



EHESP

Ingénieur d'études sanitaires

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **Septembre 2010**

**A travers l'épidémie de grippe A, le
plan variole doit-il être révisé ?**

**Volet ressources humaines et logistiques
(Département de la Marne)**

Gwladys ARNOULD

Remerciements

Mes remerciements vont en premier lieu à l'ensemble du personnel de la direction santé publique de l'agence régionale de santé de Champagne Ardenne pour son accueil chaleureux et sa bonne humeur.

En particulier, je remercie Monsieur Alain CADOU, directeur santé publique, pour sa confiance et les conseils judicieux qu'il m'a apportés lors de nos entretiens réguliers.

Egalement, un grand merci aux agents de l'unité « santé sécurité environnement » ; merci à Titi et Samuel pour m'avoir fait une petite place dans leur grand bureau ; merci à Laurent pour ses longs monologues particulièrement intéressants sur la mise en place des ARS ; et bien sûr, un grand merci à Aurélie qui s'est investi très tôt dans la réalisation de mon travail et qui a su m'écouter et me « re-booste » lorsqu'il le fallait.

Je remercie aussi les agents de l'unité « veille et gestion sanitaire », notamment Véronique, Pierre et Olivier, pour l'aide qu'ils ont pu m'apporter tout au long de mon travail.

Bien sûr, un grand merci à Mathilde et Régine avec qui j'ai passé de très bons moments en voiture, mais aussi à David et Gégé avec qui mes repas étaient toujours animés !

De façon plus globale, je remercie l'ensemble des personnes qui ont participé de près ou de loin à la bonne réalisation de ce travail (une pensée particulière à Madame Michèle LEGEAS, mon référent « école », toujours très disponible et de très bon conseil !).

Enfin, merci à mon mari pour son soutien indispensable depuis le début de la formation et à ma fille Louann pour le bonheur qu'elle me donne au quotidien !

Sommaire

Introduction.....	1
1 Contexte, enjeux	3
1.1 Cadre de travail	3
1.1.1 L'ARS Champagne Ardenne	3
1.1.2 Organisation de la défense et de la sécurité	3
1.2 Les plans : des outils d'aide à la décision	4
1.3 Objectifs de l'étude	4
2 Méthodologie de travail	5
3 Cas particulier, le plan variole	6
3.1 La vaccination préventive	6
3.2 Le plan variole	7
3.2.1 La menace terroriste.....	7
3.2.2 Le plan national de réponse à une menace de variole	8
3.2.3 Le plan départemental de réponse à une menace de variole, Marne	11
3.3 Mise en œuvre d'une vaccination de masse : exemple récent suite à l'épisode de la grippe A(H1N1)2009	13
3.3.1 Quelques éléments de contexte	13
3.3.2 La vaccination préventive	13
3.3.3 Le chrono « grippe » - Vers une vaccination de masse (annexe 14)	14
3.3.4 La vaccination de masse : mise en œuvre dans la Marne	16
3.4 Analyse comparative : vaccination de masse : variole // grippe A(H1N1)2009 ..	19
4 Discussion.....	24
4.1 Bilan.....	24
4.2 Limites de l'étude.....	25
4.3 Perspectives	25
4.4 Difficultés rencontrées	25
Conclusion.....	27
Bibliographie.....	29
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFSSAPS	: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ARS	: Agence régionale de santé
CHRU	: Centre hospitalier régional universitaire
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CSHPF	: Conseil supérieur d'hygiène publique de France
CRDS	: Cellule régionale de défense et de sécurité
DASRI	: Déchets d'activité de soin à risque infectieux
DGS	: Direction générale de la santé
DRDASS	: Direction régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales
DREAL	: Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
EPRUS	: Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ETP	: Equivalent temps plein
FFP	: Fédération française de pneumologie
HFDS	: Haut fonctionnaire de défense et de sécurité
MISP	: Médecin inspecteur de santé publique
NRBC-E	: Nucléaire, radiologique, biologique, chimique, explosif
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ORSEC	: Organisation de la réponse de sécurité civile
PCR	: Réaction en chaîne par polymérase
PMA	: Poste médical avancé
RFLP	: Polymorphisme de longueur des fragments de restriction
SAMU	: Service d'aide médicale urgente
SIDPC	: Service interministériel de défense et de protection civile
SMUR	: Service mobile d'urgence et de réanimation
UF	: Unité fonctionnelle
UVB	: Unité de vaccination de base

Introduction

Le ministère en charge de la santé contribue à la planification interministérielle de sécurité nationale en ce qui concerne son volet sanitaire. A la suite des attentats de New-York en 2001, puis de ceux de Madrid et de Londres, il a très largement consolidé son dispositif de réponse aux situations de crise et d'urgence sanitaire notamment par la réorganisation du niveau national et l'affectation de personnel dédié dans les services déconcentrés.

L'usage du virus de la variole comme arme biologique est jugé tout à fait crédible par les experts du bioterrorisme : la menace n'est pas appréciable, mais c'est une réalité qui ne peut être écartée. C'est pourquoi chaque Etat définit une stratégie de réponse à une éventuelle réapparition de la maladie.

En France, la stratégie adoptée repose sur une réponse graduée : la vaccination de l'ensemble de la population n'est envisagée qu'en cas d'impossibilité de contrôler une éventuelle épidémie par des mesures de confinement et de vaccination en anneaux.

Afin de permettre une réaction quasi-immédiate de la part des instances nationales et des services déconcentrés, un plan national de réponse à la menace de variole a été élaboré par le ministère de la santé et décliné au niveau local par les Préfets de département.

En particulier, le plan « variole » du département de la Marne porte en grande partie sur l'organisation de la campagne de vaccination de masse : en cas de déclenchement du plan, celle-ci doit permettre de vacciner l'ensemble de la population du département en 14 jours, avec un délai de mise en œuvre de 24 heures. Le déclenchement d'un tel dispositif (lourd en termes de moyens logistiques et humains) n'a jamais pu être testé dans sa totalité.

Cependant, l'expérience récente de la grippe A(H1N1)2009 apporte un regard neuf sur l'organisation d'une campagne de vaccination de masse : il apparaît tout à fait justifié de remettre en question le plan départemental élaboré dans le cadre d'une menace de variole, au regard de l'expérience acquise localement lors de l'épidémie de grippe A(H1N1)2009.

Ainsi, l'objet de ce travail consiste à discuter de la déclinaison du plan « variole » dans le département de la Marne, compte tenu de l'organisation de la campagne de vaccination mise en place localement lors de l'épisode de grippe A(H1N1)2009, et le cas échéant, de proposer des pistes d'amélioration au plan départemental « variole ».

1 Contexte, enjeux

1.1 Cadre de travail

1.1.1 L'ARS Champagne Ardenne

L'Agence régionale de santé de Champagne Ardenne (ARS), créée le 1er avril 2010 suite à la promulgation de la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 118), rassemble 230 collaborateurs. Elle est dirigée par un directeur général nommé en Conseil des Ministres, entouré d'une équipe de direction rapprochée. Pour l'exercice de ses missions, le directeur général de l'ARS s'appuie sur :

- une équipe de direction, composée des directeurs responsables des pôles métiers et supports de l'ARS (annexe 1) ;
- un dispositif large de concertation qui associe l'ensemble des acteurs locaux de santé à la construction de la politique de santé en région, en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires.

Son champ d'intervention couvre tous les domaines de la santé publique : la prévention, la promotion de la santé, la veille et sécurité sanitaire, l'organisation de l'offre de soins en ville, en établissement de santé et dans les structures médico-sociales.

L'ARS dispose de délégations territoriales dans chacun de ses départements (Ardennes, Aube, Marne et Haute-Marne). Cette organisation ancrée dans les territoires assure une action au plus près des besoins de la population.

1.1.2 Organisation de la défense et de la sécurité

Du niveau national au niveau départemental

L'organisation de la défense et de la sécurité, dans le domaine des affaires sanitaires, est définie par circulaire interministérielle du 31 décembre 2008 (annexe 2). L'instruction du Haut fonctionnaire de défense et de sécurité, en date du 30 mars 2010 précise cette organisation, suite à la création des ARS (annexe 3).

Cellule régionale de défense et de sécurité

Conformément à l'instruction conjointe Intérieur-Santé du 24 mars 2010, une cellule régionale de défense et de sécurité (CRDS) a été créée au sein de l'ARS Champagne Ardenne. Cette cellule est intégrée à l'unité fonctionnelle (UF) « veille, alerte et gestion sanitaire ». Elle est composée d'une secrétaire administrative, de deux ingénieurs d'études sanitaires, d'une infirmière de santé publique, d'un pharmacien inspecteur de santé publique et d'un médecin inspecteur de santé publique (soit 4,7 ETP). Sa mission

est d'assurer l'animation interdépartementale de préparation et d'exécution des mesures concourant à la sécurité nationale.

Une CRDS élargie est également créée. Elle regroupe la CRDS restreinte (décrite ci-dessus et située au siège de l'ARS), ainsi que l'ensemble des correspondants « défense et sécurité » en délégations territoriales.

1.2 Les plans : des outils d'aide à la décision

Face à une menace évolutive, diffuse et appelée à durer, l'Etat joue un rôle essentiel. Il lui revient de concevoir et de mettre en place des outils d'aide à la décision, à même de répondre aux vulnérabilités nouvelles, ainsi que d'adapter en permanence les moyens de prévision dont il dispose. La planification gouvernementale en matière de lutte contre le terrorisme et les malveillances s'articule autour de quatre axes (annexe 4) :

- vigilance, prévention et protection ;
- réaction à une menace imminente ou avérée ;
- secours aux personnes ;
- continuité d'activité.

Au niveau central, la direction politique et stratégique de crise relève du Président de la République et du Premier ministre, et la conduite opérationnelle est en principe confiée à un ministre (le ministre de l'intérieur pour les crises affectant le territoire) qui bénéficie du concours de tous les ministères concernés.

Au niveau déconcentré se situe la mobilisation et l'emploi des moyens opérationnels, avec une importance accrue donnée à la coopération civilo-militaire, au recours aux collectivités territoriales et aux entreprises dans les secteurs vitaux comme l'énergie, les communications, la santé ou les transports. A noter : la responsabilité de la mise en œuvre des plans est sous la responsabilité du préfet de département (l'ARS, qui n'est pas sous l'autorité du préfet de département, met à sa disposition ses agents en situation de crise, et lui apporte son expertise dans le domaine sanitaire).

La communication publique, coordonnée du niveau central au niveau local, est le liant entre les acteurs de la gestion de crise et la population, non seulement pour informer de la situation et pour diffuser des consignes, mais aussi pour rendre compte de la perception des décisions et pour anticiper les réactions.

1.3 Objectifs de l'étude

L'objectif général de ce stage consiste à apporter un regard neuf sur le volet « organisation de la vaccination de masse » du plan départemental « variole » (volets « ressource humaine » et « ressource logistique »), au regard de l'expérience acquise lors de l'épidémie de grippe A(H1N1)2009.

Pour ce faire, cet objectif général a été décliné en trois objectifs spécifiques :

1. acquérir les connaissances et réunir l'information nécessaire à la réalisation de l'étude, notamment : organisation de la défense sanitaire au niveau national et au niveau local, éléments concernant la variole (histoire de la maladie, épidémiologie, vaccination, menace terroriste, plans de réponse) et éléments concernant la grippe (maladie, épidémiologie, gestion de crise, organisation de la vaccination de masse, éléments de retour d'expérience) ;
2. réaliser une analyse comparative en ce qui concerne l'organisation de la vaccination de masse « variole » // « grippe » A(H1N1)2009
3. le cas échéant, proposer des pistes d'amélioration au volet « organisation de la vaccination de masse » du plan départemental « variole ».

2 Méthodologie de travail

La démarche adoptée au cours de ce stage d'étude a été la suivante :

- recherche documentaire sur les différents thèmes (la défense sanitaire, la variole, la grippe A(H1N1)2009, de façon général dans un premier temps, pour avoir une vue globale de la problématique, puis axée sur la vaccination de masse. La recherche documentaire est faite d'une part au niveau des ressources documentaires de l'ARS Champagne Ardenne, mais aussi via Internet ;
- rencontre avec les agents de l'ARS Champagne Ardenne, notamment les agents de la cellule régionale de défense et de sécurité (informations sur l'organisation de la défense sanitaire, sur la planification, sur l'organisation de la campagne de vaccination de masse « grippe A(H1N1)2009 »), mais aussi avec le Directeur santé publique (points réguliers sur l'avancement de l'étude) ;
- échange avec la cellule régiono-zonale de défense et de sécurité de l'ARS Lorraine (notamment, informations sur l'organisation de la vaccination de masse – « variole » et « grippe A(H1N1)2009 » - et sur les évolutions à venir) ;
- rencontre avec le chef du centre de vaccination de Fère-Champenoise, également maire de la commune, et le chef de la police municipale (éléments de retour d'expérience concernant la mise en place du centre de vaccination de Fère-Champenoise, points positifs/points négatifs) ;
- organisation et tri des différents éléments d'information ;
- réalisation d'une analyse comparative « variole » // « grippe A(H1H1)2009 pour ce qui concerne l'organisation de la campagne de vaccination ;
- conclusion (réponse à la question) et discussion.

3 Cas particulier, le plan variole

La variole, ou « petite vérole », est une maladie infectieuse d'origine virale, contagieuse et fréquemment mortelle sous sa forme majeure.

La mise en place d'un programme intensif d'éradication de la variole par l'OMS, combinant des campagnes de vaccination massive (1958) et une stratégie de surveillance et d'endiguement de la maladie (1967), a permis d'éliminer la maladie au niveau mondial : le dernier cas endémique a été signalé en Somalie en 1977. L'éradication totale de la variole a été officiellement déclarée par l'OMS en 1980.

Des informations détaillées concernant l'agent pathogène, la maladie et la lutte contre la variole sont disponibles en annexe 5).

3.1 La vaccination préventive

En France, la vaccination préventive était obligatoire de 1901 à 1979 (en primo-vaccination, au cours des deux premières années de vie) et 1984 (pour ce qui concerne les rappels recommandés dans les 11^{ème} et 21^{ème} années de vie). La législation a été modifiée en deux étapes, afin de suspendre la primo-vaccination (loi 79-520 du 2 juillet 1979), puis la revaccination (loi 84-404 du 30 mai 1984), tout en maintenant la possibilité de la rendre de nouveau obligatoire par décret, « en cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie » (article L.3111-8 du code de la santé publique).

Actuellement, dans l'hypothèse du respect du calendrier vaccinal, les personnes âgées de moins de 31 ans n'ont jamais été vaccinées, les personnes de 32 à 41 ans n'ont reçu qu'une primo-vaccination et les personnes de plus de 41 ans ont reçu au moins un rappel.

Les vaccins et le matériel annexe

Deux vaccins sont actuellement disponibles en France (vaccin vivant à virus atténué) :

- le **vaccin Pourquier**, fabriqué par l'institut vaccinal du Docteur Pourquier, correspond au vaccin historique. Il s'agit d'un vaccin antivariolique lyophilisé, fabriqué jusque dans les années 1980, injecté par aiguille bifurquée. Le nombre de doses disponibles est de 55 millions (des doses supplémentaires sont détenues par le service de santé des armées). Ces doses n'étant pas fournies avec la quantité nécessaire d'aiguilles bifurquées, un stock a été constitué par les autorités sanitaires (60 millions) ;
- le **vaccin Adventis**, fabriqué par le laboratoire Adventis-Pasteur, est un vaccin antivariolique purifié et stabilisé liquide. Il est également injecté par aiguille bifurquée. Le nombre de doses disponibles est de 17 millions (ces doses sont fournies avec la quantité nécessaire d'aiguilles bifurquées).

Ces vaccins, considérés d'efficacité identique par les experts, sont conservés sur de très longues durées à des températures inférieures ou égales à -20°C. Ils peuvent se

conserver à 4°C jusqu'à 3 jours (mais ne peuvent être recongelés ensuite). Leur durée de conservation après ouverture et reconstitution est de 24 heures à 4°C.

Par ailleurs, la Direction générale de la santé (DGS) a acquis le **matériel annexe** nécessaire à l'utilisation correcte de ces vaccins (tubes à fond conique, pipettes calibrées, embouts de pipettes stériles, portoirs adaptés), en quantité satisfaisante.

Les contre-indications et les effets indésirables

Le risque d'effets indésirables graves liés à la vaccination antivariolique rend nécessaire d'évaluer pour chaque sujet le **rapport bénéfique/risque** à être vacciné, en fonction du niveau d'exposition de l'individu au virus de la variole et de la présence de contre-indication à la vaccination chez le sujet à exposer ou son entourage proche.

Les principaux effets indésirables graves sont les suivants : encéphalite, encéphalopathie post-vaccinale, eczéma vaccinum, vaccine progressive, vaccine généralisée et inoculation accidentelle (ces pathologies sont détaillées en annexe 6).

3.2 Le plan variole

3.2.1 La menace terroriste

Les événements survenus depuis une quinzaine d'année ont montré que les actions terroristes pouvaient mettre en œuvre des substances chimiques (attentats au sarin survenus au Japon, 1994 et 1995), des sources radioactives (source de césium 137 déposée dans un parc de Moscou, 1996), des agents biologiques (enveloppes contaminées au bacille du charbon aux Etats-Unis, 2001). Ces événements ont montré par ailleurs le potentiel meurtrier des actions terroristes (attentats du 11 septembre 2001 aux Etats-Unis ou du 11 mars 2004 à Madrid).

Dans ce contexte, l'utilisation du virus de la variole en tant qu'arme biologique ne peut être exclue. En effet, bien qu'aucune information concrète ne vienne officiellement confirmer ce risque, il est possible que des stocks de virus soient illégalement détenus (car non détruits ou bien extraits de façon illégale depuis l'un des sites habilités par l'OMS). Compte tenu de la stabilité des *Orthopoxvirus* en aérosol, et de la faible dose infectante nécessaire à la contamination d'un individu, l'utilisation du virus de la variole comme arme biologique, par aérosolisation, pourrait être dramatique :

- une grande partie de la population mondiale n'ayant pas été vaccinée n'est pas protégée contre le virus, et concernant la population ayant bénéficiée de la vaccination, leur degré de protection est incertain ;
- la très grande mobilité de la population à l'intérieur d'un état, mais aussi entre les différents états participerait très largement à la dispersion de la maladie ;

- le diagnostic de la maladie est un diagnostic oublié des médecins, or, tout retard de diagnostic serait à l'origine d'un nombre de cas secondaires plus important car aucune mesure d'isolement ne serait mise en place.

Ces éléments ont conduit le gouvernement à élaborer un plan national de réponse à une menace de variole : il définit la stratégie adoptée par la France en cas de découverte d'un cas de variole et précise les actions et l'organisation des actions à mener en fonction du niveau de risque identifié. Ce plan national est décliné au niveau départemental afin de le rendre opérationnel au niveau local.

3.2.2 Le plan national de réponse à une menace de variole

Compte tenu des risques importants d'effets secondaires graves liés au vaccin antivariolique, la vaccination de masse n'est pas justifiée en l'absence de cas de variole sur le territoire national : la stratégie de réponse adoptée en France face à la menace de variole repose sur une réponse graduée, en fonction du niveau d'alerte. A noter : les spécificités liées aux départements d'Outre-mer et aux collectivités à statuts particuliers ne sont pas abordées dans ce rapport.

Organisation des équipes d'intervention

- **L'équipe nationale d'intervention contre la variole** est constituée de plusieurs centaines de personnes (épidémiologistes, médecins référents en infectiologie, réanimateurs, pédiatres, infirmiers, aides-soignants, manipulateurs en électroradiologie médicale, personnels de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), brancardiers, personnels de laboratoire, personnels administratifs, sapeurs-pompiers, forces de l'ordre, personnels du ministère de la justice). Cette équipe pluridisciplinaire est capable de mener toutes les actions nécessaires à la prise en charge complète **du tout premier cas suspect de variole** qui surviendrait **sur le territoire français** : confirmation/infirmation du diagnostic, prise en charge médicale et paramédicale du cas de variole, enquête épidémiologique, investigations judiciaires, vaccination des sujets contact, mise en place des mesures de sécurité et de confinement... (Remarque : Les termes « cas » et « sujets "contact" » sont définis en annexe 7)
- Dans chacune des zones de défense, **l'équipe dédiée zonale** est constituée de personnels de santé (médecins référents en infectiologie, réanimateurs, pédiatres, infirmiers, aides-soignants, manipulateurs en électroradiologie médicale, personnels de SMUR, brancardiers, personnels de laboratoire), d'épidémiologistes, de personnels administratifs, de personnels chargés des tâches de sécurité et d'ordre public, du secours aux personnes, du déminage et des enquêtes judiciaires. Cette équipe pluridisciplinaire dédiée zonale est capable de mener toutes les actions nécessaires à la prise en charge complète **du tout premier cas**

suspect de variole qui surviendrait **sur son territoire** (hors premier cas survenant sur le territoire français). L'équipe hospitalière dédiée (personnels de santé) est localisée dans le ou les centres hospitaliers universitaires (CHU) référents (Nancy et Strasbourg, en ce qui concerne la zone de défense Est).

- Les **intervenants de première ligne**, estimés à 2 millions de personnes, sont tous ceux qui peuvent être amenés à être en contact avec des cas de variole, de part leurs activités professionnelles ou bénévoles (médecins et professionnels paramédicaux libéraux, professionnels hospitaliers, équipes d'urgence, ambulanciers, personnels des services funéraires, professionnels conditionnant les déchets et les linges contaminés, personnels des laboratoires amenés à manipuler des prélèvements de patients suspects ou contaminés, secouristes, forces de l'ordre, sapeurs-pompiers, administratifs, ...).

Organisation de la réponse

- **Niveau 0** - menace non spécifique (situation actuelle)
 - 1) l'équipe nationale d'intervention contre la variole est vaccinée ;
 - 2) les équipes zonales dédiées sont constituées ;
 - 3) les zones de défenses élaborent un plan de mobilisation de masse, pour la mise en place d'une vaccination large de la population ;
 - 4) les stocks de vaccins antivarioliques sont constitués ;
 - 5) les centres hospitaliers de référence s'équipent du matériel nécessaire à la réalisation de diagnostic de contamination à *Orthopoxvirus* ;
 - 6) les centres hospitaliers de référence mettent en place des procédures d'accueil des patients suspects et de prise en charge des cas dans des services pré-identifiés ;
 - 7) le corps médical est sensibilisé au diagnostic clinique et à l'obligation du signalement en urgence de tout cas suspect de variole.
- **Niveau 1** - menace avérée en l'absence de cas de variole avéré (informations en provenance des services de renseignements, découverte d'échantillons de virus de la variole en dehors des sites autorisés, ...)
 - 1) toutes les mesures prévues au niveau 0 sont mises en œuvre ;
 - 2) les équipes dédiées zonales (y compris les équipes zonales hospitalières) sont vaccinées. Cette action n'est pas nécessairement liée au déclenchement du plan Biotox ;
- **Niveau 2** - survenue d'un cas de variole confirmé à l'extérieur du territoire national
 - 1) toutes les mesures prévues au niveau 1 sont mises en œuvre ;
 - 2) l'ensemble des intervenants de première ligne sont vaccinés dans un délai très court. Cette action succède au déclenchement du plan Biotox ;

- 3) une communication adaptée est mise en œuvre pour expliquer les raisons de cette décision et celles qui conduisent à ne pas proposer la vaccination à l'ensemble de la population.
- **Niveau 3** - survenue d'un cas de variole sur le territoire national
 - 1) les sujets « contact » sont vaccinés (ainsi que les équipes dédiées zonales et les intervenants de première ligne, si ceux-ci n'ont pas été vaccinés au préalable) ;
 - 2) les mesures propres à limiter les risques d'extension de l'épidémie sont mises en place (limiter les déplacements du cas suspect, avant sa prise en charge par du personnel vacciné dans un service dédié ; réaliser l'enquête épidémiologique pour identifier les sujets « contact » et les vacciner ; conduire une enquête policière pour définir l'origine de la contamination) ;
 - 3) l'OMS et les autorités européennes sont tenues informées de la survenue du cas de variole, confirmé par le centre de recherche Pasteur-Mérieux situé à Lyon.
 - **Niveau 4** - survenue de nombreux cas simultanés sur le territoire national
 - 1) la survenue d'emblée d'un grand nombre de cas ou l'impossibilité de contrôler l'épidémie aboutirait rapidement à une désorganisation du système prévu : en cas d'impossibilité de contrôler l'épidémie par la vaccination en anneaux et le confinement, **la vaccination élargie à l'ensemble de la population pourrait être mise en œuvre** ;
 - 2) les établissements de santé désignés par la zone défense comme devant recevoir exclusivement des cas de variole sont réquisitionnés à cet effet, afin de maintenir une filière de soins quasi-spécifique.

Chacun des niveaux d'alerte peut être un niveau d'entrée dans la « crise », sans nécessairement être précédé par les niveaux qui le précède.

Organisation d'une vaccination collective

La vaccination en urgence, quelle que soit la population cible (équipes dédiées zonales, intervenants de première ligne, sujets « contact », population générale), nécessite une planification détaillée des actions et des moyens à mettre en œuvre. La **circulaire du 16 mars 2004**, relative à la préparation de l'organisation sur l'ensemble du territoire d'une éventuelle vaccination contre la variole (annexe 8), précise les modalités d'organisation d'une vaccination élargie.

Plan de communication

La communication actuelle est essentiellement destinée aux professionnels de santé, afin de les sensibiliser aux signes cliniques de la maladie, à l'obligation de signalement d'un

cas et à la vaccination antivariolique (technique de vaccination, évolution de la lésion vaccinale, effets indésirables, contre-indications).

Par ailleurs, un plan de communication est réalisé au niveau national afin de tenir informés d'une part, le grand public et d'autre part, les professionnels de santé, les institutions, les établissements de santé, les centres 15, ... Cette communication est adaptée à la population cible (grand public ou professionnel) et met en œuvre des vecteurs de transmission de l'information variés : presse, radios, télévision, Internet, séances d'information publiques, affichage sur lieux publics, ... Concernant l'information des professionnels, l'envoi de courriel et de télécopie sera privilégié, pour une communication rapide en situation d'urgence.

3.2.3 Le plan départemental de réponse à une menace de variole, Marne

Objectifs du plan

Le plan départemental a pour objectif d'organiser :

- le stockage et la livraison des vaccins et des matériels annexes du centre de stockage départemental vers les unités de vaccination de base (UVB) ;
- les UVB (identification des sites, identification des moyens logistiques et humains à mettre en œuvre, modalités de désinfection et de restauration des sites, modalités d'élimination des déchets) ;
- l'appel à la vaccination des populations.

Unités de vaccination de base

La vaccination collective repose sur des structures élémentaires appelées « unités de vaccination de base » (UVB), prévues pour permettre la vaccination de 1000 personnes par jour. Chaque site de vaccination peut recevoir une ou plusieurs UVB selon la démographie médicale locale, les possibilités logistiques, les ressources humaines disponibles. Le plan national précise l'organisation d'une UVB et définit notamment le matériel et le personnel nécessaire au fonctionnement de ces unités (annexe 9).

Compte tenu de la population du département de la Marne (estimée à 565840 habitants au recensement de 2006) et des spécificités démographiques locales, il a été décidé de retenir 41 UVB fixes (réparties sur une trentaine de sites de vaccination) et 2 UVB mobiles. Les UVB sont toujours situées au dehors des établissements de santé.

Les sites de vaccination ont été identifiés (annexe 10), visités et pour chacun d'entre eux, des plans ont été réalisés afin de faciliter leur mise en place en cas d'activation.

Stockage et acheminement des vaccins et matériels vers les UVB

- Les **vaccins** sont actuellement stockés dans des sites nationaux. Les vaccins nécessaires à la vaccination de la population de la Marne sont acheminés vers le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Reims par les administrations

centrales compétentes. La livraison vers les UVB est assurée par des sociétés spécialisées dans le transport frigorifique tous les 1 à 2 jours (selon les possibilités de stockage des UVB à -18°C) et est sous la responsabilité du préfet de la Marne.

- Les **matériels annexes dédiés** (tubes à fond conique, pipettes calibrées, embouts de pipettes stériles, portoirs adaptés) sont stockés dans un site de la zone de défense Est. Leur acheminement est sous la responsabilité de la zone de défense (du site zonal au CHRU de Reims) et du préfet de la Marne (du CHRU de Reims aux UVB). La livraison vers les UVB est assurée par des sociétés de transport. Une seule livraison est prévue sur la période de vaccination (l'ensemble des matériels nécessaires au fonctionnement d'une UVB sur la période de vaccination est conditionné dans un seul carton).
- Les **matériels consommables médicaux** (gants, vêtements divers de protection des personnels, compresses, bandes adhésives, pansements, solutions hydro alcooliques) et les **matériels consommables non médicaux** (tels que les matériels de désinfection ou de gestion des DASRI) sont stockés au CHRU de Reims. Ce stock, intégré dans le roulement de fonctionnement du CHRU de Reims, permet un armement en urgence des UVB, pour une période de 2 jours. Ce stock sera renouvelé autant que de besoin sur la période de vaccination. La livraison de ce matériel aux UVB s'effectue par des entreprises de transport, sous la responsabilité du préfet de la Marne.

