processus. Il convient d'insister sur la nécessité d'une évaluation objective et factuelle pour permettre une réelle progression des acteurs. Elle est une étape essentielle du processus d'amélioration des dispositifs de prise en charge et de la réécriture des plans et procédures.

Textes à l'appui

- Guide Plan blanc : gestion de crise, page 141.
- CD-Rom - Organiser un exercice « pandémie grippale » dans votre établissement de santé : guide pratique à partir du retour d'expérience de l'exercice « Exogrippe » au centre hospitalier universitaire de Grenoble, ministère de la Santé et des Solidarités, 2007.

L'organisation des soins ambulatoires

| | |
|--|----|
| 2.1 Le dispositif de soins ambulatoires | 34 |
| 2.2 Les centres de consultations | 38 |
| 2.3 Les centres de coordination sanitaire et sociale | 41 |
| 2.4 Les structures intermédiaires | 45 |
| 2.5 Le mode de rémunération et la couverture des professionnels de santé libéraux | 48 |
| 2.6 La délivrance en pharmacie d'officine des médicaments antiviraux et de masques antiprojections (chirurgicaux) | 50 |

21

Le dispositif de soins ambulatoires

La circulaire DGS/DHOS/HFD n° 2005-233 du 16 mai 2005 relative à la mise en place du plan gouvernemental de prévention et de lutte Pandémie grippale prévoit que les préfets/DDASS conduisent une réflexion avec les représentants des médecins libéraux, afin d'adapter le dispositif de la permanence des soins à une situation de crise.

En cas de survenue d'une pandémie grippale, le nombre attendu de personnes potentiellement grippées nécessitera d'adapter l'offre de soins et notamment les conditions d'hospitalisation.

- Le principe général en situation pandémique réside dans le maintien à domicile des patients, l'objectif essentiel étant de ne pas saturer les établissements de santé. Les hospitalisations seront réservées aux patients les plus graves.
- Le principe du maintien à domicile conduira à un nombre important de patients à prendre en charge et dont l'état clinique nécessitera probablement pour un certain nombre des soins infirmiers quotidiens.
- Certains patients, tel que les dialysés ou les patients sous chimiothérapie voire les suites de réanimation, nécessiteront une adaptation spécifique de ces soins.

Tous les professionnels de santé libéraux, toutes

les associations, fédérations, services de soins à domicile et services d'aide à domicile sont concernés par cette coordination.

Objectif

- Permettre la mobilisation la plus importante des professionnels de santé libéraux en leur donnant les garanties nécessaires pour effectuer leurs missions (rémunération, moyens de protection, accès à l'information, répartition de la charge de travail, etc).

Le dispositif des soins ambulatoires fait partie intégrante du plan blanc élargi. Il doit être travaillé en amont et doit être soumis pour validation au CODAMUPS.

Recommandations

Le principe général est de limiter le regroupement de patients grippés et non grippés. Le maintien à domicile des patients doit être privilégié tant que leur état clinique le permet. Les visites à domicile doivent être organisées. Les consultations en cabinets médicaux et paramédicaux, aménagés afin de limiter la diffusion du virus, permettront de traiter davantage de patients que les visites au domicile.


 21
fiche

Le maintien à domicile des patients tant que leur état clinique le permet invite également à prendre en considération non seulement les soins, mais aussi l'aide à domicile si celle-ci est nécessaire. La terminologie « domicile » inclut l'hébergement collectif (structures non médicalisées ou peu médicalisées, secteur social, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, etc.). Il est donc nécessaire de prévoir l'organisation ou le renforcement des visites médicales dans les établissements médico-sociaux.

Les professionnels de santé libéraux sont également susceptibles d'intervenir dans les structures extra-hospitalières (structures intermédiaires¹) éventuellement mises en place pour suivre des patients malades ou convalescents dans l'impossibilité de rester à leur domicile mais ne relevant pas de soins aigus hospitaliers.

Permanence des soins en situation exceptionnelle

Cette organisation doit tenir compte des spécificités départementales et des zones urbaines et rurales. Elle doit conduire à une adaptation des secteurs de la permanence des soins selon l'organisation des cabinets médicaux et des secteurs géographiques d'ores et déjà définis.

Les grands axes de cette organisation doivent

être réfléchis au sein de groupes de travail inter-professionnels pilotés par la DDASS. Le schéma d'organisation en résultant doit être soumis pour validation au CODAMUPS.

Adaptation du cabinet pour une prise en charge adéquate des patients

Le respect du principe de limitation de regroupement de patients grippés et non grippés nécessite une organisation adaptée pour tout cabinet de consultations. Cette organisation doit être mise en œuvre par les médecins généralistes comme spécialistes comme par les professions paramédicales exerçant en cabinet de ville.

L'organisation du cabinet pour permettre de réduire le risque de diffusion du virus doit pouvoir remplir les critères suivants²:

- mettre à disposition dans la salle d'attente une signalétique informative (affichage)³;
- mettre à disposition dans la salle d'attente des masques antiprojections (chirurgicaux), des mouchoirs à usage unique, des poubelles munies de sacs et d'un couvercle, du gel antiseptique ou une solution hydroalcoolique pour le lavage des mains ou un lavabo avec du savon liquide et des serviettes à usage unique;

1. Fiche 2.4. de ce guide.

2. Énoncés en partie dans un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et récapitulés dans la fiche mémo 5 du kit Grippe aviaire : formation, information, communication.

3. Disponible sur le site internet de l'INPES www.inpes.sante.fr

- bannir de la salle d'attente meubles inutiles, journaux, jouets ;
- éliminer les déchets issus des malades potentiels en déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI).

Il est par ailleurs nécessaire d'entretenir les surfaces :

- de les nettoyer au moins deux fois par jour ;
- de désinfecter les surfaces avec les produits détergents désinfectants habituels selon les indications du fabricant ;
- de porter une attention particulière aux surfaces en contact direct avec le malade (poignées de porte, meubles, chasse d'eau, lavabo, etc.) ;
- d'aérer largement et régulièrement les locaux.

En termes d'organisation des consultations, plusieurs ajustements de l'exercice sont possibles :

- mise en place de plages horaires spécifiques pour les patients grippés et asymptomatiques, afin de limiter leur regroupement ;
- limitation des délais d'attente du patient ;
- sectorisation de la salle d'attente.

Protection individuelle du professionnel de santé exerçant en ambulatoire

Le ministère chargé de la santé a prévu de doter dès maintenant chaque professionnel de santé libéral d'un kit de protection. Il inclura notamment des masques FFP2 et antiprojections (chirurgicaux) pour leur permettre de disposer d'une réserve avant toute mise en œuvre des procédures de

distribution prévues en situations 4B, 5B et 6. Pour des situations d'urgence sanitaire, un stock a été constitué par le ministère chargé de la santé. Il sera libéré rapidement pour équiper gratuitement les professionnels de santé.

Conseils sur les conditions de maintien à domicile du patient ⁴

Le professionnel de santé libéral a un rôle de prévention et de conseil pour le patient grippé. Il doit lui rappeler le respect strict des règles d'hygiène et d'isolement ⁵ :

- le malade grippé doit rester à l'écart des autres personnes du foyer, et, dans la mesure du possible, dans une pièce isolée et aérée régulièrement. Il doit limiter ses contacts avec l'entourage, notamment les embrassades, poignées de mains, etc. ;
- le malade grippé doit porter un masque chirurgical notamment lorsqu'il est en présence d'une autre personne et le jeter chaque fois qu'il est mouillé ;
- pour les jeunes enfants grippés qui ne pourront pas toujours porter un masque, les personnes en contact direct et rapproché avec l'enfant devront porter un masque ;
- le malade grippé doit se couvrir la bouche lorsqu'il a des accès de toux et pour chaque éternuement. Il doit se moucher avec des mouchoirs en papier à usage unique et les jeter dans une poubelle munie d'un sac et d'un couvercle. S'il a besoin de cracher, il doit

21

fiche

le faire dans un mouchoir à usage unique et le jeter dans une poubelle munie d'un sac et d'un couvercle ;

- dans la chambre, le malade grippé doit pouvoir disposer de mouchoirs en papier à usage unique et de poubelles munies d'un sac et d'un couvercle. Les déchets doivent être déposés dans un sac en plastique bien fermé (lien), par la filière des ordures ménagères. Il est nécessaire d'utiliser un double emballage (en cas de déchirure du sac extérieur lors de la collecte) en évitant la présence d'air ;
- le malade grippé doit se laver régulièrement les mains au savon ordinaire. Ce lavage doit être répété très souvent dans la journée, plus particulièrement après un mouchage, un éternuement ou une toux.

À domicile, les visites du patient grippé par ses proches doivent être réduites au strict minimum et, si possible, il doit être choisi une seule personne de l'entourage pour visiter le malade. Les visiteurs doivent porter un masque chirurgical.

Les personnes vulnérables (enfants de moins de 15 ans, personnes atteintes de maladies chroniques cardio-respiratoires, femmes enceintes, immunodéprimés, etc.) ne doivent pas rendre visite à un patient grippé.

La vaisselle et le linge du patient grippé peuvent

être lavés en commun avec les effets du reste de la famille.

Renforcement des médecins libéraux

Le corps de réserve sanitaire⁶ viendra notamment renforcer les professionnels de santé libéraux.

Textes à l'appui

- Circulaire DGS/DHOS/HFD n° 2005-233 du 16 mai 2005 relative à la mise en place du plan gouvernemental de prévention et de lutte Pandémie grippale
- Lettre circulaire du 14 octobre 2005 relative à la préparation de l'organisation sanitaire en situation de pré-pandémie et de pandémie grippale
- Décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- Loi n°2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur

4. Fiche mémo 4 bis du kit Grippe aviaire : formation, information, communication.

5. Fiche C.4. du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale.

6. Fiche 1.7. de ce guide.

Les centres de consultations

Objectifs

- Disposer d'un lieu de consultations adapté et organisé afin de limiter le regroupement de patients grippés et non grippés.
- Éviter l'isolement des professionnels de santé et les contraintes d'organisation pour les cabinets individuels.
- Permettre une prise en charge plus rapide d'un grand nombre de patients.

Le dispositif relatif aux centres de consultations fait partie intégrante du plan blanc élargi. Il doit être travaillé en amont et doit être soumis pour validation au CODAMUPS.

Cahier des charges des centres de consultations

Statut et localisation

La mise en place de centres de consultations pour des patients grippés comme non grippés peut s'appuyer sur des structures existantes (maison médicale de garde, centre de santé, dispensaire) ou être organisée de manière *ad hoc*. L'intérêt d'utiliser des structures existantes est de disposer de lieux de consultations d'ores et déjà connus de la population.

- Les centres de santé sont des structures assurant des activités de soins sans hébergement⁶.
- Les maisons médicales de garde existantes peuvent être le support de centres de consultations organisés, avec des horaires d'ouverture pouvant dépasser le cadre de la permanence des soins. Différentes organisations sont possibles en fonction des spécificités locales⁸.

En situation de pandémie, la mise en place de centres de consultations pour renforcer la médecine ambulatoire sera une nécessité. Pour faciliter l'exercice des professionnels, la mise en place d'une structure de soins médicale, voire paramédicale et sociale, préorganisée par les autorités sanitaires et adaptée afin de limiter la diffusion du virus (notamment par la limitation du regroupement des patients grippés et non grippés), est un moyen de venir en renfort des soins de ville et de soulager l'encombrement des services d'urgence.

En effet, si certains professionnels de santé et notamment certains médecins généralistes de ville ne peuvent organiser de manière adaptée leur cabinet, le centre de consultations organisé



permettra d'avoir recours à ces personnels pour une plus grande efficacité, une meilleure prise en charge des patients et des meilleures conditions de travail. Les pédiatres libéraux, voire les pneumologues libéraux ainsi que les infirmiers ou masseurs-kinésithérapeutes exerçant en libéral, peuvent être associés à ce dispositif.

Ce schéma d'organisation doit inclure la mise en place de centres de consultations à proximité des établissements de santé sièges de services d'urgence. Les établissements de santé peuvent fournir dans ce cas un soutien logistique à cette mise en place.

Organisation du centre de consultations pour une prise en charge pertinente des patients : sectorisation et règles d'hygiène et de nettoyage

Les consultations en cabinet nécessitent une organisation adaptée. Cet aménagement doit être mis en œuvre de manière similaire aux cabinets de ville.

Le principe de limitation de regroupement de patients grippés et non grippés doit être respecté par une sectorisation de ce lieu :

- mise en place d'une zone de tri ;
- mise en place d'une double salle d'attente ;

- mise en place de circuits dédiés.

La fiche 4.2. du guide donne des précisions sur la mise en place de la sectorisation dans des structures de santé.

Les files d'attente doivent être limitées au maximum. À ce titre, l'utilisation de grands parkings à proximité des centres de consultations ou l'utilisation de questionnaire de pré-interrogatoire peuvent participer à ce principe de limitation des interactions entre les patients.

Les règles d'hygiène et de nettoyage doivent être renforcées. La filière DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux) doit être respectée.

L'organisation adéquate des centres pour permettre de réduire le risque de diffusion du virus doit pouvoir remplir les critères suivants⁹ :

- mettre à disposition dans les salles d'attente une signalétique informative (affichage) ;
- mettre à disposition dans les salles d'attente des masques antiprojections (chirurgicaux), des mouchoirs à usage unique, des poubelles munies de sacs et d'un couvercle, du gel antiseptique ou une solution hydro-alcoolique pour le lavage des mains ou un lavabo avec du savon liquide et des serviettes à usage unique.

L'entretien des surfaces nécessite :

- de les nettoyer au moins deux fois par jour ;
- de désinfecter les surfaces avec les produits

7. Encadré juridiquement, en particulier par l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

8. Rapport sur les maisons médicales de garde, Dr Jean-Yves Grall, ministère de la Santé et des Solidarités, juillet 2006.

9. Énoncés en partie dans un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et récapitulés dans la fiche mémo 5 du kit Grippe aviaire : formation, information, communication.

détergents désinfectants habituels selon les indications du fabricant ;

- de porter une attention particulière aux surfaces en contact direct avec le malade (poignées de porte, meubles, chasse d'eau, etc.) ;
- d'aérer largement et régulièrement les locaux.

Ouverture et fermeture de cette structure

Chaque département (préfet/DDASS) fixe le nombre des points de consultations à organiser à partir de dispositifs existants (maisons médicales de garde, centres de santé, dispensaires, etc.) ou à mettre en place *ex nihilo*.

Le déclenchement de ce dispositif appartient au préfet de département.

Fonctionnement

En fonction des besoins et selon la cinétique de la pandémie, le centre de consultations doit prendre en compte *a minima* les horaires de la permanence des soins et avoir une amplitude horaire d'ouverture correspondant autant que possible aux besoins.

Les patients peuvent être orientés vers ce centre :

- sur demande du SAMU/Centre 15 ;

- sur demande du centre de coordination sanitaire et sociale ;

• de manière spontanée, par choix du patient.
Le champ d'action des centres de consultations doit recouvrir la prise en charge médicale et peut être étendu à :

- une prise en charge paramédicale ;
- une prise en charge sociale ;
- une délivrance pharmaceutique de traitement, en coordination avec les pharmaciens du secteur.

Textes à l'appui

- Article L. 6323-1 du code de la santé publique
- Rapport sur les maisons médicales de garde, Dr Jean-Yves Grall, ministère de la Santé et des Solidarités, juillet 2006

23

fiche

Les centres de coordination sanitaire et sociale

Objectif

- Renforcer la coordination de l'ensemble des acteurs (professionnels ou structures)

Chaque département doit disposer de centres de coordination sanitaire et sociale destinés à coordonner les professionnels de santé libéraux et à coordonner les personnels de l'action sanitaire et sociale.

Le dispositif relatif aux centres de coordination sanitaire et sociale fait partie intégrante du plan blanc élargi. Il doit être travaillé en amont et doit être soumis pour validation au CODAMUPS.

Cahier des charges du centre de coordination sanitaire et sociale (CCSS)

Missions

Les missions principales de ces centres sont notamment :

- d'assurer la répartition des soins en coordonnant les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux ;

- d'assurer la répartition de l'aide et de l'accompagnement à domicile des patients ainsi que du secteur social, en coordonnant les structures de soins et d'aide à domicile (solicités par les particuliers sur prescription médicale comme par les médecins) et les intervenants du champ social ;
- d'assurer la coordination de la permanence des soins ;
- de répondre aux sollicitations des médecins, des SAMU/Centres 15 voire des patients ;
- d'assurer un soutien logistique en matière d'acheminement aux patients à domicile, des masques, antiviraux et autres produits de santé ;
- d'être un relais d'information entre les professionnels et le préfet/DDASS.

Localisation

La proposition est de se calquer sur des secteurs communs avec la médecine libérale (secteurs de permanence de soins).

Les secteurs des CCSS seront arrêtés en tenant compte de différents critères locaux, notamment

de la population (au moins 3000 personnes), de la présence d'un hébergement collectif (EHPAD, etc.), de la démographie des professionnels de santé dans la zone, des réseaux existants, des distances et réalités géographiques, etc.

Ces centres doivent disposer d'un recours à proximité d'une pharmacie d'officine, afin d'avoir un accès rapide à la dispensation médicamenteuse. Le secteur de la permanence des soins serait l'échelle de base, quitte à prévoir une sectorisation plus fine ou au contraire un regroupement des secteurs au vu de la réalité locale. Il appartient aux départements (préfet/DDASS) de faire ces choix tenant compte des spécificités géographiques et du caractère urbain ou rural des zones.

Critères d'organisation

Le cahier des charges du CCSS décliné par secteur doit tenir compte d'un certain nombre de critères, notamment :

- le nombre de visites moyen par médecins, à partir d'une évaluation réalisée sur les constats durant les épidémies saisonnières de grippe ;
- l'existence d'au moins une pharmacie ;
- la présence de médecins, de kinésithérapeutes, d'infirmières et d'association d'oxygénothérapie à domicile.

La présence d'un centre communal d'action sociale (CCAS), d'un centre médico-social, d'un centre local d'information et de coordination (CLIC), d'une structure d'hébergement collectif, etc., doit être également prise en compte.

Statut

Il importe que cette structure provisoire ait une personnalité morale et un statut précis. Les responsables sont désignés par le préfet.

À titre d'exemple pour le plan Variole, un maire, ainsi que des adjoints désignés (au minimum 2 adjoints) peuvent être responsables de cette gestion administrative et logistique. Si les communes sont trop petites, l'intercommunalité ou la communauté de communes semble être l'échelle pertinente. Le président de la communauté de communes est alors le responsable de cette gestion administrative et logistique. La personne morale est responsable de ce centre auprès du préfet et lui fait remonter les informations importantes.

Un personnel médical, paramédical et social coordonnateur doit veiller au maintien de cette logique de coordination intra et interprofessionnelle.

Ce centre doit pouvoir fonctionner 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Une mutualisation entre les centres de coordination sanitaire et sociale est possible la nuit.

La décision d'ouverture de ces centres appartient au préfet et devra être décidée dès le début de la pandémie.

Pilotage

Le personnel d'encadrement et de fonctionnement du centre inclut :

- un directeur du CCSS : il doit avoir des capacités et une habitude de coordination des pro-

23

fiche

professionnels de santé, une connaissance approfondie des métiers, des modes de fonctionnement et des acteurs de terrain. Il doit être capable de réaliser une interface et une remontée d'information à la préfecture et à la DDASS. Un responsable d'encadrement, directeur d'établissement de santé, de CCAS, etc., pourrait prendre cette fonction, sur désignation du préfet. La couverture assurantielle de ce directeur est à prévoir s'il ne bénéficie pas du statut de réserviste de la réserve sanitaire ;

- un représentant médical et un représentant paramédical ;
- un représentant de l'aide et des soins à domicile ;
- un acteur du domaine social ;
- un logisticien.

Ce centre s'appuie pour son fonctionnement sur des structures existantes (exemple : hôpital local, service de soins à domicile, service d'aide à domicile, établissement de santé, centre communal d'action sociale, voire structure administrative de lycée ou collège, etc.). L'objectif est de disposer d'un support administratif déjà existant, bénéficiant de moyens de fonctionnement et de communication (téléphone, fax, email, etc.) voire de personnels pouvant être réaffectés temporairement à ces tâches. Les secrétaires médicales non grippées des cabinets médicaux de ville fermés pourraient rejoindre ces centres. Une plate-forme de réception des appels doit être mise en place, devant intégrer au moins 5 lignes téléphoniques, fax et ordinateurs.

Des réflexions peuvent être conduites avec l'Éducation nationale, envisageant la possibilité de disposer des administrations des collèges voire lycées ou écoles primaires pour ces missions.

Ces structures, en principe fermées durant cette période, présentent en effet une configuration susceptible de répondre à ces attentes (locaux, standard, fax, etc., voire la disponibilité du personnel administratif sous réserve d'en définir les conditions d'emploi) pourraient être utilement mises à contribution pour le fonctionnement.

Une préparation en amont sera nécessaire pour réaliser les adaptations nécessaires à ce type de réemploi.

Règles de fonctionnement

Le fonctionnement de ce type de centres a conduit également à s'interroger sur les modes de saisine, de coordination et de suivi.

Ces centres disposeront d'un numéro de téléphone dont tous les professionnels du secteur correspondant auront connaissance.

Pour un fonctionnement optimum de ceux-ci, la décision de leur ouverture par le préfet devra conduire à ce que chaque professionnel en accepte les règles de fonctionnement notamment vis-à-vis de leur clientèle.

Ce centre décidera pour le secteur concerné de la priorisation des visites et des soins à dispenser à domicile, ainsi que des demandes médico-sociales. Cette priorisation est essentielle pour assurer l'égalité d'accès aux soins des patients.

