

**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2016 –**

**LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE 2014-2015  
EN BRETAGNE**

**RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF  
ORSAN**

**– Groupe n°8 –**

- Flore CLEMENT, DH
- Mahalia COUJITOU, DH
- Marine DESVIGNES, AAH
- Yannick GIRAULT, D3S
- Alexandre JACQUES, D3S
- Joyce KHEDNAH, AAH
- Lucil-Atumma MODEBELU, D3S
- Alexandra OLARD, DH
- Hanifa SIDAT, DS

*Animateur/trice(s)*

– *Judith MUELLER*

---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Méthodologie.....</b>	<b>5</b>
<b>I. Malgré l'absence de dispositif Orsan en région Bretagne, des moyens ont été mobilisés et des initiatives ont été prises par les acteurs de santé pour faire face à l'épidémie de grippe 2014-2015.....</b>	<b>6</b>
<b>A. La veille épidémiologique continue et l'implication d'un ensemble d'acteurs ont permis de prévenir et de surveiller un épisode grippal particulièrement virulent.....</b>	<b>6</b>
1) Une épidémie grippale de forte intensité prévenue en amont et suivie en continu par une veille épidémiologique active.....	6
2) Une forte intensité liée aux souches circulantes non couvertes par le vaccin utilisé et la faiblesse de la couverture vaccinale.....	9
<b>B. Les établissements de santé et médico-sociaux ont du adapter leur organisation face à l'épidémie de grippe 2014-2015, entraînant le développement de nouveaux outils..</b>	<b>11</b>
1) Une organisation des établissements de santé et médico-sociaux de Bretagne fortement impactée par l'épidémie grippale et les autres pathologies hivernales.....	11
2) Le développement d'outils spécifiques par les établissements de santé et médico-sociaux pour faire face à un afflux de patients.....	13
<b>II. Si la « démarche » ORSAN permettrait de répondre au besoin de coordination accrue souhaité par les acteurs du système de santé, l'activation du dispositif doit cependant être réservée aux situations sanitaires exceptionnelles.....</b>	<b>16</b>
<b>A. Le dispositif ORSAN ne répondrait que partiellement aux attentes de coordination et de territorialisation des acteurs.....</b>	<b>16</b>
1) Des difficultés organisationnelles rencontrées chaque hiver par les acteurs de santé.....	16
2) Une réponse partielle du dispositif ORSAN, encore méconnu par les acteurs de santé.....	18
<b>B. La gestion des épidémies de grippe saisonnière devrait davantage reposer sur des approches structurelles et territorialisées, plutôt que s'inscrire dans le cadre d'un dispositif de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.....</b>	<b>20</b>
1) Un cadre de recherche contraint, permettant néanmoins de faire émerger des pistes d'amélioration.....	20
2) Un dispositif plus adapté aux pandémies grippales, qu'aux épisodes de grippe saisonnière.....	21

<b>Conclusion .....</b>	<b>24</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>26</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>28</b>

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Nous tenons à remercier sincèrement :

- Notre animatrice, Madame le Docteur Judith Mueller, médecin épidémiologiste, professeur à l'EHESP, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et sa réactivité dans le suivi de nos travaux ;
- La Cire, l'ARS de Bretagne et la Préfecture d'Ille-et-Vilaine pour avoir répondu à nos sollicitations et pour leur expertise ;
- Les établissements de santé, les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes ainsi que les professionnels de santé libéraux interrogés pour leur coopération et leur éclairage ;
- L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour la mise à disposition des moyens logistiques et financiers nous permettant de mener à bien ce travail de recherche.

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS : agence régionale de santé  
BEH : bulletin épidémiologique hebdomadaire  
BVS : bulletin de veille sanitaire  
CDC : control disease center  
CH : centre hospitalier  
CHU : centre hospitalier universitaire  
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie  
CépiDc : certification électronique des causes de décès  
Cire : cellule interrégionale d'épidémiologie  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
GHT : groupement hospitalier de territoire  
HET : hôpital en tension  
InVS : institut national de veille sanitaire  
IRA : infection respiratoire aigue  
NRBC : nucléaire, radiologique, biologique et chimique  
Orsan : organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles  
Orsec : organisation de la réponse de sécurité civile  
Oscour : organisation de la surveillance coordonnée des urgences  
RPU : résumé des passages aux urgences  
SSE : situation sanitaire exceptionnelle  
SurSaUD : surveillance sanitaire des urgences et des décès  
TROD : test à orientation diagnostiques  
URPS : union régional des professionnels de santé

## Introduction

Le 19 février 2015, Madame la Ministre de la santé, Marisol Touraine, déclenche au niveau national le dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) afin de faire face à l'épidémie de grippe qui sévit sur le territoire depuis plusieurs semaines<sup>1</sup>. Au cours de ce début d'hiver 2014-2015, déjà deux millions de personnes ont été atteintes par la grippe. L'épidémie, formellement identifiée à la mi-janvier, durera neuf semaines, avec des répercussions sur l'ensemble du système de santé et une surmortalité toute cause qui atteindra 18 000 décès<sup>2</sup>. En Bretagne, l'épidémie dépasse en gravité les épisodes des cinq dernières années<sup>3</sup>.

Selon l'organisation mondiale de la santé, la grippe saisonnière est une infection virale aiguë provoquée par un virus grippal, pouvant prendre différentes formes classées en trois types : A, B et C. Virus multiforme, en constante évolution, la grippe saisonnière peut être prévenue par la vaccination, les vaccins étant élaborés de façon à lutter contre certaines formes connues des types A et B<sup>4</sup>.

En cet hiver 2014-2015, le virus A(H3N1) circule en majorité, mais, ayant muté, il est en partie différent des souches vaccinales. L'épidémie se répand rapidement, aggravée par une couverture vaccinale faible et une virulence exceptionnellement forte chez les personnes les plus fragiles. Or, couplée à des affections saisonnières nombreuses, atteignant des niveaux de gravité variables, l'épidémie impacte rapidement le système de santé dans son ensemble, du secteur libéral aux établissements de santé et médico-sociaux. Ainsi, pour faire face à l'intensité de l'épisode hivernal et permettre la réactivité coordonnée de l'ensemble des acteurs du système de santé, est activé le dispositif ORSAN.

---

<sup>1</sup> Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015, « Marisol Touraine déclenche le plan ORSAN pour faire face à l'épidémie de grippe saisonnière », *Communiqué de presse du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes*, 19 février 2015.

<sup>2</sup> BOURDILLON F., octobre 2015, « La grippe est l'infection épidémique qui tue, chaque année, le plus de personnes en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°32-33.

<sup>3</sup> InVS et ARS Bretagne, novembre 2015, « Bilan de l'épidémie de grippe 2014/2015 en Bretagne », *Bulletin de veille sanitaire*.

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS), mars 2014, « Grippe (Saisonnière) », *Aide-mémoire* [en ligne], n°211, [visité le 13,05,2016], disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/fr/>

Élaboré en 2014, le dispositif ORSAN vise à organiser la réponse du système de santé et le parcours du patient en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE). Le dispositif est composé d'un schéma de planification relatif à l'organisation du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles, appelé schéma ORSAN ; de mesures d'attribution et de gestion des moyens de réponse (tels que les postes sanitaires mobiles) et d'orientations relatives à la formation des professionnels de santé<sup>5</sup>.

Il revient aux agences régionales de santé (ARS) de mettre en place le schéma ORSAN, construit en fonction du plan régional de santé (PRS), et de le faire connaître, notamment en établissant une fiche départementale. Concrètement, l'ARS doit orienter et coordonner la réaction des acteurs de santé (hospitaliers, libéraux, médico-sociaux) en cas de SSE. La coordination prend également forme sur le terrain en étant intégré dans les plans « hôpital en tension » et plans blancs des établissements de santé, ainsi qu'au sein des plans bleus des établissements sociaux et médico-sociaux. Le schéma ORSAN en lui-même est composé de cinq volets permettant de gérer différentes formes de crise, dont un volet « Bio », visant à ralentir la diffusion d'un agent infectieux émergent, et un volet « Epi-VAC » visant à réduire l'impact d'une épidémie particulièrement virulente sur le territoire et organiser la vaccination, si elle existe. C'est ce dernier qui est activé en février 2015.

Le volet « Epi-VAC » organise la réponse à une épidémie sur différents plans. Il consiste tout d'abord en la mobilisation de l'InVS ainsi que des médecins libéraux afin de mettre en place une surveillance sanitaire populationnelle. Celle-ci est conjuguée à une prise en charge médicale des cas les plus courants par les médecins libéraux, dès les premiers symptômes (renforcement de la permanence des soins, mobilisation des équipes pluridisciplinaires de proximité dans le cas de l'organisation d'une campagne de vaccination), coordonnée, après régulation par le SAMU, avec une prise en charge hospitalière recentrée sur les patients présentant des critères de complications, de gravité ou un besoin d'isolement (mise en place de consultations dédiées, identification des services spécialisés, de la réorganisation en

---

<sup>5</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014, *Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*.

fonction du niveau de tension et des conditions préalables à la mobilisation de la réserve sanitaire). Enfin, la filière d'analyse biologique, soumise en cas d'épidémie grippale à un risque d'embolisation, doit être structurée et l'organisation de la prise en charge des prélèvements par les laboratoires d'analyse médicale, notamment hospitaliers, établie.

Connu et diffusé depuis mai 2014, le dispositif ORSAN n'est néanmoins pas encore mis en place de façon homogène sur le territoire. Les ARS disposaient d'un délai de trois ans pour l'établir, mais alors que certaines ont entendu le mettre en place très rapidement, d'autres n'ont pas immédiatement pu s'atteler à sa formalisation, à l'image de celle de Bretagne, sur laquelle se centrera notre étude. Il semble cependant que son activation à plusieurs reprises, notamment à l'été 2014 pour le volet « Bio » et à l'hiver 2015 pour le volet « Epi-VAC », confirme la volonté du ministère d'en faire un outil privilégié pour piloter la réponse du système sanitaire aux situations exceptionnelles auxquelles il peut être soumis, demandant dès lors une réflexion approfondie sur les conditions préalables à son élaboration.

Ainsi, en région Bretagne, si le dispositif n'est pas encore formalisé, sa mobilisation répétée au niveau national a entraîné une volonté de la part de l'ARS de travailler à son développement. A cette fin, sera établi un comité de préparation rassemblant les principaux acteurs concernés par la mise en place du dispositif. Reste que, sur le territoire breton, sont déjà organisées des réponses, plus ou moins coordonnées, aux situations sanitaires exceptionnelles. Prenant la forme de conventions bilatérales, d'organisations informelles ou, justement, des plans « hôpital en tension », blancs et bleus, ces réponses ont été mobilisées lors de l'épisode 2014-2015 de l'épidémie de grippe saisonnière, en dehors néanmoins d'une coordination globale par l'ARS au moyen du dispositif ORSAN.

Il s'agit donc, afin de pouvoir mettre en place de la façon la plus fine et pertinente possible le schéma ORSAN, d'étudier ces dispositifs pré-existants, leur efficacité, leur coordination, ainsi que le rôle de l'ARS dans la coordination des acteurs de santé et les attentes des acteurs eux-mêmes vis-à-vis de l'ARS. Cette démarche nous permettra de comprendre dans quelle mesure, dans le contexte de l'épidémie de grippe 2014-2015, les dispositifs mis en place par les acteurs du système de santé en Bretagne ont permis de répondre de façon efficiente, coordonnée et



pérenne à cet épisode, et comment, dès lors, le dispositif ORSAN permettrait d'améliorer la gestion des épisodes de grippe saisonnière.

A cette fin, nous avons pu constater à partir des résultats de notre enquête, que les dispositifs mobilisés et les initiatives prises par les acteurs de santé en Bretagne ont répondu en partie à l'épidémie de grippe 2014-2015 malgré l'absence de dispositif ORSAN au niveau de la région (I). Néanmoins, les attentes des acteurs montrent qu'il subsiste un besoin de coordination accru entre les professionnels de santé, qui pourrait être facilité dans la démarche ORSAN, même si l'activation du dispositif devrait être réservée aux situations sanitaires exceptionnelles (II).