De façon générale, une procédure de sécurisation des transports doit être envisagée.

A noter : les matériels divers (chaises, tables, ordinateurs, ...) sont fournis par les collectivités sièges d'UVB.

Personnels des UVB

Les personnels nécessaires au bon fonctionnement de l'UVB peuvent faire l'objet d'une réquisition par le préfet de département de la Marne. Dans ce cadre, pour faciliter la mise en place rapide des UVB, les effectifs médicaux et paramédicaux ont été prédéfinis pour chacune des UVB retenues (annexe 11). Les personnels amenés à travailler sur les sites de vaccination seront vaccinés préalablement à l'ouverture de l'UVB, par le personnel médical de celle-ci.

Organisation générale d'une UVB

La vaccination se déroule sur 14 jours consécutifs, 12 heures sur 24 (au minimum), par roulement de 2 équipes (médical, paramédical, administratif, maintien de l'ordre).

De façon indicative, les personnes se présentant dans une UVB suivent un circuit basé sur le principe de marche en avant (annexe 12) : tri, accueil et enregistrement, renseignement du questionnaire médical, consultation médicale et traitement du questionnaire médical, vaccination et traçabilité, sortie.

Information de la population

En cas de décision d'une vaccination collective, l'information à la population sera déclenchée par le Préfet de la Marne. La date, le lieu et les modalités pratiques de vaccination seront précisés à la population par le biais des maires des communes sièges d'UVB (notamment par affichage sur les lieux publics – l'appel à la vaccination se fera par famille, par ordre alphabétique). Une boîte vocale sera également activée pour assurer le suivi de l'alerte. En parallèle, un message d'information national sera élaboré en direction de la population et des professionnels.

A noter : actuellement, outre l'information relative à l'organisation de la campagne de vaccination, aucune communication aux professionnels de santé et au grand public n'est prévue, tant au niveau zonal que départemental.

3.3 Mise en œuvre d'une vaccination de masse : exemple récent suite à l'épisode de la grippe A(H1N1)2009

3.3.1 Quelques éléments de contexte

La grippe A(H1N1)2009 est une maladie respiratoire aiguë contagieuse provoquée par un virus de la grippe A de sous-type H1N1. Ce nouveau virus A(H1N1)2009 résulte de phénomènes de recombinaisons entre des virus connus d'origines porcine, aviaire et humaine. Le virus recomposé serait apparu en août 2008 et se transmettrait d'homme à homme depuis janvier 2009. Il est différent du virus A(H1N1) responsable de la grippe saisonnière, d'origine humaine. Des éléments d'information concernant la grippe A(H1N1)2009 sont disponibles en annexe 13.

3.3.2 La vaccination préventive

Le vaccin est le meilleur moyen de prévention contre la grippe, en permettant au corps humain de stimuler la production d'anticorps et de l'immuniser contre le virus. Quatre vaccins contre la grippe A(H1N1)2009 sont disponibles en France : PANDEMRIX (laboratoire pharmaceutique GlaxoSmithKline), FOCETRIA (laboratoire Novartis), CELVAPAN (laboratoire Baxter) et PANENZA (laboratoire Sanofi Pasteur).

Outre les composés qui permettent l'immunisation contre la maladie, le vaccin est constitué d'adjuvants qui en améliorent l'efficacité, d'agents de conservation et de stabilisants. Les adjuvants facilitent la présentation des antigènes aux cellules immunocompétentes et renforcent ainsi la réaction immunitaire pour une même dose d'antigène vaccinal. Ils peuvent aussi élargir la protection en cas de mutation du virus. Cependant, un vaccin sans adjuvant a été développé à titre de précaution (le PANENZA) pour la vaccination des personnes immunologiquement plus vulnérables, telles que les femmes enceintes, les jeunes enfants ou les personnes immunodéprimées.

La vaccination est réalisée en une seule injection (à l'exemption des jeunes de moins de 9 ans et de certaines catégories de populations pour lesquels deux injections sont nécessaires pour une bonne immunité contre la maladie, avec un délai de trois semaines à respecter entre les deux injections).

Un observatoire des effets secondaires liés aux vaccins contre la grippe A(H1N1)2009 est mis en place par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps). Les principaux effets secondaires rapportés sont d'intensité à entraîner une gêne fonctionnelle et/ou une incapacité temporaire (telles que : douleur, rougeur, gonflement au point d'injection, fièvre modérée). Les effets indésirables graves (pour lesquels une association causale n'a pu être établie à ce jour) sont les suivants : décès, choc anaphylactique, purpura thrombopénique immunologique, poussée de sclérose en plaques et syndrome de Guillain-Barré. Pour le cas particulier des femmes enceintes, les effets indésirables graves rapportés sont principalement des morts fœtales *in utero* et des fausses couches.

Remarque : au cours de l'épisode de pandémie, quelques malades ont présenté une forme grave de la grippe liée à une mutation du virus de la grippe A(H1N1)2009. Cependant, les autorités sanitaires précisent que les vaccins disponibles en France, tout comme les médicaments antiviraux, restent efficaces. En revanche, chez les personnes malades, cette mutation accentue le risque de complications pulmonaires.

3.3.3 Le chrono « grippe » - Vers une vaccination de masse (annexe 14)

Le **24 mai 2009**, l'OMS signale un phénomène épidémique d'allure grippale, évoluant depuis **mars** et touchant plusieurs centaines de personnes situées au Mexique, puis aux Etats-Unis. Cet épisode conduit la France à passer au niveau d'alerte épidémiologique 4A (« début de la transmission interhumaine efficace à l'étranger ») le **28 avril**, puis au niveau d'alerte 5A (« extension géographique de la transmission interhumaine du virus ») le **30 avril**. A noter : le scénario le plus probable retenu en France est le suivant (courant **mai**) : l'épisode de pandémie grippale serait proche d'une grosse grippe saisonnière, touchant non pas 10% de la population, mais 35% (soit environ 20 millions de cas en France, et un excès de mortalité de 20 à 30 000 décès). Cet épisode serait susceptible d'entraîner une désorganisation du système de santé, un absentéisme important et une fragilité de l'économie.

Par ailleurs, le virus A(H1N1)2009 étant d'un clade différent des virus A(H1N1) saisonniers, les vaccins saisonniers ne sont pas efficaces pour lutter contre ce nouveau variant. De ce fait, dès le mois de **mai**, les Etats-Unis ont pris les mesures nécessaires au développement et à la production d'un vaccin destiné à protéger la population américaine contre le virus de la grippe A(H1N1)2009. En Europe, courant **juin**, la commissaire européenne à la santé prône une stratégie commune de vaccination contre la grippe

A(H1N1)2009 au sein de la communauté, en particulier concernant la constitution de groupes prioritaires pour une vaccination précoce : parmi les vingt-sept pays membres, seuls neufs (dont la France) signent des contrats de pré-réservation de vaccins permettant de lutter contre une extension de la grippe A(H1N1)2009.

En **août**, alors que la circulation du virus A(H1N1)2009 tend à se stabiliser, il est demandé aux préfets d'établir des plans départementaux de vaccination visant l'ensemble de la population, sur une période de 4 mois (octobre à janvier), afin de prévenir une nouvelle vague de grippe A(H1N1)2009 à l'automne, avec l'éventualité d'une virulence accrue du virus (par mutation). Initialement, la stratégie vaccinale est basée sur deux doses vaccinales (en respectant un intervalle minimal de trois semaines entre les deux injections), mais dès **septembre**, les premiers résultats d'essais des vaccins chez l'adulte montrent une efficacité suffisante avec une dose vaccinale (cependant, au lancement de la campagne de vaccination, la stratégie vaccinale est encore basée sur 2 injections. Il faudra attendre plusieurs semaines pour obtenir les instructions permettant de passer de deux à une seule injection).

Alors que la circulation du virus s'intensifie sur le territoire national, la campagne de vaccination de la population s'organise. Dès fin **octobre**, les professionnels de santé prioritaires peuvent se faire vacciner dans les hôpitaux. La campagne de vaccination dans les centres de vaccination débute quant à elle à la **mi-novembre**, selon l'ordre de priorité défini par le premier ministre : la population est invitée par courrier de l'assurance maladie à se rendre dans les centres de vaccination selon un découpage géographique défini. A noter : l'acte de vaccination contre la grippe A(H1N1)2009 est une acte basé sur le volontariat ; afin d'encourager la population à se faire vacciner, et notamment les professionnels de santé, la ministre de la santé rappelle le caractère altruiste de la vaccination contre la grippe A(H1N1)2009, qui protège l'entourage. En parallèle, des informations caractérisées « d'infondées, fantaisistes et irresponsables » par la Fédération française de pneumologie (FFP) circulent dans les médias sur les effets secondaires liés à la vaccination contre la grippe A(H1N1)2009, notamment concernant le risque de syndrome de Guillain-Barré, dont le lien avec la vaccination a été évoqué en 1976 aux Etats-Unis sans être prouvé ni écarté. De nombreuses interrogations concernant la composition des vaccins (notamment adjuvant et conservateur) se posent au sein de la population, entraînant de nombreux débats, et mettant un frein à l'élan de vaccination du grand public.

Après avoir atteint un pic **début décembre**, l'activité grippale est faible à modérée sur le territoire national métropolitain, cependant, le niveau d'alerte épidémiologique est maintenu au niveau 5A dans l'hypothèse d'une seconde vague d'épidémie au début du printemps. **Courant janvier**, la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1)2009 est marquée par l'élargissement de la vaccination aux cabinets médicaux libéraux et la

fermeture des centres de vaccination, alors que la fin de la première vague épidémique se confirme. La seconde vague initialement annoncée au printemps est finalement décrite comme faible dès **février**.

A noter : au **1^{er} juin**, on dénombre un total de 312 décès (dont 49 chez des patients sans facteur de risque connu) et 1134 cas graves sur le territoire métropolitain, depuis le début de l'épidémie.

3.3.4 La vaccination de masse : mise en œuvre dans la Marne

L'organisation de la campagne de vaccination de la population contre le nouveau virus de la grippe A(H1N1)2009 est définie par deux grosses **circulaires interministérielles en date du 21 août 2009 et du 28 octobre 2009** (annexes 15 et 16). Les modalités de la mobilisation des professionnels de santé sont quant à elles précisées dans une troisième **circulaire interministérielle en date du 1^{er} octobre 2009** (annexe 17). A noter : ces circulaires ont tout au long de la campagne de vaccination été complétées / modifiées par d'autres circulaires (non référencées dans ce rapport).

L'organisation de la campagne de vaccination dans le département de la Marne est donc basée sur les instructions du ministère de l'intérieur et du ministère de la santé, tout en adaptant ses instructions au contexte local.

Logistique de la campagne de vaccination

- **Les centres de vaccination**

Dans le département de la Marne, 16 centres de vaccination fixes* sont retenus (annexe 10), soit en moyenne un centre pour 35 000 personnes. La sectorisation « grippe A(H1N1) » est cohérente avec les territoires « variole » et les secteurs de permanence des soins. Les sites retenus dans le cadre de la vaccination « grippe A(H1N1)2009 » sont dans la mesure du possible des sites également retenus dans le cadre de la vaccination « variole ».

Une visite de chaque site a été réalisée par les agents de la DRDASS de Champagne Ardenne et du SIDPC de la Marne afin de s'assurer que toutes les caractéristiques nécessaires à accueillir un centre de vaccination et le public étaient réunies. A noter : les sites retenus sont essentiellement des salles communales ou des salles d'activités culturelles ou sportives. De ce fait, certains sites n'étaient pas disponibles tous les jours de la semaine, sur les quatre mois. Dans une telle situation, deux possibilités : ne pas retenir le site ou bien le retenir mais le rendre disponible les jours d'activités (ce qui implique des difficultés logistiques).

Remarque : le dimensionnement des centres de vaccination dépend des données démographiques et géographiques locales. Dans le département de la Marne, deux types

* Des unités de vaccination mobiles ont également été mises en place à compter du 30 novembre, mais ce point n'est pas abordé dans ce rapport

de centre sont définis : les centres de vaccination standards (susceptibles d'accueillir 700 personnes par jour) et les centres de vaccination de grande capacité (susceptibles d'accueillir 1400 personnes par jour).

- **Les matériels nécessaires au fonctionnement des centres de vaccination**

Les **vaccins** : l'Etablissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (EPRUS) a la responsabilité d'organiser la chaîne logistique de l'acheminement des vaccins vers les centres de vaccination. Pour cela, l'EPRUS s'appuie sur des prestataires dotés des qualifications pharmaceutiques requises, ainsi que de moyens de transport et de conservation suffisants (entre 2 et 8°C). L'approvisionnement des centres de vaccination est progressif, en fonction des besoins recensés. La commande de vaccins se fait de façon prévisionnelle sur une semaine. Cependant, les centres de vaccination peuvent être approvisionnés très rapidement si nécessaire. De façon général, le schéma de commande est le suivant : chef de centre → DRDASS → grossiste répartiteur → stock national → grossiste répartiteur → centre de vaccination.

Remarque : des difficultés ont été rencontrées pour l'approvisionnement des centres de vaccination en doses vaccinales, suite à une rupture de stock du grossiste répartiteur dont dépendaient les centres du département de la Marne.

Les **matériels médicaux** (seringues, aiguilles, compresses, pansements, ...) **et non-médicaux** (détergents, ...) : une dotation initiale de matériels est livrée par l'EPRUS, via une plateforme située à Lyon (pour le département de la Marne), puis de façon hebdomadaire en fonction des besoins des centres. Le schéma général de commande est le suivant : Chef de centre → DRDASS → plateforme située à Lyon (EPRUS) → plateforme zonale → centre de vaccination.

Remarque : concernant l'acheminement des matériels médicaux et non-médicaux, quelques difficultés ont été rencontrées lors de la campagne de vaccination, notamment en termes de délai de livraison.

Les **matériels divers** : les tables/chaises sont fournies par les collectivités sièges de centres de vaccination, les lits picot sont fournis par l'armée, les kits d'urgence médicale sont fournis par la DRDASS, les fournitures de types papiers/stylos sont fournies par la préfecture, et les réfrigérateurs/ordinateurs/fax,... sont fournis par les collectivités sièges de centres de vaccination ou prêtés par la préfecture.

Remarque : seule la mise à disposition de lits par les militaires a posée quelques difficultés, mais rapidement levées grâce à l'intervention des instances nationales.

- **Les personnels des centres de vaccination**

La composition type d'une équipe de vaccination est la suivante (circulaire du 21 août 2009) : 5 personnels administratifs ou techniques, 6 personnels soignants travaillant sous la responsabilité d'un professionnel de santé de plein exercice, 2 personnels paramédicaux de plein exercice et 2 médecins ou internes en médecine (au plus, un

interne sur les deux profils médicaux). Cette équipe type est ensuite dupliquée et adaptée en fonction de la capacité souhaitée pour le centre de vaccination, mais surtout en fonction des personnels mobilisables : dans tous les cas, l'équipe de vaccination ne peut fonctionner qu'en présence continue d'un médecin et d'un infirmier.

Afin de compléter les équipes de vaccination (et de préserver au mieux l'offre de soins en période de tension), il est fait appel aux étudiants infirmiers en 3^{ème} année (via un courrier aux directeurs des instituts de formation en soins infirmiers) et aux étudiants et internes en médecine (via le doyen de la faculté de médecine de Reims), mais aussi aux professionnels de santé retraités.

Remarque : concernant la gestion des ressources humaines, les agents de la DRDASS de Champagne Ardenne ont effectués un travail quotidien de gestion des plannings, en fonction de l'activité des jours précédents, des instructions en provenance du ministère de l'intérieur et du ministère de la santé et des disponibilités des personnels de santé. Initialement, un courrier d'appel à la mobilisation a été envoyé à l'ensemble des professionnels de santé selon le fichier ADELI, afin de les sensibiliser à la campagne de vaccination à venir, puis l'appel aux volontaires s'est fait via la presse et le « bouche-à-oreille ». Au cours de la campagne de vaccination, la gestion quotidienne des plannings a mobilisé un grand nombre d'agents, pour la prise de contact direct avec les volontaires. De grandes difficultés sont à noter concernant la **disponibilité des médecins** dit « séniors » (non interne en médecine) → **il s'agit là d'un véritable point bloquant dans la constitution des équipes vaccinales.**

- **L'organisation générale d'un centre de vaccination**

Chaque centre est piloté par un chef de centre. Il veille au bon déroulement des activités. Il assure la régulation des flux en modulant le rythme des entrées dans le centre, afin de ne pas surcharger les files d'attente à l'intérieur du centre. A noter : en période de grande activité, l'attente du public a atteint deux à trois heures, notamment dans les plus gros centres situés à Reims.

De façon indicative, les personnes se présentant dans un centre de vaccination suivent un circuit basé sur le principe de marche en avant (annexe 18) : accueil, renseignement du questionnaire médical, traitement du questionnaire médical, (consultation médical), poste de vaccination, traçabilité, sortie. A noter : dans un premier temps, les personnes à vacciner doivent se rendre dans les centres munies de leur coupon de vaccination. Cependant, très rapidement, il est décidé d'accepter l'ensemble de la population se présentant dans les centres, les bons de vaccination pouvant être créés sur place.

Remarque : les jours et les plages horaires d'ouverture des centres étaient fonction des plannings réalisés par les agents de la DRDASS de Champagne Ardenne. Dans la mesure du possible, les centres étaient ouverts en fin de journée, éventuellement le

samedi et le dimanche, afin de faciliter l'accès aux centres de vaccination des personnes exerçant une activité professionnelle.

- **Bilan de la campagne de vaccination**

La campagne de vaccination s'est déroulée du 12 novembre au 31 janvier, avec une montée en puissance du nombre de vaccinations réalisées à la mi-décembre (annexe 19). Au 31 janvier 2009, 68 008 personnes étaient vaccinées en primo-vaccination (centres de vaccination, unités mobiles de vaccination et établissements de santé confondus), soit environ **12% de la population du département** (sur la base des données du recensement de 2006 : 565 840 habitants), à comparer au résultat national (environ 8,5% de la population à la même date).

Concernant les centres de vaccination, sur les 16 centres retenus, au maximum 13 étaient ouverts simultanément (principalement pour des raisons de ressources humaines mobilisables). 52 207 primo-injections et 6 322 secondes injections y ont été effectuées, sur 407 vacations de 4 à 7 heures.

Les personnels mobilisés représentent : 135 médecins « séniors », 193 internes en médecine, 597 personnels paramédicaux et étudiants et 271 administratifs.

- **Éléments de retour d'expérience de deux chefs de centre de vaccination**

Monsieur POIRISSE, chef du **centre de vaccination de Marolles** (centre de vaccination de grande capacité), a remis des éléments de retour d'expérience à Monsieur le Sous-préfet de l'arrondissement de Vitry-le-François le 10 février dernier. Par ailleurs, des éléments ont également été réunis suite à une rencontre avec Monsieur GORISSE, chef du **centre de vaccination de Fère-Champenoise** et maire de la commune (centre de vaccination standard) et Monsieur VINCENT, chef de la police municipal, le 5 juillet dernier.

De façon générale, la mise en place des centres de vaccination et le déroulement de la campagne de vaccination sont ressentis comme une expérience particulièrement enrichissante et probante. L'entente cordiale entre les personnels au sein des centres de vaccination et la bonne communication avec les services de l'état ont permis un travail de qualité, et un service rendu à la population satisfaisant. Parmi les points négatifs, il convient de retenir : un cadrage un peu trop contraignant et une gestion des personnels médical et paramédical pas toujours aisée du fait de la rotation importante des équipes au cours de la campagne de vaccination, mais aussi, des difficultés en ce qui concerne la gestion des DASRI.

3.4 Analyse comparative : vaccination de masse : variole // grippe A(H1N1)2009

Le tableau en pages suivantes reprend des éléments de comparaison « variole // grippe A(H1N1)2009 ».

	Plan « variole »	Cas de la grippe A(H1N1)2009	Remarques
La gestion de crise			
	Le travail s'effectue en amont de la gestion de crise → il s'agit de planifier les éléments de réponse à une menace terroriste.	Initialement, la gestion a suivi le plan pandémie grippale. Celui-ci s'est révélé inadapté pour la gestion de l'épidémie de grippe A(H1N1)2009 (du fait d'une extension géographique « normale » de cette nouvelle maladie). De ce fait, le travail s'effectue au cours de l'extension géographique de l'épidémie.	Concernant la gestion de la grippe A(H1N1)2009, les instructions sont venues du ministère de l'intérieur et du ministère de la santé au fur et à mesure de la gestion de crise. Les services de l'Etat ont adapté leur travail au quotidien en fonction des demandes formulées par les ministères.
La maladie			
<i>Introduction</i>	Par la menace terroriste	De façon naturelle, par recombinaisons de divers virus connus de la grippe	Les maladies ne sont pas du même ordre, surtout en ce qui concerne leur gravité. Par ailleurs, la variole est une maladie bien documentée, ce qui n'était pas le cas de la grippe A(H1N1)2009 (le virus étant différent du virus de la grippe saisonnière). La réaction de la population face à une maladie grave, à létalité pouvant être élevée et introduit par bioterrorisme serait probablement différente de la réaction qu'elle a pu avoir face à l'apparition du nouveau variant de la grippe A (dans un premier temps, la peur d'être contaminé, puis, au cours des semaines, l'impression d'être face à une « grippette » et d'être « manipulée » par les instances nationales et mondiales). En effet, dans le cas d'une menace de variole, le risque de panique de la population existe, avec pour conséquence un engorgement des sites de vaccination, ce qui nécessiterait l'intervention d'équipes de sécurité pour le maintien de l'ordre public.
<i>Symptômes</i>	Fièvre, malaises, prostration avec céphalées et douleurs dorsales, puis éruption cutanée en une seule poussée centrifuge	Fièvre brutale supérieure à 38°C, atteintes respiratoires et des courbatures	
<i>Voies de contamination</i>	Par voie respiratoire, à partir de gouttelettes émises depuis le rhinopharynx de personnes infectées (toux, éternuement) ou de particules virales mises en suspension dans l'air. Plus rarement : depuis les lésions cutanées ou par contact avec des objets contaminés	Par voie respiratoire, à partir de gouttelettes émises depuis le rhinopharynx de personnes infectées (toux, éternuement), par contact rapproché avec une personne infectée ou par contact avec des objets contaminés	
<i>Contagiosité</i>	Contagiosité modéré, pendant les 7 à 10 premiers jours suivant l'apparition des lésions cutanées. Le fait que la contagiosité de la maladie survienne lors de la phase d'état, avec une symptomatologie sévère incompatible avec une activité normale la transmission de la maladie se limitait le plus souvent aux proches et aux personnels de soin.	Contagiosité importante (scénario initial), dès les premiers symptômes et pendant environ sept jours. A noter la possibilité de portage faiblement symptomatique ce qui favorise la transmission de la maladie à l'extérieur du noyau familial (ce qui pose des difficultés notamment dans le cas de grands rassemblements culturels ou sportifs par exemple).	
<i>Virulence</i>	Forte pour la forme majeure (létalité de 30%) et les formes rares (létalité proche des 100%), plus modérée pour la forme mineure (létalité inférieure à 1%)	Possibilité d'une virulence accrue par mutation du virus	

Le vaccin			
<i>Existence du vaccin</i>	Le vaccin antivariolique existe ; les stocks nationaux sont constitués pour une vaccination de l'ensemble de la population.	Le vaccin a du être développé, produit, et autorisé avant sa mise sur le marché. En France, la pré-réservation des vaccins s'est faite en juin, pour une campagne de vaccination qui a débuté fin octobre par la vaccination des professionnels de santé en établissements de santé.	La disponibilité immédiate du vaccin antivariolique est un atout indiscutable à la gestion d'une menace de variole. En effet, si la décision d'une vaccination collective était décidée suite à la réapparition de la variole sur le territoire français, la disponibilité des vaccins ne serait pas un frein à la mise en œuvre d'une telle mesure.
<i>Effets indésirables</i>	Les effets indésirables liés à la vaccination antivariolique sont connus et documentés.	Les effets indésirables sont observés et recensés au cours de la campagne de vaccination.	Cependant, compte tenu des effets indésirables liés au vaccin, la vaccination collective est une mesure de gestion ultime.
<i>Conditionnement</i>	Multidoses	Multidoses uniquement dans un premier temps, en dose unique aujourd'hui	
Les matériels nécessaires à la vaccination (autres que les vaccins)			
<i>Les matériels médicaux, non-médicaux, divers</i>	Concernant les matériels médicaux et non-médicaux, les stocks sont constitués et les procédures d'acheminement vers les sites de vaccination définies Concernant les matériels divers, les collectivités sont chargées de les fournir en temps voulu.	Les matériels nécessaires à la mise en place des centres de vaccination ont été fournis par la collectivité, la préfecture, la DRDASS, l'armée et l'EPRUS.	La gestion des matériels tout du long de la campagne de vaccination (commande, livraison) s'est passée de façon satisfaisante.
Organisation de la campagne de vaccination de masse (population générale, département de la Marne)			
<i>Modalités de vaccination</i>	Une seule injection	Deux injections au lancement de la campagne de vaccination, une seule ensuite (sauf cas particulier)	La nécessité d'une double injection dans le cadre de la vaccination contre la grippe A(H1N1)2009 a conduit à la mise en place d'un protocole de suivi des vaccinations lourd à gérer (un même individu devant recevoir 2 injections, <u>d'un même vaccin</u> , à 3 semaines d'intervalle).
<i>Stratégie retenue pour la vaccination de masse</i>	Mise en place d'unités de vaccination de base (fixes ou mobiles) pour la population générale	Mise en place de centres de vaccination et d'unités mobiles de vaccination puis vaccination dans les collèges, les lycées, les grandes entreprises et les administrations, les cabinets médicaux libéraux	Pour ce qui concerne l'épisode de grippe A(H1N1)2009, il a été décidé de procéder à une vaccination collective en centre de vaccination, compte tenu du conditionnement des vaccins en multidoses, mais aussi pour ne pas surcharger l'activité des médecins libéraux. Cette mesure a été plutôt mal perçue par la population, qui aurait été plus encline à se faire vacciner par les médecins de famille.

<i>Sites de vaccination</i>	41 UVB fixes (réparties dans une trentaine de sites de vaccination)	16 centres de vaccination (dont 7 centres de vaccination de grande capacité et 9 centres de vaccination standards), pouvant contenir plusieurs chaînes de vaccination	Les sites de vaccination retenus dans le cas de la grippe A(H1N1)2009 ont été dans la mesure du possible des sites retenus dans le cadre du plan départemental « variole ». il s'agit essentiellement de salles des fêtes, de salles à activités culturelles ou sportives, de salles polyvalentes.
<i>Durée de la campagne de vaccination</i>	14 jours en continu avec mise en place des centres de vaccination dans les 24h qui suivent le déclenchement de la mesure	Initialement, 4 mois (de septembre à décembre), finalement, 2 mois ½ (de mi-novembre à fin janvier) avec une préparation depuis fin août 2009	La période de vaccination dans le cadre du plan variole est particulièrement courte et dense (7j/7, 12h/24) en comparaison à la campagne de vaccination « grippe A(H1N1)2009 » (les centres ont rarement été ouverts tous les jours de la semaine, et sur des vacations allant de 4h à 7h).
<i>Nombre de vaccination à réaliser pour équipes</i>	1 UVB = 2 équipes de vaccination (2 vacations de 6h) = 14 000 vaccinations sur 14 jours (soit 1 000 vaccinations par jour)	1 équipe-type de vaccination (4h par vacation) = 15 000 personnes sur 4 mois = 30 000 vaccinations sur 4 mois (si deux injections comme initialement prévue dans la circulaire du 21 août 2009)	
<i>Les équipes de vaccination</i>	1 équipe de vaccination = 50 personnels médical et paramédical, 40 personnels administratif (+ les personnels de sécurité, les pompiers, les secouristes)	1 équipe-type de vaccination = 10 personnels médical et paramédical, 5 personnels administratif	Le point bloquant lors de la campagne de vaccination « grippe A(H1N1)2009 » = les ressources humaines
<i>Nature de l'acte de vaccination</i>	Dans le cas d'une menace de variole, suite à un acte terroriste, la vaccination antivariolique peut être rendue <u>obligatoire</u> .	La vaccination contre le virus de la grippe A(H1N1)2009 est un acte <u>volontaire</u> .	
<i>Convocation</i>	L'appel à la vaccination se ferait par famille, par ordre alphabétique, via des affichages sur les lieux publics (le terme « famille » n'est pas défini dans les documents).	La population est invitée par courrier de l'assurance maladie à se rendre dans les centres de vaccination.	Lors de la campagne de vaccination « grippe A(H1N1)2009 », des groupes prioritaires ont été définis, pour un accès rapide à la vaccination. Cependant, rapidement, l'ensemble de la population a pu se rendre dans les centres de vaccination sans bon de vaccination.