Dès la décision d'ouverture, les professionnels de santé et de l'aide à domicile concernés devront procéder à une bascule de leurs appels sur ce centre.

Liens entre les professionnels de santé libéraux, les CCSS et le SAMU/Centre 15

En situation de dépassement de moyens, la centralisation vers un numéro unique si les professionnels de santé sont malades ou en repos est nécessaire.

Le professionnel de santé ou la structure rassemblant des professionnels de santé doit, en cas de dépassement ou d'absence, rerouter l'ensemble des appels de sa patientèle habituelle vers un numéro unique. Il est à noter l'importance d'une démarche collective de reroutage des appels des patients par les médecins, afin de disposer d'effecteurs de terrain.

Selon les situations locales et en particulier en fonction de la capacité de montée en charge du SAMU/Centre 15 et de l'organisation choisie pour les CCSS, deux options sont possibles :

- le routage vers un numéro à 10 chiffres du CCSS du secteur. Il n'y a pas de régulation de l'appel. Un dispatcher se chargera de transmettre la demande de visite ou de consultation à un professionnel de santé effecteur. La liste des ces professionnels de santé effecteurs est établie

pour les médecins par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins ;

- le routage vers le SAMU/Centre 15. Il y a régulation de l'appel, puis bascule vers le CCSS du secteur où un dispatcher se chargera de transmettre la demande de visite ou de consultation à un médecin effecteur.

La pertinence de ces deux options évolue selon la fréquence des patients présentant une urgence vitale qui téléphonent à leur médecin traitant et selon les lourdeurs des routages successifs d'un passage par le SAMU/Centre 15.

Une ligne directe entre les CCSS et le SAMU/Centre 15 doit être prévue.

Régulation des hospitalisations

Toute hospitalisation demandée par un médecin de ville est régulée par le SAMU/Centre 15. Celui-ci a connaissance des rôles dédiés aux établissements, des places disponibles et pouvant orienter les patients selon leurs critères de gravité clinique.

Il n'est pas prévu d'admission directe dans les services sans régulation préalable par le SAMU/Centre 15.

Les SAMU/Centres 15 doivent prévoir une ligne spécialisée (numéro à dix chiffres) dédiée pour les médecins libéraux. Les SAMU/Centres 15 doivent dès à présent travailler avec ces partenaires pour la mise en place de ce dispositif.



Les structures intermédiaires

Objectif

- Éviter des hospitalisations par la mise en place de « domiciles de substitution ».

Des structures intermédiaires, « domicile de substitution », sont mises en place pour des patients grippés ne pouvant rester seuls à leur domicile mais dont l'état clinique ne requiert pas d'hospitalisation. Elles n'ont pas de missions médicales propres. Le dispositif relatif aux structures intermédiaires fait partie intégrante du plan blanc élargi. Il doit être travaillé en amont et doit être soumis pour validation au CODAMUPS.

Cahier des charges de la structure intermédiaire

Principe

Le principe des structures intermédiaires réside dans la prise en charge temporaire de patients grippés ne pouvant rester seuls à leur domicile du fait de leur situation précaire (patients isolés, handicapés ou légers ou fragiles nécessitant une surveillance continue sans justifier pour autant une hospitalisation).

Des structures intermédiaires spécifiques peuvent être dédiées aux personnes en grande exclusion.

Critères d'admission dans une structure intermédiaire

Les patients grippés ne pouvant rester seuls à leur domicile sont adressés soit par le centre de coordination sanitaire et sociale suite à la visite ou consultation d'un médecin libéral, soit par les services d'urgence des établissements.

Les critères d'admission sont (tous les critères sont nécessaires) :

- grippés ;
 - sans signes de gravité ;
 - non autonomes et/ou sans entourage ou « aidants » ;
 - volontaires pour rejoindre ce type de structure.
- La sortie du patient de la structure intermédiaire se fait (un seul des critères est suffisant pour la sortie) :
- à la fin de la grippe ;
 - en cas d'apparition d'une autonomie suffisante permettant le retour au domicile ;
 - en cas de retour d'un aidant ou de son entourage.

La durée de séjour maximum est approximativement celle de la grippe, soit environ 8 à 10 jours.

Ouverture et fermeture de cette structure

Le nombre de structures nécessaires doit être défini au niveau départemental et inclu dans le schéma d'organisation du plan blanc élargi. Leur implantation doit tenir compte du caractère rural ou urbain et de la situation sociale de certaines zones.

La décision d'ouverture de ces structures appartient au préfet de département en lien avec le ministère chargé de la santé.

La mise en place de ces structures doit être travaillée en amont.

Les structures intermédiaires ont vocation à fermer à la fin de chaque vague pandémique.

Mise en place de cette structure

Toute structure permettant un hébergement adéquat et disposant d'un système de restauration, de blanchisserie, de ménage, de gardiennage peut en être le support (hôtel, internat, établissement scolaire, village vacances, etc.).

Sa taille pourra varier selon l'encadrement disponible et selon le type de structures retenues.

Encadrement et soins au sein de la structure

La mission de cette structure n'est pas de prendre en charge médicalement les patients grippés.

L'encadrement doit être assuré par du personnel paramédical et associatif. La présence d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie la journée est nécessaire, avec le passage d'une infirmière matin et soir et le passage d'un médecin autant que de besoin. Le nombre de personnels nécessaires est à définir selon les structures et le nombre de personnes accueillies.

Le référent médical de la structure intermédiaire est désigné par le centre de coordination sanitaire et sociale. Le SAMU/Centre 15 reste le numéro de référence pour les conseils médicaux urgents.

La livraison des produits de santé en paquet opaque et scellé par des pharmaciens sera envisagée en cas d'impossibilité pour le patient de se déplacer dans une pharmacie d'officine.

Le corps de réserve sanitaire pourra au besoin venir renforcer les équipes d'encadrement.

Il est possible d'adosser cette structure à un établissement de santé. Ce type de fonctionnement pourrait être un élément favorisant la gestion des ressources humaines (conventions de mise à disposition, par exemple).

Responsabilité juridique

Le responsable de la structure intermédiaire est désigné par le préfet de département.

Respect de la filière DASRI

Les éventuels déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) résultant d'actes pra-



24

fiche

tiqués par les professionnels de santé libéraux intervenant au sein des structures intermédiaires doivent suivre la filière DASRI du professionnel de santé¹⁰.

Les structures intermédiaires étant préalablement identifiées dans la déclinaison départementale du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale, la prévision de la mise à disposition de collecteurs/emballages adaptés doit être intégrée pour que les DASRI mous des patients suivent une filière DASRI.

Les lieux de stockage de ces déchets des structures intermédiaires ne pouvant respecter l'ensemble des prescriptions relatives au stockage des DASRI, devront, *a minima*, respecter les exigences suivantes : une zone ou un local réservé

clairement identifié, éloigné des sources de chaleur, correctement ventilé, protégé des intempéries et de la pénétration des animaux, ne recevant que des emballages fermés définitivement et faisant l'objet d'un nettoyage facile et régulier. Si, en situation de pandémie grippale, les capacités de collecte et d'élimination des DASRI deviennent déficitaires en raison de l'insuffisance de personnels de collecte ou de capacités de traitement ou de stockage, l'élimination des DASRI des structures intermédiaires ne sera pas prioritaire sur l'élimination des DASRI des établissements de santé. Dans ces circonstances et uniquement dans celles-ci, l'élimination des déchets *via* la filière des ordures ménagères pourra donc alors être effectuée¹¹.

10. Conditions mentionnées dans la fiche G.8. du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale.

11. *Idem*.

25

Le mode de rémunération et la couverture des professionnels de santé libéraux

Objectifs

- Simplifier les modes de rémunération des professionnels de santé impliqués dans le dispositif exceptionnel de prise en charge des patients grippés en allégeant les démarches administratives.
- Assurer les professionnels de santé impliqués dans le dispositif exceptionnel de prise en charge des patients grippés d'une couverture adaptée si leur responsabilité est engagée.
- Assurer les professionnels de santé impliqués dans le dispositif exceptionnel de prise en charge des patients grippés d'une réparation s'ils sont victimes de dommages.

Recommandations

Ces mesures ne concernent que les professionnels de santé qui participeront au dispositif exceptionnel de prise en charge des patients grippés en situation de pandémie décidé par le ministre chargé de la santé.

La rémunération des professionnels de santé libéraux

Les modalités habituelles de rémunération des professionnels de santé et de remboursement des soins aux assurés seront maintenues aussi longtemps que possible.

Néanmoins, à partir de la situation 6, il est à prévoir :

- une augmentation massive des visites et consultations et donc des mesures de facturation et de remboursement associées ;
- un fonctionnement perturbé des caisses primaires d'assurance maladie.

Dans ce cadre, une rémunération au forfait des professionnels de santé libéraux sera mise en place pour une durée limitée et sur un périmètre strictement cantonné aux circonscriptions les plus concernées.

Ces dispositions concerneront tous les professionnels participant au dispositif de prise en charge exceptionnelle¹², quelles que soient les modalités de leur participation (visites à domicile, consultations en cabinet, exercice en cen-

12. Il s'agit des mesures d'urgence prises dans le cadre de l'article L. 3131-1.

25
fiche

tre de consultations, en maison médicale de garde, etc.).

Sont concernés notamment les médecins libéraux (généralistes, pédiatres, etc.) directement impliqués dans la prise en charge de patients grippés ainsi que les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

Ce dispositif forfaitaire a pour conséquence la gratuité des soins pour les malades.

Le principe du forfait nécessite un recensement simplifié de l'activité de soins liée au dispositif de prise en charge des patients grippés.

Les modalités de mise en œuvre du principe d'une rémunération au forfait des professionnels de santé libéraux seront définies par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. L'article 3 du titre II sur la réquisition et les autres moyens exceptionnels de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur précise les protections apportées aux professionnels de santé en situation de pandémie grippale en cas de mise en jeu de leur responsabilité.

La protection des professionnels de santé

Les dispositions des articles 11 et 11 bis A de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires sont applicables aux professionnels de santé qui sont amenés à exercer leur activité auprès des patients ou des personnes exposées au risque, dans des conditions d'exercice exceptionnelles décidées par le ministre chargé de la Santé.

En cas de mise en jeu de leur responsabilité civile, c'est donc la collectivité publique qui supporte la charge financière de la réparation, sauf en cas de faute détachable de cette activité. Les professionnels bénéficient aussi d'une protection contre les menaces, violences, injures, voies de fait, outrages ou diffamations dont ils pourraient être victimes à l'occasion de cette activité et bénéficient, le cas échéant, de la réparation du préjudice qui en résulte. Ils bénéficient également des dispositions de la loi Fauchon relatives aux délits non intentionnels.

Ils bénéficient de cette protection qu'ils soient requis en application du code de la santé publique ou qu'ils participent volontairement au dispositif exceptionnel de soin.

La réparation des dommages subis par les professionnels de santé

Les alinéas 2 et le 3 de l'article 3 la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur prévoient enfin la réparation des dommages subis par les professionnels de santé lors de leur participation au dispositif exceptionnel de soin.

Ces professionnels, s'ils sont victimes de dommages subis à l'occasion de leur participation au dispositif exceptionnel de prise en charge des patients et, en cas de décès, leurs ayants droit, obtiennent de l'État la réparation intégrale du préjudice subi.

Le mode de rémunération et la couverture
des professionnels de santé libéraux

La délivrance en pharmacie d'officine des médicaments antiviraux et de masques antiprojections (chirurgicaux)

Objectifs

- Dispenser précocement le médicament antiviral ¹³ QSP (quantité suffisante pour) et la boîte de masques antiprojections : l'administration du médicament antiviral aux malades grippés doit s'effectuer le plus précocement après l'apparition des symptômes, si possible dans les 12 heures qui suivent et au maximum 48 heures après l'apparition des premiers symptômes.
- Protéger le personnel de la pharmacie ainsi que le public présent.

L'organisation des pharmacies fait partie intégrante du plan blanc élargi. Elle doit être travaillée en amont et doit être soumise pour validation au CODAMUPS.

Recommandations

Le ministère chargé de la santé a réalisé un stock de masques (chirurgicaux et FFP2) et médicaments antiviraux afin de pouvoir approvisionner les patients et professionnels de santé durant la phase pandémique.

La pharmacie d'officine et le grossiste répartiteur dédié

En période de pandémie, les pharmacies d'officine sont approvisionnées en médicaments antiviraux et en boîtes de masques antiprojections (chirurgicaux) par un grossiste répartiteur qu'elles ont choisi au préalable. L'articulation entre une pharmacie et son grossiste répartiteur est gérée au moyen d'un fichier informatique élaboré par l'Ordre des pharmaciens. Le recours à un fournisseur exclusif par la pharmacie d'officine permet de mieux suivre l'évolution du stock de l'État en situation de pandémie.

L'approvisionnement et le stockage de médicaments antiviraux et de boîtes de masques antiprojections (chirurgicaux)

L'approvisionnement se fait au moins une fois par jour, à la demande du pharmacien d'officine auprès du grossiste répartiteur qu'il a choisi. Le stock est ainsi limité dans les pharmacies pour des raisons de sécurité.

26
fiche

Lorsque la pharmacie est de garde, la commande du pharmacien prend en compte les besoins accrus en médicaments antiviraux et masques antiprojections (chirurgicaux) pendant la garde.

Le stock des antiviraux est entreposé dans un lieu sûr dont l'accès est réservé au personnel autorisé.

La délivrance du médicament antiviral et de la boîte de masques antiprojections (chirurgicaux)

La délivrance des médicaments antiviraux et des masques antiprojections (chirurgicaux) à titre gratuit pour le patient se fait sur prescription médicale nominative et donne lieu à une transmission aux caisses d'assurance maladie selon les modalités habituelles de facturation à l'assurance maladie (carte Vitale). Les personnes ne dépendant d'aucun système

d'assurance maladie au moment de la pandémie (personnes en grande exclusion notamment) bénéficieront d'un dispositif adapté.

La livraison ou la dispensation à domicile des médicaments est proposée par le pharmacien pour des personnes malades qui ne peuvent pas se déplacer et qui sont isolées à leur domicile. La personne qui intervient est protégée par un masque de type FFP2.

Les mesures d'hygiène et de prévention

Le public

Des masques antiprojections seront disponibles à l'entrée de la pharmacie pour les clients afin d'éviter une possible contamination de l'environnement.

Les patients ayant consulté un médecin de ville se déplaceront à leur pharmacie d'officine avec le masque antiprojections remis par le médecin.

13. Tamiflu® 75 mg gélule/Relenza®, poudre pour inhalation 5 mg/dose/Oseltamivir PG 30 mg, comprimé sécable (il s'agit d'un médicament à base d'Oseltamivir et à usage pédiatrique qui sera disponible en pharmacie uniquement en période de pandémie).

Le personnel

Le personnel de la pharmacie (pharmaciens et préparateurs en pharmacie) est protégé par un masque de type FFP2 issu du stock du ministère chargé de la santé.

Le préfet de département a en charge la distribution des masques FFP2 aux professionnels de santé. Les règles d'hygiène générale sont rappelées au personnel et notamment l'hygiène des mains.

Les locaux

Dans la mesure du possible, une zone distincte est identifiée dans la pharmacie et dédiée à la seule délivrance des médicaments antiviraux et des masques antiprojections. Il est nécessaire d'entretenir les surfaces en contact avec le public :

- de les nettoyer au moins deux fois par jour ;
- de les désinfecter avec les produits détergents désinfectants habituels dans les conditions du fabricant ;
- de porter une attention particulière aux surfaces en contact direct avec le public (poignées de porte, meubles, etc.).

Les déchets (masques, mouchoirs jetables) sont placés dans des sacs en plastiques munis d'un lien de fermeture¹³. Il est recommandé d'utiliser un double emballage, en évitant la présence d'air, de manière à préserver le contenu du premier sac en cas de déchirure du sac extérieur lors de la collecte.

Les déchets ainsi conditionnés peuvent être jetés dans la poubelle « ordures ménagères » en cohé-

rence avec les modalités préconisées pour les masques de protection des agents en contact avec le public en situation de pandémie.

La garde des pharmacies d'officine en situation exceptionnelle

Les organisations syndicales de pharmaciens d'officine, en coordination avec le CODAMUPS, organisent la permanence des soins 24 heures sur 24, le week-end et les jours fériés. Ce dispositif est à définir aux niveaux départemental et local, à partir du cadre national arrêté.

L'objectif est d'obtenir une superposition de ce dispositif exceptionnel à celui des soins médicaux ambulatoires (concordance des secteurs soins/pharmacies). Les réflexions aux niveaux départemental et local sur ce thème doivent intégrer les questions liées à l'accès, à la localisation et à la rapidité d'approvisionnement. Il sera par ailleurs nécessaire de tenir compte de l'ouverture de centres de consultations.

Le remplacement de pharmacien d'officine en cas de maladie

À titre exceptionnel, en situation de pandémie grippale, lorsqu'un pharmacien qui exerce seul est malade, son remplacement temporaire pourrait être assuré par des pharmaciens adjoints d'officines situées à proximité dès lors qu'il ne porte pas préjudice au fonctionnement de l'officine dont il dépend.

26
fiche

Un pharmacien présent dans son officine peut faire appel au corps de réserve sanitaire (étudiants en pharmacie ou pharmaciens retraités notamment).

Qui met en œuvre ce dispositif ?

D'ores et déjà, les médicaments antiviraux et les masques antiprojections sont stockés par l'État dans des lieux adaptés conformément à la réglementation.

Dès la situation 4A du plan national (début de transmission interhumaine à l'étranger), les grossistes répartiteurs sont approvisionnés en médicaments antiviraux et en boîtes de masques antiprojections.

Dispositif permettant la délivrance par les pharmacies d'officine

- Sur instruction ministérielle et dès la situation 4B du plan national, les pharmacies d'officine

d'une zone départementale ou régionale définie par l'apparition de cas de grippe à transmission interhumaine sont approvisionnées par le grossiste répartiteur choisi par le pharmacien.

- Sur instruction ministérielle et dès la situation 5 ou 6 du plan national, les pharmacies d'officine de l'ensemble du territoire sont approvisionnées par le grossiste répartiteur choisi par le pharmacien.

Ainsi approvisionné, le pharmacien délivre les médicaments antiviraux et les masques antiprojections conformément à la réglementation.

Dispositif de secours de distribution sécurisée

En cas de rupture durable du circuit de distribution pharmaceutique en raison de troubles graves à l'ordre public, les préfets, sur directive conjointe des ministres chargés de l'Intérieur et de la Santé, prennent les dispositions d'urgence qui s'imposent.

La délivrance en pharmacie d'officine des médicaments antiviraux et de masques antiprojections (chirurgicaux)

14. Dans les conditions prévues au point 2.1. de la fiche G.8. du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale.

L'organisation préhospitalière

| | |
|--|----|
| 3.1 Le fonctionnement des SAMU/Centres 15 | 56 |
| 3.2 La prise en charge par les équipes d'urgence et la coordination SAMU/Centre 15 - Service départemental d'incendie et de secours - Transporteurs sanitaires | 62 |

31

Le fonctionnement des SAMU/Centres 15

Objectif

En situation de pandémie grippale les SAMU/Centres 15 seront au cœur du dispositif de régulation des soins de ville, des transports sanitaires et des hospitalisations. Ils auront un rôle important de conseil médical auprès de la population, nécessitant un message national homogène et clair quant aux réponses à apporter.

- Renforcer les équipes des SAMU/Centres 15 afin de pouvoir faire face à l'augmentation des appels entrants et des affaires traitées. **L'hypothèse de travail retenue est celle d'un triplement des moyens actuels de régulation.**

Le surcroît d'appels auxquels ils devront faire face nécessitera *de facto* un renforcement des moyens humains et matériels ainsi qu'une adaptation logistique.

Outre ce renforcement, il est nécessaire de prévoir la mise en place à un niveau supradépartemental de structures dédiées à ces appels.

Les directions des établissements et les agences régionales de l'hospitalisation doivent porter une attention particulière dans l'augmentation des capacités de régulation ainsi que dans la sécurisation des SAMU/Centres 15.

Recommandations

Missions spécifiques des SAMU/Centres 15 en situation de pandémie grippale

Les fonctions essentielles des SAMU/Centres 15 sont la régulation des appels médicaux d'urgence, le conseil médical, l'envoi de moyens de secours en cas de décision d'hospitalisation. En situation d'urgence sanitaire ou de crise et notamment lors d'une pandémie grippale, ils devront en outre assurer des fonctions spécifiques :

- présence au sein de la cellule de crise de l'établissement. La cellule de crise doit être à proximité du SAMU/Centre 15 afin de mutualiser les moyens. Celle-ci doit être clairement distincte du SAMU/Centre 15 ainsi que des lieux d'activité de soins ;
- coordination avec les autorités sanitaires (DDASS) ou avec le centre opérationnel départemental (COD) de la préfecture, en tant que représentant médical ;
- coordination avec les SDIS, en application de la circulaire DDSC/DHOS/DGS n° 2006-26 du 13 février 2006 relative aux préconi-

3

fiche

sations et aux dispositions applicables à l'ensemble des personnels concourant aux secours d'urgence et aux transports sanitaires en situation de pandémie grippale ;

- soutien, appui logistique, voire expertise spécialisée apportés par les SAMU/Centres 15 des CHU aux autres SAMU/Centres 15 de leur région, en cas de nécessité. Il peut s'agir d'une panne ou de la demande d'une expertise sur un élément précis.

Organisation des SAMU/Centres 15 en situation de pandémie grippale

Renforcement des SAMU/Centres 15, gestion des appels

L'objectif est le maintien ou le renforcement ou l'adaptation des outils existants connus de la population et des professionnels de santé libéraux. À cette fin, les numéros de téléphone et les organisations habituellement utilisées par tous seront les mêmes en situation de pandémie, mais devront être configurées pour répondre à cette situation de crise.