## Méthodologie

Dans le cadre du module interprofessionnel, un travail de recherche documentaire et des entretiens ont été menés pendant trois semaines par des élèves de quatre filières de l'EHESP.

La phase de recherche documentaire a débuté par la lecture du dossier bibliographique transmis par le docteur Judith MUELLER, médecin épidémiologiste, qui a encadré notre travail, complété par nos propres sources. À la suite de cette première phase de recherche, nous avons élaboré un protocole d'investigation avec des grilles d'entretien en faisant le choix de cibler notre étude sur la région Bretagne. En tant qu'acteur central dans la mise en place du dispositif ORSAN, il nous a paru essentiel de débiter notre travail d'enquête par l'ARS où nous avons rencontré M. Guillaume BRELIVET, chargé de mission au pôle régional de défense sanitaire. Ce premier entretien nous a conduit à redéfinir l'angle d'attaque de notre étude, avec l'accord de notre animatrice. Initialement, la commande consistait à évaluer l'efficacité du dispositif ORSAN (volet EpiVac) en réalisant un bilan de sa mise en œuvre à un an de l'épisode de grippe de 2014-2015 ayant entraîné son déclenchement. Cependant, le dispositif ORSAN étant actuellement en cours d'élaboration au sein de l'ARS Bretagne, il nous a semblé pertinent de réorienter notre étude sur une évaluation des dispositifs et des moyens mobilisés par les acteurs du système de santé en Bretagne lors de cet épisode grippal, et ainsi, déterminer ce que pourrait apporter la formalisation du dispositif ORSAN en région Bretagne.

Nous avons donc réalisé une série d'entretiens semi-directifs<sup>6</sup> avec des professionnels concernés par la question de la grippe : tout d'abord, les acteurs institutionnels du système de surveillance, de veille et d'alerte de la région que sont l'ARS Bretagne, la Cire et la préfecture d'Ille-et-Vilaine, puis des établissements de santé, des EHPAD ainsi que des professionnels de santé libéraux<sup>7</sup>. Chaque entretien a été mené en binôme interprofessionnel et a donné lieu à une restitution à l'ensemble du groupe.

Enfin, nous nous sommes répartis le travail de rédaction et un trinôme a assuré la relecture nécessaire à l'harmonisation du rapport final.

---

<sup>6</sup> Cf. annexe 3.

<sup>7</sup> Cf. annexe 4.

**I. Malgré l'absence de dispositif ORSAN en région Bretagne, des moyens ont été mobilisés et des initiatives ont été prises par les acteurs de santé pour faire face à l'épidémie de grippe 2014-2015.**

Comme chaque année, l'épisode de grippe 2014-2015 a fait l'objet d'une surveillance attentive au niveau régional de la part des autorités sanitaires. Ce suivi épidémiologique a mis en évidence la forte intensité de l'épidémie, aggravée par l'efficacité mitigée du vaccin (A). Face à cette épidémie, les acteurs de santé ont déployé différents dispositifs pour assurer la prise en charge des patients atteints par le virus de la grippe (B).

**A. La veille épidémiologique continue et l'implication d'un ensemble d'acteurs ont permis de prévenir et de surveiller un épisode grippal particulièrement virulent.**

Différents dispositifs de veille épidémiologique permettent de surveiller les caractéristiques, la durée et l'intensité de la saison grippale chaque année. Ces dispositifs reposent sur plusieurs réseaux, à la fois la médecine de ville, le secteur médico-social et les établissements de santé. Ils sont coordonnés par l'ARS, et plus précisément la Direction de la Santé publique, et la Cire, qui constitue l'unité régionale de l'InVS. Lorsque les indicateurs de veille augmentent de façon significative, un certain nombre d'actions peuvent être mises en place pour enrayer la propagation du virus. Cette augmentation peut également conduire à informer la Direction de la sécurité civile au niveau de la Préfecture du département pour activer des plans de crise, à l'image du dispositif ORSEC.

**1) Une épidémie grippale de forte intensité prévenue en amont et suivie en continu par une veille épidémiologique active.**

Sept réseaux sont principalement mobilisés pour offrir un panorama complet de l'évolution de l'épidémie grippale chaque année. Un bulletin de veille sanitaire est diffusé *a posteriori* par l'InVS et l'ARS Bretagne sur la période épidémique de l'année précédente<sup>8</sup>.

En premier lieu, les médecins libéraux contribuent à alimenter ces données épidémiologiques en déclarant le nombre de consultations pour syndrome grippal qu'ils effectuent. Le réseau

<sup>8</sup> InVS et ARS Bretagne, Novembre 2015, « Bilan de l'épidémie de grippe 2014/2015 en Bretagne », *Bulletin de veille sanitaire*.

Sentinelles repose sur 71 médecins adhérents en Bretagne, soit 2,3% des médecins généralistes de la région contre 2,3% au niveau national. De même, six associations SOS Médecins (Brest, Quimper, Lorient, Vannes, Saint Malo et Rennes) transmettent leurs données directement auprès de l'InVS. Ainsi, plus de 140 000 consultations de ville en Bretagne ont été réalisées pour syndrome grippal sur la période épidémique 2014-2015. Néanmoins, ce chiffre est à prendre avec précaution puisque selon l'épidémiologiste de la Cire, avec lequel nous nous sommes entretenus : « *Seuls 15 médecins généralistes du réseau Sentinelles environ déclarent leur nombre de consultations chaque semaine* ».

A ces indicateurs, s'ajoute le nombre de passages aux urgences pour syndrome grippal, recueilli par vingt-trois structures d'urgences hospitalières du réseau Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), qui représentent 82% de l'ensemble des passages aux urgences de la région Bretagne. En effet, l'arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires a rendu obligatoire la transmission quotidienne des résumés de passage aux urgences (RPU) des établissements de santé aux ARS, puis des ARS au niveau national. 830 passages aux urgences ont ainsi été recensés sur la période épidémique 2014-2015, dont 152 ont donné lieu à une hospitalisation (soit 18%). Si ce chiffre peut paraître élevé, l'épidémiologiste de la Cire nuance son importance : « *Les codages « grippe » n'ont représenté que 2% des passages aux urgences au plus fort de l'épidémie de grippe* ». Pour autant, cette minoration du codage peut être due à la difficulté de définir le syndrome grippal comme diagnostic principal lors de l'entrée aux urgences du patient, comme le souligne un cadre de santé du service d'accueil des urgences au Centre hospitalier de Saint Malo : « *Le codage du syndrome grippal à l'arrivée aux urgences n'est pas systématique, car il ne constitue pas toujours le diagnostic principal du séjour. De plus, aucune consigne n'a incité les personnels à mieux coder ce syndrome* ».

A l'échelle des établissements de santé, d'autres services contribuent à alimenter le système de veille épidémiologique. Les laboratoires de virologie du CHRU de Brest et du CHU de Rennes transmettent hebdomadairement le nombre de prélèvements positifs aux virus respiratoires. Il est ainsi apparu que le nombre de prélèvements positifs à la grippe a été 4,8 fois plus important lors de la période épidémique 2014-2015 qu'en 2013-2014. Néanmoins, ce chiffre pourrait en fait être sous-estimé puisque les prélèvements pour suspicion de grippe ne

sont effectués que si le tableau clinique du patient laisse à deviner qu'il souffre d'un syndrome grippal, comme le rappelle le cadre des urgences du Centre hospitalier Saint Malo que nous avons rencontré.

De même, les services de réanimation et de soins intensifs participent au dispositif de surveillance épidémiologique par le signalement systématique de toute admission pour suspicion de grippe. Ils déclarent ainsi toute personne hospitalisée en service de réanimation ou de soins intensifs présentant soit une grippe confirmée biologiquement, soit un tableau clinique de grippe sans autre étiologie identifiée. Lors de la période épidémique 2014-2015, 86 personnes ont été admises en réanimation, contre seulement 36 en 2013-2014 et 34 en 2012-2013. Sur l'ensemble de ces cas, 13 personnes sont décédées, soit une létalité de 15%. 62% des patients décédés avaient plus de 65 ans et la plupart avaient un facteur de risque, ce qui montre un impact important sur les personnes âgées.

Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux font également partie du dispositif de veille, et plus précisément concernant la surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) en collectivités de personnes âgées. Les EHPAD doivent systématiquement signaler à l'ARS Bretagne la survenue de 5 cas groupés d'IRA en moins de 4 jours via une fiche de surveillance mise à leur disposition. Du 1<sup>er</sup> octobre 2014 au 15 avril 2015, 124 épisodes de cas groupés d'IRA en moins de 4 jours ont été signalés. Le nombre de foyers signalés a été 5,3 fois plus élevé qu'en 2013-2014. Ces signalements reposent sur les résultats des prélèvements virologiques, qu'ils soient effectués en laboratoires ou par des tests rapides à orientation diagnostique (TROD). Néanmoins, l'épidémiologiste à la Cire souligne : *« Tous les EHPAD n'ont pas ces TROD car cela a un coût pour l'établissement - il faut compter environ 30 euros pour 10 tests »*. Cette contrainte peut donc en partie fausser le taux de déclarations des IRA en collectivités de personnes âgées, qui pourrait par conséquent être plus élevé.

Enfin, le dernier outil de surveillance repose sur la surveillance de la mortalité globale toutes causes confondues afin de mettre en valeur l'excédent de mortalité lors de l'épisode épidémique. 46 communes bretonnes participent ainsi au dispositif SurSaUD (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), développé dans le but de détecter les menaces pour la santé publique (d'origine infectieuse ou environnementale, naturelle ou malveillante) mais également de suivre et d'évaluer l'impact, sur la santé de la population, d'événements connus et attendus (épidémies saisonnières) ou inattendus (catastrophe industrielle, phénomène

climatique extrême). Les données de mortalité peuvent également être communiquées à travers le dispositif CépiDc (Certification électronique des causes de décès). Néanmoins, CépiDc couvre seulement 7% des décès déclarés par voie électronique et 2% des décès déclarés. L'épidémiologiste à la Cire note ainsi : « *Le taux de déclaration a progressé en Bretagne grâce à l'implication des hôpitaux des armées. Sinon, seuls quelques services utilisent ce dispositif : pédiatrie, néonatal[ologie] à Rennes, maison de retraite de l'hôpital de Guillerts, Douardenez.. C'est plus une initiative des médecins qu'une politique d'établissement* ». Le déploiement du dispositif CépiDc au sein des établissements permettrait de « *mieux répondre aux exigences de la ministre* », en permettant notamment de préciser la gravité de l'épidémie de grippe. Malgré ces points perfectibles, les données de mortalité reflètent l'intensité de l'épisode grippal 2014-2015, puisque sur les neuf semaines d'épidémies en 2015 (semaine 3 à 11) la mortalité toutes causes confondues est supérieure de 13%, soit un excès de 846 décès.

Tous ces indicateurs permettent de dresser un tableau épidémiologique de la saison grippale annuelle. En effet, malgré certaines limites du dispositif de veille, les agents de la Cire considèrent qu'ils disposent d'une information globalement satisfaisante : « *On peut dire si l'épidémie démarre ou pas, si le pic est passé, si l'on est en phase montante ou descendante* ». Ainsi, l'épidémie grippale 2014-2015 a duré neuf semaines au niveau national, du 12 janvier au 15 mars. En Bretagne, l'épidémie a été détectée en semaine 52/2014, soit plus précocement qu'au niveau national. Elle a duré quatorze semaines, avec un pic en semaine 06/2015. Grâce à la surveillance épidémiologique, il est ainsi possible de constater que cette épidémie a été la plus forte en région Bretagne depuis ces cinq dernières années, avec un retentissement particulièrement important chez les personnes âgées<sup>9</sup>.