L'étude du plan départemental « variole » et de l'épisode de grippe A(H1N1)2009 montre des mesures de gestion différentes, qui s'expliquent d'une part par des caractéristiques de pathologies différentes (notamment en termes de contagiosité et gravité) et d'autre part par un cadre de gestion incomparable : dans le cas de la « variole », il s'agit d'une **planification** des actions à mener en cas de menace de variole, alors que dans le cas de l'épisode de grippe A(H1N1)2009, il s'agit d'une **gestion en temps réel de l'évènement**, en fonction des instructions quotidiennes en provenance du ministère de l'intérieur et du ministère de la santé.

Cependant, **l'expérience de la grippe apporte un regard neuf sur la mise en place d'une vaccination de masse** au niveau local : le retour d'expérience d'un tel « exercice » remet en question la faisabilité d'une campagne de vaccination aussi contraignante que celle prévue dans le cadre du plan départemental « variole » et ne peut donc être que profitable en ce sens.

Compte tenu de l'ensemble des éléments rassemblés au cours de ce travail, la grande difficulté qui apparaît est la **mobilisation des personnels médical et paramédical**, en particulier les médecins. En effet, lors de l'épisode de la grippe, le point bloquant de la campagne de vaccination a été la disponibilité de ces personnels (sur la base du volontariat). Dans le cas de la mise en place d'une vaccination de masse « variole » dans le département de la Marne, il en serait de même : pour faire tourner les 41 UVB fixes sur 2 roulements (2 x 6 heures), il serait nécessaire de mobiliser **4100 personnels médical et paramédical par jour**, dont 656 médecins (sur les 1714 installés dans la Marne en 2006, médecins généralistes et spécialistes confondus), sur 14 jours de suite. Une telle mobilisation ne pourrait qu'affaiblir très largement le système de soin en place (même si c'est envisageable par réquisition du Préfet de département). Ainsi, le plan départemental « variole » (mais aussi de fait, le plan national) paraît obsolète car très difficile (si ce n'est impossible...) à mettre en place.

Par ailleurs, il est très probable que l'épisode « grippe A(H1N1)2009 » ait eu un **impact négatif non négligeable sur la population**, notamment concernant la vaccination. En effet, l'acceptabilité du vaccin par la population est à relier à une communication adaptée. Or, dans le cas de la grippe, une très grande quantité d'information a circulé sur les différents vecteurs (télévisions, radios, presses, Internet). Cette information (ou cette désinformation) n'a pu être contenue et contrôlée, entraînant ainsi une méfiance dans la population vis-à-vis de la vaccination (et de son bienfondé) ainsi que de nombreux débats (en particulier concernant les effets indésirables liés à la présence d'adjuvants dans la composition des vaccins). Un tel phénomène de désinformation est prévisible en cas de vaccination antivariolique. Il est donc nécessaire d'apporter une réflexion sur une communication adaptée au vu de l'expérience de la grippe (au niveau national), et en prenant en compte le fait que la vaccination de masse contre la variole, si elle est

décidée, pourrait être rendue obligatoire... un élément supplémentaire qui pourrait alimenter les débats...

4 Discussion

4.1 Bilan

Comme dit précédemment, le plan départemental variole nécessite d'être révisé en profondeur, afin de prendre en compte notamment les difficultés prévisibles liées à la mobilisation des professionnels de santé dans le cadre de l'organisation d'une campagne de vaccination de masse. Cependant, dans le cadre de cette révision, il sera nécessaire de trouver un équilibre entre le fait de vacciner un maximum de personnes dans un délai le plus court possible et le fait de conserver un système opérant de prise en charge des malades (aussi bien en établissements de santé qu'en cabinets médicaux libéraux). Cela reviendra donc à définir une étude comparative de risques entre le risque d'apparition de cas de variole lié à une vaccination sur une période plus longue et le risque de morbidité et mortalité supplémentaire lié à un système de soin affaibli. Une telle réflexion est cependant à porter par le niveau national pour une harmonisation des procédures locales. Dans le cas où le niveau national modifierait les modalités de l'organisation de la campagne de vaccination, notamment en allongeant la durée de celle-ci, il serait intéressant de réfléchir à la nécessité et à la faisabilité de mise en place d'une liste de personnes prioritaires (par exemple, personnes sensibles ou personnes n'ayant jamais été immunisées contre la variole ?), tout en tenant compte de l'expérience de la grippe A(H1N1)2009 (doit-on faire revenir une même famille car les membres de celle-ci ne sont pas tous prioritaires ? que fait-on des personnes qui se présentent alors qu'elles ne sont pas prioritaires ? comment transmettre l'ordre de priorité à la population, sans passer par un courrier de l'assurance maladie, car la réalisation de celui-ci n'est pas compatible avec une mise en œuvre d'une campagne sous 24 heures ? ... Ce ne sont bien sûr que des éléments de réflexion qui seraient intéressants de développer lors de la mise en place d'un groupe de travail portant sur la révision du plan national « variole »...).

Par ailleurs, lors de la révision du plan départemental, il serait intéressant d'apporter des éléments complémentaires quant à la gestion des déchets dans les UVB (fixes et mobiles), notamment en ce qui concerne les DASRI, au vu des premiers éléments de retour d'expérience « grippe » (ce point n'a malheureusement pas pu être développé au cours de ce travail), mais aussi quant à l'intervention possible de l'EPRUS et de la réserve sanitaire dans l'organisation de la campagne de vaccination de masse (en effet, à la date de rédaction du plan national et du plan départemental, l'EPRUS n'était pas encore créé).

A noter : dans tous les cas, une nouvelle réflexion sera portée au niveau local sur les missions de chaque partenaire dans le cadre de la mise en œuvre du plan départemental. En effet, avec la création des ARS, il n'est pas possible de transposer les missions de la DRDASS à l'ARS de façon simple. Cependant, il n'est pas possible à ce stade de préciser ces missions car le protocole définissant les relations entre le Préfet de la Marne et le Directeur général de l'ARS Champagne Ardenne n'est pas finalisé et les relations entre le siège de l'ARS et la délégation territoriale de la Marne ne sont pas entièrement définies. Il est donc nécessaire de préciser ces éléments avant de retravailler le plan départemental.

4.2 Limites de l'étude

Outre le fait que le temps dévolu à la réalisation de cette étude ne m'a pas permis d'aborder tout ce qui aurait pu l'être (par exemple, la gestion des DASRI au niveau local, dans le cadre de la mise en œuvre d'une campagne de vaccination de masse), il est important de noter que le plan départemental (tout comme le national) est basé sur le fait que le virus de la variole utilisé lors d'une éventuelle attaque terroriste serait le même que celui connu jusqu'alors. Or, parmi les hypothèses du bioterrorisme, la possibilité d'une recombinaison génétique de la variole avec d'autres agents pathogènes est envisagée. Si c'était effectivement le cas, la mise en œuvre d'une campagne de vaccination de masse (selon le plan existant) pourrait être remise en cause si les vaccins disponibles se révélaient inefficaces contre le nouveau virus.

4.3 Perspectives

Il semblerait qu'une réflexion soit engagée au niveau national sur une refonte totale du plan national variole. En particulier, il semblerait que le volet « organisation d'une vaccination de masse » sorte entièrement du plan « variole » pour devenir un plan non spécifique à une maladie. Ainsi, ce nouveau plan pourrait être comparé à une « boîte à outils » dans laquelle on retrouverait les informations nécessaires à l'organisation d'une campagne de vaccination de masse (moyens humains ? moyens logistiques ? fiches réflexes ?), le but étant de faire « le mieux qu'on peut avec les moyens dont on dispose ».

4.4 Difficultés rencontrées

De façon général, la réalisation de mon étude s'est bien passée. Cependant, plusieurs points de difficulté sont à noter :

- à mon arrivée sur mon lieu d'affectation, mon référent professionnel (qui était également le référent « variole » au sein de la DRDASS de Champagne Ardenne) n'était plus présent car il avait été appelé sur un autre poste, au dehors de l'ARS

Champagne Ardenne. Monsieur Cadou, Directeur de santé publique, s'est proposé pour le remplacer (une première rencontre a eu lieu le 27 mai) ;

- de façon globale, la réalisation de ce stage s'est faite de façon très (trop) autonome, malgré un suivi régulier avec mon référent professionnel. Ceci est probablement à relier au fait que la thématique « variole » n'est que peu connue par les agents de la CRDS et que l'épisode de grippe est en cours de clôture (et de ce fait, les agents se tournent vers d'autres missions) ;
- par ailleurs, l'accès aux « bonnes » ressources (papier et informatique) ne s'est pas révélé aisé car de nombreux documents sont disponibles sur les thèmes « variole » et « grippe A(H1N1)2009 » et le tri s'est révélé assez fastidieux : certains documents particulièrement intéressants concernant la grippe ont été découverts tardivement, et le temps restant pour les exploiter de façon optimale était alors trop court ;
- aucun retour d'expérience concernant la gestion locale de l'épisode « grippe A(H1N1)2009 » n'a été réalisé par l'ARS Champagne Ardenne (quelques éléments de bilan sont malgré tout disponibles), ce qui n'a pas facilité la réalisation de l'étude ;
- enfin, de façon générale, la rencontre des partenaires (internes à l'ARS ou externes), notamment pour obtenir des éléments de retour d'expérience « grippe A » n'a pas été simple, car les calendriers de chacun étaient chargés du fait du travail supplémentaire qu'engendre la mise en place des ARS.

En conclusion, une grande difficulté dans la réalisation de cette étude est liée au changement de structure DDASS/DRASS → ARS (du fait de la moindre disponibilité des agents, du flou qui existe sur le « qui fait quoi », ...). Cependant, cette période fut particulièrement intéressante pour se positionner au sein de cette nouvelle structure, notamment pour ce qui concerne la réflexion sur une nouvelle fiche de poste mais aussi pour ce qui concerne la connaissance de la structure, de son organisation, de cette nouvelle façon de travailler au sein du siège mais aussi avec les délégations territoriales, même si à l'heure actuelle, tout n'est pas clarifié.

Conclusion

Cette étude m'a immergée dans un domaine qui ne m'était absolument pas familier, celui de la défense sanitaire, et m'a ainsi permis de mieux appréhender mes futures missions au sein de l'ARS Champagne Ardenne. En effet, ma fiche de poste est actuellement en cours d'élaboration, mais il est déjà acté que je serais affectée pour partie à l'unité fonctionnelle « santé sécurité environnement » et pour partie à la cellule régionale de défense et de sécurité, au sein de l'unité fonctionnelle « veille et gestion sanitaire » .

Mes missions seront transversales sur les deux unités, avec des thématiques relatives à la qualité de l'air extérieur, à l'impact des activités humaines sur la santé des populations, à la radioprotection, au règlement sanitaire international (pour ce qui concerne l'unité SSE), aux plans particuliers d'intervention, au plan ORSEC (volet eau potable), ainsi qu'à l'ensemble des dossiers « défense sanitaire » pour lesquels une expertise en santé environnement serait nécessaire (pour ce qui est de la CRDS). Egalement, compte tenu de l'étude menée au cours de ces huit semaines de stage, et de fait de mon investissement sur ce dossier, je serais également « personne ressource » en ce qui concerne la variole.

Compte tenu de mes futures activités, je serais amenée à collaborer avec d'une part, les agents de l'ARS Champagne Ardenne dans son ensemble, c'est-à-dire, y compris les délégations territoriales, et d'autre part, avec les collectivités locales (telles que le conseil régional et les conseils généraux), les services de l'état (en particulier avec la DREAL), les services de la préfecture de région et des préfectures de département (en particulier le SIDPC), mais aussi avec les agents de la cellule régiono-zonale de défense et de sécurité et certaines associations telles que ATMO Champagne Ardenne. Ce qui donne un panel très large et diversifié de collaborateurs à rencontrer !

Bibliographie

- [1] Institut de veille sanitaire, octobre 2001, *Utilisation du virus de la variole comme arme biologique*
- [2] Organisation mondiale de la santé, mai 2002, *Se préparer à faire face à l'usage délibéré d'agents biologiques, une approche rationnelle face à l'impensable*
- [3] Préfecture de la Marne, Janvier 2006, *Plan départemental « variole »*
- [4] Direction générale de la santé, juin 2006, *Bioterrorisme et mesures environnementales en milieu de soins*
- [5] Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Haut fonctionnaire de défense, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut de veille sanitaire, août 2006, *Plan national de réponse à une menace de variole*
- [6] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, octobre 2008, *Fiche Biotox de prise en charge thérapeutique*

Réglementation

Organisation de la défense et de la sécurité

- Circulaire interministérielle n°HFDS/DPSN/2008/389 du 31 décembre 2008, relative à l'organisation de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires
- Instruction interministérielle du 30 mars 2010, relative aux missions de défense et de sécurité des ARS

Plans gouvernementaux

- Loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004 et décret d'application n°2005-1157 (Orsec) du 13 septembre 2005
- Circulaire n°800/SDGN/PPS du 23 avril 2003, relative à l'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radioactives
- Circulaire n°700/SGDN/PSE/PPS du 7 novembre 2008, relative à l'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques
- Circulaire n°007/SDGN/PSE/PPS du 8 octobre 2009, relative au dispositif interministériel d'intervention face à la menace ou à l'exécution d'actes de terrorisme NRBC
- Circulaire n°747/SDGN/PSE/PPS du 30 octobre 2009, relative à la prévention et à la lutte contre le terrorisme NRBC-E

Variole

- Code de la santé publique (article L.3111-8 et L.3111-9)
- Loi 79-520 du 2 juillet 1979 (suppression de l'obligation de primo-vaccination)
- Loi 84-404 du 30 mai 1984 (suppression totale de l'obligation de vaccination)
- Décret n°2002-1089 du 7 août 2002, relatif au signalement en urgence et à la notification de cas de variole et autres orthopoxviroses
- Décret n°2003-109 du 11 février 2003, relatif à la vaccination antivariolique
- Décret n°2003-313 du 3 avril 2003, déterminant les mesures propres à empêcher la propagation d'une épidémie de variole en France
- Arrêté du 11 mars 2003, fixant la liste des personnes affectées à la prise en charge des premiers cas de varioles
- Circulaire n°2002/558 du 15 novembre 2002, relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas d'orthopoxviroses, dont la variole.
- Circulaire du 16 mars 2004, relative à la préparation de l'organisation sur l'ensemble du territoire d'une éventuelle vaccination contre la variole
- Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France des 5 et 16 novembre 2001

Grippe

- Circulaire interministérielle du 21 août 2009, relative à la planification logistique d'une campagne de vaccination contre le nouveau virus A(H1N1)
- Circulaire interministérielle du 1^{er} octobre 2009, relative à la mobilisation des professionnels de santé / virus A(H1N1)
- Circulaire interministérielle du 28 octobre 2009, relative à l'organisation de la campagne de vaccination contre le nouveau virus A(H1N1)2009

Sites Internet :

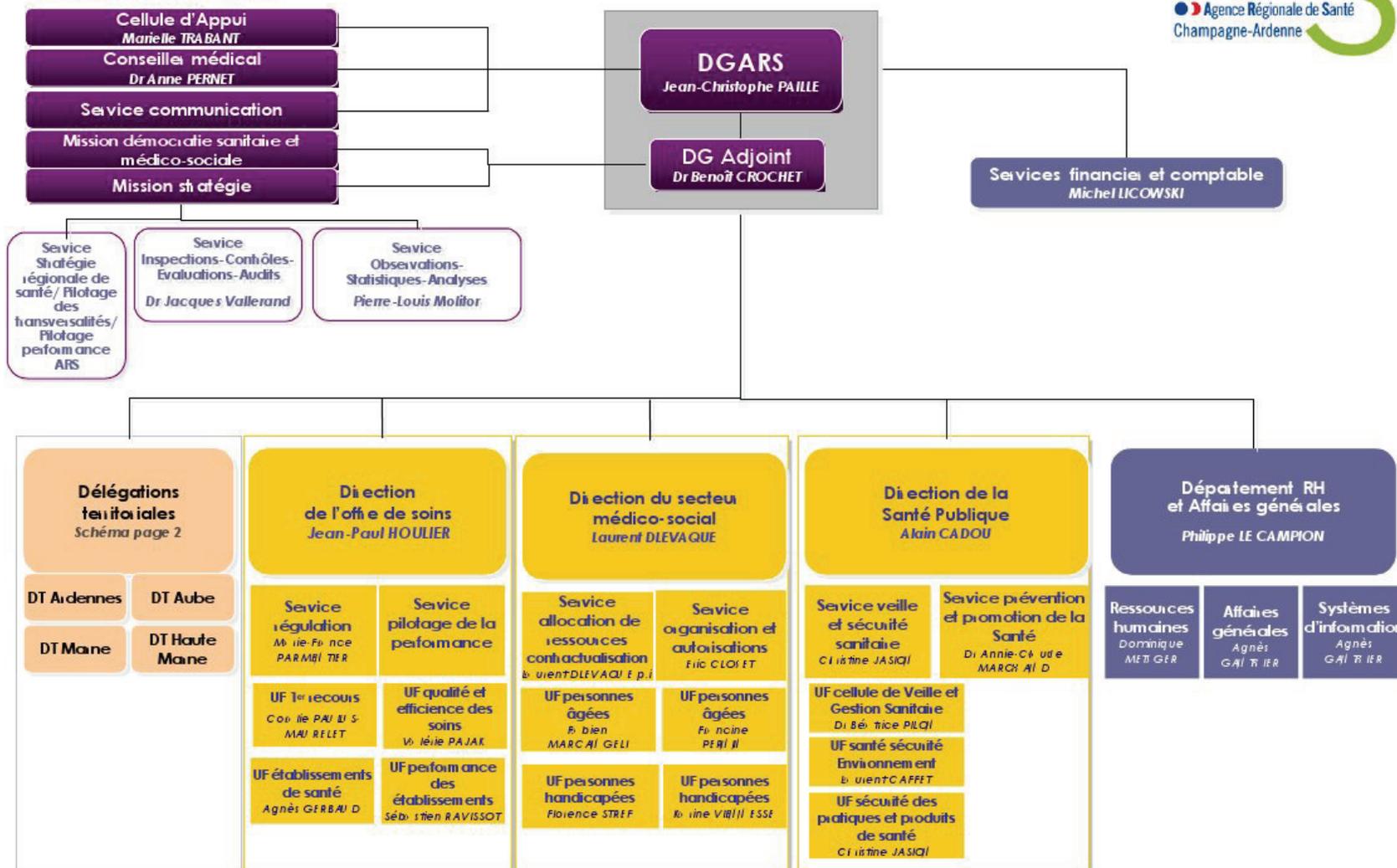
- <http://sgdn.gouv.fr> (secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale)
- <http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr> (ARS de Champagne Ardenne)
- <http://www.afssaps.fr>
- <http://www.invs.sante.fr>
- <http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/>
- <http://www.sante-sports.gouv.fr/>

Liste des annexes

- Annexe 1 : Organigramme de l'agence régionale de santé de Champagne Ardenne
- Annexe 2 : Circulaire interministérielle n°HFDS/DPSN/2008/389 du 31 décembre 2008, relative à l'organisation de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires (hors annexe)
- Annexe 3 : Instruction interministérielle du 30 mars 2010, relative aux missions de défense et de sécurité des ARS (hors annexe)
- Annexe 4 : La planification gouvernementale en matière de lutte contre le terrorisme et les malveillances
- Annexe 5 : La Variole (l'agent pathogène, la maladie, la lutte contre la variole)
- Annexe 6 : Effets indésirables de la vaccination antivariolique et prise en charge des accidents vaccinaux (extrait du plan national « variole », 2006)
- Annexe 7 : Quelques définitions : cas certain, cas suspect, sujet contact A (risque élevé), sujet contact B (risque faible) (extrait du plan national « variole », 2006)
- Annexe 8 : Circulaire du 16 mars 2004, relative à la préparation de l'organisation sur l'ensemble du territoire d'une éventuelle vaccination contre la variole
- Annexe 9 : Organisation d'une unité de vaccination de base (extrait du plan national de réponse à une menace de variole)
- Annexe 10 : Liste des sites de vaccination retenus dans le département de la Marne, dans le cadre du plan variole // dans le cadre de la grippe A(H1N1)2009
- Annexe 11 : ressource humaine nécessaire pour la mise en œuvre d'une UVB et pour l'ensemble des UVB (fixes), département de la Marne
- Annexe 12 : Schéma général de l'organisation des UVB, département de la Marne
- Annexe 13 : La grippe : éléments d'information (tableau clinique, prise en charge des malades, traitement médicamenteux)
- Annexe 14 : Chrono « grippe » (alerte, communication, organisation de la vaccination)
- Annexe 15 : Circulaire interministérielle du 21 août 2009, relative à la planification logistique d'une campagne de vaccination contre le nouveau virus A(H1N1) (hors annexe)
- Annexe 16 : Circulaire interministérielle du 28 octobre 2009, relative à l'organisation de la campagne de vaccination contre le nouveau virus A(H1N1)2009 (hors annexe)
- Annexe 17 : Circulaire interministérielle du 1er octobre 2009, relative à la mobilisation des professionnels de santé / virus A(H1N1) (hors annexe)
- Annexe 18 : Schéma général de l'organisation des centres de vaccination (épisode de la grippe A), département de la Marne
- Annexe 19 : Nombre de personnes vaccinées en centres de vaccination (épisode de la grippe A), département de la Marne
- Annexe 20 : Calendrier de travail

Annexe 1 : Organigramme de l'agence régionale de santé de Champagne Ardenne

ARS de Champagne Ardenne – Directions, services et unités fonctionnelles



Annexe 2 : Circulaire interministérielle n°HFDS/DPSN/2008/389 du 31 décembre 2008, relative à l'organisation de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires (hors annexe)

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
DE L'OUTRE-MER
ET DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Secrétariat général

Haut fonctionnaire de défense
et de sécurité

Secrétariat général

Haut fonctionnaire de défense

Circulaire interministérielle HFDS/DPSN n° 2008-389 du 31 décembre 2008 relative à l'organisation actuelle de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires

NOR : SJSX0831394C

Date d'application : immédiate.

Résumé : organisation actuelle de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires.

Mots clés : attributions des HFDS, pouvoirs des préfets de zone, attributions des délégués de zone, conseiller de défense et de sécurité de zone, conseiller sanitaire de zone, service zonal de défense et de sécurité, cellule de défense et de sécurité, cellules zonale, régionale et départementale d'appui, délégué de défense.

Références :

- Code de la défense ;
- Code de la santé publique ;
- Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur ;
- Décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan Orsec et pris pour application de l'article 14 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile ;
- Décret n° 95-523 du 3 mai 1995 relatif à la désignation et aux attributions des délégués et correspondants de zone (codifié aux art. R. 1312, 1 à 6 du code de la défense) ;
- Décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;
- Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) ;
- Décret n° 2006-212 du 23 février 2006 relatif à la sécurité des activités d'importance vitale (codifié aux art. R. 1332-1 et suivants du code de la défense) ;
- Décret n° 2007-207 du 19 février 2007 relatif aux attributions des hauts fonctionnaires de défense et de sécurité ;
- Décret n° 2007-1273 du 27 août 2007 pris pour l'application 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 ;
- Décret n° 2007-1837 du 24 décembre 2007 relatif aux emplois de médecin-inspecteur régional et de conseiller sanitaire de zone ;
- Décret n° 2007-1838 du 24 décembre 2007 relatif à l'emploi de pharmacien-inspecteur régional ou interrégional ;
- Arrêté du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence ;

Arrêté du 16 mai 2006 portant désignation des autorités qualifiées pour la sécurité des systèmes d'information ;

Arrêté du 11 mai 2007 relatif à l'organisation, aux attributions et aux moyens du service du haut fonctionnaire de défense et de sécurité auprès des ministres chargés des affaires sociales ;

Arrêté du 14 février 2008 relatif à la désignation des délégués de zone et à l'organisation territoriale de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires et sociales ;

Circulaire DGS/DAGPB/HFD n° 2002-191 du 3 avril 2002 relative au renforcement des moyens en personnels des services déconcentrés, dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre le bioterrorisme (Biotox) ;

Circulaire NOR/INT/E/0300119/C du 22 décembre 2003 relative à la veille et à la gestion de crise.

Annexes :

Annexe I. – Schéma de l'organisation de la défense et de sécurité.

Annexe II. – Cartographie des zones de défense.

Annexe III. – Canevas du rapport d'activité annuel.

Annexe IV. – Liste des acronymes.

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales ; la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative à Messieurs les préfets de zone, à l'attention des préfets délégués pour la sécurité et la défense (état-major de zone), à l'attention des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales, délégués de zone (pour action) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région, à l'attention des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales (pour action) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour action) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département, à l'attention des directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales (pour action).

SOMMAIRE

1. Le niveau national

1.1. *Le haut fonctionnaire de défense et de sécurité*

1.2. *Le service du haut fonctionnaire de défense et de sécurité*

2. Le niveau zonal

2.1. *Le délégué de zone*

2.2. *Les missions du délégué de zone*

2.2.1. Animation zonale

2.2.2. Planification de défense et de sécurité

2.2.3. Exercices et entraînement

2.2.4. Protection du secret de la défense nationale

2.2.5. Sécurité des activités d'importance vitale

2.2.6. Sécurité des systèmes d'information

2.2.7. Formation du personnel

2.3. *Les moyens du délégué de zone*

2.3.1. Le service zonal de défense et de sécurité

2.3.2. La cellule zonale d'appui

2.3.3. Les conseillers techniques du délégué de zone : la mission NRBC du CHU de référence

3. Le niveau régional

3.1. *Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS)*

3.1.1. Missions du DRASS

3.1.2. Moyens du DRASS

3.2. *Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (DARH)*

3.2.1. Missions du DARH

3.2.2. Moyens du DARH

4. Le niveau départemental

4.1. *Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (DDASS)*

4.2. *Les missions du DDASS*

4.3. Les moyens du DDASS

4.3.1. La cellule départementale de défense et de sécurité

4.3.2. La cellule départementale d'appui

Le ministre chargé de la santé est responsable de la définition, de la préparation et de l'exécution des politiques de santé qui concourent à la sécurité nationale. Il est en particulier chargé de l'organisation et de la mise en condition d'emploi du système de santé et des moyens sanitaires nécessaires à la connaissance des menaces sanitaires graves, à leur prévention et à la protection des populations contre ces dernières. Il contribue à la planification interministérielle de sécurité nationale en ce qui concerne son volet sanitaire.

A la suite des attentats de New York en 2001, puis ceux de Madrid ou de Londres, le ministère chargé de la santé a notablement consolidé son dispositif de réponse aux situations de crise et d'urgence sanitaire par la réorganisation du niveau national, l'affectation de personnel dédié dans les services déconcentrés ou encore le prépositionnement de très importants stocks de matériels et de produits de santé.

Par ailleurs, les orientations retenues dans le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale, paru en juin 2008, insistent sur le rôle essentiel du ministère chargé de la santé en cas de crise. Les risques et les menaces contre la population et le territoire national y sont clairement identifiés : attentats terroristes avec un réel risque NRBC, attaques majeures contre nos systèmes d'information, nouveaux risques sanitaires ou catastrophes naturelles de très grande ampleur.

Il convient également de noter que les responsabilités du ministère chargé de la santé en matière de défense et de sécurité nationales s'inscrivent en appui de celles dévolues au ministère de l'intérieur en matière de transposition et d'application de la planification gouvernementale au plan territorial et de conduite opérationnelle de la gestion de crise.

La présente circulaire a pour objet de préciser l'organisation actuelle de la défense et de la sécurité du ministère chargé de la santé et le rôle de chacun des acteurs des niveaux national, zonal, régional et départemental, sans attendre les adaptations que va appeler la mise en place des agences régionales de la santé à compter du 1^{er} janvier 2010. L'implication des agences et des établissements de santé est évoquée, chaque fois que nécessaire, dans la description du dispositif retenu.

Vous voudrez bien assurer la diffusion de la présente circulaire et faire connaître les éventuelles difficultés que son application pourrait susciter.

1. Le niveau national

1.1. Le haut fonctionnaire de défense et de sécurité (HFDS)

Le haut fonctionnaire de défense et de sécurité (HFDS) anime et coordonne la politique ministérielle en matière de défense, de vigilance, de prévention de crise et de situation d'urgence.