Pour remplir cet objectif, il est demandé que tout établissement de santé doté d'un SAMU/Centre 15 réfléchisse dès à présent aux conséquences d'une augmentation des appels à hauteur de 200% (triplement) et aux mesures à prendre pour y faire face. Il s'agit notamment d'étudier la faisabilité en termes techniques

(informatique, radio, téléphonie), logistiques (locaux) et de ressources humaines dans chaque SAMU/Centre 15 et d'évaluer les moyens supplémentaires nécessaires pour y faire face (moyens logistiques et humains).

Un état des lieux a été réalisé par chaque établissement siège de SAMU/Centre 15 sur les aspects techniques et de ressources humaines. Il doit être exploité aux niveaux départemental et régional et des solutions concrètes doivent être apportées, en lien avec les ARH.

Sécurisation des SAMU/Centres 15

La sécurisation des SAMU/Centres 15 nécessite une réflexion sur la compatibilité des systèmes informatique, téléphonique et radio. Tous les SAMU/Centres 15 doivent rechercher une sécurisation *via* des reroutages possibles et la mise en place d'une régulation déportée :

- vers un ou plusieurs autres SAMU/Centres 15 ;
- vers les centres de traitement des appels des services d'incendie et de secours départementaux.

● En termes de matériel

L'augmentation des capacités de régulation nécessite de prévoir et d'organiser une possibilité d'accroissement des moyens :

- informatiques : il est nécessaire de prévoir des postes de travail équipés informatiquement (logiciel du SAMU/Centre 15) auxquels on peut avoir recours en urgence et les moyens informatiques de gestion des appels ;

- de téléphonie: il est nécessaire que l'auto-commutateur sécurisé du SAMU/Centre 15 puisse recevoir un nombre plus important d'appels. Cette augmentation doit être quantifiée, en lien avec l'opérateur téléphonique. En cas de changement d'autocommutateur, les possibilités d'augmentation en situation de crise, en plus de l'augmentation courante des appels, doivent être prises en compte. L'équipement de postes téléphoniques doit être prévu pour un recours en urgence ;
- logistiques: les locaux doivent être suffisamment spacieux pour pouvoir être équipés en urgence pour une augmentation des postes de travail. Les locaux pour la cellule de crise du SAMU/Centre 15 doivent être prévus. Il est rappelé que la cellule de crise du SAMU/Centre 15 doit être distincte de celle de l'établissement.

• En termes de ressources humaines

Le renforcement ou la suppléance des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) comme des médecins régulateurs nécessitent d'être organisés. La mission et le rôle des PARM vont bien au-delà de la seule prise d'appel (priorisation de l'appel, suivi et reroutage, saisie informatique, etc.).

Le renforcement des PARM peut se faire notamment:

- par des personnels de l'établissement formés (ambulanciers, secrétaires médicales, etc.) ;
- par des personnels des services départementaux d'incendie et de secours.

Des formations ou remises à niveaux adaptées sont à prévoir.

La participation d'autres professionnels de santé ou administratifs du centre hospitalier ou repérés en externe ne permettra pas la même qualité de réponse. Il importe de prévoir l'encadrement de ces personnels, preneurs d'appels « occasionnels », par des PARM seniors.

Pour les médecins régulateurs SAMU/Centres 15 ou les médecins libéraux assurant la régulation libérale de la permanence des soins, la biappartenance de médecins à différentes structures de santé et/ou de secours (SOS médecins/SAMU/médecins SDIS, etc.) pourra, de façon analogue, nécessiter un recours à des professionnels de santé moins expérimentés, nécessitant un encadrement par des seniors. Là aussi, des formations sont à prévoir dès maintenant pour les médecins qui se porteraient volontaires à cet exercice.

Organisation des SAMU/Centres 15 au sein d'une région

Dans l'objectif d'apporter un soutien, un appui logistique et une expertise spécialisée aux SAMU/Centres 15 qui ne pourraient plus faire face au surcroît d'appels, il est proposé la mise en place d'une « plate-forme grippe » au sein du SAMU/Centre 15 des centres hospitaliers universitaires régionaux. Le dimensionnement de cette plate-forme devra être évalué au

3

fiche

niveau régional avec les SAMU/Centres 15, à partir du nombre d'appels maximum entrants, dans l'hypothèse d'un triplement des appels et en tenant compte des capacités d'absorption maximum des SAMU/Centres 15. Un financement spécifique est à prévoir, en lien avec les ARH.

Cette plate-forme grippe «supradépartementale» viendrait en complémentarité et non en subsidiarité renforcer les SAMU/Centres 15. Cette structure ne les dispense pas de se renforcer. L'objectif est l'externalisation d'un certain nombre d'appels. La gestion opérationnelle des effecteurs sera maintenue au niveau départemental. La plate-forme grippe dispose de trois niveaux de montée en puissance, selon les besoins des SAMU/Centres 15 en cas de saturation :

- **1^{er} niveau** : une bascule vers la plate-forme grippe régionale pourra être décidée pour les transferts interétablissements ;
- **2^e niveau** : à partir d'un certain niveau de saturation, un SAMU/Centre 15 pourra décider de rerouter en aval de la prise d'appel et après une évaluation de l'urgence vitale vers la plate-forme grippe les appels relatifs à la grippe non urgents, ou ceux nécessitant un conseil médical. Il s'agit d'un reroutage au cas par cas des appels non urgents ou de conseil médical.
- **3^e niveau** : à partir d'un niveau de saturation très important, un SAMU/Centre 15 pourra

décider de rerouter en amont de la prise d'appel. Cette solution ne sera envisagée qu'en cas d'absence de système de sécurisation du SAMU/Centres 15, ou en cas de défaillance de celui-ci.

Techniquement, ces possibilités de bascules sont à travailler avec l'opérateur téléphonique de l'établissement de santé, en lien avec le CHU au besoin.

La décision de reroutage des appels se fait sur signalement de la DDASS au préfet, après demande par le directeur de l'établissement averti par le responsable du SAMU/Centre 15.

Cette plate-forme est située dans un CHU contiguë au SAMU/Centre 15 et donc bénéficie d'une facilité plus grande pour renforcer le personnel du SAMU/Centre 15. Elle fonctionne 24 heures sur 24, avec des médecins régulateurs et des PARM.

Le corps de réserve sanitaire contribuera à ce renforcement au besoin.

La plate-forme doit pouvoir joindre directement via une ligne dédiée chacun des SAMU/Centres 15 et des centres de coordination sanitaire et sociale de son secteur géographique.

La concrétisation de cet objectif nécessite que les SAMU/Centres 15 se réunissent au niveau régional sous l'égide des SAMU/Centres 15 des CHU et définissent à ce niveau une politique d'organisation régionale permettant de répondre aux missions attendues. Cet objectif doit être mis en œuvre dès maintenant, en lien avec les services déconcentrés de l'État.

Régulation de la permanence des soins et les liens entre les professionnels de santé libéraux, les CCSS et le SAMU/Centre 15

Il est recommandé aux professionnels de santé exerçant en ambulatoire, en cas de dépassement ou d'absence, de rerouter l'ensemble des appels de leur patientèle habituelle vers un numéro unique. Il est à noter l'importance d'une démarche collective de reroutage des appels des patients par les médecins, afin de disposer d'effecteurs de terrain.

Selon les situations locales et en particulier en fonction de la capacité de montée en charge du SAMU/Centre 15 et de l'organisation choisie pour les CCSS, deux options sont possibles :

- le routage vers un numéro à 10 chiffres du CCSS du secteur. Il n'y a pas de régulation de l'appel. Un dispatcher se chargera de transmettre la demande de visite ou de consultation à un professionnel de santé effecteur. La liste des ces professionnels de santé effecteurs est établie pour les médecins par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins ;
- le routage vers le SAMU/Centre 15. Il y a régulation de l'appel, puis bascule vers le CCSS du secteur où un dispatcher se chargera de transmettre la demande de visite ou de consultation à un médecin effecteur.

La pertinence de ces deux options évolue, notamment selon le recours au médecin traitant pour des urgences vitales et selon les difficultés tech-

niques possibles de routages successifs par le SAMU/Centre 15.

Une ligne directe entre les CCSS et le SAMU/Centre 15 doit être prévue, dans tous les cas. Des exercices testant l'augmentation des capacités d'absorption des SAMU/Centres 15 doivent être organisés afin de justifier de l'organisation retenue.

Régulation des hospitalisations

Toute hospitalisation demandée par un médecin de ville ou une équipe de sapeurs-pompiers est régulée par les SAMU/Centres 15, ceux-ci ayant connaissance des rôles dédiés aux établissements, des places disponibles et pouvant orienter les patients selon leurs critères de gravité clinique.

Il n'est pas prévu d'admission directe dans les services sans régulation par le SAMU/Centre 15. Un numéro de téléphone spécifique est mis en place, s'il n'existe déjà pour les bilans des chefs d'agrès de véhicule de secours aux victimes, les médecins libéraux, et les médecins hospitaliers pour les transports secondaires, etc. Les SAMU/Centres 15 doivent dès à présent travailler avec ces partenaires privilégiés pour la mise en place de ce dispositif.

Le 15 est réservé aux appels pour une urgence vitale.

La régulation des places au niveau régional reste un élément de difficulté. L'ARH coordonne les actions des DDASS et est l'interlocuteur privilégié-

31

fiche

gié des établissements en cas de recherche de places hors du département, dans le cadre de la cellule régionale d'appui¹.

Qui met en œuvre ce dispositif ?

L'organisation de ce dispositif notamment la mise en place de structures supradépartementales sera conduit à l'échelon régional, en lien avec les SAMU/Centres 15.

En coordination avec les DDASS, il appartient aux ARH de réunir les SAMU/Centres 15 de leur région afin :

- d'établir un état des lieux précis des moyens humains et en matériels nécessaires pour faire face à ce type de crise et de prévoir les moyens financiers en conséquence ;
- d'évaluer les interconnexions possibles ;
- de mesurer les possibilités d'augmentation des capacités de régulation ;
- de définir la coordination entre les différents dispositifs prévus.

Textes à l'appui

- Retour d'expérience sur les SAMU/Centres 15 en situation de crise, ministère de la Santé et des Solidarités, 2007
- Circulaire DDSC/DHOS/DGS n° 2006-26 du 13 février 2006 relative aux préconisations et aux dispositions applicables à l'ensemble des personnels concourant aux secours d'urgence et aux transports sanitaires en situation de pandémie grippale
- Rapport sur les SAMU/Centres 15 en situation de crise (en cours, sortie au printemps 2007)

1. Fiche A.6 du plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale ».

La prise en charge par les équipes d'urgence et la coordination

SAMU/Centre 15 - Service départemental d'incendie et de secours - Transporteurs sanitaires

Objectif

- Permettre une coordination et une logique d'action commune entre les équipes du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), les équipes du service départemental d'incendie et de secours et les transporteurs sanitaires.

Les équipes SMUR sont engagées par le SAMU/Centre 15 lorsque le malade, blessé ou parturiente nécessite des soins d'urgence. En situation de pandémie grippale, les SMUR se déplaceront uniquement pour les cas les plus graves et nécessitant notamment une hospitalisation en urgence.

En situation de pandémie grippale et face à un absentéisme fort des personnels soignants et de secours, une coordination entre le SAMU/Centre 15, le service départemental d'incendie et de secours et les transporteurs sanitaires privés est nécessaire. La circulaire n° 2006-26 du 13 février 2006 rappelle les préconisations et les dispositions applicables aux personnels de soins et de secours en situation de pandémie grippale.

Recommandations

Formation et information

L'information des personnels de SAMU, de SDIS, des transporteurs sanitaires et des associatifs ayant un agrément de sécurité civile doit permettre aux personnels de connaître les risques et les mesures générales prévues afin de leur permettre d'intervenir dans les meilleures conditions possibles.

Concernant les personnels des entreprises de transports sanitaires, les associations de transports sanitaires se rapprochent des SAMU/Centres 15 départementaux en lien avec les centres d'enseignements des soins d'urgence (CESU) afin de mettre en place, dans le cadre de la formation continue, une formation spécifique sur ce thème.

Protection des personnels

Pour les équipes SMUR, les équipements de protection (lunettes, masques FFP2, casaque, gants) sont conditionnés sous forme de kits. L'utilisation de matériel à usage unique est privilégiée pour les soins d'urgence.

32

fiche

Dès aujourd'hui, des mesures doivent être prises :

- les procédures d'hygiène sont systématiquement appliquées (lavage des mains notamment) ;
- les mesures de protection du personnel sont systématiques lors des soins pour tout patient suspect d'infection grave transmissible par voies aériennes (masque, lunettes, casaque à usage unique) ;
- le port du masque chirurgical pour tout patient hyperthermique avec toux est systématique (lorsqu'il est supporté par le malade).

Prise en charge des patients

Lors d'une pandémie grippale, la prise en charge, les secours et les soins aux patients font appel aux techniques, gestes et matériels d'intervention du cadre quotidien. L'intervention des personnels nécessite des mesures de protection qui concernent notamment :

- les mesures générales de prévention ;
- la protection individuelle des personnels ;
- la désinfection après l'intervention ;
- le relevé médico-administratif de l'exposition.

La limitation du risque de contamination des personnels engagés justifie la mise en place d'équipes et de moyens d'intervention si possible dédiés et l'engagement du seul personnel protégé sur les lieux d'intervention.

Consignes opérationnelles

L'hospitalisation du patient ne s'effectue qu'après régulation médicale par le SAMU/Centre 15. Le maintien à domicile est de principe, sauf nécessité d'hospitalisation pour soins spécifiques sur décision du médecin régu-

lateur. Les principes généraux de prise en charge des patients restent en vigueur, notamment les dispositions de la circulaire du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers privés dans l'aide médicale urgente.

Conduite sous l'autorité du préfet, une planification de la gestion de crise doit permettre l'harmonisation des modalités d'intervention des services concernés.

Elle repose en particulier sur :

- la priorisation des interventions ;
- l'optimisation de la capacité de traitement des appels : l'augmentation du flux d'appels vers les numéros d'appels urgents (15, 112, 18) rend nécessaire l'ajustement des capacités en télécommunications et le renforcement des équipes de régulation médicale des centres de régulation et de réception des appels (SAMU/Centre 15) éventuellement par des moyens du service de santé et de secours médical du SDIS ;
- l'adaptation des moyens opérationnels des SDIS et des transporteurs sanitaires : le déploiement de moyens dédiés sera étudié et organisé si possible pour répondre aux conditions opérationnelles locales incluant notamment la mise en place temporaire d'équipages de véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) à 2 sapeurs-pompiers, en dérogation aux règles habituelles. Pour les transporteurs sanitaires, un mode dégradé concernant la composition des équipages pourra être étudié. Il sera adapté aux moyens opérationnels des sous-comités départementaux. De façon

La prise en charge
par les équipes d'urgence et la coordination

32

fiche

La prise en charge
par les équipes d'urgence et la coordination

analogue, en mode dégradé, les équipes SMUR pourraient être réduites à un effectif de 2 personnels, en particulier pour certains transports secondaires ne nécessitant pas une équipe complète.

Par ailleurs, cette situation justifie l'amélioration de l'interconnexion entre le SAMU/Centre 15 et le centre de traitement des appels (CTA), d'une part, par la mise en place d'une ligne dédiée entre ces structures et, d'autre part, par l'intégration optimale des serveurs informatiques afin d'éviter des redondances des demandes de renseignements et de permettre la bascule des informations concernant la localisation de l'appelant. Le contact entre le médecin régulateur du SAMU/Centre 15 et les chefs d'agrès en inter-

vention doit être amélioré par une procédure renforcée de veille radio (réseau de secours et soins d'urgence [RSSU]) et par la mise en place, si nécessaire, d'un accès dédié. La régulation assurée par le SAMU/Centre 15 est garante de l'efficacité du dispositif.

Durant cette période, le renforcement de la présence du coordonnateur ambulancier en lien avec le SAMU/Centre 15 serait nécessaire. De façon analogue, afin de faciliter la connaissance réciproque des procédures opérationnelles mutuelles du SAMU/Centre 15 et du SDIS, des stages croisés à l'attention des permanenciers et des stationnaires, passant par la mise en place de programmes et de séances de formation communs, pourraient être organisés.

L'organisation des établissements

| | |
|--|----|
| 4.1 La définition de l'annexe biologique «pandémie grippale» au plan blanc | 66 |
| 4.2 L'accueil et la sectorisation des établissements | 69 |
| 4.3 La déprogrammation | 74 |
| 4.4 Les soins en réanimation..... | 78 |
| 4.5 La prise en charge en psychiatrie..... | 80 |
| 4.6 La prise en charge des personnes détenues | 82 |
| 4.7 La transfusion sanguine..... | 85 |
| 4.8 La gestion des personnes décédées | 87 |
| 4.9 La logistique de l'établissement..... | 90 |
| 4.10 Les pharmacies à usage intérieur | 94 |
| 4.11 Les laboratoires et les transports de prélèvements..... | 96 |
| 4.12 La coopération entre les établissements et la sortie de crise..... | 98 |

41

La définition de l'annexe biologique « pandémie grippale » au plan blanc

Objectifs

- Disposer dans tous les établissements de santé d'une annexe biologique « pandémie grippale » au plan blanc.
- Travailler dans une logique interétablissements pour certaines spécialités.

Recommandations

Mettre en place la cellule de crise de l'établissement

La cellule de crise est l'organe de commandement : les informations y sont centralisées, la stratégie y est décidée et les ordres donnés en conséquence. Ce poste décisionnel rassemble les principaux responsables de l'établissement pour coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs.

La cellule de crise est un organe essentiel dont dépend le bon fonctionnement de l'établissement de santé lors de la crise¹.

La cellule de crise se réunira autant que de besoin, mais n'a pas, dans le cas d'une crise

longue telle que la pandémie grippale, vocation à être permanente.

Nonobstant les règles de fonctionnement général, la cellule de crise doit être adaptée au type de situation de crise à laquelle elle est confrontée. Selon la nature de l'événement, l'appel à des personnes expertes (internes ou externes à l'établissement) peut s'avérer nécessaire.

En cas de pandémie grippale, les fonctions essentielles de la cellule de crise sont notamment :

- une fonction d'organisation des soins dans l'établissement de santé ;
- une fonction communication, interne (à destination des professionnels de santé et administratifs, patients et visiteurs) et externe ;
- une fonction logistique, permettant de s'assurer des prestations indispensables à la continuité du service public et de soins ;
- une fonction de soutien à la décision médicale. En cas de pandémie, la cellule de crise devra inclure une cellule d'aide à la décision médicale. Elle aura un caractère pluridisciplinaire et sera composée de personnels expérimentés ;



- une fonction de sécurisation de l'établissement. Il est indispensable de tester régulièrement le bon fonctionnement de cette cellule en initiant des exercices appropriés.

L'organisation d'une cellule de crise implique que les fonctions soient clairement réparties. Les procédures doivent être connues de tous et répertoriées dans des documents facilement accessibles. La circulation de l'information parmi les membres de cette cellule est indispensable. Un espace suffisamment vaste, prééquipé de tous les moyens de télécommunication et de visualisation des informations doit être prévu et organisé pour pouvoir être rapidement activé.

Communiquer en interne en situation de pandémie

Le principe est de mobiliser l'ensemble du personnel. La communication interne doit donc être renforcée. Les directions doivent informer le personnel de la situation en temps réel par un dispositif adapté. Les messages diffusés en interne doivent être validés par la cellule de crise.

L'état psychologique et de fatigue du personnel sera à prendre en compte. Au besoin, une cellule de suivi psychologique pourra être mise en place pour le personnel.

Communiquer en externe en situation de pandémie

Le principe est d'informer les médias et de répondre à leurs demandes dans le respect de la stratégie gouvernementale et préfectorale, respectant les conditions de travail des professionnels de santé.

Les messages diffusés en externe sont validés par la cellule de crise.

Les services de communication des établissements de santé ou les directeurs en charge de la communication doivent se rapprocher du préfet pour connaître la stratégie arrêtée.

Les établissements de santé, quelle que soit leur taille, doivent identifier un nombre limité de porte-parole. En général, le responsable du site ou un responsable exclusivement chargé de communication extérieure est désigné comme porte-parole. Il convient d'établir au sein de chaque établissement de santé une liste des professionnels de santé – expert technique, médecin, chef de service, etc. – pouvant occasionnellement être appelés à s'exprimer sur ce sujet. Les messages délivrés devront être préalablement préparés avec le responsable désigné par l'établissement pour la communication externe. Ils devront le faire en étroite collaboration avec le porte-parole à partir d'éléments de langage partagés.

L'initiative des contacts avec les journalistes est du ressort du responsable de la cellule de crise de l'établissement.

Élaborer l'annexe biologique « pandémie grippale » à partir d'hypothèses de travail

La préparation de la programmation nécessite, à certaines étapes, de pouvoir préciser l'ampleur des moyens nécessaires afin d'adapter les organisations. Il est difficile de pouvoir déterminer les caractéristiques précises d'une pandémie

La définition de l'annexe biologique « pandémie grippale » au plan blanc

1. <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/planblanc/accueil.htm>

La définition de l'annexe biologique « pandémie grippale » au plan blanc

due à un nouveau virus dont la virulence, notamment, ne peut être connue à l'avance. Face à une telle incertitude, la démarche retenue dans le plan national et dans certaines des fiches annexées consiste à formuler des hypothèses telles que celles portant sur la durée de la pandémie ou sur les taux d'absentéisme.