## 2) Une forte intensité liée aux souches circulantes non couvertes par le vaccin utilisé et la faiblesse de la couverture vaccinale.

L'un des moyens de prévention le plus efficace contre la transmission du virus grippal tient à la vaccination. Le directeur adjoint Veille et sécurité sanitaires à l'ARS Bretagne affirme ainsi : « *La vaccination reste le premier levier de prévention contre la grippe* ». Comme il le rappelle, la prise en charge financière du vaccin contre la grippe est totale pour toutes les

---

<sup>9</sup> InVS et ARS Bretagne, Novembre 2015, « Bilan de l'épidémie de grippe 2014/2015 en Bretagne », *Bulletin de veille sanitaire*.

personnes à risque : personnes de 65 ans et plus, femmes enceintes, personnes souffrant d'obésité ou atteintes de maladies chroniques. L'InVS estime qu'environ 2 500 décès ont été évités chaque année chez les personnes âgées de 65 ans et plus grâce à la vaccination de 2000 à 2009<sup>10</sup>.

Néanmoins, l'impact de la vaccination contre la grippe saisonnière sur la mortalité des personnes âgées en France est modérée : elle permettrait d'éviter seulement 35% des décès. De plus, son efficacité est limitée en raison de la diminution de la couverture vaccinale de la population. Moins de la moitié de la population de 65 ans et plus était vaccinée en 2014, contre 65% en 2000. 500 décès supplémentaires auraient pu être évités par le maintien de la couverture vaccinale au niveau antérieur.

La question de la couverture vaccinale de la population rejoint celle du personnel en établissement. En moyenne, la couverture vaccinale moyenne des résidents d'EHPAD en Bretagne était de 88%, contre seulement 19% du personnel. Une cadre de santé au sein de l'EHPAD Bel Air, situé à Maure de Bretagne, nous a ainsi indiqué que la couverture vaccinale du personnel de l'établissement ne dépassait pas 5% malgré les campagnes de sensibilisation menées par la structure. A cet effet, le directeur adjoint Veille et sécurité sanitaires à l'ARS Bretagne note : « *Les gens voient les risques qu'il y a à se faire vacciner mais ne voient pas les gains pour la communauté* ». C'est pourquoi l'URPS Infirmiers libéraux s'est engagée à déployer une information actualisée et complète envers ses professionnels pour encourager les bonnes pratiques dans le cadre de la prise en charge médicale, quand bien même aucune obligation ne peut être imposée à leur rencontre.

La forte intensité de l'épidémie de grippe en 2014-2015 est également liée à la faible efficacité du vaccin injecté, comme l'a souligné l'épidémiologiste que nous avons rencontré à la Cire. En effet, selon une étude sur 2321 patients du *Center Disease Control* paru le 15 janvier 2015 (Brendan Flannery et coll.), le vaccin contre la grippe proposé pour la saison 2014-2015 ne diminuerait que de 23 % le risque de survenue d'une grippe chez les personnes vaccinées, quelque soit leur âge. En d'autres termes, le risque d'attraper une grippe est diminué de 23 %, alors qu'il était diminué de moitié ces dernières années. Une explication est fournie par l'InVS<sup>11</sup> : « *La gravité de cette dernière épidémie a été liée en partie à la baisse de la couverture vaccinale, mais surtout à la circulation importante de virus grippaux*

---

<sup>10</sup> Équipes de surveillance de la grippe, 13 oct. 2015, « Surveillance de la grippe en France métropolitaine. Saison 2014-2015 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°32-33, p.593.

*A(H3N2), dont une fraction non négligeable de variants antigéniques était partiellement couverte par le vaccin ».* En effet, une majorité de virus grippaux de sous-type A(H3N2) a circulé, dont une partie étaient différents des souches vaccinales.

La faible couverture vaccinale et la faible efficacité du vaccin en 2014-2015 ont contribué à augmenter l'afflux de patients vers les structures hospitalières. Les établissements de santé et médico-sociaux ont ainsi du adapter leurs organisations face à cette épidémie de forte intensité.

### **B. Les établissements de santé et médico-sociaux ont du adapter leur organisation face à l'épidémie de grippe 2014-2015, entraînant le développement de nouveaux outils.**

Comme chaque année en période hivernale, les établissements de santé de Bretagne ont dû faire face à un afflux important de patients du fait de l'épidémie de grippe, tout en assurant la prise en charge et la continuité des soins des autres patients. En effet, la grippe est à l'origine d'une augmentation du nombre de passages aux urgences et des hospitalisations, notamment en réanimation pour les cas les plus graves. L'épidémie de grippe a aussi perturbé l'organisation des établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées à risque de complications graves. La prise en charge de patients contagieux nécessite de prendre des précautions particulières qui accroissent la charge de travail du personnel médical et soignant. Face à cette situation, les établissements de santé et médico-sociaux de Bretagne ont mobilisé leurs outils existants et engagé un travail nouveau autour des tensions hospitalières.

#### **1) Une organisation des établissements de santé et médico-sociaux de Bretagne fortement impactée par l'épidémie grippale et les autres pathologies hivernales.**

La plupart des représentants des établissements que nous avons rencontrés ont le sentiment que l'intensité de l'épidémie de grippe 2014-2015 n'a pas été plus forte que lors des années précédentes. Pourtant, comme nous l'avons mis en évidence précédemment, l'épidémie de grippe à l'échelle de la région Bretagne a été la plus grave des cinq dernières années. Cela peut notamment s'expliquer par la complexité à distinguer ce qui relève de la grippe de ce qui

<sup>11</sup> InVS, 13 oct. 2015, « Grippe 2014-2015 : une épidémie de forte intensité », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°32-33.



relève d'autres pathologies hivernales. Comme le souligne un cadre du service des urgences du centre hospitalier de Saint-Malo, « *Quand un patient se présente aux urgences, et même s'il a les symptômes de la grippe, on n'a pas le temps de lui faire une analyse qui confirme qu'il s'agit bien d'une grippe* ». Il est donc difficile pour les établissements de santé et médico-sociaux d'évaluer l'impact *stricto sensu* de la grippe sur leurs organisations.

En revanche, les acteurs rencontrés sont d'accord sur le fait que l'épidémie de grippe saisonnière, ainsi que les autres pathologies hivernales, créent des situations de tension au sein des hôpitaux. Les résultats de l'enquête « Ressenti aux urgences », confirment ce constat. Un médecin résume la situation ainsi : « *C'était sans aucun doute pire cet hiver que celui de l'an dernier qui était déjà plus difficile que celui d'avant. Le point positif c'est que cet hiver était probablement plus facile que ne le sera le prochain* »<sup>12</sup>. Cette enquête a été réalisée par le réseau Bretagne Urgences auprès de l'ensemble des médecins urgentistes de la région. 86 professionnels ont répondu grâce à un formulaire en ligne. Ils sont 86% à avoir ressenti l'hiver 2014-2015 comme particulièrement difficile. « *Trop de patients en attente d'un lit* », « *trouver un lit de médecine* », « *trop de patients simultanément* » et « *trouver un lit de réanimation* » sont les quatre principales difficultés qui ont été citées dans le cadre de cette enquête. Les hôpitaux de taille moyenne qui disposent d'un service d'urgence sont les premiers à être concernés.

Les acteurs rencontrés sont satisfaits des informations dont ils disposent sur le suivi de l'épidémie de grippe en Bretagne. Grâce au dispositif de veille et de surveillance sanitaire, ils ont pu agir rapidement afin de prévenir et limiter les situations de tension. Ainsi, les EHPAD ont eu recours à plusieurs mesures: rappel et application des principes d'hygiène des mains et d'utilisation des produits hydro-alcooliques, port de gants et de protections respiratoires par les personnels de santé, mesures d'isolement, restriction des visites, report des entrées de nouveaux résidents, entre autres<sup>13</sup>. Des mesures de ce type ont été prises également dans les centres hospitaliers. A titre d'exemple, le service en médecine pédiatrique du CHU de Rennes a demandé aux familles de ne pas venir à l'hôpital avec des enfants non malades.

En terme d'organisation, les hôpitaux ont pris des mesures spécifiques pour gérer l'afflux de patients. Ils ont pu augmenter les capacités de prise en charge dans différents services. Le

---

<sup>12</sup> Réseau Bretagne Urgences, 2015, « Enquête : Ressenti aux urgences pour la période hivernale 2014-2015 ».

<sup>13</sup> Direction générale de la Santé, octobre 2008, *Conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées*.

CHU de Rennes a, par exemple, ouvert une unité provisoire d'accueil des patients (UPAP) durant la saison hivernale. Cette unité supplémentaire d'aval des urgences a pu accueillir jusqu'à 22 patients.

Certains hôpitaux ont mené un travail autour des sorties des patients mais ils se sont heurtés à la saturation des services d'aval. Malgré ces efforts, des établissements ont dû déprogrammer une partie de l'activité ce qui a entraîné une perte de recettes. A l'inverse dans d'autres établissements, aucune intervention programmée n'a du être annulée.

## 2) Le développement d'outils spécifiques par les établissements de santé et médico-sociaux pour faire face à un afflux de patients.

Depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, tout établissement de santé, qu'il soit public ou privé, est dans l'obligation d'élaborer un plan blanc lui « *permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle* ». Ce plan blanc doit assurer le bon fonctionnement des services par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles en fonction des besoins. Il est déclenché par le directeur d'établissement qui en informe le représentant de l'état. Tous les professionnels de l'établissement (administratifs, médecins, soignants, personnels techniques) sont impliqués dans la mise en œuvre de cet outil concret de gestion de crise.

Le décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 impose aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées d'intégrer dans le projet d'établissement un plan bleu détaillant la réponse en cas de crise sanitaire ou climatique. Ce plan bleu identifie un responsable en situation de crise. Il comporte un protocole sur les modalités d'organisation de l'établissement en cas de déclenchement du plan d'alerte et une convention avec un établissement de santé proche définissant les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transfert lorsque l'hospitalisation est indispensable.

Ces deux dispositifs ont été peu mobilisés par les établissements de santé et médico-sociaux de Bretagne au cours de l'épidémie de grippe 2014-2015. En effet, ce sont des dispositifs lourds dont le coût organisationnel, humain et financier est important pour les établissements.

Ainsi, les établissements de santé préfèrent réserver le plan blanc aux circonstances de catastrophes ou aux situations sanitaires exceptionnelles pour lesquelles les capacités de réponses immédiates ne sont pas suffisantes. La frontière peut néanmoins être tenue. En effet, certaines situations de tensions hospitalières liées aux pathologies hivernales peuvent parfois être considérées comme des situations sanitaires exceptionnelles dès lors qu'il y a une grave inadéquation entre les moyens disponibles et les besoins immédiats d'hospitalisations non programmées. Un cadre de santé du service des urgences du centre hospitalier de Saint-Malo nous l'a expliqué « *Nous n'avons pas déclenché le plan blanc mais nous aurions pu car à une période nous remplissions les critères* ».

Des établissements de santé ont préféré élaborer des dispositifs « Hôpital en tension » pour faire face aux situations critiques de prise en charge des urgences hospitalières, sans pour autant être amenés à déclencher le plan blanc. En Bretagne, le centre hospitalier de Saint-Malo fait partie des premiers établissements de la région à s'être engagé dans cette démarche. L'établissement a défini plusieurs niveaux de tension des lits, des orientations et des actions correspondantes. Des indicateurs issus de l'activité des urgences et de l'activité d'hospitalisation permettent de déterminer le niveau de tension hebdomadaire. Le niveau 1 correspond à une situation d'indisponibilité des lits dans la filière de prise en charge, le niveau 2 à une saturation des lits sur l'ensemble de la filière médecine, le niveau 3 à une saturation des lits dans les services de médecine et de chirurgie, le niveau 4 à une saturation des capacités sur le territoire sur une durée importante et le niveau 5 à une saturation des capacités sur le territoire et le département. Le centre hospitalier de Saint-Malo est habituellement en niveau 3 mais le niveau 4 a été activé lors de l'épidémie de grippe 2014-2015. Dans ce cas, les actions mises en place en complément des lits supplémentaires ont été orientées autour du report d'une partie de l'activité programmée et de la mise en place d'un service temporaire d'hospitalisation.