Le décret n° 2007-207 du 19 février 2007 cité en référence précise que le HFDS est le conseiller direct de son ministre ; pour l'exercice de sa mission, il a autorité sur l'ensemble des directions et services déconcentrés du ministère, sous réserve des compétences des préfets, territorialement compétents. Pour le ministère chargé de la santé, le HFDS s'appuie sur un service dédié organisé en deux pôles : le pôle de défense et de sécurité sanitaires et le pôle de protection et de sécurité de défense.

Le HFDS adresse en début d'année les orientations du ministère aux DRASS, délégués de zone (voir § 2), dans le domaine de la défense et la sécurité. En fin d'année, il établit un rapport annuel d'activités qui est adressé au secrétaire général de la défense nationale (SGDN).

1.2. Le service du haut fonctionnaire de défense et de sécurité

Les deux pôles du service du HFDS sont dirigés chacun par un HFDS adjoint. L'arrêté ministériel du 11 mai 2007 cité en référence en a défini l'organisation, les attributions et les moyens de fonctionnement. Les deux HFDS-adjoints se tiennent en permanence informés de tous les dossiers et événements qui concernent la défense et la sécurité du département ministériel chargé de la santé. Il s'agit principalement :

- des questions relatives à la protection du patrimoine scientifique et technique ;
- de la lutte contre la prolifération des armes de destruction massive ;
- de la sécurité dans les secteurs d'activité d'importance vitale ;
- de la protection du secret de la défense nationale ;
- de la déclinaison ministérielle des plans gouvernementaux de vigilance, de prévention et de protection face aux risques et menaces et la lutte contre le terrorisme nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC) notamment ;
- de la préparation et du suivi de l'exécution du programme civil de défense ;
- du pilotage des actions de sensibilisation, de formation et des exercices de simulation de crise ;
- de la définition et de la mise en place des outils de gestion de crise ;
- de la politique de sécurité des systèmes d'information ;
- de l'organisation et des procédures de fonctionnement du centre d'opérations ministériel (COM-SEGUR).

Les deux pôles animent conjointement la politique de défense et de sécurité sur l'ensemble du territoire et à ce titre :

- réunissent régulièrement le collège des conseillers de zone (en principe, une réunion trimestrielle) ;
- organisent la tenue de réunions plénières avec les délégués de zone et leurs conseillers, sous la présidence du HFDS ;
- animent des séminaires avec les acteurs de la défense et la sécurité (chargés de la prévention et la gestion de crise, référents NRBC des CHU de référence, délégués de défense, etc.) ;
- procèdent à des visites et à des inspections de défense et de sécurité.

Le centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS – voir la note ministérielle en date du 21 septembre 2007 relative à la mise en place d'un dispositif centralisé de réception et de gestion des alertes : centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales), est un dispositif permanent de veille et d'alerte créé au sein du département des urgences sanitaires (DUS). Il constitue désormais le point unique de remontée des informations relatives aux événements sanitaires et sociaux, répondant ainsi aux préconisations du Règlement sanitaire international (RSI). Ces dispositions sont complémentaires à celles de l'article L. 1413-15 du code de la santé publique qui prévoient « le signalement sans délai au représentant de l'Etat dans le département par les services de l'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les établissements de santé publics et privés, le service de santé des armées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les services de secours ainsi que tout professionnel de santé, des menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée. Dans ce cas, le représentant de l'Etat porte immédiatement ce signalement à la connaissance de l'Institut de veille sanitaire ».

Pour sa part, l'institut de veille sanitaire (InVS) informe sans délai le ministre chargé de la santé (CORRUSS) en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et lui recommande toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace (voir les articles L. 1413-2 à 6 du CSP sur l'InVS).

Le CORRUSS est en liaison constante avec le centre opérationnel de gestion interministériel des crises (COGIC), armé par le ministère de l'intérieur. Lorsque la gravité et l'intensité d'un événement le justifie, le COM-SEGUR est activé. Il prend ainsi le relais du CORRUSS pour assurer la continuité de la gestion de crise avec les services et directions concernés.

2. Le niveau zonal

Le territoire national est découpé en 12 zones de défense dont 7 en métropole (art. R. 1211-1 et suivants du code de la défense – voir également les cartes en annexe II). Le Livre blanc consolide cet échelon de déconcentration interministérielle en renforçant son rôle ; il devient l'échelon de premier rang en matière de préparation et de gestion des crises majeures relevant de la sécurité nationale.

Le préfet de zone est le représentant de l'Etat dans la zone de défense. Ses pouvoirs sont définis dans le code de la défense (art. R. 1311-2 et suivants du code de la défense relatifs aux pouvoirs des préfets de zone), lequel précise en particulier que le préfet de zone dirige l'action des préfets de région et de départements, ainsi que celle des délégués de zone pour ce qui concerne les mesures de défense et de sécurité nationale. Le préfet de zone prend les mesures de coordination nécessaires lorsque intervient une situation de crise ou que se développent des événements d'une particulière gravité, quelle qu'en soit l'origine, de nature à menacer des vies humaines, à compromettre la sécurité ou la libre circulation des personnes et des biens ou à porter atteinte à l'environnement, et que cette situation ou ces événements peuvent avoir des effets dépassant ou susceptibles de dépasser le cadre d'un département. Il veille en particulier à la continuité des relations de l'Etat avec les responsables des établissements et organismes publics et les opérateurs chargés d'une mission de service public.

Lorsque un événement dépasse, par sa gravité ou son intensité, les capacités du niveau départemental ou qu'il touche plusieurs départements, le préfet de zone peut être amené à mobiliser les moyens civils et militaires et à gérer les moyens propres à la sécurité nationale, notamment les équipements NRBC. Pour faire face à de telles circonstances, le préfet de zone veille à la cohérence des plans départementaux.

Le préfet de zone est assisté dans l'exercice de ses fonctions par un préfet délégué pour la sécurité et la défense. Il dispose d'un état-major de zone (EMZ) qui est notamment chargé :

- d'assurer une veille opérationnelle permanente ;
- de préparer l'ensemble des plans relevant des attributions du préfet de zone intéressant la sécurité nationale ;
- de mettre en œuvre les mesures opérationnelles décidées par le préfet de zone ;
- d'assister le préfet de zone pour la mise en œuvre des mesures de coordination du trafic et d'information routière.

Une veille permanente est assurée par le centre opérationnel de zone (COZ). En cas de crise, ses effectifs peuvent être renforcés par du personnel en provenance des administrations déconcentrées afin de former le COZ renforcé (COZ-R).

2.1. Le délégué de zone

Conformément au décret du 3 mai 1995 relatif à la désignation et aux attributions des délégués de zone (codifié : art. R. 1312-1 à 6 du code de la défense), les administrations civiles disposent pour la plupart d'un représentant au niveau zonal, appelé délégué de zone, chargé de préparer les mesures de défense qui relèvent de la responsabilité de son ministère. Pour le ministère chargé de la santé, la liste des délégués de zone est rappelée à l'annexe de l'arrêté ministériel du 14 février 2008. Il s'agit des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales (DRASS) des régions où sont situées les chefs-lieux des zones de défense, ainsi que des directeurs de la santé et du développement social (DSDS) de Guyane et de Martinique.

2.2. Les missions du délégué de zone

2.2.1. Animation zonale

Sous l'autorité du préfet de zone, le délégué de zone est chargé de mettre en œuvre la politique de défense et de sécurité définie par le ministre de la santé, dont il reçoit les orientations en début d'année. Les textes sur les pouvoirs du préfet de zone et les attributions du HFDS (décret 2007-207 relatif aux attributions des HFDS) accordent au délégué de zone les prérogatives nécessaires pour exercer ses fonctions auprès des services déconcentrés et organismes rattachés relevant de son ministère et implantés dans la zone de défense.

Le délégué de zone recueille, auprès des directeurs des services et organismes cités ci-dessus, les informations indispensables à sa mission. Il en assure la synthèse et prépare, en coordination avec l'état-major de zone, les mesures de défense et sécurité nationale d'être mises en œuvre par le préfet de zone dans le domaine des affaires sanitaires et sociales. Il s'assure de la permanence et de la qualité de l'information produite et utilisée par les services, établissements et organismes rattachés dont il coordonne l'action en matière de défense et de sécurité.

Le délégué de zone appuie le préfet de zone dans son rôle de coordination des préfets de département et de région de la zone. Dans ce cadre et sous l'autorité du préfet de zone de défense, il peut être appelé, si nécessaire, à :

- coordonner l'action des directeurs des services déconcentrés et organismes rattachés relevant du ministère et implantés dans la zone de défense ;
- préparer et organiser les mesures relatives à l'emploi des ressources relevant de son ministère et à l'utilisation des infrastructures, notamment hospitalières, en fonction des besoins civils et militaires ;
- assurer, dans ses domaines de compétence, la gestion de certains des volets techniques des crises de grande ampleur, que le préfet de zone pourrait lui demander de prendre en charge.

Le délégué de zone réunit en début d'année les directeurs des services déconcentrés (DRASS et DDASS), les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et le représentant du (ou des) CHU de référence NRBC (décret du 30 décembre 2005 susvisé) afin de présenter les objectifs fixés par le ministre de la santé et ceux du préfet de zone, déterminer les axes d'effort, répartir ou mutualiser les tâches, arrêter un échéancier de réalisation ; il transmet au HFDS et au préfet de zone le compte-rendu annuel de son action.

Pour l'assister dans l'exercice de ses responsabilités, le délégué de zone dispose du service zonal de défense et de sécurité (voir § 2.3.1), de la cellule zonale d'appui (voir § 2.3.2) et des conseillers techniques NRBC du CHU de référence (voir § 2.3.3).

2.2.2. Veille opérationnelle et alerte

La remontée des informations sur les événements susceptibles d'affecter la continuité de la vie économique et sociale et nécessitant des mesures de protection des populations doit permettre un traitement interministériel efficace de ces événements aux différents niveaux de l'organisation de l'Etat.

Ce principe réaffirmé par la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile, vise à assurer une remontée systématique de ces informations vers les centres opérationnels existants, en particulier les centres opérationnels zonaux (COZ) et le centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC).

Dans ce cadre, il appartient au délégué de zone, dès lors qu'il est informé d'un événement susceptible de porter atteinte à l'ordre public ou de représenter un risque pour la population, d'informer sans délai l'état-major de zone via le centre opérationnel de zone qui assure une veille permanente 24 h/24.

Sur la base des informations qui lui sont ainsi communiquées par le préfet de zone, le COGIC assure en continu l'information et l'alerte des autorités gouvernementales. A ce titre le CORRUSS est rendu destinataire par le COGIC des informations touchant aux domaines de compétence du ministère chargé de la santé.

Le délégué de zone est tenu informé de tous les événements portés à la connaissance du CORRUSS qui concernent ou impactent le territoire zonal. Il traite cette information en mobilisant, en fonction des besoins, les directions régionales, départementales et les services spécialisés concernés par l'événement.

Le délégué de zone s'assure que toute information pertinente à caractère sanitaire relative à un événement fait l'objet d'une alerte en temps réel, par les DDASS, des préfets de département (service interministériel départemental de protection civile ou centre opérationnel départemental s'il est activé).

Par ailleurs, il s'assure, en cas d'événement sensible, que la chaîne des remontées d'information concernant le ministère chargé de la santé permet de rapporter rapidement cet événement aux ministres, au haut fonctionnaire de défense et de sécurité et aux directeurs d'administration centrale.

2.2.3. Planification de défense et de sécurité

Le délégué de zone contribue, sous l'autorité du préfet de zone et en liaison avec l'état-major de zone, à l'élaboration et à la mise en œuvre de la planification zonale de défense et de sécurité.

A cette fin, il veille à ce que les services et organismes relevant de son ministère, mobilisables en situation d'urgence, disposent de la connaissance de ces plans : il contrôle l'avancement des travaux de planification et en évalue le caractère opérationnel, notamment par le montage d'exercices.

Il appuie l'action du préfet de zone, en cas d'activation, au niveau zonal, d'un ou plusieurs plans de protection ou d'intervention ; il désigne à cet effet un référent du Dispositif Orsec. Par ailleurs, le délégué de zone participe à la déclinaison zonale du plan Vigipirate et assure la mise en application de la circulaire ministérielle (circulaire HFDS n° 158 CD du 13 juillet 2007 relative aux actions à conduire par les établissements de santé dans le cadre de l'application du plan Vigipirate) concernant ce plan ; pour ce faire, il nomme également un référent Vigipirate.

Le délégué de zone s'assure du bon fonctionnement des différents dispositifs de signalement immédiat de tout événement susceptible de conduire à une crise sanitaire (DDASS, CIRE [l'InVS assure la continuité de la veille et de l'alerte 365 jours par an et 24 h/24 par un dispositif d'astreinte au niveau national et en CIRE (cellule interrégionale d'épidémiologie)], ARH, etc.). A cet effet, il vérifie que l'organisation des astreintes administratives et techniques des services déconcentrés relevant du ministère, implantés dans la zone, (la circulaire n° 625-2002 DAGPB/MSD/MISSION ARTT/SRH du 23 décembre 2002 relative à la gestion des situations exceptionnelles et astreintes pour les personnels techniques et administratifs des DDASS et DRASS sera prochainement modifiée, notamment pour y introduire la notion d'astreinte de zone») forme un dispositif opérationnel cohérent. Il s'assure par ailleurs de la contribution des services du ministère à l'action interministérielle en cas d'activation du centre opérationnel zonal renforcé (COZ-R).

Le délégué de zone, sous l'autorité du préfet de zone et en coordination avec l'état-major de zone, contribue à l'analyse des risques et menaces sanitaires à des fins de planification opérationnelle et de gestion des situations d'urgence. Il s'assure, sous le contrôle de l'état-major de zone, de la cohérence des données et des outils du domaine sanitaire dont dispose le centre opérationnel de zone (COZ).

Le délégué de zone veille à ce que chaque DDASS tienne à jour l'inventaire de la ressource mobilisable dans son département afin de pouvoir conseiller utilement le préfet pour la mise en œuvre de cette ressource en situation d'urgence. Lorsque les moyens disponibles au niveau départemental apparaissent insuffisants, le délégué de zone propose au préfet de zone l'organisation des renforts en fonction des ressources des autres directions des services (DRASS, DDASS) et organismes (ARH et CHU de référence NRBC notamment), relevant du ministère, implantés dans la zone.

Il s'assure enfin que les services, établissements et organismes rattachés dont il coordonne l'action en matière de défense et de sécurité, élaborent et tiennent à jour leur plan de continuité des activités (PCA) ; il nomme à cet effet un référent « PCA ».

2.2.4. Exercices et entraînements

Les exercices et entraînements sont essentiels pour préparer les services, y compris pour l'encadrement supérieur, à la gestion opérationnelle des crises. Ils permettent de valider la planification, de rôder les mécanismes de coordination et de s'assurer du positionnement de chacun des acteurs, permettant ainsi à chacun d'entre eux d'intervenir avec la diligence et l'efficacité nécessaires.

Le délégué de zone est tenu informé par l'état-major de zone de la planification des exercices gouvernementaux (interministériels, bilatéraux ou internationaux) et des exercices ministériels. Il contribue à la préparation et à la réalisation des exercices zonaux auxquels les services, établissements publics et organismes rattachés au ministère sont associés. Il se tient informé de la planification et des enseignements des exercices régionaux et départementaux et s'assure que les thèmes et les objectifs de ces exercices soient en cohérence avec les orientations zonales arrêtées en début d'année (voir § 2.2.1). Il peut utilement mobiliser le SZDS pour l'évaluation de ces exercices. Il informe le service du HFDS des exercices réalisés aux niveaux zonal et départemental.

Dans le cadre de la politique interministérielle de gestion des crises, le délégué de zone contribue à l'établissement des retours d'expérience (RETEX) des exercices ayant une thématique sanitaire conduits à l'échelon zonal et des crises de grande ampleur. Il capitalise l'expérience acquise dans les exercices et en situation de crise. Il veille, en liaison avec l'état-major de zone, à la diffusion des RETEX à l'attention des services et organismes, relevant du ministère, implantés dans la zone, ainsi que vers l'échelon central (COGIC et service du HFDS du ministère chargé de la santé).

2.2.5. Protection du secret de la défense nationale

La protection du secret de la défense nationale est réglementée par l'instruction générale interministérielle n° 1300 du 25 août 2003 relative à la protection du secret de la défense nationale. Au niveau national comme au niveau déconcentré, chaque directeur (DRASS, DDASS et ARH) désigne un cadre afin d'assurer les fonctions de « délégué de défense » qui est chargé :

- de constituer les catalogues des emplois (CD et SD) en conformité avec les instructions ministérielles ;
- d'instruire les demandes d'habilitation ;
- d'adresser le bilan annuel des habilitations au service zonal de défense et de sécurité ;
- de veiller au respect des conditions de protection et d'enregistrement des informations et supports protégés.

Le délégué de zone, en lien avec le service du HFDS, organise à cet effet la production et la mise à jour, par les services déconcentrés relevant du ministère, implantés dans la zone, des catalogues d'emplois nécessitant une habilitation. Il assure le suivi des politiques d'habilitation des personnels de ces services ainsi que celles des établissements publics et organismes, relevant de son ministère, qui doivent être prises en compte par les DDASS.

2.2.6. Sécurité des activités d'importance vitale

Le délégué de zone sert de relais au HFDS, s'agissant de la mise en œuvre, au niveau zonal, de la réglementation relative à la sécurité des différents secteurs d'importance vitale placés sous la responsabilité du ministère, notamment pour :

- veiller à l'application des directives nationales de sécurité (DNS) et au respect des formalités d'habilitation des délégués de défense et de sécurité des opérateurs d'importance vitale désignés (OIV) ;
- contribuer à la déclinaison des plans de sécurité opérateur (PSO) ou à la mise en application de ce PSO, ainsi qu'au recensement des points d'importance vitale (PIV) ;
- apporter son aide à la rédaction des plans particuliers de protection (PPP) ;
- veiller à l'application des modalités de l'instruction générale interministérielle n° 6600/SGDN/PSE/PPS du 26 septembre 2008 relative à la sécurité des activités d'importance vitale ; en particulier, de s'assurer que les informations et les documents (par exemple PSO et PPP) sont bien transmis en temps voulu au préfet de zone ou, selon le cas, au préfet du département.

2.2.7. Sécurité des systèmes d'information

Compte tenu de la place prise par les systèmes d'information et de communication et de la multiplication des cyber-attaques, le délégué de zone assure la coordination au niveau zonal des orientations fixées par le HFDS en matière de sécurité des systèmes d'information.

Le délégué de zone chargera un de ces deux conseillers pour :

- relayer les orientations ministérielles auprès des directions des services (DRASS, DDASS) et des organismes (ARH, OIV et établissements de santé, sièges de SAMU), relevant du ministère, implantés dans la zone ;
- assurer l'animation de ce réseau et le suivi des plans d'action ;
- entretenir des contacts réguliers avec le service zonal des systèmes d'information et de communication (SZSIC et observatoire zonal SSI), service du préfet de zone ;
- informer le FSSI de l'évolution constatée par les membres de son réseau des risques liés aux cyber-attaques.

2.2.8. Formation du personnel

Le délégué de zone veille à la prise en compte, par les directeurs régionaux et départementaux, des besoins de formation permettant de qualifier les personnels en matière de prévention des crises et de gestion des situations d'urgence. Il peut mettre directement en œuvre les actions de formation pour lesquelles une mutualisation à l'échelle zonale apparaît pertinente. Il assure à cette fin le recueil des besoins zonaux spécifiques, notamment pour ce qui concerne la qualification de l'encadrement supérieur, des experts et, plus globalement, des spécialistes mobilisables à l'échelle zonale (formation NRBC, SSI, IHEDN, INHES, etc.).

2.3. Les moyens du délégué de zone

2.3.1. Le service zonal de défense et de sécurité (SZDS)

En lien avec le service du HFDS, le service zonal de défense et de sécurité (SZDS) constitue un outil permanent au service du délégué de zone pour mettre en œuvre les axes de la politique commune zonale, pour être en mesure d'apporter une réponse unique et fédérée face à tout événement susceptible de conduire à une crise et pour veiller à la mise à jour des données relatives à la défense sanitaire ainsi qu'à l'état de la réponse (réalisation des plans blancs, stocks des produits de santé, etc.).

La composition du SZDS, son organisation, la répartition des attributions de chacun des deux conseillers de zone et leurs modalités de mise en œuvre sont arrêtées par le délégué de zone. Toutefois, le dispositif réglementaire mis en place au cours de l'année 2008 (arrêté du 14 février 2008 relatif à la désignation des délégués de zone et à l'organisation territorial et de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires et sociales) peut autoriser une articulation (pour l'accomplissement de leur mission, les délégués des zones hors métropole ne sont assistés pour le moment que par un seul conseiller de zone. Ce dernier remplit alors les attributions dévolues au CDSZ et au CSZ) de ce service autour des deux fonctions essentielles assurées par :

- le conseiller de défense et de sécurité de zone (CDSZ) ;
- le conseiller sanitaire de zone (CSZ).

Organisé autour d'un secrétariat dédié, le SZDS est, à l'initiative du délégué de zone, complété par un ou plusieurs chargés de mission de défense et par toute autre catégorie de personnel (MISP, PhISP, IES, IASS, etc.).

Le préfet de zone arrête, par convention avec le délégué de zone, la mise à disposition d'un temps dédié d'un personnel du service zonal de défense et de sécurité auprès de l'état-major de zone.

2.3.2. La cellule zonale d'appui

La cellule zonale d'appui (CZA) est activée sur décision du préfet de zone ou du délégué de zone qui en détermine la composition ; elle varie en fonction du type d'événement. La CZA est destinée à servir d'appui à la gestion de crise dans le domaine de la santé publique au profit du préfet de zone (EMZ-COZ) et au profit des services déconcentrés, des services publics et organismes relevant du ministère de la santé implantés dans la zone de défense. Pendant les situations de crises :

- le CDSZ est le représentant désigné du délégué de zone auprès du préfet de zone de défense dans le cadre de l'activation du COZ en COZ renforcé ;
- le CSZ est prioritairement placé auprès du DRASS – délégué de zone et anime la cellule zonale d'appui.

2.3.3. Les conseillers techniques du délégué de zone : la mission NRBC du CHU de référence de zone

Le décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave précise que les établissements de santé de référence désignés (arrêté ministériel du 30 décembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence) dans les zones de défense sont chargés :

- d'apporter une assistance technique aux DRASS – délégués de zone ;
- de conseiller les établissements de santé sur les risques NRBC et de former leurs personnels en ce domaine ;
- de porter un diagnostic et, le cas échéant, d'assurer une prise en charge thérapeutique en cas d'accident NRBC.

Dans le cadre des missions qui leur sont confiées par le décret susvisé, ces référents (dès 2003, conscient de la gravité de la menace, le ministère chargé de la santé a initié, par un financement pérenne dans chaque CHU de référence, la mise en place d'une équipe de référents dans le domaine NRBC, composée d'un médecin – 1 ETP – et d'un cadre de santé – 1 ETP – ; en 2004, cette équipe a bénéficié d'un renfort avec le financement de deux vacations de pharmaciens, poursuivi en 2006 par la mise en place d'un pharmacien praticien hospitalier – 1 ETP) sont systématiquement associés aux travaux du SZDS concernant le domaine NRBC (notamment la formation, l'élaboration des annexes NRBC des plans blancs et plans blancs élargis) ainsi que sur l'organisation de la mobilisation opérationnelle des moyens de défense sanitaire NRBC stationnés au sein des établissements de santé. Comme conseillers techniques des établissements de santé, ils répondent à leurs demandes et s'y déplacent si nécessaire. Ils peuvent participer en tant qu'experts qualifiés aux inspections « Défense » de ces établissements.

3. Le niveau régional

3.1. Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales

3.1.1. Les missions du DRASS

Le DRASS exerce les missions propres à chaque directeur.

Il s'agit notamment de :

- la protection du secret de la défense nationale ;
- les actions de sensibilisation, de formation et des exercices de simulation de crise ;
- la préparation de sa direction aux situations de crise, en particulier par l'élaboration du plan de continuité des activités (PCA) ;
- la politique de sécurité des systèmes d'information.

Le DRASS exerce par ailleurs des missions régionales, en coordination avec le délégué de zone.

Il s'agit principalement de :

- la déclinaison régionale de certains plans gouvernementaux de vigilance, de prévention et de protection (plan Canicule, par exemple) ;
- l'identification des experts, en particulier autour de la ressource que constitue les établissements de santé (CHU, SAMU, etc.) ou de personnalités qualifiées (représentants des ordres par exemple) ;
- la mission permanente d'animation interdépartementale : en accord avec le délégué de zone (SZDS), des ajustements peuvent être réalisés par le niveau régional pour la planification de défense et de sécurité (VIGIPIRATE et plans associés, plans d'urgence sanitaire, volet santé des plans ressources, etc.) en tenant compte :
 - du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS – la mise en cohérence des SDACR et du SROS est prévue par la circulaire interministérielle DHOS/01/DDSC/BSIS n° 2007-457 du 31 décembre 2007) ;
 - des schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR) ;
 - du plan régional d'alerte et de gestion des situations d'urgence (PRAGUS), partie intégrante du plan régional de santé publique (PRSP).

L'animation interdépartementale est assurée par la cellule régionale de défense et de sécurité afin, notamment, de mutualiser les travaux et de rechercher la cohérence des dispositifs de planification.

En temps de crise, le DRASS peut apporter au préfet de région et, si nécessaire, aux préfets de départements, dans le respect de leurs attributions, notamment par la mobilisation de la cellule régionale d'appui (voir *infra*) :

- une expertise en santé humaine ;
- une réponse régionale organisée du champ sanitaire ;
- un appui à la gestion de situations de crises.

Lorsque la situation l'exige, le préfet de zone peut également solliciter l'expertise du DRASS.

3.1.2. Les moyens du DRASS

Pour faire face à ses responsabilités dans le domaine de la défense et de la sécurité, le DRASS met en place des cellules régionales dont la composition, l'organisation et l'animation sont définies par lui. Pour assurer l'exercice de ses attributions, du temps/agent dédié doit être mobilisé. (Il apparaît utile de rappeler que dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre le bioterrorisme, 30 postes de médecins inspecteurs de santé publique et 36 postes d'ingénieurs d'études sanitaires ont été créés en 2002 pour renforcer les moyens en personnel des services déconcentrés. Ces postes ont été ventilés, selon l'organisation retenue par chaque comité technique régional et interdépartemental, majoritairement en région mais aussi en département. C'est donc prioritairement autour de ces personnels que doit s'articuler l'animation régionale de la défense et de la sécurité)

Le médecin inspecteur régional (MIR), le pharmacien inspecteur régional ou interrégional (PhIR), l'ingénieur sanitaire régional, chargés de la mise en œuvre des plans d'urgence et de réponse aux crises sanitaires donnent leur avis sur la déclinaison régionale des travaux de planification et sont tenus régulièrement informés de leur avancement.

La cellule régionale de défense et de sécurité

Conformément à l'article 7 de l'arrêté du 14 février 2008, une cellule de défense et de sécurité doit être constituée au sein de chaque service déconcentré.

Elle a notamment pour mission de préparer la planification de défense et de sécurité du niveau concerné, de faire appliquer les mesures de protection de la défense nationale, de procéder aux habilitations d'accès aux informations classifiées, de veiller au respect des mesures de sécurité des systèmes d'information et de participer aux centres opérationnels de crise armés au sein de leur administration ou par les autorités de tutelle lors des exercices ou des situations d'urgence sanitaire.

En fonction de la situation locale, le comité technique régional interdépartemental (CTRI) peut décider de constituer une seule cellule ayant une vocation interdépartementale.

La cellule régionale d'appui

Pour le moment, seuls les plans Pandémie grippale et Canicule prévoient la mise en œuvre d'une cellule régionale d'appui (CRA). La mobilisation de cette cellule peut être cependant nécessaire pour toute situation d'exception et/ou de crise. La CRA a pour mission d'assurer une coordination interdépartementale et de mobiliser des ressources humaines et matérielles au profit des DDASS. Elle assure l'interface avec le dispositif de gestion de crise zonal (EMZ et CZA).

Elle peut être activée par :

- le directeur régional sur sa propre initiative ou sur demande du département des urgences sanitaires de la DGS ;
- le préfet de région, à la demande du préfet de zone.

3.2. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation

3.2.1. Missions du directeur de l'ARH

L'article L. 6115-1 du code de la santé publique rappelle que l'agence régionale de l'hospitalisation a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources.

A ce titre, le directeur de l'ARH est tenu régulièrement informé, par le délégué de zone ou les directeurs des DRASS et des DDASS, des travaux relevant de la mobilisation opérationnelle des établissements de santé (plans blancs, plans blancs élargis, plans NRBC, moyens de défense sanitaire NRBC), ainsi que des retours d'expérience des exercices conduits au sein de ces établissements. A cet effet, un représentant de l'ARH est associé, en tant que de besoin, aux travaux de planification de défense et de sécurité menés par le SZDS ou par la cellule régionale de défense et de sécurité.