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a publié :

- en juin 2005 : un document sur l'estimation de l'impact d'une pandémie grippale en France, sans action préventive particulière ;
- en février 2006 : un document complémentaire prenant en compte les effets possibles de la stratégie de lutte (vaccination et utilisation d'antiviraux) sur cet impact, présentant plusieurs scénarios associés à différentes hypothèses.

Ces modélisations s'appuient en partie sur des données recueillies en particulier lors de l'analyse de pandémies historiques ou d'épidémies de grippe.

Sur ces bases, comme l'indique en introduction le plan national, différents scénarios peuvent être établis notamment celui d'une pandémie se déroulant en deux vagues. On peut aussi envisager un déroulement en une seule vague.

Actuellement, la priorité apparaît être la cohérence dans l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements. En conséquence et afin de faciliter ce travail, l'orientation retenue est de privilégier l'hypothèse d'une pandémie se déroulant en deux vagues. Si l'évo-

lution de l'état des connaissances et des réflexions conduit à modifier ou compléter cette orientation dans le futur, les bases organisationnelles déjà établies seront adaptées.

Aussi, en tenant compte notamment des travaux conduits par l'InVS et par des équipes dans plusieurs pays, je vous demande de travailler sur le référentiel d'hypothèses ci-dessous :

- la pandémie grippale se répartit en 2 vagues de 12 semaines chacune, séparées de quelques mois ;
- la première vague regroupe 1/3 des patients et la seconde vague 2/3 ;
- le taux d'attaque cumulatif moyen, c'est-à-dire la proportion de personnes touchées à la fin de l'épidémie, est de 25% ;
- le taux d'hospitalisation moyen est de 3%. Ce taux résulte d'une estimation faite par l'InVS qu'une diminution de 30% du nombre d'hospitalisations et de décès pourrait résulter du traitement curatif par antiviraux de 100 % des cas ;
- la durée moyenne de séjour dans les établissements de santé des personnes hospitalisées du fait de complications grippales est de 10 jours ;
- 15 % de ces patients hospitalisés nécessitent une prise en charge en réanimation ;
- 7,5% de ces patients hospitalisés nécessitent une ventilation assistée en service de réanimation. ;
- les capacités de régulation des SAMU/ Centres 15 doivent pouvoir être triplées..

42

fiche

L'accueil et la sectorisation des établissements

En situation de pandémie grippale, le principe retenu est le maintien à domicile des patients, l'hospitalisation étant réservée aux cas les plus graves. L'objectif est que toute hospitalisation soit préalablement régulée par le SAMU/Centre 15. Nonobstant cet objectif, des patients se présenteront spontanément dans les établissements de santé, ce qui nécessite la définition de règles générales pour le tri.

Objectifs

- Organiser l'accueil dans les établissements de santé, dans un souci de protection du personnel et des patients.
- Organiser des secteurs d'hospitalisation en zones à haute et basse densités virales.

Recommandations

Accueil des patients dans l'établissement

Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent prendre les mesures nécessaires pour sécuriser leurs entrées. Ils doivent réduire

au maximum le nombre de points d'entrée dans l'établissement. L'objectif est de contrôler les entrées et les admissions. La déclinaison de cette mesure sera à adapter à la spécificité des établissements.

Des personnels de l'établissement doivent être présents à chaque point d'entrée maintenu. Tous les patients, visiteurs et personnels et plus largement toute personne se présentant aux points d'entrée doivent porter un masque chirurgical. Le principe est d'éviter la contamination de l'environnement. Il est nécessaire par ailleurs de limiter le plus possible les visites.

À un point d'entrée, une équipe de tri permettra d'organiser la prise en charge des patients se présentant spontanément.

Tous les personnels et les professionnels de santé aux points d'entrée, en zone de tri et dans les services d'urgences doivent porter un masque de type FFP2.

Un accès dédié peut être mis en place pour les patients à hospitaliser dont l'admission a été régulée par le SAMU/Centre 15. Cet accès doit pouvoir respecter la sectorisation de l'établis-

sement. Ces patients nécessitant une hospitalisation seront orientés vers les services appropriés de l'établissement en zone à basse ou haute densité virale selon leur symptomatologie clinique.

Zone de tri

Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent mettre en place une zone de tri.

L'objectif de cette zone de tri est double :

- réguler l'arrivée spontanée des patients et identifier les patients relevant d'une hospitalisation, qu'ils soient grippés ou non. Ce point est essentiel car il va permettre de ne pas saturer l'établissement ;
- trier les patients grippés des patients asymptomatiques.

Les patients ne nécessitant pas d'hospitalisation mais dont l'état de santé requiert un suivi médical seront orientés vers la médecine libérale de préférence ou vers un service de consultations *ad hoc* à proximité de l'établissement (maison médicale de garde, service de consultations externes, etc.).

Les patients nécessitant une hospitalisation seront orientés selon leur état clinique vers les urgences ou vers les zones et services appropriés de l'établissement.

L'organisation de cette zone de tri est à réfléchir au sein de chaque établissement de santé en tenant compte de sa configuration et des spécificités locales (tente de type poste médi-

cal avancé, structures préfabriquées, ou un secteur dédié du service des urgences). Pour les établissements dotés d'un service des urgences, la zone de tri sera située en amont ou à la porte du service des urgences, selon la configuration de l'établissement. Pour les autres établissements la zone de tri correspondra au point d'accueil et d'orientation des patients.

L'organisation du tri doit se faire par un médecin expérimenté.

L'inscription administrative des patients doit être prise en compte :

- soit en amont de la zone de tri et être unique ;
- soit en aval de la zone de tri et être sectorisée ou compatible avec la sectorisation au sortir de la zone de tri.

Maison médicale de garde/ Centre de consultations adossés au service d'urgence

La mise en place de services de consultations externes adossés ou proches du service d'urgence des établissements de santé est un outil majeur dans la prise en charge des patients. En effet, qu'ils prennent la forme d'une maison médicale de garde qui pourrait étendre ses horaires d'ouverture ou la forme d'un centre de consultations créé spécifiquement au moment de la crise, la mise en place d'un service de consultations externes à proximité du service d'urgence permettra de réorienter facilement

42

fiche

les patients ne relevant pas d'une hospitalisation et de désengorger le service d'urgence.

Des locaux spécifiquement aménagés et suivant les critères énoncés pour l'aménagement des cabinets de ville doivent être préparés en amont. Leur fonctionnement sera assuré par des professionnels de santé libéraux et si nécessaire du personnel de l'établissement ou des réservistes sanitaires.

Service d'urgence

- Seuls les patients nécessitant une hospitalisation (hospitalisations régulées par le SAMU/Centre 15 ou décidées après le tri) doivent être admis aux urgences.
- Les patients régulés par le SAMU/Centre 15 seront admis directement dans le service retenu ou à défaut au service des urgences. Une attention particulière doit être portée aux enfants.
- Le service d'urgence est considéré comme une zone à haute densité virale. Dans la mesure du possible, un double circuit (haute densité virale/basse densité virale) doit être organisé à partir du service des urgences. Toutes les mesures doivent être prises pour procéder rapidement au transfert des patients vers le service approprié, et, selon leur état grippal ou non, *via* le circuit approprié.
- Cette organisation doit être décrite dans l'annexe biologique « pandémie grippale » du plan blanc de l'établissement.

Sectorisation de l'établissement

Tous les établissements de santé et médico-sociaux prévoient l'identification d'une zone à haute densité virale et d'une zone à basse densité virale.

La zone à haute densité virale correspond aux zones dans lesquelles les patients grippés seront hospitalisés. Certains services ou structures sont assimilés à des zones à haute densité virale, à savoir :

- les points d'accueil ;
- la zone de tri ;
- le service d'urgence s'il ne peut être sectorisé ;
- les services ne pouvant être sectorisés lors du passage de patients grippés (radiologie, etc.).

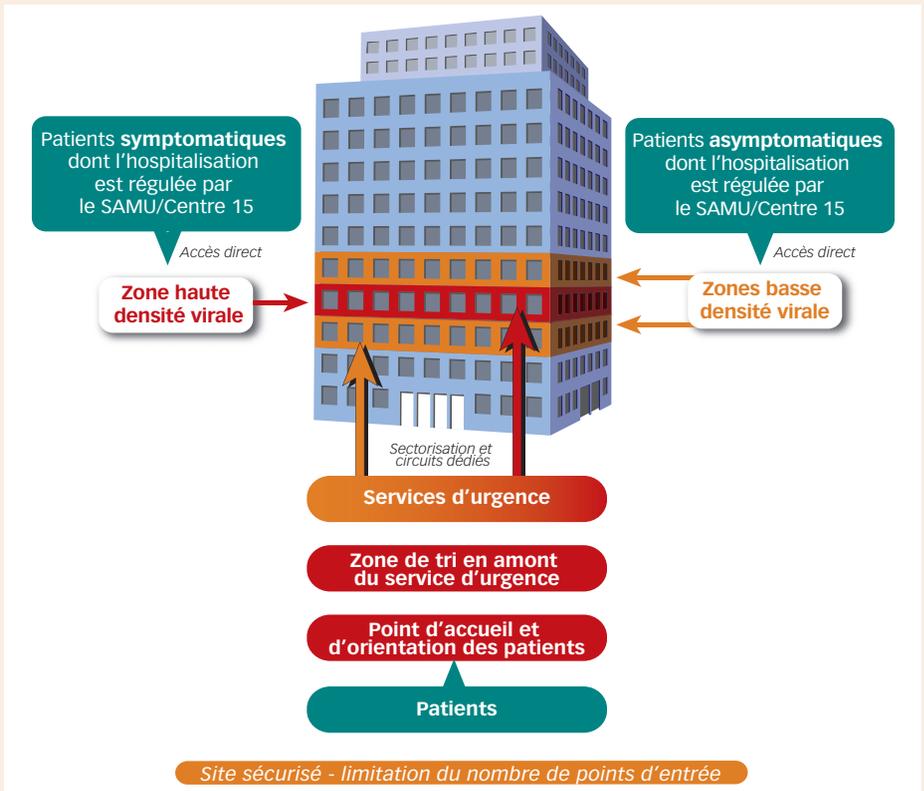
Cette zone nécessite des mesures d'hygiène particulière (lavage des mains renforcé, etc.) et de protection individuelle (notamment le port du masque FFP2 pour les professionnels de santé et du masque chirurgical pour les patients).

La zone à basse densité virale correspond aux zones dans lesquelles les patients ne présentent pas de signes évocateurs de grippe. La survenue de tels signes chez le patient doit se traduire par la protection des professionnels de santé le prenant en charge (masque FFP2), la mise en place d'un isolement technique autour du patient, puis le transfert dès que possible vers la zone à haute densité virale.

Dans la mesure du possible, le personnel sera dédié à une zone et ses déplacements dans les autres services seront limités. Cette mesure ne

concerne pas le personnel médico-technique ni le personnel transversal amené à se rendre dans les différents services et qui devra respecter les consignes en fonction des zones où il se déplace. Seuls les examens complémentaires indispensables sont réalisés. Leur réalisation sera menée dans le respect du moindre déplacement et devra tenir compte des flux de patients. Les services

médico-techniques (en particulier le service de radiologie) doivent s'organiser pour l'accueil de ces patients : plages horaires spécifiques si possible, règles d'hygiène strictes, protection maximale du personnel. Ces services sont considérés comme des zones à haute densité virale. La sectorisation de l'établissement peut être schématisée comme suit.



42

fiche

Enfin, des sas entre les zones à haute et basse densités virales sont nécessaires afin de pouvoir mettre et enlever les équipements de protection individuelle et procéder au lavage des mains nécessaire.

Organisation dans les services

Chaque fois que possible, il est nécessaire de désigner un membre du personnel par service plus spécialement chargé de veiller au respect par tous des mesures barrières et d'hygiène³, en particulier au début de l'épidémie.

Mise en place d'établissements dédiés

Certains établissements peuvent, en concertation départementale ou régionale, jouer un rôle d'accueil et de prise en charge de premier recours. Cette démarche d'organisation des soins en situation d'alerte pandémique peut apparaître pertinente. Il est à noter néanmoins la difficulté prévisible de maintenir ce dispositif durant la situation pandémique. Cette solution qui peut être un choix de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ne doit en aucun cas occulter la nécessité pour l'ensemble des établissements de santé de préparer une annexe biologique «pandémie grippale» à leur plan blanc et notamment une sectorisation de leurs services. Ces mesures font parties intégrantes du plan blanc élargi du département et doivent être coordonnées au niveau régional.

3. «Recommandation suite au SRAS», Gomersall CD et al., Intensive Care Medicine, 2006.

43

La déprogrammation

Objectifs

- Permettre de redéployer des capacités hospitalières et des personnels, et de regrouper des activités assurant ainsi le maximum de protection pour les patients et les professionnels de santé.
- Permettre la réorganisation de l'établissement afin d'assurer une continuité des soins urgents pour les patients grippés comme non grippés.

La déprogrammation de toutes les activités ou d'une partie des activités de soins est une mesure figurant dans les plans blancs des établissements de santé, publics et privés.

Les principes établis disposent que chaque établissement organise en son sein des zones à basse et haute densités virales afin de pouvoir recevoir des patients grippés comme non grippés.

Ce principe pourra de même se voir appliqué au sein d'une ville, d'un département ou d'une région selon les activités à regrouper et leur niveau de spécialisation.

Recommandations

Objectifs de la déprogrammation

La déprogrammation doit permettre :

- de libérer des places de réanimation, pour des patients grippés comme non grippés ;
- de libérer des solutions d'aval pour permettre une fluidité de la prise en charge ;
- de libérer du personnel, dans un contexte où l'absentéisme pourra être élevé.

Si les circonstances l'exigent, toute activité peut être déprogrammée mais il est nécessaire de tenir compte du fait que certains actes ne peuvent être déprogrammés *de facto*. Ils concernent notamment les urgences (médicales et chirurgicales), les dialyses, les accouchements, etc. La nature des autres activités à déprogrammer sera déterminée au cas par cas, en fonction d'un rapport bénéfice/risque, en tenant compte de la durée du report de l'activité.

Des modélisations régionales doivent être conduites par les ARH sur la base des modélisations de l'InVS, du nombre d'hospitalisations potentielles attendues de patients qui relèvent

4.3

fiche

La déprogrammation

raient de réanimation et des enfants en bas âge à prendre en charge. L'objectif est d'obtenir une modélisation des besoins (en lits et en compétences) pour la prise en charge des patients grippés, prise en charge qui pourra ensuite être effective dans le cadre d'une déprogrammation des activités.

Les plans de déprogrammation des établissements de santé et les plans blancs élargis tiendront compte des résultats de cette modélisation notamment pour ce qui concerne l'identification des services de spécialités nécessaires, et l'organisation des secteurs de réanimation adulte et pédiatrique.

Le déclenchement de la déprogrammation doit être engagé dès le début de la pandémie, à un rythme progressif, tenant compte des délais nécessaires pour bénéficier des effets de cette mesure.

Les personnels de ces services seront réaffectés en tenant compte de leur spécialisation (infirmières, infirmières anesthésistes, etc.). Des redéploiements en personnel entre établissements publics et établissements privés devront être organisés.

L'ensemble de la communauté hospitalière (médicale et technique) doit concourir au fonctionnement de l'établissement selon un plan d'organisation défini par la cellule de crise de l'établissement. Tout médecin, quelle que soit sa spécialité, doit être à même de contribuer au renforcement d'activités générales qui le nécessitent (urgences, consultations, etc.).

La déprogrammation et la libération de lits

Il est important de distinguer la déprogrammation de la libération de lits :

- la déprogrammation consiste à ne pas hospitaliser certains patients dont la prise en charge était prévue, en particulier si cette intervention n'est pas urgente ;
- la libération de lits (déshébergement) consiste au retour à domicile de patients hospitalisés, en urgence ou pour une crise sanitaire longue.

Ces deux outils sont complémentaires et doivent être utilisés de front afin de permettre de redéployer les capacités hospitalières et le personnel.

Le plan de déprogrammation

La mise en place d'un plan de déprogrammation a pour objectif de faciliter les décisions de déprogrammation par la cellule de crise lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. La cellule d'aide à la décision médicale n'intervient que pour des situations individuelles spécifiques.

Chaque établissement de santé doit recenser dans chacun des services les hospitalisations pouvant être différées sans préjudice notable pour le patient. Sont listés par service et par spécialité les motifs de recours à l'hospitalisation qui ne peuvent être différés. Ces réflexions doivent donner lieu à un plan formalisé.

Le plan de déprogrammation d'un établissement doit inclure les activités pouvant être déprogrammables par ordre de priorité et selon une graduation dans les secteurs prenant en compte la nature et la durée du report.

Ce plan doit être coordonné entre les établissements de santé d'un bassin de vie et d'un département, et être intégré au plan blanc élargi, voire planifié au niveau régional pour un certain nombre de spécialités (réanimation, pédiatrie, chirurgie spécialisée, etc.). Le plan de déprogrammation doit être annexé au plan blanc de l'établissement. Si certaines spécificités existent en termes de déprogrammation au regard du risque infectieux

spécifique que représente la pandémie grippale, ces éléments devront figurer dans l'annexe biologique « pandémie grippale » au plan blanc de l'établissement.

Une réflexion nationale est en cours sur ce sujet et doit aboutir à la mise en place d'un document cadre facilitant l'élaboration de plans de déprogrammation dans les établissements.

La cellule d'aide à la décision médicale

En cas de pandémie la cellule de crise est renforcée par une cellule d'aide à la décision médicale. 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.

4.3

fiche

La déprogrammation

Le caractère médico-légal et la question de responsabilité du médecin face à son patient doivent être pris en compte.

Quelques missions de cette cellule peuvent être déclinées :

- aide à la déprogrammation ;
- aide et soutien à la définition des conditions d'admission, notamment pour les soins lourds ;
- aide et soutien à la définition des conditions de sorties ;
- aide à la hiérarchisation de la reprogrammation ;
- conseil individuel au médecin face à un cas particulier (aide de proximité).

Cette cellule :

- soit sera sollicitée par un professionnel pour une décision précise ;
- soit, sur demande de la cellule de crise, conseillera certains services sur les conseils et avis.

La cellule d'aide à la décision médicale fait partie intégrante de la cellule de crise. C'est un outil à sa disposition. Si toutefois un établisse-

ment de santé notamment CHU dispose d'une commission éthique, cette cellule travaillera en relation étroite avec cette commission voire en sera une émanation.

Une synthèse quotidienne des questionnements du corps médical doit être communiquée à la cellule de crise.

Il conviendra de mettre en place les outils permettant d'assurer la traçabilité des questions et des décisions.

Il importe que cette cellule :

- respecte les règles collectives nationales éventuellement arrêtées sur ces sujets ;
- s'assure d'une cohérence régionale.

Les réponses apportées par cette cellule sont indépendantes des décisions prises par la cellule de crise.

Cette cellule aura un caractère pluridisciplinaire (médecins de différentes spécialités, autres professionnels de santé) et sera composée de personnels expérimentés. Elle est pilotée par le président de la CME ou par un représentant mandaté par le président de la CME.

Les soins en réanimation

Objectif

Une pandémie grippale pourrait conduire à un nombre important de patients relevant de soins de réanimation. Compte tenu des formes cliniques connues, ce type de réanimation pourrait être lourd et long, comportant essentiellement une composante respiratoire.

Elle concernerait tant les enfants que les adultes. La spécificité de cette discipline et le nombre limité des capacités d'hospitalisation impose dès à présent de prévoir des modalités d'accueil.

- Organiser une prise en charge adéquate des patients grippés relevant de soins de réanimation.

Recommandations

Les capacités d'hospitalisation

Les capacités d'hospitalisation en réanimation doivent pouvoir être doublées en tenant compte de :

- l'application des plans de déprogrammation qui conduiront à libérer des places de réanimation (déprogrammation de certaines activités chirurgicales) ;

- l'utilisation de salles de surveillance postinterventionnelle (salles de réveil) et de leurs personnels rendus disponibles du fait de la non-activité de certains blocs opératoires ;
- l'utilisation des secteurs de soins intensifs et de surveillance continue.

Il conviendra de prévoir dans les plans d'organisation d'un établissement, d'une ville, d'un département ou d'une région, la mutualisation de ces moyens, permettant un regroupement des activités, une meilleure optimisation des ressources en personnel, en matériel et une meilleure protection de l'environnement.

Il conviendra de prévoir un secteur à haute densité virale et un secteur à basse densité virale en réanimation. Cette recommandation est à analyser site par site.

Le redéploiement de lits de réanimation nécessaires jusqu'au doublement des capacités doit être anticipé.

Le redéploiement des moyens humains utilisés pour l'activité chirurgicale programmée (anesthésiste-réanimateur, IADE, etc.) vers l'activité de réanimation constitue une solution adaptée pour faire face à l'afflux de patients relevant de la réanimation.

Les moyens matériels

Les équipements minimum nécessaires au doublement des capacités incluent par patient pris en charge : un scope, un respirateur, des seringues électriques, un système d'aspiration, etc. Le doublement des capacités des services de réanimation implique le doublement des consommables et des produits pharmaceutiques. Le fonctionnement des respirateurs nécessite que soient examinées les conditions d'alimentation en oxygène (livraison, débit des installations, etc.).

Le personnel

- Dans la mesure du possible, il est nécessaire que le personnel soit formé. La possibilité d'adjoindre, dans une certaine mesure, des IDE d'autres services reste ouverte, sous réserve d'une formation préalable.
- Les effectifs médicaux peuvent être suppléés et renforcés par le redéploiement des anesthésistes-réanimateurs exerçant habituellement dans les blocs opératoires.
- Les effectifs paramédicaux peuvent bénéficier des mêmes règles de renforcement (infirmiers anesthésistes, infirmiers des salles de surveillance postinterventionnelle, etc.).
- Dès à présent, chaque établissement de santé doit procéder au recensement du personnel d'anesthésie et de réanimation en activité dans ces services à ce jour voire ayant exercé durant les 5 dernières années. Le personnel n'exerçant plus formellement dans les services de réanimation doit pouvoir bénéficier d'une formation de remise à niveau dont la périodicité est à définir.
- En cas de prise en charge d'enfants dans des services de réanimation adulte, ces services devront pouvoir bénéficier de la présence ou des conseils de personnels spécialisés en pédiatrie.