Au niveau national, la fédération des observatoires régionaux d'urgence (FEDORU) a travaillé sur le problème « Hôpital en tension ». Un guide de recommandations a été élaboré sur la base des différentes actions mises en place par certains établissements de santé. La FEDORU définit la tension hospitalière comme « *une situation de déficit inhabituel et ponctuel des moyens disponibles (personnels et lits) par rapport aux besoins d'hospitalisations non programmées* »<sup>14</sup>. En septembre 2015, le réseau Bretagne Urgences a

---

<sup>14</sup> Groupe de travail FEDORU, octobre 2014, « Recommandations FEDORU : Hôpital en tension, Synthèse FEDORU », V01 – 10/2014.

décidé d'engager un projet « Hôpital en tension » à l'échelle de la région suite aux épisodes de tensions hospitalières liés à l'épidémie de grippe 2014-2015. L'enquête de ressenti menée dans les services d'urgences et les SAMU de Bretagne au printemps 2015 a confirmé le besoin d'accompagnement des établissements dans la gestion des épisodes de tension. En effet, l'épidémie grippale 2014-2015 a conduit les établissements de la région à s'interroger sur la capacité et la perfectibilité des dispositifs existants pour répondre aux épisodes de tension. Cette démarche s'inscrit également dans un contexte plus global avec le vieillissement de la population, la restructuration de l'offre de soins hospitalière et le virage ambulatoire.

Un groupe régional a donc été créé pour réfléchir à l'élaboration d'un plan d'établissement commun régional type. Ce groupe a réuni des directeurs, des médecins, des cadres des urgences mais aussi des gestionnaires de lits. Tous les établissements étaient invités à y participer. Au total, 20 établissements du GCS Réseau Bretagne Urgences ont pris part à ce groupe de travail. Le plan régional « Hôpital en Tension » a été restitué en avril 2016. Celui-ci s'appuie sur cinq types d'indicateurs qui permettent d'anticiper, de détecter et de suivre l'évolution des situations de tension : les indicateurs « amont », les indicateurs « urgence », les indicateurs « hospitalisation à part des urgences », les indicateurs « disponibilité des lits d'aval des urgences » et les indicateurs « d'aval des services de court séjour ». Il est prévu qu'une cellule de veille permanente au sein de l'établissement soit en charge du suivi de ces indicateurs. Seul le directeur d'établissement ou son représentant peut déclencher un plan « Hôpital en tension ». Le but du dispositif est d'impacter le moins possible l'activité programmée de l'établissement.

Le plan régional pour la région Bretagne comprend quatre tableaux d'actions validés correspondant aux quatre niveaux du plan, à savoir un tableau HET prévention, un tableau HET réactif précoce, un tableau HET réactif intermédiaire et un tableau HET pré plan blanc. Plusieurs actions ont été identifiées par le groupe régional de travail : la création d'une unité post-urgences, la mise en place de sorties et d'admissions matinales ainsi qu'un salon de sortie, la remise en état accélérée des chambres libérées, l'adaptation de la programmation les vendredi, samedi, et jours fériés, la détection des patients bloquants et des journées d'hospitalisation inutiles, l'adaptation prévisionnelle des effectifs.

Les établissements élaborent désormais leur propre plan d'établissement sur la base de ce plan régional. L'Agence régionale de santé incite d'ailleurs les établissements à s'engager dans

cette voie. Malgré la forte intensité de l'épisode grippal 2014-2015, les acteurs de santé ont été en mesure de faire face à cette épidémie sans forcément avoir recours aux dispositifs réservés aux situations de crise exceptionnelle. Les établissements de santé bretons ont décidé d'engager un travail autour des tensions hospitalières afin d'apporter des réponses plus structurelles à l'afflux massif de patients en période hivernale. Néanmoins, nous avons pu constater qu'ils se heurtent à des difficultés récurrentes qui nécessitent de réfléchir à des pistes d'amélioration.

**II. Si la « démarche » ORSAN permettrait de répondre au besoin de coordination accrue souhaité par les acteurs du système de santé, l'activation du dispositif doit cependant être réservée aux situations sanitaires exceptionnelles.**

En Bretagne, l'épidémie de grippe 2014-2015 laisse transparaître une insuffisante coordination entre les différents secteurs ambulatoire, sanitaire et médico-social, laquelle a pu mettre les professionnels de santé en difficulté. Ces derniers attendent d'une coordination accrue qu'elle puisse corriger ces dysfonctionnements, améliorer les échanges entre professionnels et mieux définir les rôles de chacun en cas de situation sanitaire exceptionnelle (A). Bien que le cadre de notre recherche soit limité dans l'espace et le temps, l'analyse de ces difficultés permet de formuler un certain nombre de recommandations (B).

**A. Le dispositif ORSAN ne répondrait que partiellement aux attentes de coordination et de territorialisation des acteurs.**

Si les établissements ont réussi à gérer l'épisode grippal 2014-2015, les acteurs de santé interrogés mettent en lumière la persistance d'un certain nombre d'insuffisances. Pour autant, la mise en place du dispositif ORSAN en Bretagne ne semble pas répondre à l'ensemble de ces difficultés.

**1) Des difficultés organisationnelles rencontrées chaque hiver par les acteurs de santé.**

Au cours des entretiens réalisés, les professionnels de santé ont pu souligner les difficultés rencontrées par leurs établissements pour réagir à l'épisode épidémique 2014-2015.

L'une des remarques récurrentes tient au manque de moyens matériels dont disposent les établissements sanitaires et médico-sociaux pour faire face de façon optimale à une situation épidémique. A titre d'exemple, le Centre hospitalier de Quintin a rencontré des difficultés pour s'approvisionner en tests de dépistage grippaux (dits « tests rapides d'orientation diagnostique » ou « TROD »). L'établissement était dans l'impossibilité de commander directement des TROD auprès de ses fournisseurs. Lors de l'épisode grippal 2014-2015, le Centre hospitalier de Quintin s'est donc approvisionné directement auprès de la pharmacie du Centre hospitalier de Saint-Brieuc qui bénéficiait d'un autre circuit de commande.

A ce manque de moyens matériels, s'ajoute la problématique de la mobilisation du personnel. En effet, l'absentéisme est généralement plus élevé lors de la période hivernale, en raison des pathologies hivernales, de la garde imprévue d'enfant malade ou encore des accidents de sports d'hiver. Par ailleurs, comme le souligne des cadres du Centre hospitalier de Saint Malo, il est difficile de recruter ou remplacer les absents à cette période car peu d'infirmiers recherchent un poste (les promotions ayant été diplômées six mois plus tôt) et les intérimaires sont peu nombreux à être disponibles. Dès lors, les centres hospitaliers de taille moyenne se trouvent généralement en situation de sous-effectif face à une activité accrue et ne sont pas toujours en capacité d'ouvrir une unité d'hospitalisation temporaire.

Au-delà des insuffisances de ressources matérielles et humaines, les professionnels de santé déplorent également le manque de réactivité et la rigidité des dispositifs de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, à la fois lors de leur déclenchement et leur désactivation. Ainsi, le Centre hospitalier de Saint-Malo a activé en 2012 le niveau 3 du dispositif « Hôpital en tension », sans jamais le désactiver depuis. Cette situation entrave l'efficacité du dispositif car le niveau déclenché est décorrélé de la fluctuation d'activité réelle de l'hôpital. Par ailleurs, les professionnels interrogés soulignent une mise en œuvre tardive des dispositifs de gestion de crise par la tutelle. A titre d'exemple, la directrice de la qualité et des relations avec les usagers du CHU de Rennes regrette ainsi que les plans et recommandations émergent souvent, *a posteriori* de la crise quand l'établissement a déjà fait face à l'afflux des patients. Le déclenchement du plan ORSAN mi-février au niveau national a en effet eu lieu quelques jours avant la fin de l'épidémie.

Enfin, l'une des attentes partagées par le plus grand nombre d'acteurs tient au souhait de disposer de moyens de communication adéquats pour améliorer la qualité et la fluidité de la transmission d'information. L'Union Régionale de Professionnels de Santé Médecins libéraux

de Bretagne insiste sur l'importance d'avoir « *des informations fiables et en temps utiles* » de la part de la tutelle - par exemple, être informés lorsque le seuil épidémique est atteint. De plus, en ce qui concerne la gestion pratique du parcours des patients, les médecins libéraux veillent à diriger un patient vers le service des urgences seulement lorsque cela s'avère nécessaire. Pour l'URPS Infirmiers libéraux de Bretagne, la qualité de la communication est le gage de la réactivité du système de santé et de sa faculté d'adaptation. Ils souhaiteraient notamment pouvoir accéder aux coordonnées actualisées des professionnels du territoire afin de pouvoir mobiliser efficacement ces derniers, notamment en situation sanitaire exceptionnelle. Ces informations sont à disposition de la CPAM qui ne peut les communiquer pour des raisons de confidentialité. L'URPS a donc fait appel à un prestataire extérieur pour recueillir, partiellement, les coordonnées des professionnels de santé. En outre, les vecteurs de communication devraient également être adaptés aux modalités propres de communication des professionnels. En effet, les infirmiers libéraux utilisent beaucoup plus leur téléphone portable que leur adresse de messagerie pour échanger les informations. De ce fait, une alerte par SMS connaît un taux d'ouverture de 100% contre 30% pour une alerte par mail.

Concernant les établissements, ces derniers n'ont pas relevé de problèmes de communication particuliers. Le CHU de Rennes souligne néanmoins que les éventuels manques de communication pourront être corrigés grâce à la mise en place des GHT. Cela leur permettra de faire un bilan des capacités de chaque établissement et de mener une réflexion sur le parcours patient, notamment en situation de crise.

## 2) Une réponse partielle du dispositif ORSAN, encore méconnu par les acteurs de santé.

Tous les acteurs de santé de la région Bretagne n'ont pas accueilli de la même façon le déclenchement du plan ORSAN le 19 février 2015. La volonté ministérielle, telle qu'exprimée dans le communiqué, était à la fois d'encourager la déclinaison régionale du dispositif, la mobilisation du secteur libéral et de l'ensemble des établissements.

Néanmoins, nombre de nos interlocuteurs semblent ignorer les finalités précises, ainsi que les modalités d'application, du dispositif ORSAN. Au Centre hospitalier de Saint Malo, les cadres avec lesquels nous nous sommes entretenus ignoraient l'existence de ce dispositif. De même, le Président de l'URPS Infirmiers libéraux nous a fait part de sa méconnaissance totale du dispositif, avant que nous ne sollicitions auprès de lui un entretien à ce sujet.

Du côté de l'URPS Médecins libéraux, la condition de réussite d'un tel dispositif tient au fait que son élaboration « *se fasse par le bas* ». Selon son Président, une démarche de planification de la médecine ambulatoire dans un dispositif tel qu'ORSAN ne peut pas s'opérer à partir de l'ARS ou du ministère. Les médecins libéraux doutent de la capacité de ces instances à saisir finement la réalité des territoires sur lesquels exercent les professionnels de santé. C'est la raison pour laquelle le secteur ambulatoire souhaite être directement associé à l'élaboration du plan. L'URPS Médecins libéraux ne conçoit pas de s'impliquer dans un tel dispositif s'il ne prend pas suffisamment en compte les particularismes de chaque territoire et de leurs populations. A ce sujet, le Professeur chef du service d'hygiène hospitalière au CHU de Rennes, précise qu'en terme de collaboration ville-hôpital le système « *en est juste au frémissement des démarches territoriales* ». Selon lui, si le pivot de la gestion d'une épidémie de grippe reste l'organisation hospitalière, l'association des représentants des URPS et des établissements médico-sociaux peut en améliorer la gestion.