Le projet de schéma d'organisation sanitaire et son projet d'annexe, sont préparés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (voir § 3.1.1. et note de bas de page n° 16).

Enfin, le directeur de l'ARH exerce les missions propres à chaque directeur de service ou d'organisme. Il s'agit notamment de :

- la protection du secret de la défense nationale ;
- les actions de sensibilisation, de formation et des exercices de simulation de crise ;
- la préparation de sa direction aux situations de crise, en particulier par l'élaboration du plan de continuité des activités (PCA) ;
- la politique de sécurité des systèmes d'information.

3.2.2. Moyens du directeur de l'ARH

Les services départementaux et régionaux de l'Etat compétents en matière sanitaire et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice des pouvoirs et responsabilités dévolus aux agences régionales de l'hospitalisation sont mis à la disposition de celles-ci. (CSP art. L. 6115-8).

En cas de mobilisation de la cellule régionale d'appui, le DRASS peut demander au directeur de l'ARH d'y associer un représentant.

4. Le niveau départemental

4.1. Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales

La gestion opérationnelle des crises est de la responsabilité du préfet de département (décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets) qui a la charge de l'ordre public, de la sécurité et de la protection de la population. Le préfet de département mobilise, pour expertise, conseil et mise en œuvre des moyens, l'ensemble des services déconcentrés de l'Etat placés sous son autorité. Il dispose d'un centre opérationnel départemental (COD - décret n° 1986-1231 du 2 décembre 1986 relatif aux centres opérationnels de défense, précisé par la circulaire NOR/INT/E/03001129/C du 22 décembre 2003 relative à la veille et à la gestion de crise).

C'est dans ce cadre que le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (DDASS), en coordination avec le délégué de zone, exerce ses responsabilités dans le domaine de la défense et de la sécurité, en matière de santé.

4.2. Les missions du DDASS

Sous l'autorité du préfet de département, le DDASS exerce les missions propres à chaque directeur. Il s'agit notamment de :

- la protection du secret de la défense nationale ;
- les actions de sensibilisation, de formation et des exercices de simulation de crise ;
- la préparation de sa direction aux situations de crise, en particulier par l'élaboration du plan de continuité des activités (PCA) ;
- la politique de sécurité des systèmes d'information.

Le DDASS est tenu d'informer sans délai le préfet de département de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public. Il en informe également le DRASS ainsi que le délégué de zone, si la nature de l'événement est de nature à dépasser le strict cadre départemental.

Aux fins de planification opérationnelle et de gestion des situations d'urgence, le DDASS, sous l'autorité du préfet de département prend en compte le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et le dossier départemental sur les risques majeurs (DDRM) (documents validés par le préfet).

Le DDASS veille à la mise à jour des données concernant la ressource mobilisable dans le département afin de pouvoir conseiller le préfet pour sa mise en œuvre en situation d'urgence.

Lorsque les moyens mobilisables au niveau départemental apparaissent insuffisants, le DDASS, en liaison avec le DRASS délégué de zone qui en informe le préfet de zone, propose au préfet du département la mobilisation des renforts en fonction des ressources des autres départements.

4.3. Les moyens du DDASS

Pour faire face à ses responsabilités dans le domaine de la défense et de la sécurité, le DDASS articule la réponse de son service autour de la cellule départementale de défense et de sécurité (CDS). En cas de crise, cette cellule sert de noyau dur à la cellule départementale d'appui (CDA).

La cellule départementale de défense et de sécurité

Conformément à l'article 7 de l'arrêté du 14 février 2008, une cellule de défense et de sécurité est constituée. En lien étroit avec le service de la préfecture, elle assure les missions de son niveau qui sont définies, *supra*, pour la cellule régionale de défense et de sécurité (voir § 3.1.2.).

La cellule départementale d'appui (CDA)

En situation de crise, le préfet du département active le centre opérationnel départemental (COD). Le DDASS est représenté au sein de cette structure par un représentant qualifié, sauf avis contraire du préfet du département.

Le DDASS peut concomitamment activer la cellule départementale d'appui (CDA) afin d'apporter une réponse aux sollicitations du COD. Cette cellule instruit en particulier les aspects techniques de l'événement relevant de son domaine de compétence, anticipe les demandes du COD, établit des points de situation.

La composition, l'organisation et l'animation de la CDA cellules sont définies par chaque directeur (voir les propositions décrites dans les fiches du guide Plan blanc et gestion de crise annexé à la circulaire DHOS du 14 septembre 2006).

Pour la ministre de l'intérieur,
de l'outre-mer et des collectivités territoriales et par délégation :

*La préfète, secrétaire générale,
haut fonctionnaire de défense,*

B. MALGORN

Pour la ministre de la santé,
de la jeunesse, des sports
et de la vie associative et par délégation :

*Le secrétaire général,
haut fonctionnaire de défense et de sécurité,*

J.-M. BERTRAND

Annexe 3 : Instruction interministérielle du 30 mars 2010, relative aux missions de défense et de sécurité des ARS (hors annexe)



Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique
Ministère de la santé et des sports
Ministère de la jeunesse et des solidarités actives

*Le Secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales*

Paris, le 30 MAR. 2010

Le Haut Fonctionnaire de Défense et de Sécurité

Dossier suivi par Général (2S) ROLAND
HFDS/ PCR/ SSL 2010 - 71
tél. : 01 40 56 48 49
fax : 01 40 56 50 01
mél. : hfds@sante.gouv.fr

Le Secrétaire général,
Haut fonctionnaire de défense et de sécurité
à
destinataires in fine

Objet : Missions de défense et de sécurité des ARS
P.J. : - Circulaire interministérielle du 31 décembre 2008
- 3 annexes

La présente communication a pour objet de vous indiquer les missions et l'organisation de défense et de sécurité à appliquer par les agences régionales de santé (ARS) dès leur création.

Comme l'instruction conjointe Intérieur-Santé du 24 mars 2010 relative aux relations Préfet/ARS l'a précisé, la continuité des missions de défense et de sécurité requiert que les dispositions de la circulaire interministérielle du 31 décembre 2008 relative à l'organisation de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires continuent à s'appliquer jusqu'à nouvel ordre. Autrement dit, au regard des prescriptions fixées par cette circulaire, les ARS de zone se substituent aux DRASS de zone et, de façon générale, les ARS aux DRASS et aux DDASS.

Trois annexes à la présente communication présentent les actions qu'il vous revient de mettre en œuvre dans trois domaines : la protection du secret de la défense nationale, la sécurité des systèmes d'information et le déploiement des moyens de transmission sécurisés.

I. ROLE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS DE ZONE

MISSION D'ASSISTANCE DU PREFET DE ZONE

Le directeur général de l'ARS de zone assiste le préfet de zone de défense et de sécurité. Il participe, dans son domaine de compétence spécifique, à la préparation des mesures concourant à la défense et à la sécurité nationale et contribue à la gestion des crises majeures, notamment sanitaires. Le directeur général de l'ARS de zone est membre du comité de défense de zone, mentionné à l'article R 1311-25 du code de la défense.

Le SZDS est équipé des moyens techniques nécessaires pour garantir la permanence des liens entre la préfecture de zone, les ARS de la zone, les opérateurs d'importance vitale (OIV), etc. Le service accède en lecture partagée aux divers dispositifs de suivi des événements et de gestion de crise. Pour permettre l'échange d'informations sensibles, le SZDS dispose d'une station RIMBAUD (téléphone et télécopieur). Par la suite, il est envisagé de l'équiper d'un poste de messagerie MAGDA (messagerie classifiée « Confidentiel Défense »).

Le SZDS apporte à l'état-major interministériel de zone de défense et de sécurité (EMIZDS) son expertise dans le cadre de la préparation à la gestion de crise. Les conseillers de zone participent, en tant que de besoin, aux groupes de travail relatifs aux travaux de planification et à la préparation des exercices.

Le directeur général de l'ARS de zone désigne un des deux conseillers de zone qu'il charge d'être plus spécialement son représentant auprès de la préfecture de zone. Enfin, conformément à l'instruction conjointe du 24 mars 2010, le tableau des astreintes tenues par l'ARS de zone est transmis au préfet de zone (EMIZDS) et à tous les acteurs concernés de la zone. L'ARS de zone dispose des astreintes des autres ARS de la zone.

LA MISSION NRBC DU CHU DE REFERENCE

Dans les zones de défense et de sécurité, un CHU a été désigné établissements de santé conformément au décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005. Une équipe de référents dans le domaine NRBC y a été installée. Elle est composée d'un médecin, d'un pharmacien et d'un cadre de santé et constitue la « Mission NRBC » du CHU de référence².

Ils sont les conseillers techniques du directeur général de l'ARS de zone. Dans le cadre des missions qui leur sont confiées, ces référents sont systématiquement associés aux travaux du SZDS concernant le domaine NRBC (notamment la formation, l'élaboration des annexes NRBC des plans blancs et plans blancs élargis), ainsi que sur l'organisation de la mobilisation opérationnelle des moyens de défense sanitaire NRBC stationnés au sein des établissements de santé.

LE COLLEGE ZONAL DE DEFENSE ET DE SECURITE SANITAIRE

Afin de coordonner l'action des acteurs concernés par les missions de défense et de sécurité, un collège zonal de défense et de sécurité est constitué. Il est composé des représentants du SZDS, des cellules régionales de défense et de sécurité (CRDS) des ARS de la zone, de la mission NRBC et du délégué de défense et de sécurité du CHU de référence de la zone. Ce collège est réuni à intervalle régulier à l'initiative du directeur général de l'ARS de zone.

LA CELLULE REGIONALE DE DEFENSE ET DE SECURITE DE L'ARS

Conformément à l'instruction conjointe du 24 mars 2010, une cellule régionale de défense et de sécurité (CRDS) est constituée au sein de chaque ARS. Cette cellule a pour mission d'assurer l'animation interdépartementale de préparation et d'exécution des mesures concourant à la sécurité nationale. Le directeur général de l'ARS définit la composition de la

² A partir de 2003, le ministère chargé de la santé a initié, par un financement pérenne dans chaque CHU de référence, la mise en place d'une équipe de référents dans le domaine NRBC, composée d'un médecin (1 ETP) et d'un cadre de santé (1 ETP). En 2004, cette équipe a bénéficié d'un renfort avec le financement de deux vacations de pharmaciens, poursuivi en 2006 par la mise en place d'un pharmacien praticien hospitalier (1 ETP).

CRDS, son organisation et les modalités de son animation : du temps/agent dédié doit être mobilisé.

IV. ORGANISATION DU TEMPS DE CRISE

L'organisation du temps de crise, définie par la circulaire du 31 décembre 2008, est également rappelée dans l'instruction du 24 mars 2010. Il convient donc de fixer les modalités de la représentation des ARS auprès des centres opérationnels de défense [centre opérationnel de zone (COZ) et centre opérationnel départemental(COD)], ainsi que celles de l'appui des ARS à la gestion de crise [cellule zonale d'appui (CZA) et cellule régionale d'appui (CRA)].

Les représentants des ARS auprès des COD doivent être des cadres expérimentés et formés à la gestion de crise. En ce qui concerne le niveau zonal, cette représentation doit en principe être assurée par le SZDS.

Les cellules d'appui (CZA et CRA) sont des structures temporaires, activées en situation de crise. Elles sont principalement destinées à assurer l'interface avec les centres opérationnels de défense, accompagner et coordonner la mobilisation opérationnelle des acteurs et des moyens nécessaires à la gestion de la crise.



Jean-Marie BERTRAND
Secrétaire général
Haut fonctionnaire de défense et de sécurité

Annexe 4 : La planification gouvernementale en matière de lutte contre le terrorisme et les malveillances

Le plan Vigipirate

Conçu en 1978 afin de faire face à la menace terroriste, le plan Vigipirate est un plan de vigilance, de prévention et de protection. Il vise un triple objectif : diffuser des messages de vigilance, préparer la survenance d'une crise et définir les conditions d'un retour à une situation normale après crise. Il comporte quatre niveaux d'alerte, allant du niveau jaune (accentuer la vigilance face à une menace diffuse) au niveau écarlate (prévenir le risque imminent d'attentats majeurs). Les décisions de modification du niveau d'alerte et d'activation des mesures relèvent du Premier ministre.

Les plans d'intervention

Le plan Vigipirate est complété par une famille de plan d'intervention, dit Pirate, adapté à un type de risque particulier. Ces plans sont déclenchés par le Premier ministre en cas de menace précise d'attaque terroriste utilisant un moyen d'agression spécifique (NRBC - nucléaire, radiologique, biologique, chimique) ou se déroulant dans un milieu particulier (air, mer, transport en commun ferrés souterrains). Ils définissent une structure de gestion de crise et de traitement des informations, ainsi que les actions que doivent entreprendre les autorités civiles et militaires.

Les plans spécialisés NRBC-E

- **Le plan Piratox** concerne le terrorisme utilisant des produits chimiques toxiques militaires ou industriel.
- **Le plan Piratome** concerne le terrorisme nucléaire (arme nucléaire improvisée) ou radiologique (bombe sale dispersant des agents radioactifs).
- **Le plan Biotox** concerne le terrorisme utilisant des agents infectieux (virus, bactéries) contagieux ou non, ainsi que des toxines (produits toxiques sécrétés par des organismes vivants).

Remarque : ces trois plans sont amenés à être remplacé par le plan gouvernemental *PIRATE NRBC-E* en 2010.

Grâce à ces plans (plan Vigipirate et plans spécialisés NRBC), la France dispose d'outils souples de réponse aux menaces terroristes. Leur architecture (principes d'organisation, processus de décision, méthode d'évaluation de la situation et de son évolution, catalogue de mesures, règles d'entraînement) a été reprise pour d'autres plans dont celui de la prévention et de la lutte contre la pandémie grippale.

Le dispositif ORSEC

Le dispositif ORSEC est un dispositif global d'organisation interservice, destiné à faire face à l'insuffisance des moyens de secours en cas de sinistre de grande ampleur. Il définit l'organisation des secours et le recensement des moyens publics et privés susceptibles d'être mis en œuvre.

Il s'articule autour de trois axes :

1. le recensement et l'analyse préalable des risques et des conséquences liés aux menaces,
2. le dispositif opérationnel avec des dispositions générales et des dispositions spécifiques qui définissent une organisation unique de gestion d'événement majeur. Le dispositif ORSEC permet de faire face à tout type de situation. Il permet d'anticiper et de gérer les événements en apportant une réponse graduée selon les circonstances,
3. les phases de préparation, d'exercice et d'entraînement nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle.

Dans chaque département, zone de défense et en mer, le dispositif ORSEC peut être activé par le préfet de département (plan ORSEC départemental), le préfet de zone de défense et de sécurité (plan ORSEC zonal) ou le préfet maritime (plan ORSEC maritime).

Les plans de continuité d'activité

Ces plans permettent à un groupe (gouvernement, collectivité, hôpital, entreprise, ...) de fonctionner en mode dégradé, en situation de crise majeure. Pour le gouvernement, il est essentiel que les secteurs fournissant des services vitaux soient capables de résilience face à une crise grave.

Annexe 5 : La Variole (l'agent pathogène, la maladie, la lutte contre la variole)

Agent responsable

Le virus de la variole (genre des *Orthopoxvirus*, famille des *Poxviridae*) est un virus enveloppé de grande taille (260 nanomètres sur 150). Son matériel génétique est composé d'un double brin d'ADN, capable de coder environ 200 protéines différentes, ce qui le classe parmi les plus grands génomes viraux connus.

Le virus de la variole, dont le réservoir est strictement humain, est relativement stable dans l'environnement (plusieurs jours) et très stable en milieu biologique (plusieurs années, à basse température, au sec et à l'abri de la lumière).

La maladie

Tableau clinique

Après une incubation de 12 à 14 jours (extrêmes 7-17 jours), le malade présente fièvre, malaises, prostration avec céphalées et douleurs dorsales. L'éruption débute en moyenne 3 jours après le début des signes généraux. L'éruption évolue en une seule poussée centrifuge : les lésions apparaissent sur la muqueuse de la bouche et du pharynx, le visage et les bras puis atteignent le tronc et les membres inférieurs. Elle est initialement maculo-papulaire puis vésiculaire, enfin pustulaire. Les pustules se transforment ensuite en croûtes, puis disparaissent en laissant des cicatrices importantes.

La variole existait sous différentes formes cliniques : la variole majeure et une forme beaucoup moins grave, la variole mineure. Ces deux formes, liées à des souches de virulences différentes, ne pouvaient être différenciées que sur leurs aspects cliniques au cours d'épidémies. La variole majeure tuait jusqu'à 30 % (ou plus) des malades non vaccinés, alors que le taux de létalité de la variole mineure ne dépassait pas 1 %. D'autres formes plus rares, mais particulièrement graves, existaient : la forme hémorragique et la forme maligne (mortalité proche des 100%).

Confirmation biologique

De nos jours, l'infection à *Orthopoxvirus* peut être confirmée par examen au microscope électronique des fluides des vésicules, des pustules ou des croûtes. Par ailleurs, les méthodes de biologie moléculaire (PCR et RFLP) permettent de différencier le virus de la variole des autres *Orthopoxvirus* en quelques heures (dans un laboratoire de haute sécurité, par des personnels formés et entraînés).

Transmission

La voie principale de contamination est la voie respiratoire, à partir de gouttelettes émises depuis le rhinopharynx de personnes infectées (toux, éternuement) ou de particules virales mises en suspension dans l'air depuis des vêtements ou de la literie contaminés par des croûtes. La contamination à partir des lésions cutanées joue quant à elle un rôle accessoire (les croûtes contiennent de grandes quantités de virus, mais enchâssés à l'intérieur d'une coque fibreuse) et peut se faire également par contact avec des objets contaminés (par de la salive ou des sécrétions nasales).

Contagiosité

Le malade est essentiellement contagieux pendant les 7 à 10 premiers jours suivant l'apparition des lésions cutanées (quand se forment les croûtes, l'infectiosité diminue rapidement). Le fait que la contagiosité de la maladie ne survienne que lors de la phase d'état, avec une symptomatologie sévère incompatible avec une activité normale, limitait le plus souvent la transmission aux proches (famille ou amis ayant rendu visite au malade) et au personnel de soins. Ainsi, dans une population de densité moyenne, entièrement susceptible, le nombre moyen de cas secondaires induits par un cas de variole était estimé à 5 (en comparaison, 16 pour la rougeole).

La variole survenant chez un sujet antérieurement vacciné était généralement moins sévère et moins facilement transmissible à l'entourage. Cependant cette moindre contagiosité en cas d'atteinte moins sévère peut être contrebalancée par un nombre plus important de contacts.

Mécanisme d'infection

L'infection débute après l'implantation du virus dans l'oropharynx ou la muqueuse respiratoire (la dose infectante minimale n'est pas connue avec précision, mais sûrement très réduite, quelques virions seulement). Le virus s'y multiplie puis se diffuse dans tout l'organisme grâce au système réticulo-endothélial. La première lésion se situe fréquemment au niveau du pharynx, ce qui permet un relargage du virus dans l'atmosphère. La peau est atteinte par transfert du virus à ce niveau par les macrophages.

Traitement médicamenteux

Actuellement, il n'existe pas de traitement médicamenteux. Cependant, la mortalité liée à la variole serait vraisemblablement réduite grâce au traitement symptomatique, qui consiste à prévenir les troubles hydroélectrolytiques et à traiter les complications infectieuses par antibiotiques.

La lutte contre la variole

L'histoire de la lutte contre la variole peut se diviser en trois périodes :

- la variolisation : cette pratique, qui remonte à la Chine ancienne, consistait à mettre en contact un sujet sain, à immuniser, et une forme peu virulente de la variole (prélevée sur un sujet malade, ou lui-même variolisé). Le résultat restait cependant aléatoire et risqué, le taux de mortalité pouvant atteindre 1 ou 2 %. Son manque de fiabilité a conduit à son abandon après la découverte de la vaccination ;
- la vaccination : en 1796, Edward Jenner (médecin anglais) pratiqua la première vaccination, reconnue officiellement, sur un enfant. Il lui injecta, par scarification, du pus prélevé sur la main d'une fermière infectée par la vaccine (variole de la vache, maladie bénigne pour l'homme). Trois mois plus tard, il inocula la variole à l'enfant qui s'est révélé immunisé. Cette pratique s'est ensuite répandue progressivement dans toute l'Europe ;
- l'éradication : en 1958, l'Union soviétique propose d'éradiquer la variole au niveau mondial. La même année, le projet est repris par l'OMS. La stratégie initiale consistait à atteindre une couverture vaccinale de 80%. Cependant, la campagne de vaccination s'avéra difficile à mettre en œuvre et très coûteuse. De ce fait, en 1967, l'OMS met en place une nouvelle stratégie de surveillance et d'endiguement de la maladie, qui consiste à isoler les cas et à vacciner tous ceux qui vivent à proximité des foyers épidémiques. Malgré un contexte socioculturel et politique peu favorable de certains pays, cette stratégie fut un succès : le dernier cas de variole naturelle fut diagnostiqué en Somalie, en 1977.

Pour achever le processus d'éradication de la variole, il a été demandé aux états de procéder à la destruction des stocks connus de virus de la variole ou bien de les transférer dans l'un des deux laboratoires habilités par l'OMS (l'un situé à Atlanta, aux Etats-Unis et l'autre à Kolstovo, en Russie). En 1986, l'OMS recommanda finalement la destruction totale des stocks pour le 30 décembre 1993. Mais après un premier ajournement en 1995, cette décision fut reportée puis annulée en 2002. En effet, ces stocks pourraient s'avérer utiles dans le cadre de la recherche biomédicale.

Annexe 6 : Effets indésirables de la vaccination antivariolique et prise en charge des accidents vaccinaux (extrait du plan national « variole », 2006)

8.4 LES EFFETS INDESIRABLES DE LA VACCINATION

Le vaccin antivariolique disponible actuellement en France est un vaccin vivant à virus atténué, préparé à partir de la souche historique de vaccine appelée "Lister". Ces vaccins induisent des effets indésirables dont certains mettent en jeu la vie du patient ou sont responsables de graves séquelles non négligeables (comme beaucoup de vaccins fabriqués à cette époque). Il faut préciser que les vaccins dits de deuxième génération, préparés sur culture cellulaire, présenteraient les mêmes risques d'effets secondaires.

Les chiffres, disponibles dans la littérature, évaluant la fréquence des effets indésirables décrits il y a entre 25 et 60 ans, sont sans doute sous-évalués en raison d'un certain nombre d'éléments :

- ∞ La pharmacovigilance en Europe comme aux Etats Unis n'était pas structurée à cette époque comme elle l'est aujourd'hui, et par conséquent, les déclarations d'effets secondaires étaient approximatives et non exhaustives.
- ∞ Une immunité de groupe existe dans la population pour laquelle des données chiffrées sont disponibles pour les effets indésirables, puisque la vaccination était obligatoire, ce qui n'est plus le cas en France depuis plus de 20 ans. La population française actuelle est sans doute plus vulnérable.
- ∞ La proportion de personnes dans la population générale présentant une diminution de leurs défenses immunitaires est plus importante actuellement (personnes âgées, personnes souffrant d'un cancer, thérapeutiques immunosuppressives, personnes séropositives pour le VIH, ...).

Les principaux effets indésirables sont listés ci-dessous.

8.4.1 L'encéphalite et l'encéphalopathie post-vaccinale

Ce sont des complications rares mais graves, survenant chez des personnes n'ayant pas de contre-indication connue à la vaccination. Elles se manifestent dans les deux semaines qui suivent la vaccination par de la fièvre, des céphalées, des vomissements, une somnolence, parfois une paralysie spastique, des signes méningés, des convulsions, voire un coma. La fréquence de survenue dans la littérature est très variable selon les études, de l'ordre de 5 à plusieurs centaines pour un million de personnes vaccinées. L'encéphalopathie survient surtout chez les enfants de moins de deux ans et laisse le plus souvent des séquelles neurologiques importantes. L'encéphalite affecte essentiellement les enfants de plus de deux ans, est mortelle dans 10 à 35% des cas et peut occasionner des paralysies résiduelles ou un retard mental.

8.4.2 L'eczéma vaccinatum

Il s'agit d'une éruption eczématiforme qui s'accompagne de signes généraux sévères à type d'hyperthermie et de lymphadénopathies. L'évolution peut être fatale. Cette complication peut toucher les personnes vaccinées et leurs contacts non vaccinés qui présentent un eczéma en poussée ou quiescent.

8.4.3 La vaccine progressive (vaccinia necrosum)

Cette complication, grave et parfois mortelle, survient essentiellement chez des sujets immunodéprimés. La lésion vaccinale ne guérit pas, se nécrose. Des lésions secondaires apparaissent sur tout le corps, s'infectent et se nécrosent elles aussi. La mortalité liée à cette complication est de l'ordre de 50%.

8.4.4 La vaccine généralisée

Cette complication est liée à la dissémination du virus de la vaccine par voie hématogène. Elle est caractérisée par un rash vésiculeux, apparaissant 6 à 9 jours après vaccination. La vaccine généralisée, beaucoup plus fréquente que la vaccine progressive, est d'évolution généralement favorable.

8.4.5 L'inoculation accidentelle

C'est l'effet secondaire le plus fréquemment observé, de l'ordre de 60 pour 100 000 personnes vaccinées. A partir de la lésion vaccinale, des lésions peuvent apparaître à distance, à la suite de grattage de la lésion initiale. Les localisations les plus fréquentes sont l'œil et le périnée. Ces lésions guérissent le plus souvent mais peuvent occasionner des séquelles, notamment d'ordre esthétique. Ces infections accidentelles peuvent également survenir chez les contacts des sujets vaccinés, et peuvent avoir des conséquences dramatiques si ces contacts sont eux-mêmes immunodéprimés.

8.5 PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VACCINAUX

Deux produits auraient un intérêt dans la prise en charge des accidents liés à la vaccination : les immunoglobulines anti-vaccine et les antiviraux.

8.5.1 Les immunoglobulines anti-vaccine

Ces immunoglobulines ont une efficacité en cas de complications cutanées, en particulier en cas de vaccine généralisée, mais sont inefficaces en cas d'encéphalite. La posologie recommandée est de 0,6 ml/kg sur 24 à 36 heures avec administrations répétées jusqu'à disparition des lésions.

Le stock d'immunoglobulines anti-vaccine en France est actuellement constitué par le plasma hyper-immun collecté auprès de volontaires des équipes dédiées récemment vaccinés ou de donneurs présentant des titres suffisants en anticorps anti-vaccine. Ce stock, constitué par les poches individuelles correspondant à chaque don, est conservé dans les sites nationaux.

Il existe une autre possibilité d'utilisation d'immunoglobulines spécifiques anti-vaccine développées par BAXTER et CANGENE, ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché aux Etats-Unis. Des échantillons de ce produit sont en cours d'analyses à l'AFSSAPS et en fonction des résultats l'importation des doses nécessaires pourrait être réalisée.

Les antiviraux

En l'état actuel des connaissances et des études, les antiviraux n'ont pas formellement démontré leur efficacité sur les effets indésirables post-vaccinaux.

Annexe 7 : Quelques définitions : cas certain, cas suspect, sujet contact A (risque élevé), sujet contact B (risque faible) (extrait du plan national « variole », 2006)

5.1 DÉFINITION DES CAS

Selon le guide d'investigation épidémiologique de la variole rédigé par l'Institut de veille sanitaire*, la définition des cas est la suivante :

∞ Cas certain :

Cas confirmé biologiquement.

∞ Cas suspect :

1. en l'absence d'autre cas : éruption caractéristique de la variole,
2. en présence d'autre(s) cas, chez un sujet sans lien épidémiologique avec un cas suspect ou certain : syndrome pseudo-grippal suivi d'une éruption maculo-papuleuse,
3. en présence d'autre(s) cas, chez un sujet avec un lien épidémiologique avec un cas certain : tout syndrome pseudo-grippal.

A ces définitions doit s'ajouter celle des cas contact. En effet, ceux-ci doivent également être définis de la façon la plus précise possible puisqu'ils seront amenés à être vaccinés sauf en cas de contre-indication médicale.

Deux niveaux d'exposition aux risques ont été déterminés. En effet, la vaccination est recommandée pour les personnes contact (ou exposées au virus de la variole), mais c'est en fonction du niveau d'exposition que le médecin vaccinateur décidera de prendre en compte, ou non, les contre-indications, quand elles existent.