La postréanimation

Le circuit de sortie de réanimation doit être pris en compte dans les réflexions liées à la réanimation, l'objectif étant de répondre à un *turn-over* rapide. Les structures ou unités d'accueil dédiées à la post réanimation doivent être situées à proximité de ces unités. L'organisation des services de réanimation compte tenu de ce *turn-over* rapide, devra prendre en compte les besoins en personnel de remise en état des locaux.

L'ensemble de ces actions nécessite un préalable que chaque région sous la coordination de l'ARH établisse un état des lieux :

- des capacités existantes d'hospitalisation en réanimation, des salles de surveillance post-interventionnelle, des soins intensifs et de surveillance continue et des lits d'aval. Ce recensement doit être réalisé pour les secteurs adulte et pédiatrie ;
- des moyens matériels, notamment des respirateurs ;
- des capacités de stockage et de distribution en oxygène des établissements ;
- des moyens en personnel soignant susceptible de suppléer et renforcer.

Cet état des lieux sera à mettre en regard de la modélisation des besoins conduite au niveau régional.

L'importance de la cellule de crise

La cellule de crise par de l'intermédiaire de la cellule d'aide à la décision médicale, organe de commandement de l'établissement, aura un rôle essentiel. C'est à son niveau que devront être appréhendées toutes les questions relatives notamment à la logistique et aux décisions médicales.

4.5

La prise en charge en psychiatrie

Objectif

Il n'y a pas de mesures particulières à prévoir dans le domaine de la prise en charge des personnes hospitalisées ou suivies en psychiatrie et atteintes par la grippe. Les dispositions générales s'appliquent au sein des établissements de santé psychiatriques en matière de mesures de prophylaxie générale, spécifiques ou non (médicaments antiviraux, masques, etc).

Par ailleurs, comme dans toute collectivité fermée, le principe de base est de maintenir et de traiter sur place les patients grippés ne présentant pas de signes de gravité et de ne transférer dans les établissements de court séjour que les patients présentant des signes de gravité.

- Permettre une organisation des établissements de santé psychiatriques et éviter les transferts inutiles vers d'autres établissements de santé.

Recommandations

Il est nécessaire de rappeler, en amont de l'épidémie, l'intérêt des mesures prophylactiques générales non spécifiques (vaccination contre la grippe saisonnière des patients et des personnels, bonnes pratiques d'hygiène et notamment utilisation de solutions hydro-alcooliques entre deux soins, etc.). Une sensibilisation du personnel au risque de transmission de pathologies infectieuses peut s'avérer nécessaire.

Il est au demeurant important de rappeler que tout établissement de santé, y compris les établissements psychiatriques, a l'obligation de disposer d'un plan blanc incluant un volet spécifique au risque biologique adapté à une situation de pandémie grippale. A ce titre, les établissements de santé psychiatriques doivent respecter les mêmes recommandations d'organisation internes et notamment les mesures relatives à la sectorisation.

4.5

fiche

Il est souhaitable que chaque établissement psychiatrique passe une convention avec un ou des établissements de santé de court séjour notamment autour des objectifs suivants :

- limiter les hospitalisations somatiques sur la base de critères définis ;
- prévoir le renfort en personnel médical à partir du corps de réserve sanitaire ;
- prévoir des modalités de transfert possible du personnel soignant entre les établissements si nécessaire.

Ces établissements psychiatriques doivent évaluer leurs besoins en moyens de protection spécifiques (masques FFP2, masques antiprojections [chirurgicaux], gants, solutions hydroalcooliques) et s'interroger sur le fonctionnement des secteurs logistiques. Ils doivent en outre prendre

toutes dispositions, en propre ou par convention, pour assurer les soins somatiques non spécifiques des patients grippés ne présentant pas de signes de gravité.

Il convient pour l'établissement d'appliquer en situation d'épidémie les bonnes pratiques de prophylaxie, notamment :

- isoler la personne malade en chambre seule ;
- protéger le personnel par un masque FFP2 et par la mise en œuvre des règles concernant le lavage des mains ;
- restreindre les sorties des résidents et les visites.

Le dispositif général en cas d'hospitalisation s'applique à l'établissement psychiatrique et il lui appartient d'assurer la continuité des soins en situation de pandémie.

4. Les principes généraux de ces plans sont rappelés dans la fiche 4.1. de ce guide.

4.6

La prise en charge des personnes détenues

Objectif

Aux divers facteurs de risque que présente la population détenue (état de santé moins favorable que la population générale, incidence du VIH et de l'hépatite, conduites à risque, etc.), s'ajoute la promiscuité liée à la détention, elle-même accrue en cas de surpopulation carcérale. Il importe de sensibiliser les professionnels sanitaires et sociaux qui travaillent auprès d'elle, afin qu'ils redoublent de vigilance en cas de pandémie.

- Permettre une prise en charge adéquate des personnes détenues.

Recommandations

Des règles de sectorisation à l'intérieur des établissements pénitentiaires seront établies : les personnes détenues atteintes de grippe seront regroupées dans des bâtiments ou étages spécifiques afin de les isoler de la population indemne et de faciliter les soins. Des quartiers « arrivants » ou, le cas échéant, des établissements « arrivants » doivent être identifiés.

L'organisation de la surveillance médicale devra

se faire sur la base de la continuité médicale au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dès lors que les patients détenus malades y seront regroupés. Dans ce cadre, tant les établissements pénitentiaires que les établissements de santé doivent prévoir une gestion du personnel en situation dégradée, en particulier dans les UCSA.

Les modalités de recours aux antiviraux et masques antiprojections (chirurgicaux) pour les détenus sont identiques à celles en cours pour les malades non détenus. La distribution de Tamiflu® pour les détenus malades sera assurée par la pharmacie à usage intérieur sur prescription du médecin de l'UCSA, la dispensation sera exclusivement assurée par le personnel hospitalier.

La doctrine d'emploi des masques dans les établissements pénitentiaires doit s'appuyer sur les recommandations nationales. Les personnels pénitentiaires porteront selon leur exposition des masques antiprojections (chirurgicaux) ou FFP2 fournis par le ministère de la Justice.

4.6

fiche

Il apparaît souhaitable que soit établie une doctrine d'emploi des masques, les personnels pénitentiaires n'étant pas tous exposés de la même façon. Les personnels affectés aux quartiers de « quarantaine » (quartiers arrivants et quartier dédié aux personnes détenues malades) seront fournis en FFP2.

De manière analogue, les mesures prophylactiques de base non spécifiques (lavage des mains, port du masque, etc.) devront être mises en œuvre.

Pour les UCSA, les déchets de soins suivront la filière DASRI (déchets d'activité de soins à risques infectieux).

Les établissements de santé gérant les UCSA doivent être particulièrement attentifs à plusieurs points :

- la limitation au maximum des hospitalisations. Pour ce faire, les personnels de l'UCSA au sein des établissements pénitentiaires doivent être en mesure d'assurer les soins généraux aux patients détenus malades ne présentant pas de signes de gravité. Il est nécessaire, dans ce mode d'organisation, que les personnels de l'UCSA délivrent, chaque fois que les locaux le permettent, les soins directement dans les cellules des personnes détenues grippées et y assurent la surveillance médicale ;
- en cas d'hospitalisation de détenus grippés, les admissions sont effectuées par

priorité dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) – pour les régions qui en sont dotées – et vers l'Établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) – pour les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires du pôle parisien – en déprogrammant les hospitalisations froides. En corollaire de cette organisation, il s'agira d'utiliser les établissements de proximité pour prendre en charge les hospitalisations urgentes non infectieuses afin de dégager les UHSI. Ces activités urgentes habituellement réalisées par les UHSI devront être assurées de manière dérogatoire, dans les hôpitaux de proximité signataires du protocole UCSA, y compris pour des durées supérieures à 48 heures. Cette disposition devra néanmoins avoir fait l'objet d'une discussion préalable aux niveaux régional et départemental pour s'assurer de l'organisation des gardes statiques ;

- en cas d'hospitalisation de détenus grippés dans les régions pénitentiaires non desservies par une UHSI, un regroupement des patients détenus dans un petit nombre de sites hospitaliers, au sein d'une unité provisoirement dédiée et sécurisée, doit être prévue, sous réserve d'une organisation préalablement établie avec les forces de police et de gendarmerie sous l'autorité des préfets territoriaux.

La prise en charge des personnes détenues

Enfin, il s'agit de prendre en compte les établissements pénitentiaires possédant une « nurserie » (enfants de moins de 18 mois) et il n'est pas à exclure, en situation épidémique importante, d'écarter provisoirement les enfants.

Les aspects relatifs à l'organisation de la sécurité de ces unités provisoires devront être évalués sous l'autorité des préfets de département concernés.

Qui met en œuvre ce dispositif ?

- L'équipe médicale de l'UCSA en liaison avec le directeur de l'établissement pénitentiaire (organisation interne à l'établissement pénitentiaire) met en œuvre ce dispositif.
- Le préfet de département organise les gardes et les escortes.
- Les ARH et les établissements de santé doivent suivre la déprogrammation des hospitalisations froides en UHSI ainsi que l'organisation d'unités dédiées provisoires.
- Le chef d'établissement pénitentiaire, le directeur de l'établissement de santé et le préfet ont la responsabilité de l'utilisation dérogatoire de l'hospitalisation de proximité au-delà de 48 heures en cas d'urgence.

Textes à l'appui

- **Loi du 18 janvier 1994** relative à la santé publique et à la protection sociale
- **Décret 84-77 du 30 janvier 1984** modifiant certaines dispositions du CPP
- **Arrêté du 24 août 2000** relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

4



fiche

La transfusion sanguine⁵

Objectif

En cas de survenue d'une éventuelle pandémie grippale, le risque pour assurer la continuité en produits sanguins labiles pourra provenir de deux causes principales : la pandémie proprement dite mais aussi les restrictions et/ou difficultés de circulation.

- Prévenir les difficultés possibles du secteur de la transfusion sanguine.

Recommandations

Impact possible sur l'activité de transfusion sanguine

En situation de pandémie grippale un certain nombre d'activités seront déprogrammées, notamment chirurgicales, ce qui entraînera une diminution des besoins en produits sanguins labiles. Une quantification plus précise sera à établir, mais en première approximation les besoins pourraient être diminués de 10 à 20% pour les concentrés en globules rouges mais maintenus pour les concentrés plaquettaires.

Mesure conservatoire immédiate possible

Malgré une diminution possible de besoins, il est essentiel que l'activité de transfusion sanguine soit considérée comme prioritaire. La durée de vie des concentrés de globules rouges est de 42 jours. Le stock optimal de concentrés de globules rouges, actuellement défini pour 10 jours de besoins, est porté à 12 jours par l'Établissement français du sang. Cette augmentation de stock permettra de faire face plus efficacement à la phase initiale de la pandémie. Cette mesure n'est applicable qu'aux concentrés de globules rouges et ne peut pas être mise en œuvre pour les concentrés de plaquettes (durée de conservation de 5 jours).

Adaptation possible des pratiques transfusionnelles pour faire face à la crise

Il s'agit d'adapter les stocks aux réels besoins des établissements de santé. Les transports de produits sanguins labiles devront être considé-

5. Fiche élaborée en lien avec l'Établissement français du sang.

rés comme prioritaires en cas de mesures de restriction de la circulation.

L'objectif est d'approvisionner les établissements de santé devant réduire leur activité de prélèvement par l'augmentation des collectes de sang total et de concentrés de plaquettes d'aphérèses dans les zones non touchées.

Il est enfin nécessaire de préciser les critères de sélection des donneurs de sang ayant développé la maladie : tout donneur devrait pouvoir être éligible au don à partir de 15 jours après la cessation des symptômes.

- Prévoir une période de quarantaine des concentrés en globules rouges. La question d'une quarantaine de 3 à 4 jours devrait répondre majoritairement au risque des donneurs asymptomatiques pouvant être prélevés en période d'incubation avec virémie.
- La courte période de disponibilité des concentrés plaquettaires ne permet pas la réalisation d'une quarantaine de plus de 48 heures (85% des indications concernent les services d'oncologie/hématologie et notamment les services de greffes de moelle osseuse : 2/3 greffes, 1/3 chimiothérapies).

Qui met en œuvre ce dispositif ?

Chaque établissement de l'Établissement français du sang désignera un correspondant en charge de ce dossier qui assurera l'interface avec les services de santé et les services déconcentrés de l'État. L'Établissement français du sang élabore un plan de continuité de l'activité, incluant un certain nombre de mesures médico-techniques à destination de ses correspondants et prestataires.

48

fiche

La gestion des personnes décédées

Objectif

Dans le cas d'une pandémie grippale, il est à prévoir un nombre important de personnes décédées, dont il sera nécessaire de gérer les corps. Dans la logique de prévention des conséquences d'une pandémie grippale, les déplacements des professionnels et des familles doivent être restreints au maximum et les manipulations des corps doivent être réduites.

- Organiser la prise en charge des personnes décédées, au sein d'une coordination départementale et conformément aux décisions du ministère de l'Intérieur.

Recommandations

Les mesures de protection du personnel des opérateurs funéraires intervenant pour les relevages de corps et pour les mises en bière relèvent de mesures élémentaires d'hygiène complétées par quelques précautions :

- port de gants à usage unique. Le port de bottes et charlotte sera également demandé si le personnel soignant est soumis à cette règle ;
- port d'un masque de type FFP2 ;

- port d'une surblouse à usage unique ;
- port de lunettes de protection ;
- lavage des mains fréquent et régulier entre deux opérations malgré l'usage de gants. Le personnel étant susceptible d'intervenir dans des lieux dépourvus de lavabos, des produits de désinfection des mains sans eau de type « solution hydro-alcoolique » devront être placés dans le véhicule transportant le personnel ;
- en fin d'intervention, les différents équipements de protection seront enlevés selon des modalités minimisant les risques potentiels de contamination (protocoles DGS ou DGAL).

Ces matériels de protection sont à la charge des opérateurs funéraires.

Les établissements de santé publics et privés et les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépourvues de chambres mortuaires ou qui ne peuvent disposer de salles de dépositaire seront systématiquement identifiés par la coordination funéraire départementale.

Les chambres mortuaires dont disposent les établissements de santé publics et privés et les établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées sont réservées aux corps des personnes décédées dans ces établissements et n'accueillent pas, pour des raisons sanitaires, les corps des personnes décédées à l'extérieur.

Le taux d'occupation de la chambre mortuaire et, le cas échéant, le nombre de cercueils placés dans un dépositaire seront transmis au minimum quotidiennement à la coordination funéraire départementale (mise en place au centre opérationnel départemental de la préfecture). Le processus funéraire adapté aux circonstances, arrêté par le préfet, précisera la procédure à suivre dans le cas des défunts isolés (exemple : tenir à jour une liste des défunts isolés).

Le préfet préconisera, au besoin, conformément à l'article R. 2213-18 du code général des collectivités territoriales (CGCT), la mise en bière immédiate en cercueil usuel (conformément à l'article R. 2213-25 du CGCT), sur lequel sera fixée une plaque portant le nom, le prénom, l'année de naissance et celle de décès du défunt.

Le transport de corps avant mise en bière ne doit intervenir qu'à titre exceptionnel.

Il est rappelé que, dans tous les cas, les dispositifs médicaux implantés comportant des piles (stimulateurs cardiaques, défibrillateurs cardiaques, neurostimulateurs – pour les

maladies de Parkinson notamment) doivent être retirés des corps des défunts avant mise en bière.

La pratique de la thanatopraxie est interdite dans le cadre des soins de conservation car elle peut s'avérer dangereuse sur le plan de l'épidémie. Cette pratique doit être réservée au seul cas où elle s'imposerait, c'est-à-dire en cas de rapatriement du corps dans un pays qui l'exigerait. Le corps sera enfermé dans une housse blanche biodégradable agréée, avant d'être placé dans un cercueil simple, cela afin de prolonger sa durée de conservation dans les dépositoires avant inhumation ou crémation.

L'utilisation des cercueils hermétiques ne permet pas la crémation. Aussi doit-elle être réservée uniquement aux situations suivantes :

- rapatriement du corps dans un pays qui l'exigerait ;
- mise en bière des patients porteurs, conjointement à la grippe aviaire, de maladies contagieuses (dispositions réglementaires).

Des dépositoires provisoires sont, si besoin, mis en place.

Dépositaire provisoire au sein des établissements de santé

En fonction des besoins et du processus funéraire particulier mis en place, des lieux de regroupement des défunts mis en bière peuvent être organisés. Ces lieux sont appelés dépositoires provisoires.

4.8

fiche

Si la configuration de l'établissement le permet, il peut être prévu la création d'un dépositaire provisoire interne qui devra répondre aux critères suivants : la salle doit être propre, sèche, non chauffée, peu sensible à la chaleur du soleil, au mieux naturellement fraîche ; elle doit pouvoir être close, facilement adaptable au dépôt des corps, facilement accessible au transport par route et adaptée à un accueil décent des familles.

Si l'établissement dispose d'un dépositaire provisoire interne, les corps mis en bière y sont provisoirement placés. Dans le cas contraire, leur transfert est assuré vers le dépositaire extérieur mis en place par les autorités.

Le défunt est pris en charge par un opérateur funéraire et suivi par la coordination funéraire départementale. Dans ce cas, si les circonstances le permettent, les modalités selon lesquelles les familles pourront se recueillir avant mise en bière devront être organisées ; à défaut une communication adaptée devra être élaborée à leur intention.

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.

L'établissement doit prévoir la suppléance du personnel de ce secteur.

En situation de crise, il sera important de :

- travailler, dans le cadre de la coordination funéraire départementale, avec l'ensemble de la chaîne funéraire, impliquant des entités très diverses (administrations, médecins, opérateurs privés, etc.) ;

Textes à l'appui

- **Circulaire (ministère de l'Intérieur) du 24 août 1994** relative aux accidents entraînant de nombreuses victimes décédées
- **Circulaire (ministères de la Santé et de l'Intérieur) du 19 décembre 1989** relative au contenu et à l'élaboration des plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes dénommés « plans rouges »
- **Plans ORSEC départementaux**
- **Circulaire interministérielle INTE06000140 du 20 janvier 2006** concernant l'action des maires dans la gestion d'une crise sanitaire majeure de type prépandémique
- **Guide ORSEC**, livret pratique, gestion des décès massifs, ministère de l'Intérieur et ministère de la Santé et des Solidarités, annexé au guide de préconisations à l'usage des préfets en cas de pandémie grippale
- **Fiche A.10.** du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale

49

La logistique de l'établissement

Objectifs

L'absentéisme de personnels internes à l'établissement ou prestataires de services durant la situation pandémique poserait problème pour certains domaines particulièrement sensibles, à savoir :

distribution en eau potable, distribution d'électricité, continuité de production d'électricité, distribution de gaz médicaux, sécurité incendie, chauffage et climatisation, standard téléphonique, magasin médical/magasin hôtelier, transport des malades/service brancardage, restauration et hôtellerie, blanchisserie, assainissement, ordures ménagères et déchets d'activité de soins à risques infectieux, nettoyage, stérilisation des équipements biomédicaux, maintenance, informatique, etc.

- Analyser les points de dépendances logistiques de l'établissement de santé.
- Organiser la continuité du fonctionnement technique de l'établissement de santé.
- Sensibiliser les prestataires de services à la nécessité d'un plan de continuité d'activités.

Recommandations

Gestion des prestataires de services

Il s'agit tout d'abord de réaliser un état des lieux des prestataires de services publics ou privés contractant avec l'établissement dont l'activité en situation de pandémie grippale doit impérativement être maintenue.

À partir de cette liste des prestations impactées en situation de crise, l'établissement doit construire une stratégie logistique adaptée.

Des réunions de travail avec chaque prestataire de services doivent être tenues pour sensibiliser ces organismes aux risques de pandémie et rechercher avec eux les solutions alternatives de continuité du service. Il conviendra que ces adaptations fassent l'objet d'une clause particulière dans les contrats de sous-traitance, de fourniture, etc.

En cas d'impossibilité pour le prestataire de répondre aux contraintes nées de la crise, l'établissement se réserve la possibilité de contracter avec tout autre partenaire.

En cas de défaillance des prestataires, l'éta-

49

fiche

blissement devra élaborer un plan de substitution, le cas échéant en collaboration avec les collectivités territoriales.

Les établissements doivent dresser la liste des prestations indispensables à la continuité du service et des prestataires qui y sont associés.

Le service blanchisserie

Approvisionnement

- Contractualiser avec un service de transport une clause spécifique pour la continuité de livraison.

Service de transport interne à l'établissement/Personnel

- Réaliser une étude rapide pour définir le nombre de personnel strictement nécessaire pour la livraison et le ramassage du linge au sein de l'établissement.
- Définir les procédures de ramassage du linge et les procédures d'enlèvement. Connaître les circuits de passage des agents.
- Identifier les zones contaminées.
- Déterminer les mesures de protections des agents qui assurent la distribution et le ramassage.

Choix du linge

- Définir le rythme et le type de ligne strictement nécessaire.

Usage unique

- Définir les stocks du prestataire de service.
- Connaître l'organisation du prestataire en cas d'arrêt de la production du linge à usage unique.
- Identifier au préalable le linge pour lequel il faut passer à l'usage unique en cas de pandémie. Il pourra être décidé, à un moment précis de la pandémie, de passer à l'utilisation de matériel à usage unique.