L'ARS et la Cire envisagent le dispositif ORSAN comme une opportunité pour encourager ce rapprochement entre professionnels de santé et favoriser le décloisonnement entre les secteurs. La planification permettrait ainsi aux acteurs de réfléchir à des problématiques pluridisciplinaires et de définir les compétences à mobiliser pour répondre à une problématique de santé : « *La planification force les différents partenaires à se poser les questions ensemble, à s'asseoir et créer du lien* ». Le directeur adjoint Veille et sécurité sanitaires à l'ARS Bretagne précise à ce sujet : « *Le dispositif ORSAN peut permettre que les gens se connaissent mieux [...] On se rendrait compte que l'on a une problématique commune : la prise en charge du patient. Chaque organisation a sa propre stratégie mais on doit faire en sorte de favoriser le liant dans le parcours du patient* ». L'idéal serait pour lui que « *Les trois composantes de l'offre de soins se mettent en ordre de marche par rapport aux épidémies* », le rôle de l'ARS étant alors de les « *mettre autour d'une table* ».

Ainsi, le dispositif ORSAN semble pouvoir répondre au souhait d'une coopération accrue entre les acteurs du système de santé. Néanmoins, la réponse sanitaire aux épisodes grippaux s'inscrit dans le cadre du fonctionnement normal du système de santé et ne nécessite pas forcément le déclenchement d'un plan de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.



**B. La gestion des épidémies de grippe saisonnière devrait davantage reposer sur des approches structurelles et territorialisées, plutôt que s’inscrire dans le cadre d’un dispositif de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.**

En alliant une surveillance sanitaire, une forte réactivité des établissements et la mobilisation des professionnels libéraux, les acteurs de santé bretons ont réussi à faire face en partie à l'épisode hivernal 2014-2015. Cependant, il semble qu'aujourd'hui les acteurs aient atteint les limites de leur potentiel individuel, nourrissant plutôt une volonté de coordination de leurs initiatives, à l'image de la démarche sur l'élaboration du plan « HET ». Dès lors, il est possible d'entrevoir des pistes de réflexion qui pourront permettre d'engager un travail pour mieux structurer la réponse aux futures épidémies de grippe.

**1) Un cadre de recherche contraint, permettant néanmoins de faire émerger des pistes d'amélioration.**

L'étude a été réalisée dans un cadre contraint, qui mène à nuancer les résultats obtenus. Le temps limité durant lequel ont été effectuées les recherches n'a pas permis de mener un inventaire exhaustif des réponses mises en œuvre par les établissements sanitaires et médico-sociaux sur l'ensemble du territoire breton. En effet, les impératifs de nos interlocuteurs potentiels, ainsi que le nombre d'acteurs impliqués dans la gestion de l'épidémie de grippe nous ont conduit à sélectionner des acteurs issus des différents domaines concernés (administration d'État, hospitalière et milieu libéral) en présumant de leur représentativité. Le choix a été fait de nous concentrer plus particulièrement sur des établissements de l'Ille-et-Vilaine, en étant attentifs à varier les établissements selon leur taille ainsi que les caractéristiques de leur patientèle.

Néanmoins, quand bien même les expériences recueillies en établissement sont le miroir d'une situation particulière, les acteurs étatiques et libéraux disposent d'une vision structurée sur l'ensemble de la Bretagne, qui a confirmé l'inscription des attentes individuelles des établissements dans un constat partagé par l'ensemble des acteurs du système de santé.

Il est donc possible, à partir des témoignages convergents des responsables des établissements visités, d'établir des recommandations qui pourront apporter de la cohérence dans l'organisation de la gestion d'une épidémie grippale au niveau régional.

2) Un dispositif plus adapté aux pandémies grippales, qu'aux épisodes de grippe saisonnière.

Le dispositif ORSAN, de par son caractère global, est reconnu comme un outil de gestion de crise très efficace par les acteurs, en ce qu'il permet de faire face aux situations sanitaires exceptionnelles - par définition imprévisibles. Nos interlocuteurs ont rappelé l'intérêt de ce dispositif dans le cas de risques particulièrement sensibles, comme les menaces terroristes, les catastrophes naturelles ou les accidents NRBC. Ainsi, dans le cas d'épidémies, le dispositif ORSAN apparaît pertinent pour faire face à une pandémie grippale, comme cela a été le cas en 2009 pour le virus H5N1. Le lien entre les différents volets du plan ORSAN ainsi que la capacité d'extension du dispositif en terme de ressources ou de zonage sont autant d'atouts pour les acteurs du système de santé.

Cependant, le caractère exceptionnel des situations auxquelles le dispositif ORSAN répond ne permet pas aisément son application dans le cas de gripes saisonnières, dont l'impact et la fréquence restent relativement prévisibles. Ainsi, pour les professionnels du CHU de Rennes, le plan ORSAN ne constitue pas un outil adapté à la prise en charge de la grippe saisonnière, pour laquelle le plan « Hôpital en tension » suffit à répondre à l'afflux de patients liés aux affections saisonnières. En effet, ce dispositif vise à réguler les capacités hospitalières en fonction de la variation d'activité, laquelle peut être accrue en période hivernale. Dès lors, la plus valu apportée par la mise en œuvre d'un schéma ORSAN ne leur semble pas évidente à l'exception des situations sanitaires exceptionnelles, dont la grippe saisonnière ne fait pas partie. Effectivement, l'épidémie de grippe étant une maladie « *chronique annoncée* », selon le Chef du service d'hygiène hospitalière du CHU de Rennes, sa prise en charge devrait selon lui faire partie du mode de fonctionnement routinier de l'hôpital. Le directeur des soins du CHU l'affirme : « *La notion de crise ne vaut qu'à partir du moment où vous n'êtes pas organisé* ».

Ainsi, il est possible de formuler des recommandations pouvant s'inscrire dans la démarche ORSAN afin d'accroître la coordination entre les acteurs du système de santé pour améliorer la réponse aux épidémies de grippe saisonnière :

**1<sup>ère</sup> recommandation : une coordination accrue de tous les acteurs du système de santé.**

La coordination vise à mobiliser l'ensemble des ressources du territoire autour du parcours de l'utilisateur en mobilisant de manière proportionnée les professionnels et les institutions. L'ARS pourrait renforcer cette coordination, en impulsant une réflexion avec les acteurs du système

de santé des territoires, pour décroquer et mieux articuler les secteurs ambulatoire, sanitaire et médico-social. Par exemple, le schéma d'identification de routages de patients impliquant les services d'urgences, de SAMU/SMUR établi par le CHU de Rennes et les établissements Saint Grégoire et Cesson-Sevigné, coordonné par l'ARS de Bretagne, est un modèle apprécié des professionnels. Une attention particulière pourra être portée sur les publics particulièrement touchés lors de l'épisode de 2014-2015, notamment les personnes âgées – en incluant notamment les EHPAD dans la réflexion.

**2<sup>ème</sup> recommandation : une vision globale de l'épidémie dans le temps (prévention et surveillance, réaction, évaluation).**

Le système de surveillance de la grippe, reposant sur la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires (CVGAS, Cire Ouest, et un numéro unique de réception des signaux à l'ARS), permet de détecter rapidement et de suivre l'épisode de grippe saisonnier. Son développement est cependant mis en difficulté par des contraintes financières (exemple de l'indisponibilité des TROD en EHPAD), mais également techniques et organisationnelles. C'est le cas par exemple pour le codage du syndrome grippal, qui gagnerait à être précisé et systématisé. La généralisation de la certification électronique des décès permettrait également d'améliorer la remontée d'informations.

Renforcer la prévention en améliorant la couverture vaccinale est également primordial. Pourtant, certaines réticences persistent. La définition d'un schéma régional de vaccination, favorisant la vaccination sur les lieux de vie (notamment au moyen d'équipes mobiles de vaccination), pourrait permettre d'augmenter le taux de couverture vaccinale des populations cibles. Cette action aurait sa place dans le cadre du programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017<sup>15</sup>, en coopération avec les collectivités locales et les associations (CLIC). S'agissant des professionnels de santé, un rapprochement avec le CCLIN-ARLIN Ouest est envisageable. Ce dernier a en effet engagé des actions de suivi de la couverture vaccinale des professionnels de santé, notamment bretons<sup>16</sup>. Elles prennent notamment la forme du déploiement du carnet de vaccination électronique en lien avec le programme PROPIAS<sup>17</sup>, dans un premier temps limité aux professionnels exerçant en EHPAD

---

<sup>15</sup> Direction générale de la Santé, *Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012 – 2017*.

<sup>16</sup> Bulletin Cclin-Arlin n°2- mars 2016, disponible sur internet : <http://www.cclin-arlin.fr/bulletin/2016/02/02-actuouest/02-aupee.pdf>

<sup>17</sup> INSTRUCTION N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias).

mais pouvant être élargi à l'hôpital, voire au secteur libéral. L'évaluation des actions mises en œuvre permettra d'améliorer le pilotage de la politique régionale. Il s'agira de définir des indicateurs de suivi ainsi que le calendrier de mise en œuvre des actions de cette politique, qui devront être régulièrement actualisés.

Au-delà de la coordination accrue entre les professionnels de santé, la gestion des épisodes de grippe saisonnière devrait prendre davantage en compte les spécificités de chaque territoire.

**3<sup>ème</sup> recommandation : la nécessaire territorialisation de la réponse sanitaire et médico-sociale à un épisode grippal.**

L'enjeu est de mieux adapter la réponse du système de santé en fonction de l'offre de soins – celle-ci étant variable d'un territoire à l'autre. En Bretagne, l'ARS a défini huit territoires de santé, organisés autour des besoins d'un bassin de population, d'une gradation de l'offre de soins et des plateaux techniques et de la mise en œuvre de filières territoriales de santé<sup>18</sup>. La mise en place des GHT dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé s'inscrit dans cette démarche de territorialisation. Les GHT permettent d'engager une réflexion sur la coordination et le parcours patient, en organisant en amont une réponse adaptée à la carence des lits d'aval et aux situations de tensions hospitalières en période hivernale.

Par ailleurs, le développement d'Hôpital en tension solidaire, appliqué dans d'autres régions, permettrait de répondre au besoin de territorialisation de la réponse sanitaire et médico-sociale. Ce dispositif permet aux ARS de demander à un directeur d'établissement de déclencher son plan « Hôpital en tension », par solidarité avec un établissement proche en situation de difficulté. L'ARS pourrait également demander aux EHPAD de limiter, dans la mesure du possible, les hospitalisations évitables. Dans cette perspective, la mise en place d'équipes mobiles infirmières, actuellement en réflexion, serait souhaitable pour fluidifier le parcours et l'orientation du patient.

---

<sup>18</sup> Le concept de territoire de santé a été créé par l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui l'a érigé en véritable périmètre d'accès aux soins. Cette notion a été reprise par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009.

## Conclusion

Depuis 2009 et l'épisode de la grippe H1N1, des efforts significatifs ont été consentis pour développer un système de surveillance et d'alerte d'une épidémie grippale, apportant désormais une expertise nécessaire aux décideurs politiques. Au moyen du plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale » en 2011, puis du guide méthodologie « aide à l'organisation de l'offre de soins en situations exceptionnelles » en 2014, le système a été modernisé.

Le dispositif ORSAN, notamment « Epi-VAC », formalise ainsi une meilleure coordination régionale des dispositifs existants dans les trois secteurs sanitaires (ambulatoire, hospitalier et médico-social). Il organise et adapte les soins au niveau régional afin de prendre toutes les mesures nécessaires pour que les personnes malades puissent bénéficier des soins appropriés. Si cela permet effectivement de répondre au besoin de coordination qui a pu émerger lors de l'épisode de grippe 2014-2015, le dispositif ORSAN n'a néanmoins vocation à être activé dans sa totalité et dans sa dimension strictement opérationnelle que de manière exceptionnelle.