Deux catégories de sujets contact ont été définies en fonction du degré d'exposition au virus : les sujets de catégorie A, à risque élevé et les sujets de catégorie B, à risque faible. Ces catégories répondent à une définition épidémiologique précise approuvée par le Comité technique des vaccinations (cf. [annexe 3 bis : Avis du Comité Technique des Vaccinations du 30 janvier 2003](#)) :

∞ Sujet contact A (risque élevé) :

1. toute personne ayant eu un contact face-à-face proche avec le malade (< 2 mètres ou dans la même pièce), depuis le début de la fièvre jusqu'à la chute des croûtes,
2. toute personne ayant été exposée à une source confirmée de virus, comme lors d'une aérosolisation par exemple,
3. personnel ayant été en contact étroit avec des éléments de literie du malade atteint de variole, ayant participé à l'élimination des déchets médicaux infectieux non conditionnés de façon sécurisée, ayant participé à la désinfection des locaux ayant abrité le malade, ou ayant participé à la prise en charge des corps,
4. personnel de laboratoire ayant été exposé à des prélèvements biologiques du malade susceptibles de contenir du virus (prélèvements oropharyngés ou cutanéomuqueux) ou bien victime d'accident d'exposition en manipulant d'autres prélèvements biologiques susceptibles de contenir du virus.

∞ Sujet contact B (risque faible) :

Ce sont des personnes qui ne répondent pas à la définition de la catégorie A mais qui cependant auront été potentiellement exposées :

1. toute personne ayant partagé les mêmes transports collectifs que des cas de variole mais chez qui on ne peut exclure un contact proche,
2. toute personne ayant séjourné dans des pièces partageant le même système de ventilation que des pièces où sont passés des cas contagieux,
3. toute personne appartenant à l'entourage proche des sujets contact A*.

* Document disponible à l'adresse suivante :

http://www.invs.sante.fr/publications/guides_biotox/guide_variole.html

Annexe 8 : Circulaire du 16 mars 2004, relative à la préparation de l'organisation sur l'ensemble du territoire d'une éventuelle vaccination contre la variole

Ministère de l'Intérieur,
de la Sécurité Intérieure et des
Libertés Locales

Ministère de la Santé,
de la Famille et des personnes
Handicapées

Ministère de l'Outre-Mer

Paris, le 16 mars 2004

Le Ministre de l'Intérieur,
de la Sécurité Intérieure et des Libertés Locales

Le Ministre de la Santé,
de la Famille et des personnes Handicapées

Le Ministre de l'Outre-Mer

à

Madame et Messieurs les Préfets de Zone
Mesdames et Messieurs les Préfets de région et de département

Objet : Préparation de l'organisation sur l'ensemble du territoire d'une éventuelle vaccination contre la variole

Document abrogé : Circulaire DGS/5B n°2003/210 du 29 avril 2003 relative à la préparation de l'organisation sur l'ensemble du territoire d'une éventuelle vaccination contre la variole

PJ : deux annexes

Par circulaire citée en référence et par note de transmission du 29 avril 2003, nous vous avons demandé de mettre en place l'organisation sur l'ensemble du territoire d'une vaccination collective éventuelle contre la variole. Compte tenu des difficultés rencontrées, et avec le souci de rapprocher vaccins, équipements et fournitures des lieux de vaccination, des simplifications et précisions sont apportées par la présente circulaire pour vous permettre d'achever rapidement la mise en place des plans. Au guide de vaccination annexé au plan variole a été substituée une

série de questions-réponses qui doit apporter toutes les précisions nécessaires aux responsables locaux de la mise en place du plan.

1- Les unités de vaccination de base (UVB)

Comme l'indiquait la circulaire du 29 avril 2003, la population serait vaccinée dans le cadre d'unités de vaccination de base, chacune devant prendre en charge environ 1000 personnes par jour pendant 14 jours (soit environ 4600 UVB pour l'ensemble du territoire).

En fonction des spécificités de son département, chaque préfet ou représentant de l'Etat outre-mer détermine le nombre et la localisation des UVB et transmet à la zone de défense l'état exhaustif de ces UVB. Il procède à un recensement des personnels médicaux et paramédicaux habitant ou exerçant à proximité de chaque UVB. Il dresse le schéma d'organisation de chaque UVB : affectation nominative des personnels médicaux (après information du conseil départemental de l'ordre) et recensement des postes fonctionnels pour le reste de l'UVB : personnels paramédicaux, organisation logistique dans des locaux publics, tout particulièrement les écoles et collèges, équipés des matériels énumérés en annexe et disposant de préférence de congélateurs à - 20 C° (ce qui permettra une livraison des vaccins pour plusieurs jours de fonctionnement en fonction de leur capacité), a minima de réfrigérateurs (ce qui imposera alors une livraison quotidienne). Ces structures devront aussi disposer de capacités de restauration pour les équipes intervenantes (médicales et paramédicales, logistiques, de maintien de la sécurité et de l'ordre publics).

Les préfets des départements métropolitains à forte fréquentation touristique saisonnière adapteront le nombre des UVB pour pouvoir prendre en charge la vaccination sur place de l'ensemble des touristes présents pendant ces périodes, de même que les préfets et hauts-commissaires de l'outre-mer susceptibles de voir affluer des populations étrangères. Les uns et les autres arrêteront donc 2 cartes des UVB, l'une pour la saison creuse, l'autre pour la haute saison.

2-Stockage et acheminement des vaccins et des matériels et produits nécessaires à la vaccination

2-1) Les vaccins sont stockés dans des sites nationaux dont la localisation est confidentielle. Ils seront acheminés sous la responsabilité du ministère de la santé depuis ces sites vers le ou les départements métropolitains, ainsi que vers les départements et collectivités situés outre-mer concernés, en fonction du niveau de l'alerte. **Il appartient à chaque préfet de département ou représentant de l'Etat outre-mer de déterminer l'hôpital qui lui paraît le plus approprié par sa taille et sa capacité d'accueil, si ce n'est déjà fait.** Vous nous rendrez compte de l'établissement retenu. Les vaccins seront stockés dans les conditions requises de conservation au froid (-20 °C). A titre d'information, le volume de stockage nécessaire pour vacciner 100 000 habitants représente 8 décimètres cube, soit l'équivalent d'un carton de déménagement.

Les préfets de zone vérifieront auprès de chaque département métropolitain ou d'outre-mer ainsi que de chaque collectivité située outre-mer la mise à jour du plan départemental ou local de stockage et de distribution.

2-2) Les matériels dédiés (aiguilles, tubes à fond conique, pipettes de précision et leurs embouts stériles) seront stockés par les soins du ministère de la santé dans les sites désignés par les Préfets des sept zones de défense métropolitaines et dans chacune des cinq zones de défense de l'outre-mer. En cas de déclenchement de la vaccination, les préfets de zone en organiseront l'acheminement immédiat vers l'hôpital retenu dans chaque département métropolitain ou d'outre-mer ainsi que de chaque collectivité située outre-mer pour le stockage des vaccins.

2-3) Les produits accessoires (gants, vêtements divers de protection des personnels, bandes adhésives, compresses, solutions hydro alcooliques) seront stockés dans les mêmes hôpitaux départementaux sur instruction du ministère de la santé à chaque établissement. Les préfets de département ou représentants de l'Etat outre-mer en assureront la livraison aux UVB en cas de déclenchement des vaccinations.

Le volume global de l'ensemble des matériels représente environ 9 m³ pour 100 000 personnes

2-4) Acheminement: Selon le niveau de l'alerte et l'importance des populations à vacciner, les quantités de vaccins nécessaires seront acheminées par les soins des préfets de département ou représentants de l'Etat outre-mer, pour le niveau 2 sur les sites de vaccination, pour les niveaux 3 ou 4 auprès de chaque UVB en fonction du planning de vaccination de celle-ci et des moyens de conservation au froid dont elle dispose. L'acheminement sera réalisé dans des véhicules aptes au transport des produits surgelés (- 20 C°). **Il appartient aux préfets ou représentants de l'Etat outre-mer de sélectionner les entreprises les plus à même d'assurer ce transport en toutes circonstances. Des ordres de réquisition seront émis le moment venu.**

3- Equipes zonales

Conformément aux dispositions arrêtées par la circulaire de référence et par les textes relatifs au dispositif national de vaccination, une équipe nationale dédiée au plan variole a été constituée, dont les membres sont déjà vaccinés.

Cette équipe nationale est compétente pour l'outre-mer et sa composition doit donc être élargie à des membres volontaires résidant outre-mer, sur proposition des préfets et hauts-commissaires de zone (deux personnes par zone au moins, en fonction des volontariats).

Les équipes zonales qui devaient être constituées dans chaque zone de défense, l'ont été de façon très inégale. **Leur constitution doit être intégralement achevée partout, dans les plus brefs délais.**

Ces équipes représentent, en effet, un élément déterminant de la mise en œuvre du plan. C'est pourquoi nous vous demandons d'accorder à leur constitution une attention toute particulière. Chaque équipe zonale doit être composée en premier lieu d'une centaine de personnels de santé volontaires, appelés à prendre en charge tout cas suspect ou atteint de variole et contribuer à initier la vaccination des vacinateurs. Pour assurer dès ce moment et en toutes circonstances la bonne réalisation des secours à personnes, les tâches de sécurité et

d'ordre public, et la fonction judiciaire, il est nécessaire qu'elles comprennent une centaine de membres des forces de l'ordre (policiers et gendarmes), un nombre sensiblement équivalent de sapeurs-pompiers, quelques démineurs, ainsi que des magistrats. Ces équipes doivent être précisément identifiées, mais leurs membres ne font pas, en l'état, l'objet d'une vaccination préalable, à la différence de l'équipe nationale. Leur vaccination ne sera entreprise qu'en cas de suspicion de risque de survenue de variole sans cas avéré (niveau 1).

4- Vaccination des intervenants de première ligne :

Dès l'apparition d'un cas de variole hors du territoire national (niveau 2), le ministère de la défense pour les militaires, notamment ceux de la gendarmerie nationale, le ministère de la santé pour les personnels médicaux et paramédicaux, le ministère de l'intérieur pour les personnels actifs de la police nationale, les démineurs et les unités d'intervention de la sécurité civile, les services départementaux d'incendie et de secours pour les sapeurs-pompiers ainsi que les autorités compétentes des collectivités d'outre-mer sur invitation des représentants de l'Etat outre-mer, organiseront la vaccination en urgence de l'ensemble de leurs personnels, intervenants de première ligne. Cette vaccination, dont les directions de gestion des personnels concernés préciseront les modalités par voie interne, sera réalisée au niveau géographique le plus pertinent, en fonction des personnels concernés. Les personnels de police, hormis les CRS, ainsi que les démineurs, seront vaccinés en milieu hospitalier local. Il appartiendra donc à chaque préfet de département (ou représentants de l'Etat outre-mer) d'organiser avec les responsables hospitaliers locaux et en liaison avec l'Ordre départemental des Médecins, la vaccination des personnels médicaux et paramédicaux ainsi que celle des personnels actifs de police (hors CRS) de son département.

5- Impact financier

Vous dresserez ou actualiserez l'inventaire des surcoûts directs que la mise en œuvre du plan générerait au titre des transports, à partir du niveau zonal, vers les départements et les UVB. Il est rappelé que le coût des produits vaccinaux sera pris en charge par le ministère de la santé qui étudie par ailleurs les compensations à verser aux personnels médicaux et paramédicaux de statut libéral amenés à interrompre leur activité en cas d'opération massive de vaccination. La charge financière des transports de distribution sera calculée sur la base des tarifs actuellement applicables sur le marché. Elle fera ensuite l'objet d'une évaluation nationale.

6- Application outre-mer

Les dispositions définies ci-dessus s'appliquent à l'ensemble des collectivités d'outre-mer.

Pour les collectivités à statut particulier, Saint-Pierre et Miquelon, Mayotte, la Polynésie française, la Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna, chaque représentant de l'Etat se rapprochera des représentants des institutions locales compétentes pour l'application de ces directives, notamment pour déterminer :

- l'établissement où seront stockés momentanément les vaccins en cas de mise en œuvre du plan variole,
- la localisation des unités de vaccination de base (UVB),

- la sélection des équipes zonales (personnels de santé, des services de secours, des forces de l'ordre, des démineurs et quelques magistrats, volontaires, vaccinés préventivement en cas de déclenchement du premier niveau du dispositif).

7- Délais d'achèvement et transmission des plans aux niveau zonal et national :

Vous achèverez l'organisation pratique des UVB pour la dernière semaine d'avril 2004.

Les préfets de département ou représentants de l'Etat outre-mer transmettront au préfet ou haut-commissaire de zone les plans départementaux ou locaux complets. Ces derniers, après validation du dispositif, nous feront parvenir, sous les timbres des hauts fonctionnaires de défense des ministères chargés de l'intérieur, de la santé et de l'outre-mer, les synthèses zonales pour la première semaine de mai 2004. Le SGDN en sera destinataire en copie.

Enfin, fin mai 2004, nous organiserons un exercice à l'intérieur d'une zone de défense, afin de tester l'efficacité de l'organisation ainsi mise en place.

Le directeur du Cabinet
du Ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure
et des Libertés locales

Le directeur du Cabinet
du Ministre de la Santé, de la Famille
et des Personnes Handicapées

Claude GUÉANT

Louis Charles VIOSSAT

Le directeur du Cabinet
du Ministre de l'Outre-Mer

Marie-Jeanne AMABLE

Annexe 9 : Organisation d'une unité de vaccination de base (extrait du plan national de réponse à une menace de variole)

L'objectif de ce document est de donner des éléments d'orientation et de réflexion aux personnes qui doivent prévoir, dès à présent, l'organisation d'une vaccination collective contre la variole dans leur zone de défense ou dans leur département. Dans l'éventualité d'une telle décision par les autorités sanitaires, il peut s'agir d'une vaccination contre la variole limitée aux personnes présentes dans un département ou étendue à l'ensemble de la population française et aux personnes présentes sur le territoire métropolitain et outre-mer à cette période (touristes, visiteurs, ...).

I-INTRODUCTION :

La stratégie retenue actuellement prévoit la possibilité de procéder à la vaccination de l'ensemble de la population résidant sur le territoire français (métropole et outre-mer) en 14 jours.

L'organisation d'une telle action de vaccination s'articule autour de l'Unité de vaccination de base (UVB) composée par une équipe de professionnels de santé, de forces de l'ordre et de bénévoles en mesure de vacciner 1000 personnes par jour.

L'UVB est la plus petite unité permettant la vaccination collective contre la variole mais il est en revanche possible d'organiser des sites de vaccination regroupant plusieurs UVB (cf. annexe).

Principes de la vaccination :

La décision de protéger l'ensemble de la population par la vaccination obligatoire nécessite que soit pris un décret (en application des articles L.3111-8 et L.3111-9 du CSP). Ce décret est indispensable pour l'indemnisation des éventuels accidents vaccinaux, et engage la responsabilité de l'Etat.

Le statut des vaccins antivarioliques disponibles en France repose sur l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU de cohorte) dans le cadre d'une vaccination obligatoire décidée par les autorités sanitaires (commission d'AMM de l'AFSSAPS du 6 février 2003). Leur utilisation est donc limitée aux seules séances de vaccination organisées par les autorités sanitaires, sous la responsabilité des préfets, en relation avec les représentants des ministères de l'Intérieur et de la Défense.

Toute vaccination devra être obligatoirement précédée d'une information complète de chaque personne à vacciner (ou de son représentant légal), qui signera une attestation d'information sur la vaccination. Un questionnaire permettant de préciser l'existence d'éventuelles contre-indications devra être rempli individuellement par les personnes à vacciner (ou leur représentant légal). Un document a été élaboré et servira à la fois de questionnaire médical, d'attestation d'information et de certificat de vaccination. La fiche navette vaccination de masse sera conservée par les autorités sanitaires et pourra faire l'objet d'un traitement informatique (sous réserve de l'autorisation de la CNIL : demande en cours). Un entretien médical individuel et confidentiel sera systématique et se fera sur la base du questionnaire dûment rempli dès lors qu'une indication aura été cochée dans la fiche navette.

La possibilité de la réalisation rapide d'une sérologie HIV et/ ou d'un test de grossesse devra être offerte si possible à proximité des lieux de vaccination. Pour cela des laboratoires d'analyses médicales devront être identifiés à proximité des lieux de vaccination (en vue d'une réquisition, si nécessaire en cas de vaccination collective, mesure prévue dans le projet de « décret relatif aux mesures propres à empêcher toute extension d'une épidémie de variole »).

Les sites de vaccination :

Les sites de vaccination devront avoir été identifiés à l'avance. Ils seront réquisitionnés uniquement pour cette mission. Ils doivent être faciles d'accès (notamment pour les personnes âgées et

les personnes handicapées), pouvoir accueillir un grand nombre de personnes, avec des facilités de parking. Le maintien de l'ordre doit pouvoir y être assuré aisément.

Ces sites de vaccination doivent être positionnés en dehors des structures de soins habituelles, afin de ne pas saturer la filière de soins hospitalière qui sera elle-même fortement mobilisée lors d'une épidémie de variole.

Un site de vaccination peut accueillir, selon le cas, une ou plusieurs unités de vaccination.

Le nombre de sites de vaccination sera multiplié selon les besoins.

L'organisation d'un site de vaccination devra permettre de procéder séparément à chacune des étapes successives de la vaccination (voir schéma page 10). Chaque site de vaccination devra comprendre un lieu sécurisé de stockage du matériel et des vaccins, une pièce réservée à l'accueil des personnes nécessitant une surveillance après le geste vaccinal, une pièce d'isolement (pour les personnes suspectes de variole) et une pièce dédiée à la préparation des vaccins.

Le nombre d'« unités de vaccination de base » nécessaire pour vacciner l'ensemble de la population en 14 jours a été déterminé par les Préfets de chaque zone de défense, en tenant compte précisément des spécificités géographique ou démographique des départements de sa zone.

Les personnes à vacciner :

En fonction du niveau d'application du plan, l'ensemble de la population française et des personnes présentes en métropole et outre-mer et dans les collectivités à statut particulier ainsi que les touristes, les visiteurs, ... pourraient être concernées par la vaccination.

Les personnes susceptibles d'être atteintes de variole devront faire l'objet d'une prise en charge spécifique et ne devront pas pénétrer dans l'UVB. Les sujets contact de cas de variole ou, plus généralement, les personnes exposées à la variole ne devront pas non plus pénétrer sur le site de vaccination et seront orientés vers des centres de vaccination spécifiques mais organisés exactement sur le même modèle.

Quelques points importants :

L'ensemble des professionnels réquisitionnés pour travailler sur ces sites de vaccination devra être vacciné. Cette vaccination aura été réalisée préalablement à l'ouverture du site de vaccination.

La volonté de ne pas vacciner sur un même site les personnes contact d'un cas de variole ou exposées au virus et la population générale non exposée directement au virus impose qu'un tri soit réalisé à l'entrée du site de vaccination.

Seuls, les personnels en charge du tri à l'entrée du site de vaccination devront porter des tenues protectrices jusqu'à ce que la prise vaccinale de leur propre vaccination soit effective (environ 7 jours). Les professionnels affectés à d'autres postes au sein de l'UVB ne sont pas concernés par cette mesure.

Afin d'être en mesure de prendre en charge des éventuels effets indésirables immédiats liés à la vaccination, une procédure doit être prévue ainsi que les personnels et matériels adéquats (urgentistes, chariot d'urgence...).

II- PLAN DE DIFFUSION DU VACCIN ET DU MATERIEL

Le vaccin antivariolique

Le vaccin antivariolique est actuellement stocké dans des sites centralisés. En cas de décision d'une vaccination élargie autour des cas, de vaccination de masse, ou de vaccination de l'ensemble de la population, les vaccins seront acheminés en urgence vers un site de stockage départemental sécurisé désigné par les préfets.

Les sites de stockage départementaux doivent permettre la conservation du vaccin à - 20°C. Le vaccin (non reconstitué pour le vaccin Pourquier et le vaccin Aventis) peut se conserver au maximum à 4 °C, pendant trois jours.

Les vaccins non utilisés dans les UVB seront détruits systématiquement et ne pourront en aucun cas être retournés dans les sites départementaux.

Le volume des flacons de vaccin est faible (flacons de 3ml de contenance). Chacun de ces flacons (selon qu'il s'agit de vaccin Aventis ou « Pourquier ») permet la vaccination de 130 à 420 personnes.

La durée d'utilisation après ouverture/reconstitution du vaccin Aventis et du vaccin « Pourquier » est au maximum 24 heures à 4 °C.

Matériels de vaccination (pipettes, embouts de pipette, tubes à fond conique, portoirs et aiguilles bifurquées)

Il est ou sera stocké dans un site unique dans les zones de défense en métropole et outremer. La zone prendra en charge, selon un plan d'acheminement qu'elle aura prédéfini, la diffusion des aiguilles bifurquées et des matériels dédiés à la vaccination du site zonal vers les sites de vaccination.

Matériels consommables

Les autres matériels nécessaires à l'organisation d'une vaccination collective doivent être fournis par le niveau zonal ou départemental (gants latex et gants vinyle pour les personnes allergiques, solution hydroalcoolique pour friction désinfectante des mains, compresses, gaze, sparadrap, eau de javel pour désinfection des surfaces, matériel nécessaire pour la désinfection par voie aérienne (formol), vêtements de protection à usage unique pour le personnel du tri (gants, lunettes le cas échéant, casques, blouses, masques chirurgicaux)... (voir liste de matériels en infra).

III- LOGISTIQUE NECESSAIRE SUR LE SITE DE VACCINATION

Les locaux

Les locaux devront comprendre un point d'eau potable, des sanitaires pour le public, et, dans l'idéal, douches et salle de repos pour le personnel, ...

Le matériel de base des UVB

Il devra comprendre, notamment : tables, chaises (la vaccination est un geste qui se réalise assis), formulaires (« fiches navettes ») à remplir, stylos, tablettes d'écriture, papeterie, téléphones, fax, photocopieuse, poubelles, badges d'identification pour le personnel, matériel de ménage, écrans vidéo (une vidéo d'information à destination des personnes devant se faire vacciner est en projet).

Du matériel informatique (2 postes) devra également être disponible afin de saisir les informations administratives à l'enregistrement et le registre de vaccination à la sortie de l'unité de vaccination.

Le matériel médical de réanimation devra être disponible avec un nombre suffisant de brancards, de façon à assurer les premiers secours en cas de choc anaphylactique ou d'effet indésirable grave immédiat après la vaccination.

La conservation du vaccin

Les UVB doivent donc avoir des capacités de stockage des vaccins dans ces conditions de température (réfrigérateurs ou glacières).

L'élimination des déchets

L'élimination quotidienne des déchets infectieux sera prévue localement, elle devra suivre la filière des déchets des activités de soins à risque infectieux..

Les laboratoires

En marge et à proximité de chaque site de vaccination, il faudra identifier un (des) laboratoire(s) d'analyses de biologie médicale capable(s) de réaliser en urgence une recherche sérologique d'infection par le VIH et une recherche de β HCG plasmatique.

IV- L'ORGANISATION DE LA VACCINATION

Le schéma proposé en annexe permet de recenser les différentes étapes successives nécessaires au déroulement d'une vaccination de masse contre la variole au sein d'une UVB.

Le Tri (et la sécurité) :

- les personnes se présentant à l'UVB doivent être triées de façon à ce que seules les personnes non symptomatiques (fièvre, éruption) ainsi que les personnes à priori non contact puissent pénétrer dans le site de vaccination ;
- les personnes symptomatiques ou contacts seront orientées vers d'autres centres de soin ou de vaccination ;
- la file d'attente devra être organisée au niveau du tri, et le maintien de l'ordre assuré par du personnel de sécurité ou des forces de l'ordre ;
- le personnel du tri devra, outre une vaccination préalable, être protégé par des vêtements de protection à usage unique jusqu'à la prise vaccinale de leur propre vaccination (masque FFP2, gants, casaque et sur-blouse).

1- Entrée :

- les personnes ayant été filtrées au tri pourront alors pénétrer dans l'UVB.

2- Accueil et enregistrement :

- o la distribution des plaquettes d'information ;
- o l'information sur les étapes successives de la vaccination au sein de l'UVB;
- o l'enregistrement des personnes à vacciner (éventuellement enregistrement informatique).

3- Information - Remplissage du questionnaire médical :

- o l'information générale sur la vaccination (raisons, indications, contre-indications, effets secondaires, précautions après vaccination, changement du pansement) donnée de façon passive (vidéo, plaquettes distribuées à l'accueil) ou interactive (personnel paramédical formé et traducteurs à disposition) ;
- o l'aide au remplissage des questionnaires (voir en annexe) par le personnel paramédical (voir avec des traducteurs s'il y en a) ;
- o la signature de l'attestation d'information relative à la vaccination ;
- o l'orientation systématique et obligatoire vers la consultation médicale dès lors qu'une contre-indication est cochée sinon le patient est dirigé vers la vaccination.

4- Consultation médicale :

- o le médecin valide le questionnaire uniquement si présence d'une ou plusieurs contre indication et oriente ou non vers la vaccination. Le cas échéant, il prescrit des examens complémentaires ou indique à la personne présentant une contre indication temporaire la date à laquelle elle devra se représenter ;
- o les personnes ne pouvant être vaccinées sont orientées vers un poste où elles reçoivent des conseils et des explications (sur les raisons de leur non vaccination, sur les examens à faire pratiquer le cas échéant ...).

5- Vaccination :

- o la réalisation du geste vaccinal ;
- o la pose du pansement ;
- o les conseils d'hygiène et de changement du pansement ;
- o le remplissage du certificat de vaccination et du registre de vaccination (+ enregistrement informatique).

V- EVALUATION DU PERSONNEL NECESSAIRE

L'objectif général théorique d'une telle vaccination de masse serait, dans l'hypothèse maximale de vacciner l'ensemble de la population française en 14 jours, de 4,285 millions de personnes par jour soit 4600 d'UVB actuellement pour la métropole et les départements outre-mer.

Organisation d'une UVB

- une « unité de vaccination de base » est définie comme une structure (logistique et personnel) permettant de vacciner 1000 personnes en une journée, ;
- la vaccination se déroulerait tous les jours sur au moins 12 heures sur 24,
- un roulement de deux équipes s'effectuerait au moins sur 12 heures (soit 2 fois 6 heures 30), (cette plage horaire est indicative et sera adaptée en fonction de la situation) ;
- le fonctionnement est prévu par vagues de 30 personnes toutes les 20 minutes ;
- au sein de l' UVB, les principales étapes sont :
 - o la phase d'accueil et d'information (lecture de plaquette, vidéo en boucle) ;
 - o le remplissage du questionnaire médical, signature de l'attestation d'information et d'acceptation de la vaccination ;
 - o la consultation médicale si une ou plusieurs contre indication sont cochées sur la fiche navette ;
 - o le geste de vaccination, la mise en place du pansement, les conseils d'hygiène au niveau du même poste sans que la personne vaccinée ne bouge et la remise du certificat de vaccination.
- chaque site de vaccination peut recevoir une ou plusieurs « unités de vaccination de base » selon la démographie médicale, les possibilités logistiques et les ressources humaines disponibles.

Effectifs par poste pour une Unité de Vaccination de Base (UVB)

(à titre indicatif)

L'UVB sur 12 heures vaccine 1000 personnes.

Postes	Fonctionnement sur 6 heures	Fonctionnement sur 12 heures
Encadrement	Responsables de l'UVB :	
	<ul style="list-style-type: none"> - Un responsable administratif : en fonction du lieu d'implantation (une autorité du lycée, de la mairie,...). - Un responsable médical : 1 médecin + 1 adjoint pris sur l'UVB. 	
❶ Tri	<u>5 personnes</u> 1 médecin	<u>10 personnes</u>
❷ Accueil Enregistrement	1 IDE ; 3 administratifs	
❸ Information - Questionnaire	<u>5 IDE ou autres</u> : ex : 3 IDE ou élèves IDE, 2 étudiants en médecine.	<u>14 10 IDE OU AUTRES</u>
❹ Questionnaire, Consultation médicale, décision	5 médecins*	10 médecins
❺ Conseils d'éviction		
❻ Préparation vaccins	1 technicien de laboratoire ou 1 IDE	2 techniciens de laboratoire ou 2 IDE
❼ Vaccination	5 IDE (si 5 postes activés)	10 IDE
❼ Pansements – conseil	5 aides-soignants (si 5 postes activés)	10 aides-soignants
❻ Isolement	1 médecin	2 médecins
❼ Salle d'observation	2 secouristes	4 secouristes
Validation de la sortie	3 administratifs	6 administratifs
Autres postes	5 secouristes	10 secouristes ou autres
Assistance aux personnes	3 secouristes	6 secouristes
Gestion matériels	1 aide-soignant	2 aides-soignants
Gestion DASRI	1 aide-soignant	2 aides-soignants
Total	44	86
Sécurité de l'UVB	A définir	A définir

* Médecins ou étudiant en médecine à partir du DCEM4, uniquement si CI.