Stock

- Identifier les capacités de stockage interne à l'établissement.
- Connaître les lieux de stockage.
- Sécuriser le stockage.

Traitement du linge

- Analyser la chaîne de traitement de linge pour évaluer son efficacité en situation de pandémie. Des réunions d'informations doivent être orga-

nisées de façon régulière pour tenir informés l'ensemble du personnel et la cellule de crise. Un point d'étape doit être réalisé chaque matin pour définir la méthodologie à mettre en place. L'évolution de la crise peut générer des changements dans la façon d'aborder le traitement du linge. La cellule de crise doit se tenir constamment informée de l'évolution de la situation.

Le responsable de la blanchisserie doit œuvrer dans l'organisation de ses moyens et de son personnel en lien direct avec le responsable crise de l'établissement.

Des réunions associant les responsables des services de soins et le personnel hôtelier doivent être organisées pour juger les prestations.

Le service restauration

Adapter des produits alimentaires aux conditions particulières

- Prévoir des produits pour la fabrication des repas ne nécessitant pas ou un minimum de préparation.
- Prévoir un cycle de menus sur plusieurs jours, sans choix, intégrant les constantes basiques de régime.

Approvisionnement

- Prévoir un stock adéquat de produits alimentaires en cas d'impossibilité de livraison par les fournisseurs (notamment les produits à conserver à température ambiante).

Stockage des denrées alimentaires

- Prévoir un stock de vaisselle à usage unique pour éviter une surcharge de travail au niveau des agents de restauration et du personnel des unités de soins chargés du nettoyage de la vaisselle.

Fournisseur – Clauses du contrat

- Vérifier que la société a fixé des délais de livraison dans son contrat.
- Vérifier que la société est apte à mettre en place un stock tampon de secours.
- Vérifier qu'il existe un plan de secours en cas d'incident majeur.

Protocole de travail spécifique

- Mettre en place une procédure dégradée sur l'ensemble du processus de production et distribution des repas intégrant les contraintes particulières, notamment le pourcentage d'agents absents.
- Prévoir une démarche qualité dans les conditions particulières.
- Assurer la qualité sanitaire et réglementaire des repas servis aux patients, des dérogations pouvant par ailleurs être décidées à un moment précis de la pandémie.
- Prévoir la livraison dans les offices des unités de soins. La connaissance précise du nombre de points de livraison s'avère alors indispensable.

4.9

fiche

Identifier les points de livraison et le personnel nécessaire – Camion de livraison

- Organiser le transport entre le lieu de production et les offices alimentaires dans les unités d'hospitalisation.
- Prévoir un stock tampon de produits alimentaires dans les offices alimentaires en cas d'impossibilité momentanée de livraison.

Préparation des repas

- Faire préparer des plateaux par les hôtelières au sein des offices des unités de soins à l'aide des cartes de plateaux nominatives individuelles des hospitalisés.
- Remettre en température des assiettes cuisinées à l'office de l'unité de soins.
- Utiliser au maximum de la vaisselle à usage unique.

Personnel

- Comptabiliser le personnel strictement nécessaire au fonctionnement de l'unité de production des repas.
- Déterminer l'encadrement nécessaire – nombre de personnel, aides-soignants formés à la fonction hôtelière, la prise de commandes informatisées des repas, la distribution des repas et petit-déjeuner, etc.
- Durant la situation pandémique, des réunions associant les responsables des services de soins et le personnel hôtelier doivent être organisées pour juger les prestations.

Les systèmes de ventilation de l'établissement

Un état des lieux précis des systèmes de ventilation des établissements doit être élaboré et tenu à jour lors de modifications significatives. Si des modifications de la ventilation en situation de pandémie sont nécessaires, cet état des lieux pourra les rendre effectives d'autant plus rapidement.

410

Les pharmacies à usage intérieur

Objectifs

- Délivrer sur prescription nominative les médicaments antiviraux⁶ (quantité suffisante pour) et les boîtes de masques antiprojections.
- Protéger le personnel de la pharmacie à usage intérieur.

Recommandations

La pharmacie à usage intérieur et le grossiste répartiteur dédié

Exceptionnellement en période de pandémie, les pharmacies à usage intérieur sont approvisionnées en médicaments antiviraux et en boîtes de masques antiprojections par un grossiste répartiteur. Le recours à un fournisseur exclusif permet de mieux suivre l'évolution du stock de l'État en situation de pandémie.

L'approvisionnement en «traitements pandémie»

La première mise en place est réalisée dès la situation 4A pour les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé avec service d'urgence, et en situation 4B pour les autres pharmacies à usage intérieur des établissements de santé.

Le réapprovisionnement se fait à la demande de la pharmacie à usage intérieur auprès du grossiste répartiteur. En prévision du week-end et de jours fériés, la commande du pharmacien prend en compte les besoins accrus en médicaments antiviraux et en boîtes de masques antiprojections.

Le stockage des médicaments antiviraux et des boîtes de masques antiprojections

Les médicaments antiviraux et les boîtes de masques antiprojections sont détenus dans un lieu dont l'accès est réservé au personnel autorisé et dans des conditions de stockage sécurisé pour éviter tout risque de vol, de dégradation naturelle ou intentionnelle ou de distribution prématurée non conforme au plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale.

Au niveau des services de soins, le pharmacien veille à ce que les médicaments antiviraux soient également conservés dans de bonnes conditions de sécurité.

Le pharmacien assure le suivi des stocks des antiviraux et des masques antiprojections. L'état des stocks sera fourni à la Direction générale de la santé par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

4.10

fiche

La délivrance des médicaments antiviraux et des boîtes de masques antiprojections

La délivrance de l'antiviral se fait selon la réglementation en vigueur, sur prescription médicale nominative⁷ et les pharmacies à usage intérieur conservent les justificatifs de prescription.

Les mesures d'hygiène et de prévention

• Le personnel

Le personnel de la pharmacie (pharmaciens et préparateurs en pharmacie) ayant une exposition directe avec les malades ou le public sont protégés par des masques de type FFP2. Le préfet de département a en charge la distribution des masques FFP2 aux professionnels de santé et structures sanitaires du département. Les règles d'hygiène générale sont rappelées, notamment l'hygiène des mains et le recours aux solutions hydroalcooliques pour le personnel en contact avec les patients.

• Les locaux

Le nettoyage et la désinfection des locaux sont renforcés afin d'assurer des conditions d'hygiène adaptées à la situation.

6. *Tamiflu 75 mg gélule/Relenza[®], poudre pour inhalation 5 mg/dose/Oseltamivir PG 30 mg, comprimé sécable (il s'agit d'un médicament à base d'Oseltamivir à usage pédiatrique, disponible en pharmacie uniquement en période de pandémie).*

7. *Les antiviraux sont inscrits sur la liste I des substances vénéneuses.*

Qui met en œuvre ce dispositif ?

Depuis 2003, du Tamiflu[®] 75 mg gélules est pré-positionné à titre de précaution par l'État dans les établissements de santé de référence.

De plus, dans le cadre du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale, des médicaments antiviraux et des masques antiprojections sont stockés par l'État dans des lieux conformes à la réglementation.

Dispositif permettant la délivrance par les pharmacies à usage intérieur

- Dès la situation 4 du plan national (ou 4A, c'est-à-dire dès le début de transmission interhumaine à l'étranger), les grossistes répartiteurs approvisionnent en médicaments antiviraux et en boîtes de masques antiprojections les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé avec service d'urgence.
- Dès la situation 4B, les grossistes répartiteurs approvisionnent en médicaments antiviraux et en boîtes de masques antiprojections les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et les pharmacies à usage intérieur des autres structures situées dans la zone définie par le ministère de la Santé et des Solidarités et où se trouvent les cas humains localisés et limités.
- En situation 5 ou 6, les grossistes répartiteurs approvisionnent en médicaments antiviraux et en boîtes de masques antiprojections les pharmacies à usage intérieur de l'ensemble du territoire.

Les laboratoires et les transports de prélèvements

Objectif

Les analyses de biologie médicale standard ne requièrent pas de mesures de sécurité particulière, le risque de contamination étant jugé mineur. L'analyse des prélèvements naso-pharyngés, notamment en situation d'alerte pandémique, doit être effectuée dans des conditions de sécurité maximale. Le virus A (H5N1) fait partie des germes considérés comme les plus à risque selon la classification de l'OMS.

- Organiser en toute sécurité les transports de prélèvements et leur analyse.

En situation de pandémie, les prélèvements naso-pharyngés ne seront plus effectués à des fins diagnostiques.

Recommandations

Les prélèvements naso-pharyngés doivent obligatoirement être adressés à des établissements de santé disposant d'un laboratoire de niveau de sécurité biologique 3 (dit «laboratoire de confinement L3»). Un arrêté précise les mesures techniques de confinement ainsi que

les pratiques et modes opératoires dont doivent se doter ces laboratoires pour être classés L3.

Les laboratoires retenus ont préalablement fait l'objet d'un audit de leur fonctionnement par les autorités sanitaires habilitées.

Les moyens et conditions de transport

Le transport de ces prélèvements ne peut être assuré que par des sociétés répondant aux dispositions de l'arrêté du 1^{er} juin 2001 modifié relatif au transport international des marchandises dangereuses par route (arrêté ADR⁸).

Dans le contexte actuel, la société de transport retenue doit pouvoir garantir ce service 24 heures sur 24.

Tout établissement de santé, doté d'un service d'urgence étant à même de réaliser ce type d'examen, doit s'assurer d'une convention avec une société de transport répondant à ces conditions.

Les établissements de santé peuvent, s'ils le souhaitent, se regrouper à un niveau territo-



rial dont le choix leur appartient et passer un marché pour ce type de transport qui n'est pas limité au virus A (H5N1).

Ces prélèvements sont adressés en première intention dans un établissement de santé disposant d'un laboratoire L3. S'ils sont positifs, ils devront être obligatoirement adressés à l'un des deux centres nationaux de référence des virus *influenza*⁹ pour confirmation diagnostique. Les échantillons diagnostiques doivent être expédiés dans des emballages P650 au minimum.

Les autres examens

En conséquence, tout bilan standard (NFS, VS, bilan rénal, hépatique, etc.) peut être effectué dans tout laboratoire en appliquant les précautions d'usage, conformément au guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale.

Les moyens de protection du personnel

Pour les activités susceptibles de générer des aérosols (centrifugation, agitation, pipetage), les manipulations doivent être effectuées dans un laboratoire de type L3 sous le poste de sécurité microbiologique de type II (PSM II). Le personnel doit respecter les consignes de sécurité préconisées pour le travail dans ce type de laboratoire. En particulier, il doit porter des vêtements de protection (surblouse ou combinaison à usage unique, gants, lunettes de sécurité, masque de type FFP2) et se laver les mains à la sortie du laboratoire. Les surfaces de travail doivent faire l'objet d'une décontamination après chaque séance de travail. Tous les déchets doivent être éliminés selon les règles applicables aux déchets biologiques particulièrement infectieux.

8. Classification des matières infectieuses dans le chapitre 2.2., page 186.

9. **Paris** : CNR des virus *influenzae* de la France Nord :

Institut Pasteur, unité de génétique/moléculaire des virus respiratoires, 25, rue du Docteur-Roux, 75724 Paris Cedex 15

Sylvie Van der Werf/Ana Burguiere, Tél. : 01 45 68 87 25

Lyon : CNR des virus *influenzae* de la France Sud :

Laboratoire de virologie, Bruno Lina/Martine Valette, Tél. : 04 78 77 70 29

4.12

La coopération entre les établissements et la sortie de crise

Objectif

La fin de la période de pandémie grippale conduira à une diminution du nombre de patients à prendre en charge. Pour autant le secteur de la santé restera fragilisé et toujours sous tension, du fait notamment de la nécessité de poursuivre la prise en charge des patients en cours, de l'état de fatigue du personnel et de la reprise des activités normales.

Un plan de sortie de crise doit être réfléchi dès à présent par tous les établissements de santé et le personnel sensibilisé à cette problématique.

Par ailleurs, en référence aux modélisations menées par l'InVS en comparaison avec la grippe espagnole de 1918-1919, une pandémie grippale de type HxNy présenterait deux vagues, espacées de quelques semaines à plusieurs mois. L'activité entre ces deux vagues doit être modulée, en fonction des urgences, des activités et du personnel disponible.

- Permettre une reprise progressive et organisée des activités de soins.

Recommandations

Tous les établissements de santé, publics comme privés, sont concernés par le plan de sortie de crise. La cellule de crise sera l'organe de régulation de la reprogrammation. Chaque établissement doit réfléchir dès à présent sur un plan interne de reprise de ces activités selon les règles arrêtées aux niveaux régional et départemental. La levée des plans blancs sera décidée de manière coordonnée¹⁰, sous l'autorité du préfet de département. Aucun établissement public ou privé ne pourra prendre seul cette décision. Les DDASS seront systématiquement consultées. L'ARH pourra intervenir en appui pour garantir une cohérence régionale des plannings de montée en charge.

La reprogrammation doit être anticipée. Le rythme de la reprogrammation sera mené en fonction du personnel redéployé. La modélisation de la sortie de crise doit être envisagée avant la fin de la crise au sens strict. Tous les établissements de santé publics et privés sont concernés.

Il convient de prévoir dès à présent des «cellules de reprogrammation» par territoire de santé,

4.1.2

fiche

La coopération entre les établissements et la sortie de crise

dont le rôle sera d'établir un plan de charge selon l'urgence des demandes donc des activités. Le pilotage en reviendra aux ARH.

Un des éléments clefs sera la disponibilité du parc hospitalier, notamment du secteur de réanimation. Ce secteur devra bénéficier d'une gestion spécifique, prenant en compte la reprise des activités chirurgicales et les besoins en réanimation. Les difficultés de ce secteur pourront durer plusieurs mois.

La hiérarchisation des activités devra être menée afin de pouvoir résorber prioritairement les prestations devenues urgentes ou invalidantes.

La reprise des programmations hospitalières devra s'accompagner d'une communication appuyée au niveau local.

L'état psychologique et de fatigue du personnel sera à prendre en compte. Au besoin, une cellule de suivi psychologique pourra être mise en place pour le personnel.

10. Mesure Ass07 du plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale.

Les prises en charge spécifiques

| | |
|---|-----|
| 5.1 La prise en charge des personnes âgées | 102 |
| 5.2 La prise en charge en pédiatrie | 105 |
| 5.3 La prise en charge en obstétrique | 109 |
| 5.4 La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique | 112 |
| 5.5 La prise en charge en cancérologie..... | 114 |
| 5.6 L'organisation des activités de transplantations | 116 |

51

La prise en charge des personnes âgées

Les personnes âgées représentent une population très vulnérable face à une pandémie grippale du fait de leur fragilité potentielle ou avérée, du risque de perte d'autonomie ou parce qu'elles sont déjà dépendantes pour les actes de la vie quotidienne. C'est pourquoi il importe de sensibiliser les professionnels sanitaires et médico-sociaux qui interviennent auprès d'elles.

Recommandations

Rappeler l'intérêt, en amont de l'épidémie, des mesures prophylactiques générales non spécifiques

Différentes mesures prophylactiques présentent un bénéfice : vaccination contre la grippe saisonnière des personnes âgées et des professionnels en contact avec elles, bonnes pratiques d'hygiène et notamment utilisation de solutions hydroalcooliques pour le lavage des mains entre deux soins, etc. Une sensibilisation des professionnels en contact avec les personnes âgées au risque de transmission de la grippe est nécessaire.

Établir des conventions entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé

Il est obligatoire que tous les établissements d'hébergement collectif pour personnes âgées passent une convention avec un établissement de santé comme le prévoit le plan bleu. Il est donc indispensable que les établissements de santé se rapprochent des établissements médico-sociaux afin d'assurer la mise à jour des plans bleus existants et, si nécessaire, l'intégration dans ces plans du risque lié aux épidémies, notamment virales.

Prévoir les conditions de fonctionnement des établissements recevant des personnes âgées en cas de pandémie

Les établissements doivent évaluer leurs besoins en moyens de protection spécifiques (masques FFP2, masques antiprojections (chirurgicaux), gants, solutions de lavage des mains) et s'interroger sur le fonctionnement des secteurs logistiques, notamment la restauration et la blanchisserie. Un contact avec l'ensemble

5

fiche

des fournisseurs habituels des établissements est recommandé afin de définir des solutions alternatives permettant d'assurer la continuité du service. La question de la gestion des décès est à envisager dans ce cadre.

La réorganisation des conditions de travail des personnels doit également être étudiée. La mise en place d'un corps de réserve sanitaire est susceptible de compléter les dispositions qui seront prises par l'établissement. En lien avec les médecins libéraux intervenant dans l'établissement, les procédures concernant la pandémie doivent préalablement être définies.

Appliquer en situation d'épidémie, les bonnes pratiques de prophylaxie

Dans les établissements recevant des personnes âgées, les mesures d'hygiène standard seront appliquées, sachant que l'état de santé des résidents rend plus difficile leur application.

- Isoler la personne malade, assurer une prise des repas dans la chambre, prévoir le port d'un masque chirurgical lors de la présence d'un tiers dans la chambre.
- Protéger le personnel par un masque FFP2 et par la mise en œuvre des règles concernant le lavage des mains. Sur ce dernier point, des instructions sous forme d'affichette dans chaque chambre peuvent aider à la sensibilisation du personnel.

- Réduire les transports des patients à l'intérieur de l'établissement.
- Limiter le nombre de visiteurs et leur faire appliquer les règles d'hygiène (y compris par les professionnels de santé extérieurs et les fournisseurs) : port d'un masque antiprojections (chirurgical) et utilisation de solutions hydroalcooliques pour limiter la transmission manuportée.
- Retarder les admissions de nouveaux résidents en provenance du domicile.
- Restreindre les sorties des résidents.

Appliquer le dispositif général en cas d'hospitalisation

La stratégie unique de prise en charge des patients en période de pandémie privilégie le traitement sur les lieux de vie, à domicile, ou en institution, cependant la survenue de signes de gravité peut justifier l'hospitalisation. Il appartient à l'établissement recevant des personnes âgées d'assurer la continuité des soins en situation d'épidémie par tous moyens y compris ceux envisagés dans le cadre du plan bleu.

La décision d'hospitalisation d'une personne présentant des signes de gravité, qu'elle soit à domicile ou en établissement, se fait après contact du médecin traitant ou du médecin coordonnateur de l'établissement avec le SAMU/Centre 15. En aucun cas il n'est procédé à l'hospitalisation systématique dès lors que les personnes concernées n'ont pas de signes

de gravité. Les personnes âgées sont prises en charge à l'hôpital selon l'organisation retenue par celui-ci en cas de pandémie grippale dans le respect notamment des zones à haute et basse densités virales.

Qui met en œuvre ce dispositif ?

Plusieurs acteurs concourent à la mise en œuvre de ce dispositif, à savoir :

- les médecins traitants ;
- le référent grippe dans l'établissement d'hébergement collectif pour personnes âgées dépendantes ou l'unité recevant des personnes âgées. Il est l'interlocuteur privilégié de la DDASS ;
- dans les établissements de santé recevant des personnes âgées, le directeur ou le praticien responsable désigné par le directeur pilotera la préparation de l'établissement à une pandémie grippale, assurant la coordination entre les différents praticiens amenés à intervenir dans l'établissement pour notamment la mise en commun des informations médicales. Lors de la survenue de la pandémie, il mettra en synergie tous les professionnels.

Textes à l'appui

- **Plan national Canicule** (mise en place de plans bleus dans toutes les institutions accueillant des personnes âgées)
- **Guide des conduites à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées**, Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, 18 novembre 2005
- **Circulaire n°DHOS/E2/DGS/DGAS/SD2/2006/489 du 22 novembre 2006** relative à la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses chez les personnes âgées
- Note d'information de la DGAS « **Faire face à une pandémie grippale dans le secteur médico-social** »

52

fiche

La prise en charge en pédiatrie

Les études menées sur les conséquences d'une pandémie grippale montrent que les enfants pourraient être fortement touchés.

Recommandations

Organisation des soins de ville

Le principe du maintien à domicile, tant que l'état clinique du patient le permettra, s'appliquera également à la prise en charge des enfants.

Des critères d'hospitalisation ont été arrêtés de même qu'ont été identifiés des groupes à risque pour permettre aux médecins libéraux de pouvoir au mieux apprécier les situations¹.

En outre, les médecins libéraux pourront avoir recours si nécessaire aux conseils relatifs à la pédiatrie auprès du SAMU/Centre 15.

Prise en charge à domicile

- Les soins à domicile seront privilégiés mais des points de consultation pourront être maintenus pour répondre à des besoins individuels et faire face à des situations particulières.

- Tout point de consultation sera considéré comme une Zone à Haute Densité Virale.
- Les bilans biannuels de maladies chroniques seront différés si possible. Les consultations systématiques pourront être différées à l'exception des visites systématiques des nourrissons jusqu'à 6 mois. Cependant, le calendrier vaccinal est à respecter notamment pour les nourrissons de moins de 6 mois.
- Tout bilan systématique devra être différé dans la mesure du possible ou sera réalisé à domicile si le report ne peut être effectif.
- Les visites à domicile seront pour la plupart assurées par les médecins généralistes libéraux. Mais ces médecins devront pouvoir en cas de nécessité avoir recours à un pédiatre pouvant se déplacer à domicile.

Les pédiatres libéraux pourront être amenés, dans le cadre de l'organisation départementale définie par le préfet, à participer à la prise en charge à domicile selon les demandes ou à renforcer les équipes de services de pédiatrie.

1. Fiches techniques annexées au plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale.



trie. Ces orientations devront être soumises aux CODAMUPS en charge de réfléchir sur l'organisation des soins de ville et être intégrées dans le cadre de l'élaboration du plan blanc élargi intégrant les moyens de renforcement et de coordination des établissements de santé.