Aujourd'hui, la surveillance des risques d'épidémie grippale connus devient de plus en plus précise, et se développent dans le même temps de nouvelles formes de surveillance pour les risques émergents (mutations des virus grippaux H1N1, H3N2). Par conséquent, l'alerte devient plus efficace car mieux anticipée. Cependant, le système reste morcelé et paradoxalement trop centralisé. La multiplicité des acteurs a tendance à nuire à la qualité du circuit de l'information.

Aussi pour améliorer le système, plusieurs pistes sont envisageables tant sur le plan organisationnel que technique. Une meilleure coordination de tous les échelons passe par une revalorisation du niveau territorial et local. La mise en place récente des GHT pourrait être une opportunité afin de fluidifier l'information et offrir une meilleure coordination des soins et des flux des patients souffrant de la grippe saisonnière. Enfin, les acteurs médicaux et paramédicaux libéraux ainsi que les structures médico-sociales devront être d'avantage informés et impliqués dans le dispositif.

Comme l'indique Patrick Lagadec, en 2003 : « *À partir d'un événement en apparence insignifiant, un processus s'enclenche et, soudain, à la surprise de beaucoup, c'est la montée aux extrêmes : l'incertitude, qu'on croyait autrefois pouvoir estimer, fait place à l'ignorance ;*

*la gravité, qu'on pensait maîtriser, échappe à toute prévision [...] Il ne s'agit pas de prévoir l'imprévisible, mais de s'entraîner à lui faire face »* <sup>19</sup>. S'il est nécessaire de dresser un constat, l'amélioration de la gestion des épidémies de gripes sur le territoire breton doit passer par une réflexion inclusive. L'ARS apparaît comme l'échelon privilégié pour favoriser la bonne cohérence et la coordination des différents acteurs médicaux, paramédicaux hospitaliers ou libéraux.

Ce soutien de l'ARS à des actions émanant du terrain, permettra de mettre en œuvre une aide concrète, et de prévoir un dispositif ORSAN, dans son volet « Epi-VAC », structuré et efficace, suivant un principe de montée en charge de l'organisation sanitaire, pouvant être adapté à la réalité de l'épisode de tension, fut-il chronique ou exceptionnel, vécu par les acteurs de terrain.

---

<sup>19</sup> P. LAGADEC, octobre 2003, « Faire face à l'imprévisible », *La recherche*, Hors-série n°13 – Petits et grands nombres - p. 66-69.

---

## Bibliographie

---

### Articles

BOURDILLON F., 13 octobre 2015, « La grippe est l'infection épidémique qui tue, chaque année, le plus de personnes en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°32-33.

Équipes de surveillance de la grippe, 13 octobre 2015, « Surveillance de la grippe en France métropolitaine. Saison 2014-2015 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°32-33, p.593.

HUBERT B., 13 octobre 2015, « La surveillance des épidémies de grippe à un niveau régional. Exemple de l'épidémie de l'hiver 2014-2015 dans les Pays de la Loire, France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°32-33.

INVS et ARS BRETAGNE, novembre 2015, « Bilan de l'épidémie de grippe 2014/2015 en Bretagne », *Bulletin de veille sanitaire*, n°15.

INVS, 25 mars 2015, *Bulletin du réseau Sentinelles*, n° 2015s12.

LAGADEC P., octobre 2003, « Faire face à l'imprévisible », *La recherche*, Hors-série n°13, p.66-69.

### Rapports et communications

INSTRUCTION N° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

INSTRUCTION N° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALE, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, 19 février 2015 « Marisol Touraine déclenche le plan ORSAN pour faire face à l'épidémie de grippe saisonnière », *Communiqué de presse du ministère des affaires sociale, de la santé et des droits des femmes*.

RESEAU BRETAGNE URGENCES, octobre 2014, « Enquête : Ressenti aux urgences pour la période hivernale 2014-2015 ».

Groupe de travail FEDORU, octobre 2014, « Recommandations FEDORU : Hôpital en tension, Synthèse FEDORU », V01 – 10/2014.

### Guides

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, octobre 2008, *Conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées*.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2014, *Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, mars 2014, « Grippe (Saisonnière) », *Aide-mémoire*, n°211.

**Sites internet**

Grippe net : [www.grippenet.fr](http://www.grippenet.fr)

InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

Ministère des Affaires sociales et de la Santé : [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr)



---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Organisation de l'offre de soins en SSE**, Extrait du guide méthodologique « Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles », 2014, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Direction générale de la santé (DGS)

**Annexe 2 : Organisation de la gestion de crise**, Extrait du guide méthodologique « Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles », *Ibid.*

**Annexe 3 : Grille d'entretien générale**

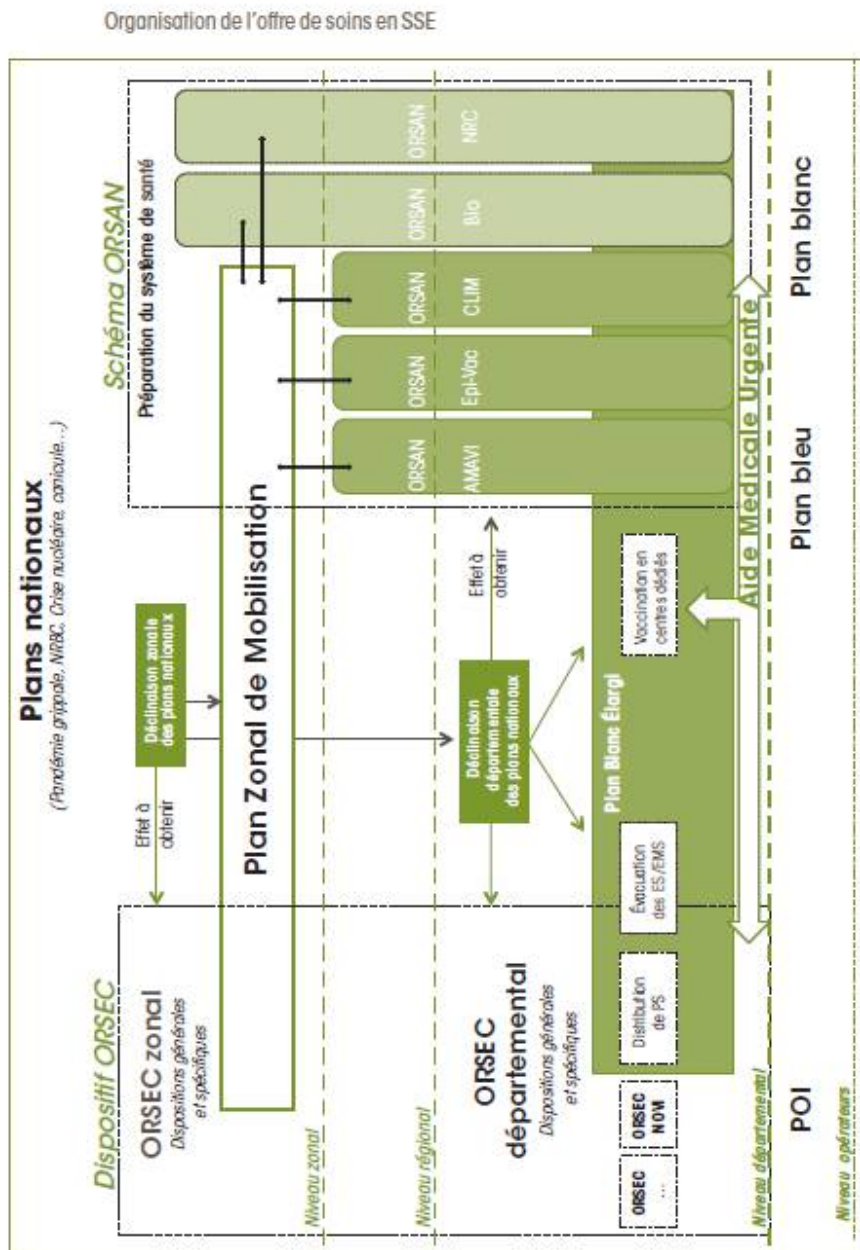
**Annexe 4 : Liste des entretiens réalisés**

**Annexe 5 : Lettre du Dr GUILLAUMOT** aux médecins traitants au sujet des mesures nécessaires en cas d'épidémies

**Annexe 6 : Fiche de signalement n°1 de cas groupés d'infections respiratoires aiguë (Ira)** en collectivités de personnes âgées - Région BRETAGNE

**Annexe 7 : Graphiques présentant l'intensité de l'épisode grippal 2014-2015 en Bretagne** issu du *Bulletin de veille sanitaire* n°15 de l'InVS et l'ARS Bretagne paru en novembre 2015

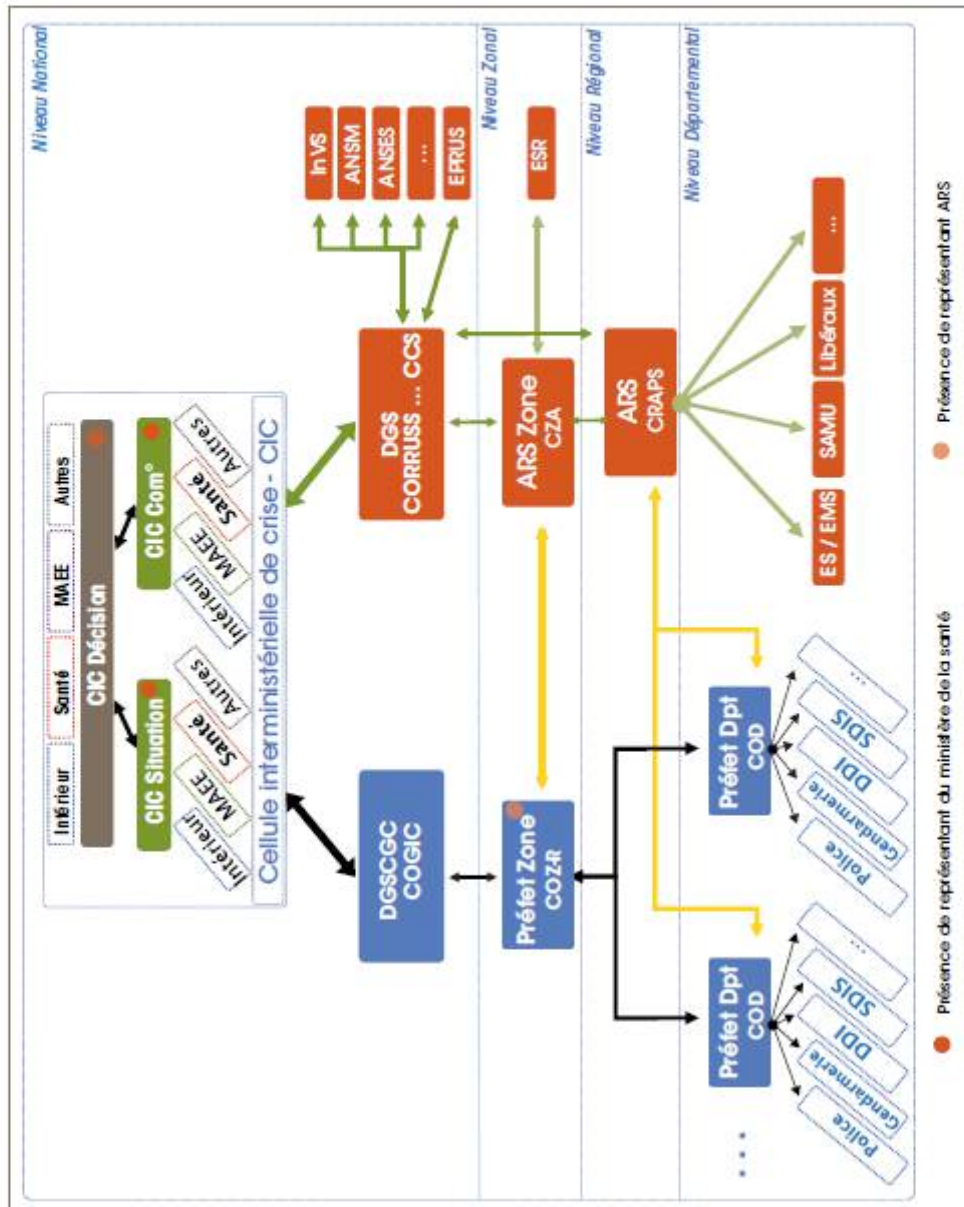
**Annexe 1 : Organisation de l'offre de soins en SSE**, Extrait du guide méthodologique « Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles », 2014, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Direction générale de la santé (DGS)



Principes de l'organisation de l'offre de soins

**Annexe 2 : Organisation de la gestion de crise**, Extrait du guide méthodologique « Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles », *Ibid.*

ORGANISATION DE LA GESTION DE CRISE  
annexe I



### **Annexe 3 : Grille d'entretien générale**

#### **Présentation de l'interlocuteur :**

- Pourriez-vous nous présenter vos fonctions ?
- Depuis combien de temps les exercez-vous ? Quelle était votre fonction lors de l'épisode grippal 2014-2015 ?
- De quelle façon vos fonctions sont-elles liées à la prévention/gestion de l'épidémie grippale ?