MATERIEL NECESSAIRE A UNE UNITE DE VACCINATION DE BASE

Matériel dédié au poste de vaccination pour les 14 jours :

- Vaccins
- 15 000 aiguilles bifurquées
- solvant
- 261 tubes à fond conique de stockage (20 par jour)
- 11 portoirs pour tubes à fond conique
- 2 pipettes de précision réglables (20 à 200 microlitres)
- 364 embouts de pipettes stériles à usage unique adaptables à la pipette (30 par jour)
- containers pour déchets d'activité de soins à risque infectieux pour les 1 000 aiguilles bifurquées par jour et autres objets piquants et tranchants
- poubelles pour élimination des déchets infectieux
- compresses de gaze stérile (3 cm sur 3 cm)
- compresses non stériles
- gants latex et vinyle
- solution hydroalcoolique
- bandes adhésives de 1 cm de large pour assurer le maintien de la gaze (pour la pose de 1000 pansements par jour, le pansement étant fixé sur chacun de ses 4 côtés)
- point de décontamination du matériel avec eau de javel (pour immerger es portoirs)
- solution javellisée pour décontamination des surfaces
- 560 sur-blouses à usage unique (40 par jour)
- matériel nécessaire à la désinfection par voie aérienne (formol) pour la pièce d'isolement des cas de variole
- réfrigérateur
- congélateur si pas de livraison quotidienne du vaccin

Matériel pour le tri

- tenues de protection (masques FFP2, gants, sur-blouses, casaques, sur-chaussures)
- microphones
- panneaux d'information

Matériel pour l'enregistrement / information

- tables
- chaises
- papeterie
- matériel informatique si possible
- matériel vidéo
- questionnaires médicaux
- plaquettes d'information
- tableau
- signalisation pour organisation des files d'attente
- téléphones, fax, photocopieur (si possible)

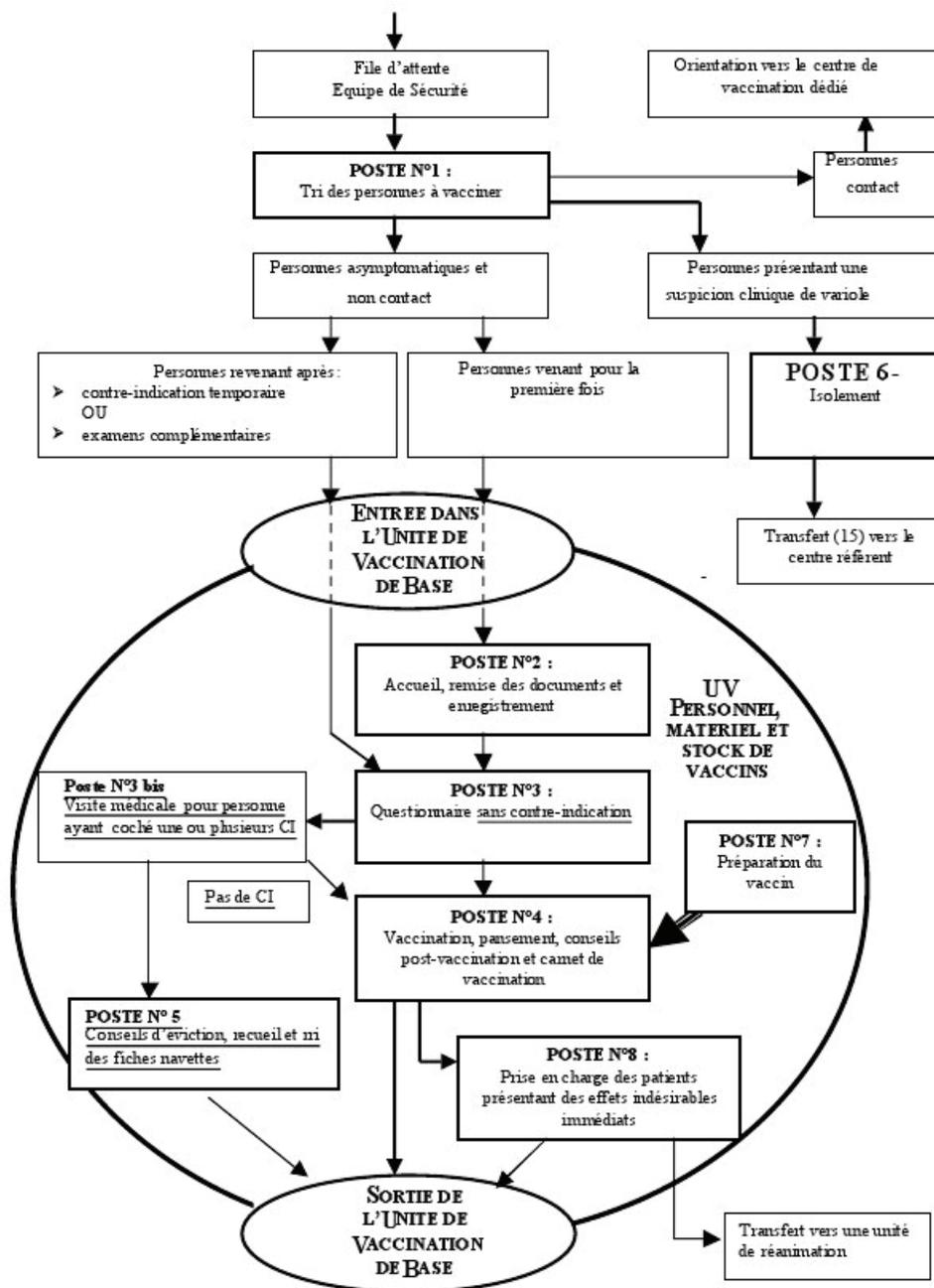
Matériel médical disponible sur place

- kits d'adrénaline et corticoïdes
- matériel de réanimation médicale
- brancards
- véhicule(s) de transport médicalisé(s) ou médicalisable(s)

Divers (logistique et personnel)

- équipe d'entretien (sanitaires, poste de réa, poste de vaccination)
- matériel de ménage (entretien des sanitaires + papier toilette+ entretien des locaux)
- poubelles

Schéma général de l'organisation du site de vaccination



Annexe 10 : Liste des sites de vaccination retenus dans le département de la Marne, dans le cadre du plan variole // dans le cadre de la grippe A(H1N1)2009

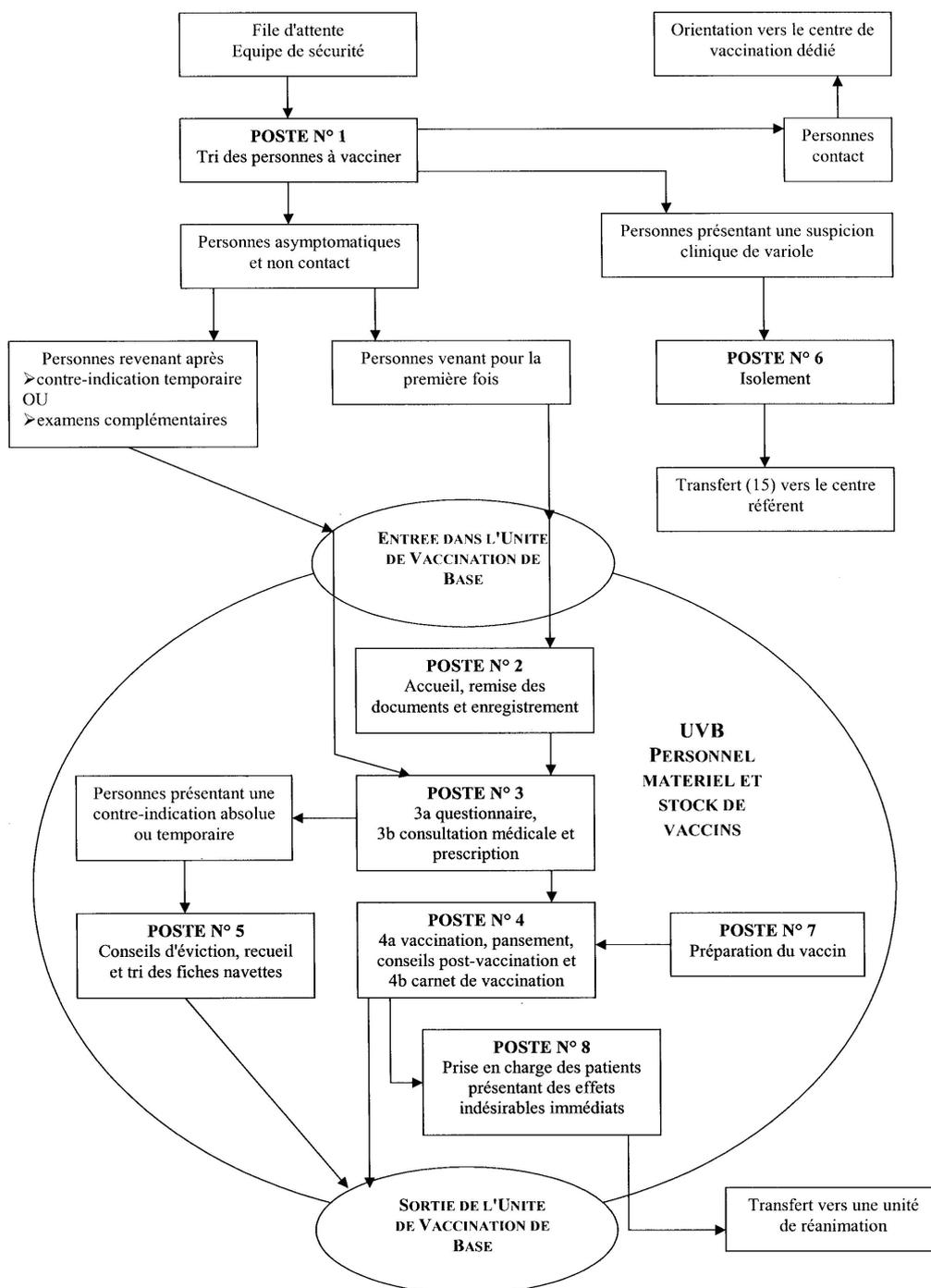
<i>Commune</i>	<i>Lieu</i>	<i>Vaccination variole</i>	<i>Vaccination grippe A</i>
Reims	Parc des expositions	X	
Reims	Gymnase des Esquiernolles	X	
Reims	Centre des congrès	X	
Reims	CREPS	X	X
Reims	Complexe René Tys		X
Reims	IUFM		X
Witry-lès-Reims	Espace culturel associatif et de loisir	X	
Verzy	Salle polyvalente	X	
Mourmelon-le-Grand	Complexe Napoléon III	X	
Suippes	Maison des associations	X	X
Sainte-Menehould	Salle des fêtes	X	X
Courtisols	Salle polyvalente	X	X
Givry-en-Argonne	Salle des fêtes	X	X
Thieblemont-Faremont	Salles des fêtes	X	
Vitry-le-François	Gymnase de la Fauvarge	X	
Vitry-le-François	Salle du manège	X	
Vitry-le-François	Gymnase du vieux port	X	
Sompuis	Foyer rural	X	
Châlons-en-Champagne	Stade Pierre de Coubertin	X	
Châlons-en-Champagne	Parc des expositions	X	X
Châlons-en-Champagne	Gymnase Lauvaux	X	
Châlons-en-Champagne	Gymnase Cabot		X
Vertus	Hall des sports	X	X
Fère-Champenoise	Salle des fêtes	X	X
Anglure	Salle intercommunale	X	
Sézanne	Salle omnisports	X	X
Montmirail	Salle polyvalente	X	
Montmirail	Ancien hôpital		X
Tours-sur-Marne	Salle polyvalente	X	
Dormans	Gymnase	X	
Gueux	Maison des sports	X	X
Fismes	Salle des fêtes	X	
Epernay	Palais des fêtes	X	
Epernay	COMEP	X	
Epernay	Hall des sports		X
Marolle	Salle des fêtes		X

Annexe 11 : ressource humaine nécessaire pour la mise en œuvre d'une UVB et pour l'ensemble des UVB (fixes), département de la Marne

PERSONNEL	POUR 1 UVB (2 Roulements)	POUR 41 UVB (2 roulements)
médecin	16	656
Etudiants médecine	8	328
IDE,	38	1558
ASH AS	20	820
Elèves IDE 2è et 3è	14	574
Technicien préparateur	4	164
TOTAL MEDICAL	100	4100
sécurité	20	820
Pompiers,	10	410
secouristes	10	410
administratif	20	820

Annexe 12 : Schéma général de l'organisation des UVB, département de la Marne

* ORGANISATION



- **Tri (et sécurité) – POSTE 1**

Les personnes qui se présentent à l'UVB sont triées : les personnes symptomatiques (fièvre, éruption) ou « contact » ne pénètrent pas dans l'UVB et font l'objet d'une prise en charge spécifique. Elles sont orientées vers le centre de soins référent (CHRU de Reims) ou vers le centre de vaccination dédié (qui suit la même organisation), après appel du SAMU 51 et intervention d'une équipe de transport spécialisée. Les personnes présentant une suspicion clinique de variole sont placées en isolement (**POSTE 6**), en attendant le transfert vers le centre de soins référents.

Le **poste 1** chargé du tri et de la sécurité des personnes comporte une équipe médicale chargée du tri et une équipe chargée du maintien de l'ordre et de l'organisation de la file d'attente. Le lieu de la file d'attente sera couvert et pourvu de sièges et de fauteuils roulants et l'ensemble du personnel du **poste 1** portera des vêtements de protection adaptés.

- **Accueil et enregistrement – POSTE 2**

Des box individuels seront constitués et équipés de matériel de secrétariat. Les personnels administratifs seront chargés de :

- distribuer des plaquettes d'information ;
- informer sur les étapes successives de la vaccination ;
- enregistrer par informatique les personnes à vacciner.

- **Information – questionnaire médical – POSTE 3**

Des box individuels sont constitués et équipés de matériel de secrétariat. Les personnels médical et paramédical sont chargés de :

- informer sur la vaccination (raisons, contre-indications, effets secondaires, précautions après vaccinations, changement du pansement) ;
- aider au remplissage des questionnaires ;
- faire signer l'attestation d'information relative à la vaccination ;
- orienter vers la consultation médicale.

- **Consultation – POSTE 3**

Des box individuels (ou pièces séparées) sont constitués et équipés de matériel de secrétariat.

Le personnel médical :

- valide le questionnaire ;
- évalue éventuellement une contre indication ;
- oriente ou non vers la vaccination ;
- prescrit, le cas échéant, des examens complémentaires.

Les personnes présentant une contre-indication absolue ou temporaire sont orientées vers des personnels médical et paramédical et reçoivent des conseils d'éviction (**POSTE**

5) et des explications sur leur non vaccination, sur les examens supplémentaires à pratiquer le cas échéant, ...

- **Vaccination – POSTE 4**

Des pièces séparées ou box individuels seront constitués et équipés de matériel de vaccination. Les personnels paramédical et administratif :

- réalisent le geste vaccinal ;
- posent le pansement ;
- apportent les conseils d'hygiène et de changement du pansement ;
- remplissent le certificat de vaccination et le registre de vaccination, enregistre l'acte sous format informatique.

La préparation du vaccin s'effectuera dans une pièce séparée proche des box de vaccination et comportant un point d'eau, un réfrigérateur et un congélateur (**POSTE 7**).

- **Prise en charge des urgences – POSTE 8**

Chaque UVB est équipée d'un poste de secours (soins d'urgence) doté d'une équipe comprenant en permanence 5 personnes (un médecin pompier, deux pompiers et deux secouristes). L'équipe d'urgence intervient à l'intérieur comme à l'extérieur de l'UVB (pas de mise en place de poste médical avancé (PMA)). Une ambulance privée est mobilisée en permanence sur le site UVB de manière à pouvoir effectuer une évacuation rapide.

A noter : des locaux dédiés sont réservés aux personnels de l'UVB et isolés du reste du circuit de la population (local de commandement et de gestion du site, réception des livraisons, restauration, repos, toilettes).

Annexe 13 : La grippe : éléments d'information (tableau clinique, prise en charge des malades, traitement médicamenteux)

La maladie

Après une période d'incubation pouvant aller jusque sept jours, le malade présente une fièvre brutale supérieure à 38°C, des atteintes respiratoires et des courbatures. Le malade est contagieux dès les premiers symptômes et pendant environ sept jours. Les voies de contamination sont la voie respiratoire, à partir de gouttelettes émises depuis le rhinopharynx de personnes infectées (toux, éternuement), par contact rapproché avec une personne infectée ou par contact avec des objets contaminés.

La prise en charge

La prise en charge des personnes atteintes de grippe A(H1N1)2009 a évolué depuis l'apparition des premiers cas sur le territoire national (hospitalisation systématique des malades et prescription d'un traitement antiviral, recherche et identification des contacts étroits et prescription d'une chimioprophylaxie) à aujourd'hui (prise en charge des malades par les médecins libéraux, abandon de la recherche et de l'identification des contacts étroits).

Le traitement antiviral

Le traitement antiviral est désormais recommandé pour les patients présentant des facteurs de risque particuliers, pour les femmes enceintes et pour les nourrissons de moins de un an ayant un facteur de risque de grippe grave ou ayant un syndrome grippal caractérisé et jugé sévère par le médecin.

Remarque : les antiviraux sont des médicaments utilisés pour la prévention et le traitement précoce de la grippe en réduisant la capacité du virus à se multiplier. Administrés le plus tôt possible après contact avec une source d'infection, ils préviennent la maladie. Dès l'apparition des premiers symptômes de la grippe, ils atténuent ses symptômes, réduisent sa durée et, potentiellement, les risques de complications.

Annexe 14 : Chrono « grippe » (alerte, communication, organisation de la vaccination)

Descriptif événement	Date
L'OMS annonce la survenue de plusieurs cas humains de grippe d'origine porcine, confirmé microbiologiquement, avec transmission interhumaine (Mexique et Etats-Unis). Les porte-paroles de l'OMS se sont déclarés inquiets de la situation, qui fait l'objet d'un suivi étroit au niveau mondial (OMS), européen (ECDC) et français (INVS).	24/04/2009
Activation du centre de crise sanitaire (CCS) - niveau national	25/04/2009
Définition et mise en œuvre d'une stratégie de communication pour assurer une réponse cohérente et unifiée de l'Etat (dossier de presse, éléments de langage, affiches à destination des voyageurs). La DGS et l'InVS sont définis comme point unique d'émission de l'information concernant les suspicions de cas. Les services déconcentrés ne peuvent communiquer que sur les questions d'organisation au niveau local ainsi que sur la grippe "porcine" en général.	27/04/2009
OMS : passage en phase 4	27/04/2009
France : passage en phase 4A (« début de transmission interhumaine efficace à l'étranger »)	28/04/2009
1er cas possible en Champagne-Ardenne	28/04/2009
1er cas confirmé français	30/04/2009
OMS : passage en phase 5	30/04/2009
France : passage en phase 5A (« extension géographique de la transmission interhumaine du virus »)	01/05/2009
Lancement de la campagne nationale axée sur les gestes "barrières" et le recours au SAMU-centre 15 en cas de suspicion de grippe A(H1N1) (radios, télévisions, presse)	05/05/2009
OMS : passage en phase 6 (« Situation de pandémie mondial »)	11/06/2009
Maintien de la phase 5A pour la France - la France est peut touchée par la pandémie.	12/06/2009
1er cas confirmé en Champagne-Ardenne (département de la Marne)	12/06/2009
Circulaire relative à la planification d'une campagne de vaccination contre le nouveau virus A(H1N1)	21/08/2009
Définition des priorités de vaccination	07/09/2009
Circulaire relative à la mobilisation des professionnels de santé / virus	01/10/2009
Lancement de la campagne de vaccination dans les hôpitaux, pour les professionnels de santé prioritaire	20/10/2009
Circulaire relative à l'organisation de la campagne de vaccination	28/10/2009
Kit communication campagne vaccination	30/10/2009
Circulaire relative à l'organisation de la campagne de vaccination des enfants d'âge scolaire	09/11/2009
Ouverture des centres de vaccination	12/11/2009
Eléments de langage vaccination validés par le Ministère de la Santé, éléments de langage validés par l'Education Nationale	13/11/2009
Lancement de la campagne de vaccination en milieu scolaire (collèges et lycées)	25/11/2009
1er décès dans le département de la Marne (Reims)	05/12/2009
Circulaire sur vaccination en entreprises	28/12/2009
Ouverture de la vaccination par les libéraux	12/01/2010
Fermeture des centres de vaccinations	31/01/2010

Annexe 15 : Circulaire interministérielle du 21 août 2009, relative à la planification logistique d'une campagne de vaccination contre le nouveau virus A(H1N1) (hors annexe)



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, DE L'OUTRE-MER
ET DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Paris, le 21 AOÛT 2009

Le ministre de l'intérieur de l'outre-mer et des collectivités territoriales

La ministre de la santé et des sports

à

Messieurs les préfets de zone de défense

Madame et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les préfets de département

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information)

Objet : Planification logistique d'une campagne de vaccination contre le nouveau virus A(H1N1).

Application des mesures du plan pandémie grippale relatives à la commande de vaccins (mesure Pre 14), à l'adaptation du plan de vaccination aux caractéristiques du virus et des populations touchées (mesure Pre 32), et à la fiche C6 annexée au plan (stratégie et modalités d'organisation de la vaccination)

P.J. : Fiches.

NOR 1101C/K019/19751/C

Face à la menace de pandémie grippale du nouveau virus A(H1N1), le Gouvernement entend mettre en place une réponse sanitaire évolutive exceptionnelle pour la période 2009-2010 (cf. fiche n°1). Dans la perspective d'une diffusion de la pandémie en France au cours de l'automne prochain, il a en particulier décidé de préparer une grande campagne de vaccination. Cette solution est apparue la mieux à même de répondre, dans des délais contraints et avec l'efficacité sanitaire la plus forte possible, aux caractéristiques de ce nouveau virus et aux spécificités de la production de nouveaux vaccins. Cette campagne n'a pas vocation à se renouveler l'an prochain. Dans ce cadre, le Gouvernement a commandé des doses de vaccin, afin d'être en mesure de proposer, si cela s'avérait nécessaire, à l'ensemble de la population une couverture vaccinale contre le nouveau virus.

Cette vaccination pourrait être offerte à toute la population sur une période de **quatre mois**. Elle nécessite donc, quelle que soit la stratégie de vaccination finalement retenue, un important travail d'anticipation et d'organisation (cf. fiche n° 2). Vu l'ampleur possible d'une telle campagne, la préparation doit précéder en tout état de cause la décision finale de déclenchement, qui ne sera prise que si la situation et les préconisations des experts le justifient. **L'objectif est d'être en mesure d'activer ce dispositif à compter du 28 septembre 2009.**

La présente instruction a pour objet de définir les dispositions matérielles que nous vous remercions de préparer dans cette perspective et de vous apporter les éclairages sur les orientations arrêtées au niveau national, sur les hypothèses de travail et sur les contraintes qui pèsent sur l'exercice. Il s'agit d'une première circulaire cadre précisant l'infrastructure générale de la campagne de vaccination.

Trois contraintes majeures pèsent sur l'organisation de cette campagne (cf. fiche n° 3) et la distinguent d'autres types de campagnes de vaccination, y compris de celle prévue par le plan variole :

- la nécessité d'une **traçabilité** individuelle systématique (cf. fiche n°3), liée aux exigences de la pharmacovigilance ;
- la nécessité de définir un **ordre de vaccination** pour des populations prioritaires, **compte tenu du caractère progressif des livraisons** ;
- les volumes de données à traiter et les limites des systèmes d'information disponibles.

1. Sous la coordination des préfets de zone, chaque préfet de département établira un plan départemental de vaccination, désignera un chef de projet, constituera auprès de lui une équipe opérationnelle départementale et mettra en place un comité de pilotage.

a) Le **plan départemental de vaccination** visera à permettre de proposer une vaccination à deux doses, en respectant un intervalle minimal de trois semaines, à l'ensemble de la population du département, sur une période de quatre mois. Il devra prendre en compte les contraintes propres à la campagne de vaccination contre le nouveau virus A(H1N1), exposées dans la fiche n° 3. Il comprendra :

- un **schéma départemental des centres de vaccination**, répondant aux exigences définies dans la fiche n° 5. Un minimum de trois **sites** de vaccination **spécialement créés pour l'occasion** seront déterminés par département, notamment dans des gymnases ou des salles polyvalentes, en étroite relation avec les collectivités territoriales. A chaque centre sera rattaché un bassin de population donné. L'organisation retenue devra prendre en compte un critère de proximité et d'accessibilité par rapport aux populations à vacciner, en fonction de leur lieu de résidence, ainsi que la durée de la campagne, évaluée à 4 mois. **Les zonages devront, dans la mesure du possible et pour permettre d'adapter les émissions de bons de vaccination par l'Assurance maladie, suivre les frontières des codes postaux.** Compte tenu de ces éléments, un centre de vaccination, même de masse, ne doit pas couvrir plus de 100 000 habitants. Une équipe-type de vaccination devra être en mesure de vacciner de l'ordre de 15 000 individus sur 4 mois.

Par ailleurs, par dérogation à cette organisation générale :

- à titre exceptionnel et en fonction de situations locales (capacité d'accueil en rapport avec la population à vacciner, personnel disponible pour assurer en parallèle la vaccination contre la grippe saisonnière et maintenir un niveau d'activité suffisant du centre dans les autres domaines...), des centres de vaccination existants pourront être également retenus et renforcés. **Nous vous demandons d'exclure les établissements de santé du champ des centres de vaccination.**
- **la vaccination des élèves et de toute la communauté éducative sera assurée par des équipes mobiles dans les établissements scolaires.** Il en sera de même dans des lieux de vie collective ou des lieux fermés correspondant à des populations spécifiques (détenus, étrangers placés en rétention administrative, personnes hébergées en établissements médico-sociaux). Il vous appartiendra, sur la base des informations complémentaires qui vous seront transmises ultérieurement s'agissant de la détermination de ces lieux de vie collective, d'évaluer le volume des populations ainsi concernées dans votre département afin de les soustraire à la population éligible au dispositif général de vaccination. S'agissant des personnes éligibles à l'aide médicale de l'Etat (AME), un dispositif adapté sera défini au niveau national en collaboration avec les associations et les organisations non gouvernementales concernées. La prise en charge des gens du voyage sera organisée dans le cadre de leur commune de rattachement ;
- Un **recensement des ressources humaines mobilisables au niveau départemental**, compte tenu de votre appréciation des ressources locales, pour assurer le fonctionnement des centres et une comparaison entre ces ressources et les besoins à couvrir. La fiche n° 7 présente une typologie des professionnels de santé susceptibles de participer à la campagne, le statut qui leur sera accordé et des indications sur leur mode de rémunération ;
- une **estimation de la totalité des coûts** de mise en place et de fonctionnement de ces centres, en fonction, notamment, du cahier des charges défini dans la fiche n°6. **Cette estimation permettra de déterminer les financements qui vous seront rapidement alloués par l'Etat pour assurer le fonctionnement des centres.**

b) Vous mettrez en place une **équipe opérationnelle départementale**, animée par un chef de projet. L'équipe, structurée en fonction des spécificités territoriales du département, sera organisée autour des services préfectoraux, des services déconcentrés du ministère chargés de la santé et des représentants départementaux de l'Assurance maladie. Elle devra en outre réunir toutes les autres compétences nécessaires (autres services de l'Etat, protection maternelle et infantile...). Sous la conduite du chef de projet, elle aura, notamment, à décliner au plan départemental, les instructions nationales en matière de planification et de mise en œuvre de la campagne de vaccination ; elle assurera la coordination de l'expression des besoins des équipes de vaccination et leur mise en relation avec le dispositif logistique organisé par l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

c) Vous constituerez et présiderez un **comité de pilotage**, associant l'ensemble des acteurs territoriaux concernés par la campagne de vaccination (services de l'Etat, Assurance maladie, ordres professionnels, collectivités territoriales, associations agréées de sécurité civile, organisations non gouvernementales...). Vous veillerez à y associer selon des modalités de votre choix des membres du CODAMUPS. Ce comité sera un lieu de

mobilisation et d'échange d'informations. Il permettra de garantir la complémentarité de l'action de chacun et d'anticiper toute difficulté dans le déroulement de la campagne de vaccination.

Vous adresserez pour le **10 septembre 2009**, délai de rigueur, votre rapport sur la mise en œuvre de cette instruction par voie électronique et par l'intermédiaire des préfets de zone au ministère de l'intérieur (cabinet et cogic-centretrans-crise@interieur.gouv.fr) et au ministère de la santé et des sports (centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr). **Cette transmission doit comprendre la liste complète des centres avec leur adresse et les communes qui leurs sont rattachées (avec l'indication du code postal)**, ainsi que les coordonnées du chef de projet que vous aurez désigné.