Les médecins de PMI et le personnel paramédical de ces services participeront à la prise en charge à domicile.

Organisation préhospitalière

Régulation SAMU/Centre 15

Un pédiatre référent sera identifié au plan départemental ou régional selon les possibilités locales. Le SAMU/Centre 15 pourra le contacter ou le mettre en contact avec un médecin généraliste en cas de problèmes (conseil, avis ou déplacement d'un pédiatre sur décision de la régulation du SAMU/Centre 15).

Transports des enfants

Les transports des enfants sont régulés par le SAMU/Centre 15 et effectués par les SMUR adultes. Le SMUR pédiatrique est réservé aux transferts des enfants en bas âge et en particulier des nouveau-nés.

Organisation hospitalière

L'hôpital doit être considéré comme un milieu systématiquement infecté. Il est essentiel que

la population soit avertie des risques encourus, notamment pour les enfants qui pourraient être plus vulnérables au virus pandémique, ce qui limitera le risque d'engorgement des services d'urgence.

Accueil aux urgences

Les principes énoncés pour les urgences adultes s'appliquent aux enfants. Quel que soit le niveau de la zone de tri, l'attente des patients induira un contact inévitable entre grippés et non grippés. Les enfants seront orientés en fonction des critères d'hospitalisation.

Au sein des établissements de santé qui disposent de structures des urgences mixtes (adultes et enfants), du personnel paramédical spécialisé (puéricultrices, auxiliaires de puériculture, etc.) sera affecté et un accueil des familles sera organisé.

Prise en charge en service de pédiatrie

Un secteur pédiatrique à basse densité virale doit être identifié pour les pathologies n'étant pas « infectieuses », ainsi qu'un secteur à haute densité virale.

Prise en charge en réanimation néonatale

L'activité des services de réanimation néonatale sera limitée à la prise en charge des nouveau-nés le nécessitant et à la chirurgie néonatale urgente.

5.2

fiche

Capacités d'hospitalisation

Les activités déprogrammables

Les activités chirurgicales pédiatriques potentiellement déprogrammables concernent essentiellement la chirurgie ORL, urologique, orthopédique non urgente.

La déprogrammation d'activités d'hémo-oncologie pédiatrique et de greffes fera l'objet d'une évaluation au cas par cas (rapport bénéfice/risque). Une réflexion avec les hématologues, oncopédiatres et les professionnels s'occupant des greffes est indispensable.

Chaque établissement doit, dès à présent, prévoir dans son plan de déprogrammation les conséquences sur les services de pédiatrie.

Prise en charge en réanimation

Les capacités actuelles des services de réanimation de pédiatrie ne suffiront probablement pas à la prise en charge des enfants le nécessitant.

Les solutions pour augmenter ces capacités sont les mêmes que pour les secteurs adultes incluant l'utilisation des salles de surveillance postinterventionnelles (sous réserve de la déprogrammation d'activités chirurgicales), voire l'installation de lits supplémentaires dans les services de réanimation pédiatrique. Les possibilités techniques (locaux, arrivée de fluides) devront être étudiées avant la pandémie.

Par ailleurs, les lits de surveillance continue pédiatrique (décret du 26 janvier 2006) permet-

traient, en situation pandémique, de renforcer les capacités de réanimation.

En outre, les services de réanimation adultes pourront prendre en charge les enfants à partir d'un poids de 20 à 25 kg, en cas de saturation des places en réanimation pédiatrique.

Le nombre de respirateurs devra être équivalent au nombre de lits prévus et identifiés et adaptés pour les enfants. Des respirateurs polyvalents doivent être prévus.

Un état des lieux au niveau de chaque région (ARH) est indispensable pour déterminer le nombre de lits disponibles ou potentiellement disponibles et doit être tenu à jour. Ce recensement doit s'accompagner du recensement des personnels formés et des matériels nécessaires. Ce recensement inclut :

- les lits de réanimation pédiatrique et néonatale existants ;
- les lits de salles de surveillance postinterventionnelles (salles de réveil) ;
- les lits de surveillance continue.

Moyens matériels

L'état des lieux doit inclure le recensement des moyens matériels (scopes, ventilateurs seringues électriques, etc.) et une réflexion doit être menée sur l'achat de matériel supplémentaire, en privilégiant pour les ventilateurs des respirateurs polyvalents enfant/adulte capables de ventiler des malades depuis le nouveau-né jusqu'à l'âge adulte.

Les masques antiprojections (chirurgicaux)

Le port de masques par des enfants de moins de un an (voire plus) risque d'être difficilement accepté.

Il paraît donc préférable d'opter pour une solution de protection de l'entourage familial dans ces cas plutôt que du sujet atteint.

Les antiviraux

En période de pandémie, un médicament pédiatrique dénommé Oseltamivir PG 30 mg sera disponible dans les pharmacies et délivré gratuitement sur prescription médicale. Ce médicament se présente en conditionnement de 5 comprimés sécables dosés à 30 mg d'Oseltamivir.

La posologie de l'Oseltamivir PG 30 mg indiqué dans le traitement de la grippe en période de pandémie grippale devra être adaptée en fonction du poids de l'enfant (2 à 4 comprimés/jour). Les médicaments à base d'Oseltamivir n'ont pas, à l'heure actuelle, d'indication pour les enfants

de moins de 1 an. Une expertise européenne des données disponibles chez l'enfant de moins de 1 an est en cours.

Renforcement des personnels

Un recensement des infirmières et sages-femmes de salle de naissance ayant déjà travaillé en réanimation pédiatrique (formation acquise et à réactualiser) doit être effectué par l'établissement.

Un dispositif de formation minimum doit être anticipé pour les puéricultrices et infirmières volontaires pour renforcer les effectifs de réanimation pédiatrique.

Les anesthésistes spécialisés dans la prise en charge d'enfants dont l'activité en chirurgie est déprogrammée pourront également participer au renforcement des équipes médicales en réanimation.

Les puéricultrices de crèches et de PMI peuvent participer aux prises en charge pédiatriques en établissement de santé ou en ambulatoire.

53
fiche

La prise en charge en obstétrique

La France comptabilise environ 800 000 grossesses par an et, selon les données scientifiques, l'incidence et la gravité de la grippe augmentent avec le terme de la grossesse.

Le suivi et la prise en charge des parturientes dans une période de pandémie grippale nécessitent de préciser le cadre de ce dispositif et les moyens de protection incluant la prise en charge des nouveau-nés.

Recommandations

Organisation des soins de ville

Un document d'information sur les conditions du suivi sera mis à la disposition des parturientes et du corps médical au sein des réseaux de périnatalité.

Les femmes enceintes ayant une grossesse normale devront être suivies si possible à domicile dans la mesure des disponibilités des gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes de ville. Ce suivi peut également être assuré par des médecins libéraux.

Le nombre de visites durant la grossesse doit être limité au minimum indispensable. Il est préconisé d'assurer une visite au moment du diagnostic de la grossesse (10-12 semaines d'aménorrhée), une visite à 20-23 semaines d'aménorrhée, une visite à 32 semaines d'aménorrhée, une visite en fin de grossesse, aux alentours de 38 semaines d'aménorrhée.

Les premières visites sont assurées par une sage-femme, un gynécologue médical ou un médecin généraliste. Un gynécologue-obstétricien de la maternité la plus proche peut être contacté si besoin.

Les réseaux de santé en périnatalité, quand ils existent, doivent constituer un relais efficace.

La visite du dernier mois de grossesse (38 semaines d'aménorrhée) doit être assurée par un professionnel de la naissance (sage-femme ou gynécologue-obstétricien), le dossier médical de suivi de grossesse devant être conservé par la patiente à son domicile.

Deux échographies sont recommandées à 12-14 semaines d'aménorrhée et à 22 semaines d'aménorrhée (celle de la 32^e semaine d'amé-

norrhée peut être, dans le contexte, supprimée). Elles doivent être pratiquées de préférence dans un cabinet de ville afin d'éviter les lieux à haute densité virale potentielle. En fonction des conséquences de la pandémie, il pourra être recommandé de retarder légèrement l'échographie de la 22^e semaine d'aménorrhée.

Il faut coupler, dans la mesure du possible, les échographies avec les deux premières visites de suivi.

Pour les femmes enceintes ayant une grossesse pathologique, le suivi à domicile doit être privilégié quand cela est possible. La nécessité d'une hospitalisation sera appréciée au cas par cas en fonction de l'état clinique de la patiente et des risques encourus.

En cas de menace d'accouchement prématuré, un traitement maternel par corticoïde ne constitue pas *a priori* une contre-indication en période de pandémie.

Organisation préhospitalière

Régulation SAMU/Centre 15

Un gynécologue-obstétricien référent sera identifié au plan départemental ou régional selon les possibilités locales. Le SAMU/Centre 15 pourra le contacter ou le mettre en contact avec un médecin généraliste ou une sage-femme en cas de problème (conseil, avis ou déplacement d'un spécialiste sur décision de la régulation du SAMU/Centre 15).

Transports *in utero*

Les transports *in utero* sont régulés par les cellules de transfert *in utero* lorsqu'elles existent ou par le SAMU/Centre 15 et pris en charge par le SMUR, après concertation entre les professionnels de santé concernés.

Organisation hospitalière

Accueil aux urgences de gynécologie obstétrique

Les principes énoncés pour les urgences « classiques » s'appliquent aux urgences de gynécologie obstétrique car l'attente des patientes induira un contact inévitable entre grippés et non grippés.

Prise en charge de l'accouchement

L'accouchement doit avoir lieu dans un établissement de santé, qu'il soit public ou privé, y compris en période de pandémie grippale.

Qu'il s'agisse d'un accouchement par voie naturelle ou par césarienne, la prise en charge des parturientes ne diffère pas fondamentalement en situation pandémique au regard de la pratique habituelle.

Un accès spécifique à la maternité doit être prévu (pas de passage par les services d'urgences ni de tri) et la différenciation d'une zone à haute densité virale en secteur de naissance doit faire l'objet d'une réflexion au niveau local, ainsi que pour les salles de travail.

5.3

fiche

L'analgésie péridurale (acte strictement médical) sera assurée en fonction de la disponibilité physique des médecins anesthésistes. Des alternatives sont possibles : pompes PCA, protoxyde d'azote, anesthésies locales, etc.

La durée d'hospitalisation doit être la plus courte possible, devant tenir compte de l'état de santé de la mère et du nouveau-né, du flux de patients et des conditions d'accueil lors du retour à domicile (notamment conditions sociales et contexte de grippe aviaire à domicile ou non).

Pour les femmes ne présentant pas de signes de grippe, la prise en charge n'est pas modifiée, en dehors des recommandations générales (port du masque, interdiction des visites, en dehors du père s'il est asymptomatique et s'il porte un masque chirurgical).

Suites de couches

- En ville : un suivi à domicile doit être organisé avec priorité aux femmes sorties de façon précoce de la maternité. Les visites peuvent être assurées par des sages-femmes, des gynécologues médicaux, des médecins de PMI, des médecins généralistes.
- En établissement de santé : la différenciation d'une zone à haute densité virale est effectuée en secteur d'hospitalisation (suites de couches) pour les mères ne pouvant sortir précocement. Les visites sont interdites, sauf pour le père asymptomatique, avec port de masque.

Au domicile comme dans l'établissement, le port du masque antiprojections (chirurgical) est recommandé pour la mère présentant des signes cliniques, comme la réduction, dans une limite raisonnable, des contacts rapprochés avec son nouveau-né (l'allaitement doit être proscrit chez la maman fébrile).

Capacités d'hospitalisation

Les capacités d'hospitalisation dans les services de maternité sont préservées au maximum en l'état par la limitation de la durée de séjour en suites de couche.

La déprogrammation concerne essentiellement, pour les services de gynécologie :

- les activités de chirurgie gynécologique non urgente ;
- les activités d'assistance médicale à la procréation.

Renfort du personnel

L'ensemble des professionnels de la naissance : sages-femmes, médecins spécialistes gynécologues-obstétriciens et médecins généralistes doivent assurer, dans la mesure du possible, les suivis de grossesse à domicile.

Le personnel hospitalier pourrait être renforcé par les élèves sages-femmes, élèves puéricultrices, internes de spécialité et étudiants en médecine qui seraient passés dans les services d'obstétrique.

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

L'enquête Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) insuffisance rénale chronique (IRC) réalisée en juin 2003 a permis de recenser 273 centres d'hémodialyse, 34 unités de dialyse médicalisée (UDM), 565 unités d'autodialyse et un peu plus de 300 unités de suivi et/ou d'entraînement à la dialyse à domicile.

Au niveau national, 58% des patients sont traités en centre, 3% en unité de dialyse médicalisée (UDM), 28% en centre d'autodialyse (ATD) et 9% en dialyse péritonéale. L'hémodialyse à domicile reste marginale avec 2% des patients traités. Par ailleurs, et même si globalement la dialyse en centre reste majoritaire, l'enquête a mis en évidence des modalités de traitement assez hétérogènes selon les régions, en particulier pour la dialyse péritonéale.

Les deux tiers des patients dialysés sont âgés de plus de 60 ans, et près de 30% ont une pathologie cardio-vasculaire sévère.

Recommandations

Les capacités de prise en charge

Un état des lieux des unités et centres de dialyse et des modalités de prise en charge des patients doit être tenu à jour par les ARH.

Le personnel

Il est nécessaire d'identifier le personnel interne à l'établissement pouvant être formé à la dialyse (mise en place d'une politique de formation) et provenant des services de néphrologie, du «pool» soignant, c'est-à-dire les personnels non affectés exclusivement à un service ainsi que des secouristes faisant l'objet d'une déprogrammation.

Le renforcement de l'évaluation des connaissances pour maintenir un niveau minimal de compétence est essentiel, notamment concernant la surveillance de la dialyse par un binôme infirmier (IDE) formé à la dialyse/IDE non formé, la reprise d'activité de personnels soignants retraités et la formation du conjoint ou des proches, à envisager dans certains cas, pour la dialyse à domicile. Dans tous les cas, il importe de s'assurer de la coopération des organismes et des associations de suivi de ces patients.

Les transports

Le maintien à domicile reste la priorité. Pour la majorité des patients, les transports vers les unités ou centres de dialyse sont indispensables. Une exploration approfondie au sein des régions/territoires de santé des possibilités de «mutualisation» des transports est essentielle

54

fiche

à ce stade. Il est nécessaire enfin d'impliquer les familles des patients dans cette réflexion.

La disponibilité des médicaments et capacité de stockage

La disponibilité des médicaments et leur stockage rentrent dans le cadre des mesures générales du plan. Ce point est à étudier aussi bien à domicile qu'en centre ou unité de dialyse médicalisée (UDM) afin de faire face à une éventuelle rupture de stocks et à la pénurie de livraison.

Il s'agit de réaliser un état des lieux des ressources à disposition et de la capacité de mobilisation du personnel. Par ailleurs, la réalisation par les établissements d'une enquête pour permettre d'identifier les patients « à risque » (isolés, dépendants, situation précaire, etc.) et faire le point sur l'aide dont ils disposent déjà (conjoint, famille, entourage, etc.) ou dont ils pourraient avoir besoin (transports...) doit être réfléchi des à présent. La communication auprès des patients des grandes mesures ou principes d'organisation (réduction de l'effet de panique) est essentielle à ce stade.

Les éléments spécifiques par modalité de prise en charge

Dialyse à domicile

Dans la mesure du possible la priorité est le maintien à domicile. Ces patients doivent être considérés et signalés comme prioritaires pour le maintien de l'alimentation électrique et d'eau en cas de restriction.

- Pour les patients autonomes : s'assurer de l'augmentation du stock de médicaments et produits afin de limiter les livraisons.

- Pour les patients dépendants : s'assurer de la disponibilité de personnel formé et envisager une éventuelle formation des familles et/ou de l'entourage proche.
- Possibilité de passer en dialyse péritonéale intermittente en centre la nuit ou en « hospitalisation » dans des structures intermédiaires est à étudier au cas par cas.

Centres d'autodialyse et unités de dialyse médicalisées

Ces centres et unités risquent, notamment pour des raisons de pénurie de personnel, de ne pas pouvoir assurer l'ensemble des missions qui leur sont dévolues. Par ailleurs, des patients risquent de rencontrer un certain nombre de difficultés de transports.

Pour ces raisons, il convient de prévoir dès à présent un plan de repli pour ces patients intégrant la désignation des lieux de repli, leur organisation et leur fonctionnement (capacités d'accueil, adaptation de l'amplitude horaire de travail, plages horaires dédiées pour les patients grippés, etc.). De même doit être envisagée et étudiée la diminution, pour certains patients et si les conditions le permettent, du nombre de séances de dialyse (2 séances hebdomadaires).

En hospitalisation

L'objectif est de mettre en place une organisation permettant d'assurer la continuité du traitement de l'IRC et des comorbidités associées dues à l'âge avancé des patients.

55

La prise en charge en cancérologie²

Recommandations

Prévention de la contamination

- Favoriser le maintien à domicile et la télésurveillance *via* des technologies d'information et de communication. Inciter au développement d'un portail santé cancérologie en ligne (par exemple, l'utilisation de la vidéo-surveillance).
- Identifier les patients relevant de l'hospitalisation conventionnelle, afin d'appliquer les mesures de protection (mesures barrières) recommandées par le plan national.
- Hospitaliser les patients dans des zones à basse densité virale identifiées dans les plans blancs des établissements de santé.
- Anticiper les stocks d'antiviraux à visée prophylactique pour les patients immunodéprimés (chimiothérapie et radiothérapie).
- Privilégier les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle : pour les patients relevant de l'hospitalisation de jour, on substituera une hospitalisation à domicile (HAD) dans la mesure du possible. Afin de développer

un réseau de compétence en cancérologie, le personnel dédié à l'HAD doit être formé spécifiquement, dans le cadre de travaux au long cours.

Hiérarchisation en matière de soins

Une attention particulière devra être portée aux enfants, adolescents et jeunes adultes jusqu'à 30 ans qui sont atteints de pathologies le plus souvent curables (par exemple, leucémie aiguë, lymphome malin, tumeurs solides rares, autres tumeurs agressives, etc.).

Les traitements prioritaires doivent être les interventions chirurgicales et les chimiothérapies adjuvantes.

Rappels des délais *maxima* pour les traitements adjuvants

| | |
|------------------------------------|------------|
| Pathologie mammaire | 3 semaines |
| Pathologie digestive | 6 semaines |
| Pathologie ORL et maxillo-faciale | 6 semaines |
| Pathologie gynécologique (ovaires) | 3 semaines |
| Pathologie gynécologique (autres) | 6 semaines |

55

fiche

Recommandations par type de traitement

| | | |
|-----------------------|-----------------------------------|---|
| Chirurgie | Cas des malades opérés | Organiser un retour à domicile dès que possible |
| | Cas des malades non encore opérés | Organiser une priorisation |
| | Autres cas | Déprogrammer. Organiser un retour à domicile ou orienter vers les structures spécialisées |
| Radiothérapie | Radiothérapie antalgique | Substituer les traitements morphiniques à la radiothérapie antalgique |
| | Radiothérapie curative | Achever le traitement en privilégiant le fractionnement des séances |
| Chimiothérapie | | Privilégier la chimiothérapie à visée curative (pré ou postopératoire) |

Une adaptation des protocoles est envisageable afin de différer les traitements. Par exemple, la possibilité de passer d'un traitement par semaine à un traitement toutes les trois semaines (taxol, taxotere, herceptin) est à envisager au cas par cas. Après une priorisation des pathologies, seront traités dans l'ordre :

- les chimiothérapies de première ligne ;
- les cancers sensibles à la chimiothérapie (sein, ovaire) ;
- les cancers à métastases potentiellement opérables (côlon, rectum).

Organisation de la prise charge des patients par les établissements

Pour les patients atteints de cancer et présentant les signes de la grippe, la mise en place de plages horaires spécifiques pour les traitements et de salles et équipements dédiés serait bénéfique.

Différents scénarios concernant les flux de patients selon la gravité des pathologies peuvent être élaborés dès à présent. De façon ana-

logue, l'intégration aux exercices de simulation de crise de la problématique des services en cancérologie serait indispensable.

Les regroupements d'activité en cancérologie seront favorisés (notamment en chimiothérapie), en orientant préférentiellement les patients vers les structures spécialisées (ou dédiées) en oncologie. Ce travail doit être mené par l'ARH, en lien avec les différentes structures et spécialistes.

- **En ville :** établissements de première ligne.
- **En milieu rural :**
 - identifier les structures spécialisées/dédiées ;
 - favoriser la présence de praticiens ayant des compétences en expertise en cancérologie dans les lieux d'accueil non médicalisés (cas de la chimiothérapie) ;
 - planifier les modes de collaboration entre secteur libéral et établissements de santé en réunissant les différents acteurs.

Il est nécessaire d'identifier préalablement au niveau régional des établissements spécialisés/dédiés.

2. Fiche élaborée en relation avec l'Institut national du cancer.

56

L'organisation des activités de transplantations³

Le plan national prévoit que les patients soient traités à domicile et que seuls les patients dont l'état clinique le nécessite soient hospitalisés. L'application de ces mesures doit s'accompagner de l'arrêt progressif des activités chirurgicales programmées en situation de saturation des services hospitaliers et d'une redistribution du personnel en tenant compte des besoins médicaux exprimés.

Recommandations

Une déprogrammation dans l'activité de prélèvement et de greffe sans préjudice pour le patient est estimée à 40 % (le préjudice étant défini comme risque vital). On estime qu'une centaine de greffes environ seraient ainsi déprogrammées pour la première vague de la pandémie⁴.