#### **Surveillance de l'épidémie grippale :**

- Quels sont les dispositifs de surveillance qui existent en région Bretagne ?
- Parmi ces outils, lesquels existent en région Bretagne ?

<b>Réseau</b>	<b>Indicateur</b>	<b>Question</b>
Réseau Sentinelles SOS médecins	Déclaration de la proportion de visites pour syndrome grippal	Cb de médecins impliqués ?
Réseau Oscour	Résumé de passages aux urgences concernant le syndrome grippal et les infections respiratoires aiguës basses	Cb de services d'urgence participent-ils à cette déclaration ?
Laboratoires	Analyses virologiques	- Cb de labos concernés ? Brest et Rennes uniquement ? - Délai de traitement des analyses ?
Collectivités de personnes âgées	Signalements d'épisodes d'infections respiratoires aiguës	Les EHPAD participent-ils tous au dispositif ?
Service de réanimation et de soins intensifs	Surveillance des cas graves de grippe hospitalisés en réanimation	- Cb de services de réanimation dans la région sont impliqués ? - Leur taux de signalement est-il fiable ?
SurSaUD	Surveillance de la mortalité globale	Y a-t-il une certification électronique des décès ?

- Comment fonctionnent ces réseaux ?
- Votre établissement participe-t-il à l'un de ces dispositifs ?

#### **Moyens à disposition de l'établissement pour **prévenir/réagir** à un épisode épidémique :**

- Votre établissement fait-il partie d'un dispositif global de réaction à une crise épidémique ? (coopérations entre établissements, liens informels avec d'autres établissements, etc.)
- De quel dispositif disposez-vous pour réagir à une crise épidémique qui dépasse les capacités de votre établissement ?
  - o Plan blanc
  - o Plan bleu
  - o Hôpital en tension
  - o Autres dispositifs ?
- Avez-vous formalisé ces dispositifs dans un document type ?

- A quelle fréquence renouvelez-vous leurs modalités d'application (mise à jour annuelle, actualisation en fonction dans expériences passées, etc.) ?
- Est-ce que vos personnels sont formés à la gestion de crise sanitaire (nb de personnels formés, format de la formation, etc.) ? Et spécifiquement à la grippe ?
- Existent-ils des formations/consignes spécifiques à la grippe ?
- Quelles sont les modalités de déclenchement de ces plans ?
  - o Existent-ils des seuils de déclenchement ? Si oui, quels sont les indicateurs retenus ?
  - o Quelles sont les autorités habilitées à déclencher ces dispositifs ? (Directeur, chef de service, tutelle, etc.)
  - o La décision de déclencher un plan de crise est-t-elle transmise aux tutelles ? Si oui, dans quels délais ?
  - o Etes-vous incités par les tutelles à déclencher un plan de crise ? (via des instructions par exemple)
  - o Existe-t-il une durée type de déclenchement du plan ? Si oui, dans quelles conditions décide-t-on de renouveler le plan ?
- Quelles sont- les modalités financières du déclenchement de ces plans (autorisation ARS ? Crédits exceptionnels ?) ?
- Les acteurs du dispositif ont-ils connaissance de leur rôle respectif ? Comment sont transmises les informations au sein de l'établissement ? (au moment des transmissions, lors d'une réunion destinée à ce sujet, affichages dans les services, etc.)

**Ces moyens ont-ils été déclenchés lors de l'épisode 2014-2015 ?**

- Quels sont les moyens qui ont été mobilisés ?
- Quels sont les plans qui ont été déclenchés ? La réserve sanitaire a-t-elle été mobilisée ?
- Comment avez-vous été informé du début de l'épidémie ? Comment l'information a-t-elle été relayée ?
- Concrètement, comment ça s'est traduit ?
  - o Ouverture de lits supplémentaires ?
  - o Recrutement de personnels supplémentaires ?
  - o Créneaux supplémentaires pour les consultations ?
  - o Raccourcissement du délai de traitement des prélèvements par les labos ?
- Durant combien de temps ces dispositifs ont-ils été activés ?
- Pourriez-vous nous indiquer le montant total alloué au déploiement de ces différents dispositifs sur le temps de leur activation ?
  - o Comment ces dépenses ont-elles été réparties ?
  - o Existe-t-il une traçabilité de ces dépenses dans un document propre (dans le bilan d'activité par exemple) ?

**Evaluation du déploiement de ces dispositifs lors de l'épisode 2014-2015 :**

- Avez-vous le sentiment que le déploiement de ces plans a permis d'endiguer l'épidémie ?
- Votre établissement a-t-il effectué une évaluation de ces dispositifs ? Au moins pour justifier les crédits demandés à l'ARS ?
- Disposez-vous de données vous permettant d'évaluer l'effet du déploiement de ces plans ? Êtes-vous parvenus à quantifier les bénéfices de leur déploiement (décès évités, etc.) ?
- Avez-vous effectué une analyse coût-bénéfice ?

**Effets secondaires du déploiement de ces dispositifs :**

- Identifiez-vous des effets indésirables liés au déclenchement de ces plans ?
- Leur déploiement, par exemple, a-t-il conduit à limiter les ressources d'autres services/priorités ?
- A l'inverse, leur déploiement a-t-il révélé des bénéfices associés, qui n'étaient pas forcément attendus ? (meilleure organisation du service, réactivité accrue, etc.)

**Limites/bénéfices constatés :**

- Avez-vous eu l'impression de disposer de moyens suffisants pour faire face à l'épidémie ?
- Si ce n'est pas le cas, quel type de moyens manquaient-ils ?
  - o Manque de communication ? Coordination insuffisante ?
  - o Déclenchement du plan trop tardif ? Réactivité trop faible ?
  - o Moyens matériels ou humains insuffisants ?
  - o Couverture vaccinale insuffisante en amont ?
- Pensez-vous qu'une coordination centralisée au niveau de l'ARS contribuerait à répondre à ces insuffisances ?
- Qu'attendez-vous d'une implication accrue de l'ARS sur ce thème ?
- Êtes-vous impliqués dans la mise en place / formalisation du dispositif Orsan ?

**Annexe 4 : Liste des entretiens réalisés**

<b>Personnes rencontrées</b>	<b>Fonction</b>	<b>Date</b>	<b>Lieu</b>
M. BRELIVET	Chargé de mission du pôle régional de défense sanitaire - ARS - Direction santé publique / offre de soins	29/04/2016	ARS - RENNES (35)
Dr GUILLAUMOT	Directeur Adjoint de la santé publique - Veille et sécurité sanitaire	03/05/2016	ARS - RENNES (35)
Mme FAISANT	Epidémiologiste - SurSaUD	04/05/2016	CIRE - RENNES (35)
M. GUILLERM	Président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Infirmiers libéraux de Bretagne	04/05/2016	URPS infirmiers libéraux - RENNES (35)
Dr DELLA NEGRA	Pharmacienne – Présidente de la CME	09/05/2016	CH - QUINTIN (22)
Mme NAGELIN	Cadre supérieur de santé	09/05/2016	CH - QUINTIN (22)
M. JAGLIN	Directeur des soins (en charge pôle urgences)	09/05/2016	CHU - RENNES (35)
Mme ALGRAIN	Directrice de la qualité et des relations avec les usagers	09/05/2016	CHU - RENNES (35)
Mme DOIDY	Cadre de santé	11/05/2016 (Téléphonique)	EHPAD Résidence Bel Air - Maure-de-Bretagne (35)
M. HOBL	Directeur de la sécurité civile.	11/05/2016	PREFECTURE - RENNES (35)
Dr CELLIER	Médecin urgentiste – Coordinateur du réseau Bretagne Urgences	11/05/2016 (Téléphonique)	CH - SAINT BRIEUC (22)
M. HERVOIR	Cadre aux urgences	12/05/2016	CH - SAINT MALO (35)
M. HUET	Cadre aux urgences	12/05/2016	CH - SAINT MALO (35)
Dr MOHTADI	Président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins libéraux de Bretagne	12/05/2016	URPS médecins libéraux - RENNES (35)
Dr LABARTHE	Membre de l'URPS médecins libéraux de Bretagne	12/05/2016	URPS médecins libéraux - RENNES (35)
Pr DONNIO	Médecin-Chef du service d'hygiène hospitalière et responsable du C-CLIN Ouest	13/05/2016	CHU - RENNES (35)

**Annexe 5** : Lettre du Dr GUILLAUMOT, ARS-Direction adjointe-veille et sécurité sanitaire, datée du 03 novembre 2015 aux médecins traitants au sujet des mesures nécessaires en cas d'épidémies, notamment de gastroentérites et/ou d'infections respiratoires aiguës basses



Service émetteur : Direction adjointe veille  
et sécurité sanitaire

A l'attention des médecins traitants  
intervenant dans l'établissement

Affaire suivie par : Dr Pierre Guillaumot  
Courriel :  
[pierre.guillaumot@ars.sante.fr](mailto:pierre.guillaumot@ars.sante.fr)

Téléphone : 02 22 06 74 21  
Télécopie : 02 90 01 25 25

Date : le 03 novembre 2015

Madame, Monsieur, Chère consœur et cher confrère,

Nous allons être confrontés aux classiques pathologies hivernales. Seul un repérage efficace nous permet d'être réactifs et de mettre en œuvre les mesures nécessaires en cas d'épidémies, notamment de gastroentérites et/ou d'infections respiratoires aiguës basses.

La prévention ainsi que les mesures à prendre lors de la survenue de gastroentérites et/ou d'infections respiratoires aiguës en collectivité hébergeant des personnes fragiles sont essentielles pour réduire la transmission et éviter la survenue de foyers importants.

Ainsi, je vous serais reconnaissant de bien vouloir signaler au médecin coordonnateur ou à l'infirmier coordinateur de la structure dans laquelle vous intervenez la survenue de toute pathologie infectieuse parmi les résidents que vous prenez en charge, ceci afin de déclencher en temps et en heure les mesures collectives.

Nous attirons votre attention sur l'importance, dans certaines situations, de faire réaliser des recherches étiologiques virales en période épidémique pour adapter la prise en charge des résidents (cas de la grippe) et/ou d'adapter les mesures collectives de gestion à mettre en œuvre au sein de l'établissement (cas de la grippe et des gastro-entérites dues à des virus entériques).

Pour la grippe, les recherches peuvent être réalisées grâce à un test rapide d'orientation diagnostique (TROD).

Pour la gastro-entérite, les coprocultures standard prescrites et réalisées au laboratoire de ville comprennent uniquement la recherche de 5 bactéries. La recherche de virus entériques nécessite d'être spécifiée sur la prescription (en indiquant notamment la recherche de Norovirus).

CS 14253 – 35042 RENNES Cédex  
Standard : 02.90.08.80.00  
[www.ars.bretagne.sante.fr](http://www.ars.bretagne.sante.fr)



Nous vous invitons à vous rapprocher du médecin coordonnateur et/ ou de l'infirmier coordinateur de l'établissement pour la mise en œuvre de ces recherches.

Nous vous remercions par avance pour votre participation à ce dispositif. Les services de l'ARS et de l'établissement dans lequel vous intervenez se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, Chère consœur et confrère, en mes salutations les meilleures.

Le Directeur adjoint de la Santé Publique  
Docteur Pierre GUILLAUMOT



CS 14253 – 35042 RENNES Cédex  
Standard : 02.90.08.80.00  
[www.ars.bretagne.sante.fr](http://www.ars.bretagne.sante.fr)



### Mesures de contrôle

Mise en place de mesures de contrôle :  Oui  Non  Ne sait pas

Mesures prises dans l'établissement	Si, oui	Date de mise en place
Renforcement de l'hygiène des mains (personnels / résidents / visiteurs)	<input type="checkbox"/>	/ /
Précautions de type « gouttelettes » Port de masque pour le personnel Port de masque pour les malades déambulants	<input type="checkbox"/>	/ /
Limitation des déplacements des malades	<input type="checkbox"/>	/ /
Arrêt ou limitation des activités collectives	<input type="checkbox"/>	/ /
Chimio prophylaxie antivirale	<input type="checkbox"/>	/ /
Informations des visiteurs et intervenants extérieurs	<input type="checkbox"/>	/ /
Autres mesures (suspension des admissions,...) précisez :	<input type="checkbox"/>	/ /

Recherches étiologiques déjà entreprises ou en cours  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui précisez lesquelles :

TDR grippe Date du 1<sup>er</sup> test : / /

Autres recherches, préciser

Résultats :

Estimez-vous avoir besoin d'un soutien extérieur pour la gestion de l'épisode ?  Oui  Non  Ne sait pas

Précisez :

Commentaires :

### Bilan final à la clôture de l'épisode A compléter dans les 10 jours suivant le dernier cas

Date du bilan : / /

Date du dernier cas : / /

Bilan définitif des cas :

	Résidents	Personnels
Nombre de malades		
Nombre de personnes hospitalisées		
Nombre de personnes décédées		
Nombre de vaccinés contre la grippe chez les malades		

Résultats des recherches étiologiques, précisez :

Avez-vous reçu un appui pour l'investigation ou la gestion de cet épisode :  Oui  Non

Si oui, précisez :  ARS-CVAGS  ARLIN  CCLIN  CIRE-InVS  Réseau local d'hygiène

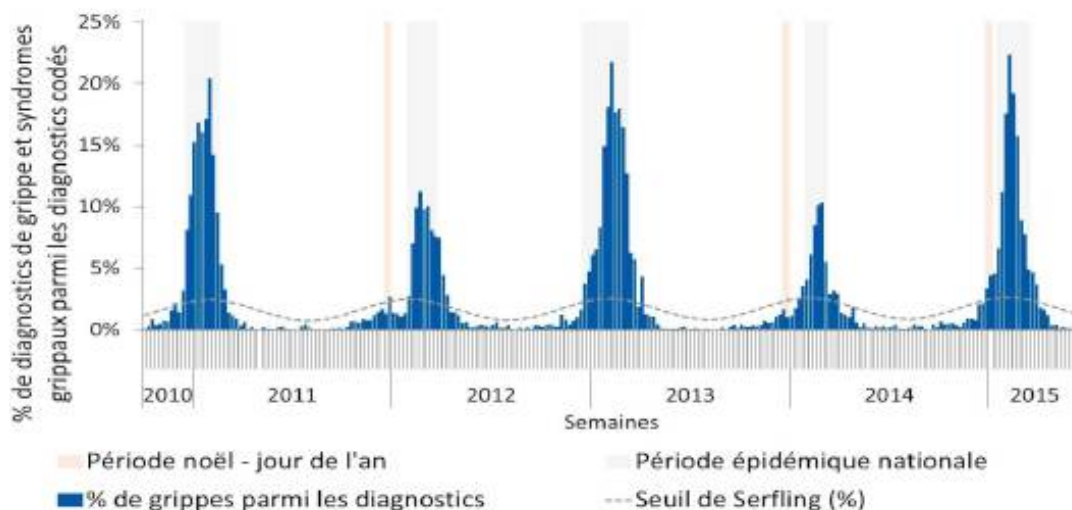
Autres :

Commentaires :

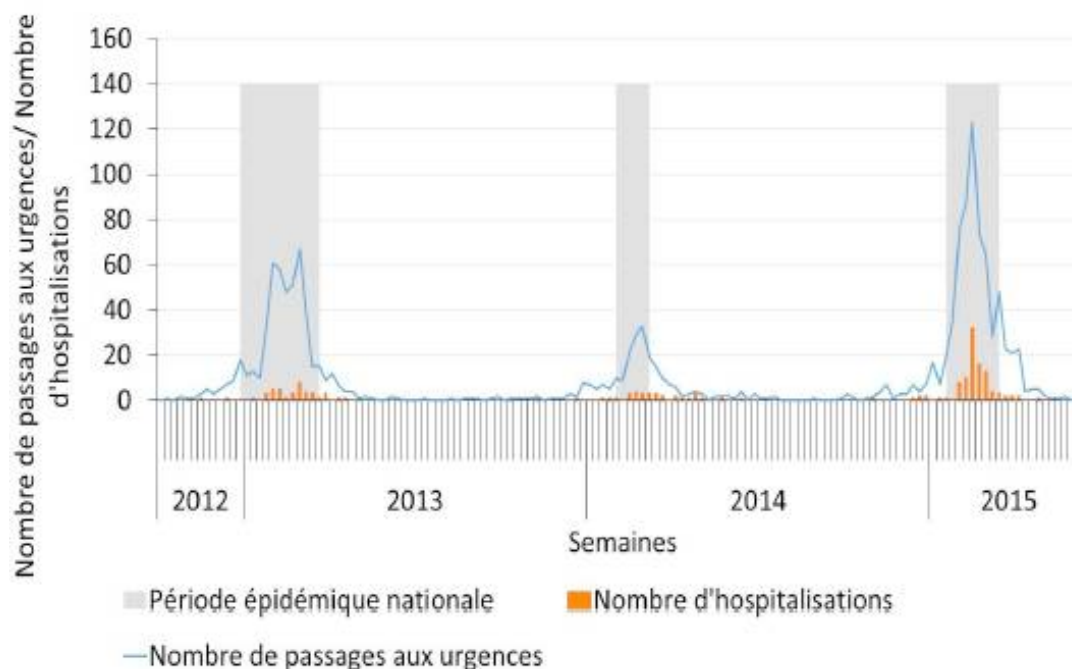
Merci de joindre la fiche de surveillance ou la courbe épidémique

**Annexe 7 : Graphiques présentant l'intensité de l'épisode grippal 2014-2015 en Bretagne**  
 issu du *Bulletin de veille sanitaire* n°15 de l'InVS et l'ARS Bretagne paru en novembre 2015

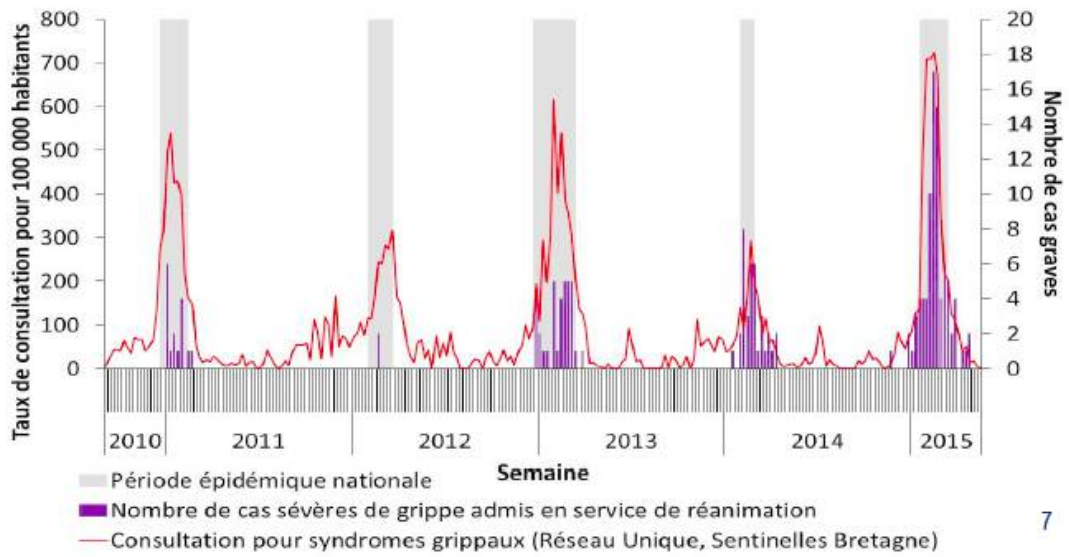
*Proportion des diagnostics de grippe et syndromes grippaux parmi les diagnostics codés*



*Proportion du nombre de passages aux urgences par rapport au nombre d'hospitalisations*



*Nombre de cas de grippe sévère admis en réanimation et soins intensifs*



7



## **La gestion de l'épidémie de grippe en 2014-2015 en Bretagne Réflexion sur le dispositif ORSAN**

*Flore CLEMENT, DH ; Mahalia COUJITOU, DH ; Marine DESVIGNES, AAH ; Yannick GIRAULT, D3S ; Alexandre JACQUES, D3S ; Joyce KHEDNAH, AAH ; Lucil-Atumma MODEBELU, D3S ; Alexandra OLARD, DH ; Hanifa SIDAT, DS*

### **RÉSUMÉ**

L'hiver 2014-2015 a été marqué par une épidémie de grippe d'une forte intensité. En Bretagne, l'épidémie s'est étendue sur neuf semaines et a dépassé en gravité les épisodes des cinq dernières années. L'impact a été particulièrement important chez les personnes âgées. Le faible taux de couverture vaccinale dans les populations à risques, ainsi que l'inadéquation partielle entre les virus circulants et la souche vaccinale, expliquent en partie l'ampleur de cet épisode grippal.

Face à l'intensité de l'épidémie de grippe, la ministre de la santé a déclenché le 19 février 2015 le dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles). En région Bretagne, ce dispositif n'a pas pu être formalisé pour l'hiver 2014-2015. Les moyens mobilisés et les initiatives prises par les acteurs du système de santé ont néanmoins permis de faire face en partie à cet épisode de grippe.

Les médecins libéraux, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ont participé, aux côtés de la Cire et de l'ARS, à la surveillance épidémiologique. Les indicateurs recueillis ont permis de suivre l'évolution de la grippe et de prendre en conséquence les mesures appropriées. Les établissements de santé et médico-sociaux ont adapté leur organisation sans toutefois avoir recours aux dispositifs prévus pour les situations sanitaires exceptionnelles comme les plans blancs ou les plans bleus. Les hôpitaux de la région disposant d'un service d'urgences ont préféré engager un travail sur le dispositif « Hôpital en tension ».

Même si les acteurs du système de santé ont réussi à gérer l'épisode grippal 2014-2015, ils ont exprimé un besoin de coordination accru pour mieux structurer la réponse aux futures épidémies de grippe. Des pistes d'amélioration peuvent être envisagées dans le cadre du dispositif ORSAN même si la gestion des épidémies de grippe saisonnière devrait davantage reposer sur des approches structurelles et territorialisées, plutôt que s'inscrire dans le cadre d'un dispositif de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.

**Mots clés :** grippe, dispositif Orsan, plan blanc, hôpital en tension, vaccination

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*