Organes

Dès la décision de passage en situation 6, l'interruption de l'activité de prélèvement et de greffe d'organes pourra être décidée, considérant :

- la réduction de la capacité d'accueil des services de réanimation qui verront leurs activités affectées en priorité aux malades graves. Dans ces conditions, l'activité de prélèvements ne pourra être que difficilement maintenue lors de cette phase face aux autres priorités médicales ;
- un tri probable des donneurs pour leur admission en réanimation ;
- la redistribution du personnel de l'agence de biomédecine (anesthésistes et paramédicaux) par l'établissement de santé sur des activités prioritaires non programmées ;
- l'absence de maintien d'une équipe dédiée ou d'un site dédié ;

5.6

fiche

- la nécessité de traiter à l'identique les donneurs vivants et les donneurs décédés.

Certains cas particuliers doivent être notés, comme les patients en liste nationale d'attente. Il est à prévoir une augmentation du nombre de patients en situation de pronostic vital aggravé.

Les cas spécifiques seront étudiés au cas par cas. Toutefois leur exécution se heurtera à des difficultés de logistique et de personnel (patients non transportables pour raisons médicales, manque de personnels spécialisés, etc.)

Patients greffés immunodéprimés

Des stratégies de prévention et de prise en charge spécifiques doivent être envisagées pour les patients greffés immunodéprimés, notamment par les traitements suivants :

- prévention par chimiothérapie (antineuraminidases) ;
- prévention par vaccination (vaccin contre virus pandémique si disponible).

Un suivi particulier des patients greffés doit être mis en place, passant en particulier par l'organisation des modalités de consultations des patients immunodéprimés (hématologie, cancérologie, dialyse, etc.).

3. Fiche élaborée en relation avec l'agence de biomédecine.

4. Estimation à partir d'une moyenne de 24 donneurs par mois et de 3,5 organes par prélèvement, soit 288 donneurs et 1008 organes/an ou 84 greffes/mois.

5. Les photosensibilisateurs de type dérivés de psoralènes agissent sur les virus enveloppés ; le virus de la grippe est un virus enveloppé. Il devrait, *a priori*, être sensible à ce type d'inactivation, même s'il ne semble pas avoir encore été étudié.

Cellules

Actuellement, un donneur ou un malade atteint de grippe saisonnière est exclu de prélèvement ou de greffe pendant 1 mois.

En hématologie, la prise en charge thérapeutique des nouveaux cas de leucémies, à traiter en urgence doit être évoquée au sein des établissements concernés.

- **Les greffes de CSH (cellules souches hématopoïétiques) :** il est prévu l'arrêt pendant la situation pandémique des greffes allogéniques et autologues.
- **Les besoins en PSL (produit sanguin labile) :** il existe des stocks et les besoins seront vraisemblablement moindres durant cette période. La possibilité d'utilisation de l'érythropoïétine doit être évaluée. Quant aux plaquettes, la demande sera aussi *a priori* en baisse. Il existe cependant des procédés d'inactivation photochimique par les aminopsoralènes⁵.

Tissus

L'arrêt des activités de prélèvement et de greffe doit être effective. Il existe actuellement des stocks de tissus. Pour les cornées, il n'y a pas de risque de pronostic vital mais fonctionnel,

et probablement inférieur au risque nosocomial d'une admission en milieu hospitalier en situation de pandémie.

AMP

L'arrêt progressif, au sein des établissements de santé, des activités programmées en situation de pandémie est prévu.

Poursuivre pour une durée limitée (15 jours par exemple) la prise en charge des personnes en cours de stimulation pour réaliser le transfert embryonnaire, avec des précautions d'hygiène et de protection nécessaires (mesures barrières).

Suspendre ensuite les autres activités.

Reprise des activités

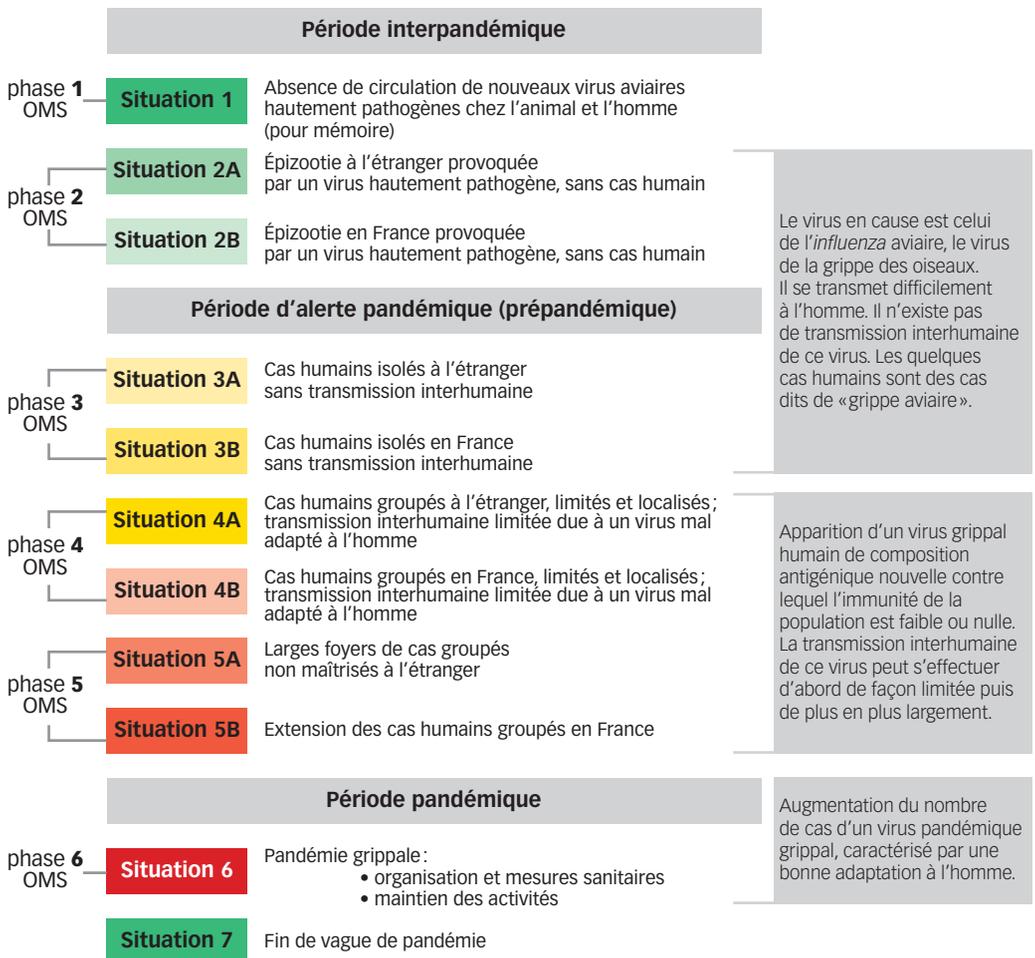
En situation de décroissance de la pandémie, il existe un risque de prélever et de greffer des patients porteurs du virus pandémique en situation d'incubation.

Pour sécuriser les prélèvements et les greffons, il serait nécessaire de disposer de tests biologiques suffisamment sensibles et spécifiques pour que leurs résultats puissent être rendus dans les mêmes délais que les tests habituels obligatoires de marqueurs virologiques (3 à 5 heures).

Il existe déjà des tests de diagnostic rapide (TDR) par technique immunoenzymologique.

La seule sécurisation est une recherche du virus par RT-PCR, technique pratiquée dans les deux centres nationaux de référence (CNR) et dans les laboratoires des établissements de santé disposant d'un L3 qui sont agréés pour cette recherche. Cette technique nécessite au minimum 2 heures pour le rendu des résultats sans compter le temps d'acheminement du prélèvement biologique vers ces laboratoires spécialisés en nombre limité. Il convient donc de prévoir le circuit logistique avec ces laboratoires.

Plan national



La plupart des phases peuvent constituer le niveau d'entrée directe dans la crise, sans avoir été précédées par les phases de degré inférieur.

Outils à disposition

Le plupart des documents suivants sont consultables sur le site Internet www.grippeaviaire.gouv.fr ou sur www.sante.gouv.fr.

Plan et recommandations nationales

- Plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale, 9 janvier 2007, 3^e édition.
- Fiches techniques annexées au plan, 14 février 2006 (en cours de réactualisation).
- Kit d'information et de formation à l'usage des professionnels de santé : « grippe aviaire : formation/information/communication », 2006.

Repères pour votre pratique professionnelle

- Repères pour votre pratique, n° 1, risque de pandémie grippale à virus H5N1, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Repères pour votre pratique, n° 2, préparation au risque de pandémie grippale, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

- Plaquette Déchets d'activité de soins à risques infectieux – DASRI, ministère de la Santé et des Solidarités.
- Repères sur la restauration hors foyer, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, ministère de la Santé et des Solidarités, ministère de l'Agriculture et de la Pêche.

Campagne d'information sur le risque infectieux

- Des gestes simples pour limiter les risques d'infection, dépliants grand public, fiches et affiches pour les professionnels de santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2006.
- Dépliant grippe aviaire - voyageurs, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2006.
- Comment se protéger contre les infections virales respiratoires, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2006.

Documents sur la gestion de crise et l'organisation des soins

- Guide Plan blanc : gestion de crise, annexe à la circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006, ministère de la Santé et des Solidarités, 2006.
- Maisons médicales de garde, Jean-Yves Grall, ministère de la Santé et des Solidarités, juillet 2006.
- Retour d'expérience Chikungunya : gestion d'une crise longue, ministère de la Santé et des Solidarités, décembre 2006.
- Retour d'expérience sur les SAMU/Centres 15 en situation de crise, ministère de la Santé et des Solidarités, 2007.

Quelques documents internationaux

- National strategy for pandemic influenza, US Homeland Security council, novembre 2005.
- HHS pandemic influenza plan, US department of Health and Human Services, novembre 2005.
- Pandemic influenza: science to policy, The Royal Society, novembre 2006.
- A practical tool for the preparation of a hospital crisis preparedness plan, with special focus on pandemic influenza, World Health Organisation, 2006.
- WHO global influenza preparedness plan: the role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics, World Health Organisation, 2005.
- Stand on the guard for thee, ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza, University of Toronto joint centre for bioethics, novembre 2005.
- Avian influenza, including influenza A(H5N1), in humans: WHO interim infection control guideline for health care facilities, World Health Organisation, révision du 24 avril 2006.

Glossaire

| | |
|----------|--|
| AME | Aide médicale urgente |
| ARH | Agence régionale de l'hospitalisation |
| CAMU | Capacité d'aide médicale urgente |
| CCAS | Centre communal d'action sociale |
| CCSS | Centre de coordination sanitaire et sociale |
| CESU | Centre d'enseignement aux soins d'urgence |
| CGR | Concentré en globules rouges |
| CGCT | Code général des collectivités territoriales |
| CLIC | Centre local d'information et de coordination |
| CHRS | Centre d'hébergement et de réinsertion sociale |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CNR | Centre national de référence |
| COD | Centre opérationnel départemental |
| CODAMUPS | Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires |
| CP | Concentré plaquettaire |
| CNAMTS | Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés |
| CRRA | Centre de réception et de régulation des appels |
| CSHPF | Conseil supérieur d'hygiène publique de France |
| CTA | Centre de traitement des appels |
| CTINLS | Comité technique infections nosocomiales liées aux soins |
| DASRI | Déchets d'activité de soins à risque infectieux |
| DDASS | Direction départementale des affaires sanitaires et sociales |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DHOS | Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins |
| DRASS | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales |
| DU | Diplôme universitaire |
| EFS | Établissement français du sang |
| EHPAD | Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| EPI | Équipement de protection individuelle |
| EPS | Établissement public de santé |

| | |
|-------|---|
| EPSNF | Établissement public de santé national de Fresnes |
| HAD | Hospitalisation à domicile |
| IADE | Infirmier d'accueil diplômé d'État |
| IBODE | Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État |
| IDE | Infirmier diplômé d'État |
| IFSI | Institut de formation en soins infirmiers |
| InVS | Institut national de veille sanitaire |
| IRC | Insuffisance rénale chronique |
| LNE | Laboratoire national d'essais |
| MEP | Médecin à exercice particulier |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PARM | Permanencier auxiliaire de régulation médicale |
| PCA | Patient Controlled Analgesia |
| PMI | Protection maternelle et infantile |
| PSL | Produits sanguins labiles |
| PSM | Poste de sécurité microbiologique |
| PSPH | Participant au service public hospitalier |
| PUI | Pharmacie à usage intérieur |
| QSP | Quantité suffisante pour |
| RSSU | Réseau de secours et soins d'urgence |
| SAMU | Service d'aide médicale urgente |
| SDIS | Service départemental d'incendie et de secours |
| SMUR | Service mobile d'urgence et de réanimation |
| TDR | Test de diagnostic rapide |
| UCSA | Unité de consultation et de soins ambulatoires |
| UDM | Unité de dialyse médicalisée |
| UHSI | Unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale |
| VNI | Ventilation non invasive |
| VSAV | Véhicule de secours et d'assistance aux victimes |
| ZBDV | Zone à basse densité virale |
| ZHDV | Zone à haute densité virale |

Remerciements

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins tient à remercier tous ceux qui ont contribué à la rédaction et à la publication de cet ouvrage.

Pour le pilotage du dossier et l'écriture du guide

Dr Dominique Péton-Klein, *directeur de projet, responsable de la cellule de gestion des risques, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*
Camille Chaize, *chargée de mission, cellule de gestion des risques, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

Pour leur participation aux groupes de travail

Pr Bernard Regnier, *chef de service de réanimation, hôpital Bichat - Claude-Bernard, Assistance publique-Hôpitaux de Paris*

Dr Christine Ammirati, *chef du pôle SAMU-urgences du CHU d'Amiens, vice-président de Samu de France*

Élisabeth Biais-Canhoyea, *président de la Fédération nationale des infirmiers*

Gérard Bleichner, *chef du service des urgences, hôpital Victor-Dupouy, Argenteuil*

Pr François Bricaire, *chef de service des maladies infectieuses et tropicales, Pitié-Salpêtrière, Assistance publique-Hôpitaux de Paris.*

Dr Jacques Brice, *médecin inspecteur DDASS 44 et DDASS 85*

Patrick Camphin, *mission urgences et risques sanitaires, direction de la politique médicale, Assistance publique-Hôpitaux de Paris*

Dr Jean Carlet, *chef de service de réanimation, Hôpital Saint-Joseph*

Pr Pierre Carli, *directeur médical du SAMU 75, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, vice-président de la Société française d'anesthésie et de réanimation*

Lætitia Chevalier, *inspecteur des affaires sanitaires et sociales, DDASS 62*

Dr Jean-Marie Cohen, *médecin coordonnateur, GROG*

Pr René Courcol, *chef de service bactériologie-hygiène, CHRU de Lille*

Patrice Devillers, *Union des syndicats de pharmaciens d'officine*

Julia Doutreix, *médecin inspecteur de santé publique, direction régionale des affaires sanitaires et sociales Aquitaine.*

Dr Jean-Louis Ducassé, *chef de service du SAMU 31, CHU de Toulouse*

Lætitia Dulion, *inspecteur des affaires sanitaires et sociales, DDASS 59*

Olivier Ferlet, *Conseil national de l'Ordre des pharmaciens*

Pr Daniel Floret, *chef du service d'urgence et de réanimation pédiatrique, Hospices civils de Lyon*

Dr Jean-Jacques Galouye, *union régionale des médecins libéraux de Midi-Pyrénées*

Dr Bernard Gasc, *union régionale des médecins libéraux de Midi-Pyrénées*

Dr Marc Giroud, *président de Samu de France*

Dr Patrick Goldstein, *chef de service du SAMU et coordonnateur des urgences, CHRU de Lille, président de la Société française de médecine d'urgence*

Dr Jésus Gonzales, *Société de pneumologie de langue française*

Alexandre Grenier, *union régionale des médecins libéraux d'Île-de-France*

Dr Patrick Guerin, *président de SOS médecins France*

Pr Bruno Housset, *président de la Société de pneumologie de langue française*

Claude Japhet, *Union nationale des pharmacies de France*

Patrick Jehannin, *directeur général du CHU de Rennes*

André Kuypers, *Fédération des syndicats pharmaceutiques de France*

Dr Brigitte Lacroix, *médecin inspecteur de santé publique, DDASS 67*

Dr Pierre Mardegan, *chef de service des urgences et du Samu 82*

Pr Charles Mayaud, *chef de service de pneumologie, Tenon, Assistance publique-Hôpitaux de Paris*

Pr Olivier Mimosz, PU-PH, *service de réanimation chirurgicale polyvalente, CHU de Poitiers, Société française d'anesthésie et de réanimation*

Dr Anne Mosnier, *médecin coordonnateur, GROG*

Dr Marie-Laure Pibarot, *mission urgences et risques sanitaires, direction de la politique médicale, Assistance publique-Hôpitaux de Paris*

Stéphanie Pioch, *directrice de la qualité et des usagers, CHU de Grenoble*

Pr Christian Rabaud, *chef de service des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nancy, Société de pathologie infectieuse de langue française*

Pr Bruno Riou, *chef du service des urgences, Pitié-Salpêtrière, Assistance publique-Hôpitaux de Paris.*

Pr Jacques Roland, *président du Conseil national de l'Ordre des médecins*

Dr Cyril Rousseau, *médecin inspecteur de santé publique, DDASS 94*

Pr Jean-Christophe Rozé, *chef du service de néonatalogie et de réanimation pédiatrique, CHU de Nantes*

Dr Louis Soulat, *praticien hospitalier, Samu 36, centre hospitalier de Châteauroux*

Yves Trouillet, *Association de pharmacie rurale*

Pour leur contribution sur ce dossier

Luc Allaire, *chef de service*

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

Jean-René Aubanas, *chef de bureau P1,*

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

Véronique Billaud, *chef de bureau O1,*

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

Philippe Blanc, *bureau des risques naturels et technologiques,*
ministère de l'Intérieur

Isabelle Bonmarin, *Institut national de veille sanitaire*

Roselyne Boquet, *bureau O1,*

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

Olivier Brahic, *conseiller technique, département des situations d'urgence*
sanitaire, Direction générale de la santé

Dr Patrick Brasseur, *responsable de la communication,*

Direction générale de la santé

Jaqueline Charre, *bureau O2,*

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

Gilles Chantôme, *chargé de mission, Institut national du cancer*

Agathe Denéchère, *inspecteur des affaires sanitaires et sociales*

Anne-Marie Doré, *conseiller technique, sous-direction M,*

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

Dr Dominique De Pénanster, *adjoint au sous-directeur,*

Direction générale de la santé

Dominique Deroubaix, *directeur de l'agence régionale*

de l'hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais

Dr Julien Emmanuelli, *conseiller technique,*

cabinet du ministre de la Santé et des solidarités

Michel Gentile, *chef de bureau O2, Direction de l'hospitalisation*

et de l'organisation des soins

Matthieu Gressier, *conseiller technique, cabinet du ministre*

de la Santé et des solidarités

Joëlle Guilhot, *Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés*

Yamina Kabrane, *département d'inspection des produits biologiques,*

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Philippe Laffon, *chef du bureau SD1, adjoint au sous-directeur,
Direction de la sécurité sociale*

Olivier Laurens-Bernard, *responsable du département
des situations d'urgence sanitaire, Direction générale de la santé*

Laurence Lavy, *bureau O1, Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Thahn Leluong, *direction médicale et scientifique, pôle sécurité-qualité*

Agnès Lordier-Brault, *sous-direction M
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

Dominique Masset, *adjoint au chef de département chargé de la veille scientifique,
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé*

Laurence Nivet, *chef de bureau O3, Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Gérard Perraudin, *inspecteur des affaires sociales, chargé de mission
auprès du délégué interministériel à la Lutte contre la grippe aviaire*

Catherine Pillet, *chargée de mission, cellule de gestion des risques,
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

Philippe Pinton, *adjoint au sous-directeur,
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

Laurence Pochat, *département des situations d'urgence sanitaire,
Direction générale de la santé*

Perrine Rame Matthieu, *bureau O1,
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

Claude Rolland, *chef de bureau E4,
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

Véronique Sablonière, *conseillère médicale, sous direction O,
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

Florence de Saint-Martin, *chef de bureau O5,
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

Dr Anne-Marie Tahrat, *médecin inspecteur de santé publique,
Direction générale de l'action sociale*

Dominique Tricard, *inspecteur des affaires sociales,
Adjoint du délégué interministériel à la Lutte contre la grippe aviaire*

Frédéric Veron, *bureau F1,
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

Pour leur relecture

Dr Laurence Calvanese, *chargée de mission, cellule de gestion des risques,*
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Jean-Marc Di Guardia, *sous-direction 7B, Direction générale de la santé*

Dr Jean-François Hartmann, *CLIN/COVIRIS, hôpital Robert-Debré,*
Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Dr Sabine Henry, *médecin inspecteur de santé publique,*
sous-direction 5C, Direction générale de la santé

Catherine Mir, *adjointe, sous-direction 7, Direction générale de la santé*

Dr Jean-Marc Saporì, *sous-direction 7B, Direction générale de la santé*

Dr Jean-Luc Termignon, *médecin inspecteur de santé publique,*
département des situations d'urgence sanitaire, Direction générale de la santé

Dr Stéphane Veyrat, *médecin inspecteur de santé publique,*
adjoint au chef de département des situations d'urgence sanitaire,
Direction générale de la santé

Ainsi que tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ces recommandations par leur participation à des colloques ou publications, et tout particulièrement au Pr Didier Houssin, qui, au titre de ses missions de délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire (Dilga), nous a utilement conseillés.

Achévé d'imprimer en avril 2007
IPPAC - imprimerie de Champagne
Conception graphique et réalisation, Héral