2. Pendant tout le processus de préparation de la campagne de vaccination, puis pendant sa mise en œuvre, les préfets de région veilleront à la mobilisation des ressources d'appui et d'expertise présentes au niveau régional relevant du champ sanitaire et social : compétences recentralisées de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, cellule interrégionale d'épidémiologie, centre régional de pharmacovigilance, inspection régionale de la pharmacie, services en charge des formations, concours, et internat en médecine.

3. A partir des plans départementaux de vaccination de leur zone, les préfets de zone opéreront une synthèse des ressources humaines mobilisables, par type de compétences, au niveau de la zone et les **redéploiements nécessaires entre départements**. Il leur reviendra d'identifier les professionnels et susceptibles d'être mutualisés sur le territoire de la zone en cas d'insuffisance constatée et d'organiser les conditions d'affectation de ces personnels en tant que de besoin (cf fiche n°7). La synthèse de ces travaux sera transmise au ministère de l'intérieur et au ministère de la santé et des sports par voie électronique, aux mêmes adresses que précédemment, pour le **15 septembre**, délai de rigueur.

Vous informerez la population sur les modalités de préparation de la campagne à la fin du mois de septembre, par une **communication systématique dans la presse locale**.

Des instructions complémentaires vous seront transmises, notamment sur le calendrier de mise en œuvre du dispositif, sur l'organisation des convocations pour la vaccination, l'organisation des circuits d'approvisionnement et de mise à disposition des produits et consommables (dont la sécurisation des lieux de stockage et des acheminements des vaccins), sur les données relatives aux livraisons de vaccins ainsi qu'à leurs autorisations de mise sur le marché et sur les populations pour lesquelles la vaccination est préconisée.

Le Ministre de l'Intérieur, de l'outre-mer
et des collectivités territoriales



Brice HORTEFEUX

La Ministre de la Santé et des sports



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Annexe 16 : Circulaire interministérielle du 28 octobre 2009, relative à l'organisation de la campagne de vaccination contre le nouveau virus A(H1N1)2009 (hors annexe)



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, DE L'OUTRE-MER
ET DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR, DE L'OUTRE-MER
ET DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Paris, le 28 OCT. 2009

NOR | i | o | c | k | o | 9 | 2 | 5 | 2 | 7 | 0 | c

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales

La ministre de la santé et des sports

à

Messieurs les préfets de zone de défense

Madame et Messieurs les préfets de région,

Mesdames et Messieurs les préfets de département

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs préfigureurs des ARS (pour information)

Objet : Organisation de la campagne de vaccination contre le nouveau virus A (H1N1)2009.

P.J. : Un dossier.

Le 21 août dernier, nous vous avons adressé les premières instructions relatives à l'organisation territoriale d'une campagne de vaccination contre le nouveau virus A(H1N1)2009. Sur cette base, vous avez engagé le travail de préparation nécessaire (constitution d'une équipe opérationnelle départementale – EOD –, localisation des centres de vaccination, recensement des ressources humaines mobilisables...).

Parallèlement, les réflexions nationales se sont poursuivies et plusieurs exercices ont été réalisés, notamment à Paris, Amiens et Lyon. Ces travaux, ainsi que l'évolution des données disponibles, ont conduit à préciser certains points clefs du dispositif envisagé initialement.

Dans ce contexte, la présente instruction a pour objet de vous donner les informations et les instructions nécessaires à l'achèvement de l'organisation territoriale de la campagne de vaccination. Elle complète l'instruction du 21 août dernier et en modifie certaines dispositions.

Pour vous aider à parachever l'organisation de la campagne de vaccination dans votre département, un dossier est annexé à la présente instruction. Il comporte trois volets :

- le volet opérationnel (fiches O) fixe l'organisation précise du dispositif ;
- le volet technique (fiches T) constitue une trame de vade mecum pour le fonctionnement des centres sur des aspects techniques ou spécifiques ;
- le volet informatif (fiches I) fournit des éléments permettant de mieux appréhender le contexte global d'organisation de la campagne de vaccination.

1. LANCEMENT DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION

Sur la base de l'avis rendu le 2 octobre par le Haut conseil de santé publique (HCSP) et considérant que les vaccins PANDEMRIX®, FOCETRIA® et CELVAPAN®, produits respectivement par les laboratoires GSK, Novartis et Baxter ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) des instances européennes, le Gouvernement a décidé de lancer la campagne de vaccination contre le nouveau virus A(H1N1)2009. Cette décision sera formalisée par un arrêté de la ministre de la santé et des sports pris en application de l'article L3131-1 du code de la santé publique, qui habilitera les représentants de l'Etat territorialement compétents à prendre toutes les mesures d'application correspondantes.

Conformément à l'ordre de priorité fixé par le Gouvernement, la campagne a débuté par la vaccination des professionnels de santé des établissements de santé dans leur établissement de rattachement, depuis le mardi 20 octobre.

Elle doit s'élargir ensuite aux médecins et infirmiers du secteur ambulatoire, ainsi qu'aux personnes prioritaires en raison de leur vulnérabilité par rapport au virus A(H1N1)2009, avant d'être proposée à l'ensemble de la population. Ces publics seront pris en charge dans les centres de vaccination à partir du jeudi 12 novembre.

Aujourd'hui, les autorisations de mise sur le marché obtenues par les laboratoires prévoient un schéma vaccinal à deux injections. Toutefois, compte tenu des résultats des essais cliniques auxquels ils ont procédé, les laboratoires GSK et Novartis viennent de déposer, auprès des instances européennes, une demande pour réduire à un le nombre d'injections. La présente instruction prend en compte le schéma à deux injections ; elle fera l'objet d'une actualisation en cas d'évolution de ce schéma.

2. UNE PRISE EN CHARGE PRINCIPALEMENT EN CENTRE DE VACCINATION

La population sera invitée à se faire vacciner en fonction, d'une part, de l'ordre de priorité fixé par le Gouvernement après avis du HCSP (cf. fiche I1) et, d'autre part, du rythme de livraison des vaccins.

Cette invitation sera effectuée par l'émission de bons de vaccination individuels par l'Assurance maladie, pour le compte de l'Etat. Pour votre information, un dispositif spécifique d'invitation à la vaccination sera mis en place pour les groupes de population prioritaires ne pouvant être identifiés directement, au titre des motifs les rendant prioritaires, par les fichiers de l'Assurance maladie (ex : professionnels chargés de l'accueil de jeunes enfants).

Dans la grande majorité des cas, la vaccination s'opérera dans les centres que vous avez identifiés pour cette campagne de vaccination. Cette organisation vise à permettre de vacciner le plus grand nombre de personnes sur une période limitée.

Toutefois, chaque établissement de santé est chargé d'organiser la vaccination de son personnel, en respectant l'ordre de priorité défini par le Gouvernement. Des instructions sur ce sujet ont déjà été adressées aux directeurs d'établissement de santé. Certaines catégories de patients, régulièrement suivis en milieu hospitalier, pourraient également être prises en charge dans ce cadre. Le cas échéant, des instructions complémentaires seront données aux directeurs d'établissement de santé.

Par ailleurs, des équipes mobiles de vaccination (EMV) prendront en charge certains groupes de population (enfants d'âge scolaire en milieu scolaire, résidents d'établissements médico-sociaux, patients des centres hospitaliers spécialisés, détenus, personnes placées dans les centres de rétention administrative, personnes dans l'incapacité physique de se déplacer, personnes en situation de précarité...). En particulier, les enfants d'âge scolaire fréquentant un établissement scolaire seront vaccinés dans ce cadre. Des instructions complémentaires vous parviendront pour préciser les modalités d'intervention propres à ces équipes.

Les personnes sans domicile fixe et les personnes susceptibles d'être éligibles à l'aide médicale d'Etat (AME) constituent deux groupes de population en situation de grande vulnérabilité sanitaire et sociale, pouvant éprouver des difficultés à entrer dans le dispositif général de vaccination. En conséquence, vous prendrez dès à présent l'attache des services sociaux, des associations médicales humanitaires et du Samu social, afin que la vaccination puisse leur être proposée dans des conditions adaptées.

Vous veillerez à ce que l'organisation mise en place pour ces publics respecte la règle de l'information claire et précise de la personne concernée, ainsi que celle du recueil préalable de son consentement ; elle devra également permettre d'assurer la traçabilité – sur la base de l'inscription manuelle des données nécessaires à la traçabilité dans des registres établis à cet effet - de la vaccination, à des fins de pharmacovigilance et de protection des personnes vaccinées.

Pour les personnes désirant ne pas passer par un centre de vaccination, la vaccination sera assurée par les équipes mobiles de vaccination, en collaboration avec les associations médicales humanitaires, au fur et à mesure que les personnes seront identifiées et qu'elles souhaiteront se faire vacciner. Celles se présentant en centre de vaccination se verront, dans les conditions mentionnées ci-dessus, proposer la vaccination sans qu'un ordre de priorité ne leur soit opposé.

3. DEROULEMENT DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION

Trois objectifs principaux doivent être poursuivis tout au long de la mise en œuvre de la campagne :

- la protection du plus grand nombre dans les meilleurs délais, la vaccination étant une action de prévention, d'autant plus efficace qu'elle sera conduite avant l'arrivée du pic épidémique ;
- la sécurité de la vaccination, qui recouvre des questions de sécurité des produits (chaîne du froid, respect des conditions d'emploi, traçabilité) et des pratiques (prescription médicale, administration des vaccins, articulation entre le centre de vaccination et le SAMU-centre 15) ;
- la participation de la population, qui suppose son adhésion et une bonne accessibilité de la vaccination.

Ces objectifs devront en permanence être rappelés aux personnels employés dans les centres.

Vous rechercherez la meilleure adéquation entre l'emploi de la ressource humaine que vous aurez mobilisée et le rythme de montée en charge de la campagne de vaccination, en tenant compte des spécificités de votre département.

Dans cet esprit, les horaires d'ouverture des centres devront être modulés en fonction de l'affluence constatée et prévisible du public compte tenu, notamment, des effectifs concernés dans votre département.

Vous adapterez également le nombre de vacations et leurs horaires en fonction de la disponibilité de la population, avec une attention particulière pour les plages horaires de soirée et la journée du samedi.

4. PREPARATION DE L'OUVERTURE DES CENTRES DE VACCINATION

Les centres de vaccination ouvriront le 12 novembre prochain.

Vous veillerez par conséquent à ce qu'ils soient en mesure de réceptionner les produits et fournitures nécessaires à la vaccination (à l'exception des doses de vaccin, qui seront acheminées dans les centres selon un calendrier qui vous sera précisé), à partir du lundi 2 novembre et qu'ils soient dotés en temps utile des matériels non sanitaires indispensables à leur fonctionnement.

L'équipement des centres doit se faire dans un esprit de bonne utilisation des fonds publics. Vous privilégieriez l'utilisation de matériels appartenant à l'Etat ou pouvant être mis à disposition par les collectivités territoriales ou les établissements publics pour les équipements d'emploi courant. Pour les équipements qui devront être achetés, leur recyclage en fin de campagne de vaccination est un paramètre qui devra guider l'achat, dans une optique de moindre coût sur l'ensemble de l'opération. Une liste type d'équipements, que vous pourrez adapter, figure dans le dossier opérationnel.

Vous vous assurerez que les mesures de sécurité sanitaire, dont doit être entouré tout acte de vaccination, sont bien respectées dès l'ouverture des centres et que la filière d'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) est organisée.

Nous attirons votre attention sur le fait que plusieurs mesures d'organisation ont évolué depuis l'instruction du 21 août, compte tenu des conclusions des expertises juridiques conduites, des flux de vaccins réellement disponibles et des résultats des tests. Les principaux changements sont les suivants :

- la création d'un poste de chef de centre, dont il est indispensable d'assurer la continuité sur la durée de la campagne de vaccination (engagement sur plusieurs mois, horaires atypiques, congés à anticiper) ;
- la création d'un poste de coordonnateur de la chaîne de vaccination, chargé de la supervision de l'activité paramédicale du centre et de l'utilisation des vaccins à l'intérieur du centre ;
- l'entretien systématique avec un médecin, avec suppression du poste d'orientation infirmier ;
- une réduction de trois à deux du nombre de files de vaccination en aval de l'entretien médical ;
- une souplesse dans l'organisation du poste préparation / injection, laissée à l'appréciation des professionnels concernés.

L'ensemble du personnel employé dans les centres de vaccination ou les équipes mobiles sera placé sous le régime de la réquisition fixé par l'article L. 3131-8 du code de santé public. Vous prendrez les actes réglementaires permettant la mise en œuvre de ces dispositions (cf. fiche O6).

Dans chaque centre, la vaccination sera proposée dès l'ouverture du centre aux personnels des équipes de vaccination. Comme pour l'ensemble de la population, il s'agit d'une vaccination sur la base du volontariat.

5. COMMUNICATION

Vous accompagnerez votre action d'une communication visant à relayer auprès de la population les messages d'incitation à la vaccination et à l'informer des conditions d'accès aux centres de vaccination (cf. fiche O2). Pour ce faire, vous utiliserez l'ensemble des canaux d'information de la population disponibles au plan local, en collaboration avec les collectivités territoriales, les ordres professionnels et les milieux professionnels et associatifs.

Vous veillerez, en vous appuyant sur le comité de pilotage que vous avez mis en place, à faire évoluer le dispositif et à actualiser les messages en fonction du déroulement de la campagne.

Cette information devra en particulier porter sur les lieux et horaires d'ouverture des centres de vaccination.

6. CIRCUITS DE FINANCEMENT

Pour permettre l'équipement des centres de vaccination dans les délais, 15 M€ viennent d'être ouverts sur le programme 128 « coordination des moyens de secours », dans le cadre d'un décret pour dépenses accidentelles et imprévisibles. Ces crédits sont répartis entre les préfetures en fonction du nombre d'équipes de vaccination qui devront fonctionner dans chaque département.

Parallèlement, le ministère chargé de la santé déléguera des crédits aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales, sur le programme 204 « prévention et sécurité sanitaire » pour couvrir les dépenses liées à la collecte et à l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI).

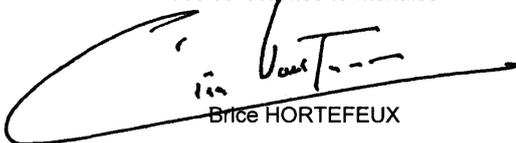
Les modalités de rémunération et d'indemnisation des personnels participant à la campagne de vaccination et des organismes mettant à disposition leurs locaux sont précisées dans les fiches O6 et T6.

Les dépenses liées à la réquisition de personnels seront réglées en fonction du service fait, par l'Assurance maladie pour ce qui concerne les professionnels de santé et par le programme 128 pour ce qui concerne les personnels administratifs.

*

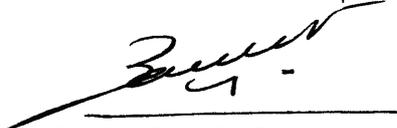
Vous voudrez bien nous rendre compte, par l'intermédiaire des préfets de zone, de la mise en œuvre de la présente instruction, par courrier et par messagerie, aux deux adresses suivantes : cogic-centretrans-crise@interieur.gouv.fr et centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr.

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, et
des collectivités territoriales



Brice HORTEFEUX

La ministre de la santé et des sports



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Annexe 17 : Circulaire interministérielle du 1er octobre 2009, relative à la mobilisation des professionnels de santé / virus A(H1N1) (hors annexe)



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'intérieur,
de l'outre-mer et des collectivités territoriales

LE DIRECTEUR DU CABINET
DU MINISTRE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE-MER
ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES

LE DIRECTEUR DU CABINET
DE LA MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS

Paris, le 1 OCT. 2009

**Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités
territoriales**

La ministre de la santé et des sports

à

Messieurs les préfets de zone de défense (pour attribution)

Madame et messieurs les préfets de région (pour information)

**Mesdames et messieurs les préfets de département (pour
attribution)**

**Mesdames et messieurs les directeurs des agences régionales de
l'hospitalisation (pour attribution)**

NOR 1101CK1092121714141d

Objet : Mobilisation des professionnels de santé / virus A(H1N1).

P.J. : 7 fiches et une circulaire.

La progression de l'épidémie de grippe à virus A(H1N1) au cours des dernières semaines incite à ce que l'action des pouvoirs publics dans le champ sanitaire se concentre sur deux objectifs prioritaires :

- o préparer l'organisation d'une campagne de vaccination contre le virus A(H1N1) ;
- o anticiper les tensions du système de soins, ambulatoire et hospitalier, afin de préserver un accès à des soins de qualité.

ADRESSE POSTALE : PLACE BEAUVAU 75800 PARIS CEDEX 08 – STANDARD 01 49 27 49 27 – 01 40 07 60 60
ADRESSE INTERNET : www.interieur.gouv.fr

1. MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE FAÇON PRIORISEE, SELON UNE APPROCHE GLOBALE ET COORDONNEE DES BESOINS

La concomitance possible de la mise en œuvre de la campagne de vaccination contre le virus A(H1N1) et de la première vague épidémique rend nécessaire une approche globale et coordonnée de la mobilisation des professionnels de santé.

La présente instruction a pour objet de décrire les priorités d'emploi des professionnels de santé mobilisables, selon leur profil, en tenant compte des exigences de chacune des activités prioritaires.

Cette priorisation a été définie au terme d'une démarche en quatre temps :

- identification de l'ensemble des professionnels de santé susceptibles de prendre part à la campagne de vaccination ou de renforcer le système de soins ;
- recensement des secteurs critiques dans le système de soins, qui appelleront un renforcement en cas de tensions. Les principaux secteurs concernés sont le secteur ambulatoire, notamment dans les zones de faible densité médicale et pendant les périodes de congés de fin d'année, les structures hospitalières et notamment SAMU (SMUR et régulation des centres 15), les structures d'urgence et les unités de réanimation adulte et pédiatrique ;
- détermination, pour la campagne de vaccination et pour chacun des secteurs critiques, de l'ordre de priorité dans lequel les professionnels de santé doivent être mobilisés ;
- définition, dans chaque cas, du cadre juridique et financier de la participation de ces professionnels aux actions de renforcement du système de soins ou à la campagne de vaccination.

Les fiches n° 1 à 5 annexées à la présente instruction détaillent l'ordre de priorité de la mobilisation des professionnels de santé pour la campagne de vaccination (fiche n° 1) et pour le renforcement des secteurs critiques (fiches n° 2 à 5).

La fiche n° 6 récapitule les modalités, notamment financières, de cette mobilisation.

Sur la base de ces recommandations, le préfet de département assure la cohérence d'ensemble de la mobilisation des professionnels de santé à l'échelle du département, afin de garantir la mise en œuvre de la campagne de vaccination tout en maintenant la capacité de réponse du système de soins et, si nécessaire, en renforçant les secteurs de soins critiques.

Vous veillerez en priorité à la constitution des équipes de vaccination.

Pour ce qui concerne le renforcement des secteurs de soins critiques, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) est responsable, dans le cadre de la préparation à la crise, de la définition et de la mise en œuvre des mesures nécessaires en matière de renforcement des établissements de santé. L'ARH établira et mettra en œuvre ces mesures en liaison avec les directeurs de ces établissements et en rendra compte systématiquement aux préfets de département.

Pour l'anticipation des besoins au titre de la préservation de la permanence des soins dans le secteur ambulatoire, le préfet de département s'appuiera sur les ordres professionnels ainsi que, en tant que de besoin, sur les organisations représentatives des professions de santé concernées. Les ordres et les syndicats de professionnels de santé ont tous été sensibilisés aux enjeux de la pandémie.

2. CAS PARTICULIER DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION : MISER SUR LE POTENTIEL ETUDIANT POUR PRESERVER L'OFFRE DE SOINS EN PERIODE DE TENSION

Une partie importante des professionnels de santé sera particulièrement impliquée dans la prise en charge des malades grippés. Dans ce contexte, la mobilisation des étudiants infirmiers et des étudiants en médecine apparaît cruciale, tout en veillant à la présence, en permanence, dans chaque centre de vaccination, d'au moins un médecin et un infirmier de plein exercice.

L'organisation retenue par le préfet de département devra favoriser l'ouverture des centres de vaccination en soirée et le samedi, un tel mode de fonctionnement étant susceptible à la fois de répondre à une attente de la population, plus disponible sur ces plages horaires pour se faire vacciner, et de faciliter la participation des étudiants à la campagne de vaccination.

● Mobilisation des étudiants infirmiers

Environ 20 000 étudiants infirmiers ayant validé la deuxième année d'étude préparant au diplôme d'Etat d'infirmier et inscrits en troisième année peuvent réaliser des actes infirmiers et ainsi vacciner, sous réserve que cet exercice soit effectué au sein d'une équipe soignante comportant au moins un infirmier d'Etat et sous la responsabilité de ce dernier. Pour mémoire, il y a, en France métropolitaine, plus de 300 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

Le chef de projet départemental pourra prendre l'attache du (des) directeur(s) de l'IFSI du département dont vous avez la charge, afin qu'il(s) vous informe(nt) sur le nombre d'élèves entrant dans la catégorie précitée volontaires pour participer au fonctionnement du centre de vaccination.

● Mobilisation des étudiants et des internes en médecine

Près de 13 000 étudiants en médecine ayant validé la deuxième année du deuxième cycle médical peuvent réaliser des actes infirmiers conformément à l'article L. 4311-12-1 du CSP et ainsi vacciner (préparation et injection des doses vaccinales), sous réserve que cet exercice soit effectué au sein d'une équipe soignante comportant au moins un infirmier diplômé d'Etat et sous la surveillance du responsable de l'équipe, au titre des activités pour lesquelles ils ont été réquisitionnés (*cf. infra*).

Par ailleurs, les 20 000 internes en médecine ayant validé le deuxième cycle des études médicales et inscrits en 3^{ème} cycle sont autorisés à exercer la médecine au titre des activités pour lesquelles ils ont été réquisitionnés (articles L. 3131-8 et L. 3131-9 du CSP). Ils sont aussi en capacité de réaliser l'injection vaccinale. Sur ces 20 000 internes, 6 000 environ sont internes en médecine générale. La mobilisation des internes devra prendre en compte l'impératif de continuité de fonctionnement du système de santé hospitalier.

Le chef de projet départemental pourra prendre l'attache des directeurs d'établissement accueillant les étudiants et internes en médecine précités afin d'informer le préfet de département sur le nombre de volontaires.

• **Instruction aux directeurs des instituts de formation en soins infirmiers et aux directeurs des établissements de santé**

Afin de faciliter ces démarches, une instruction a été adressée aux directeurs des instituts de formation en soins infirmiers et aux directeurs d'établissement de santé. A la demande des préfets de département, ils leur proposeront :

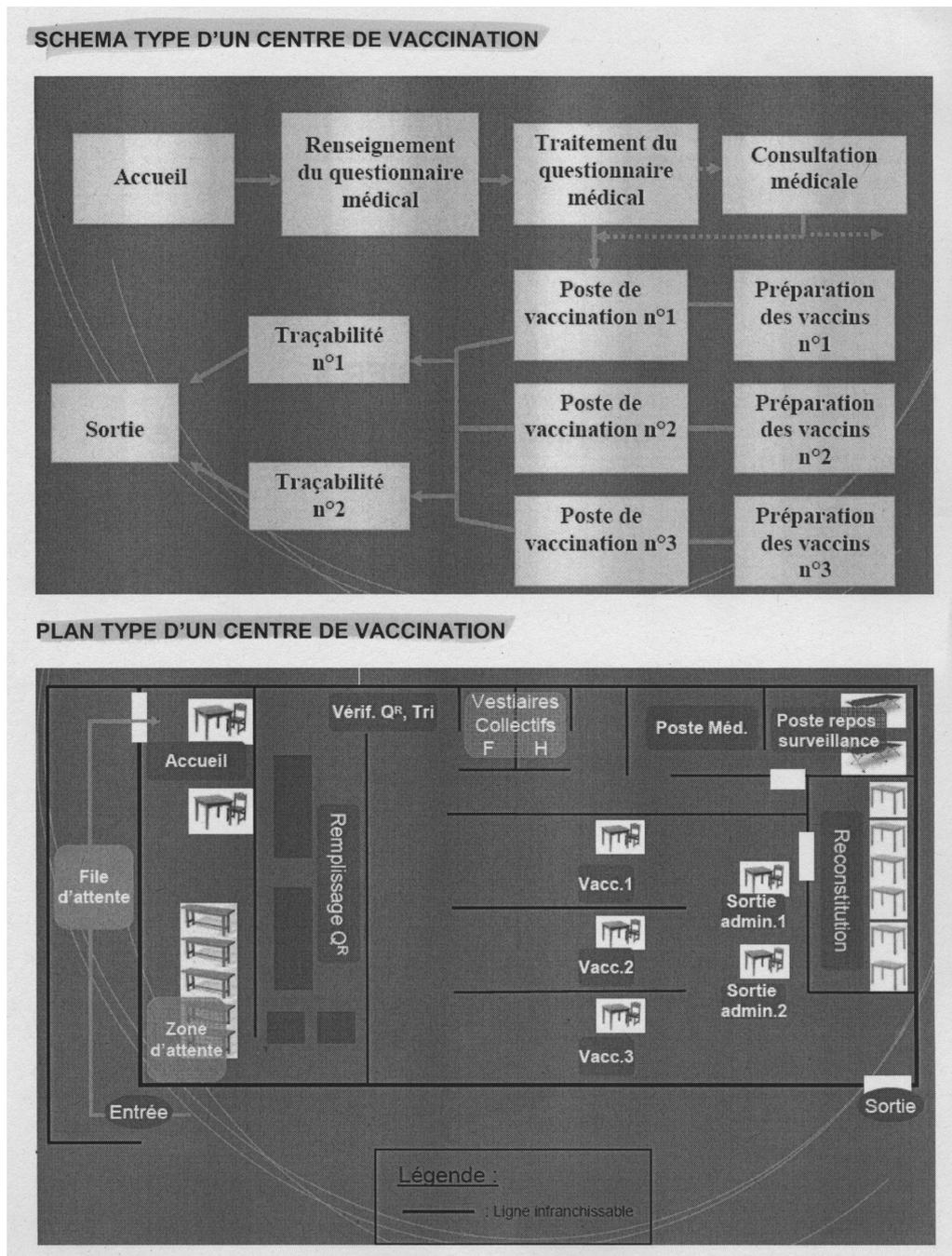
- une liste précisant le statut et le niveau de compétences des étudiants et internes volontaires pour participer au fonctionnement du centre de vaccination dans le cadre de leurs obligations de service et/ou de scolarité ;
- une liste des étudiants et internes volontaires pour participer au fonctionnement du centre de vaccination en dehors de leurs obligations de service et/ou de scolarité.

Une copie de ces courriers figure dans la fiche n° 7.

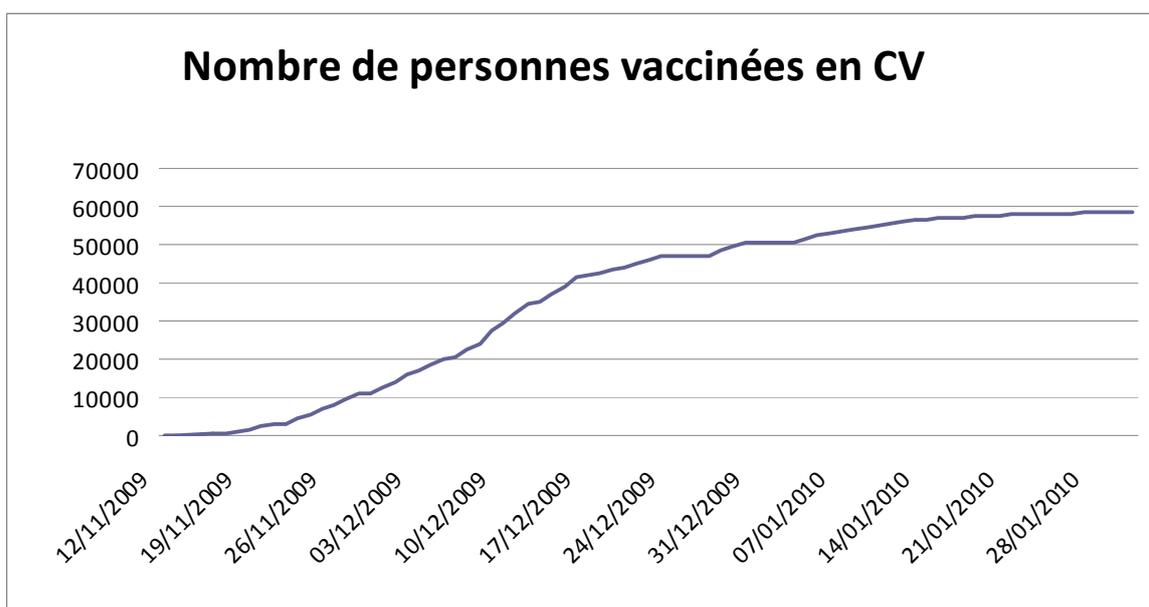
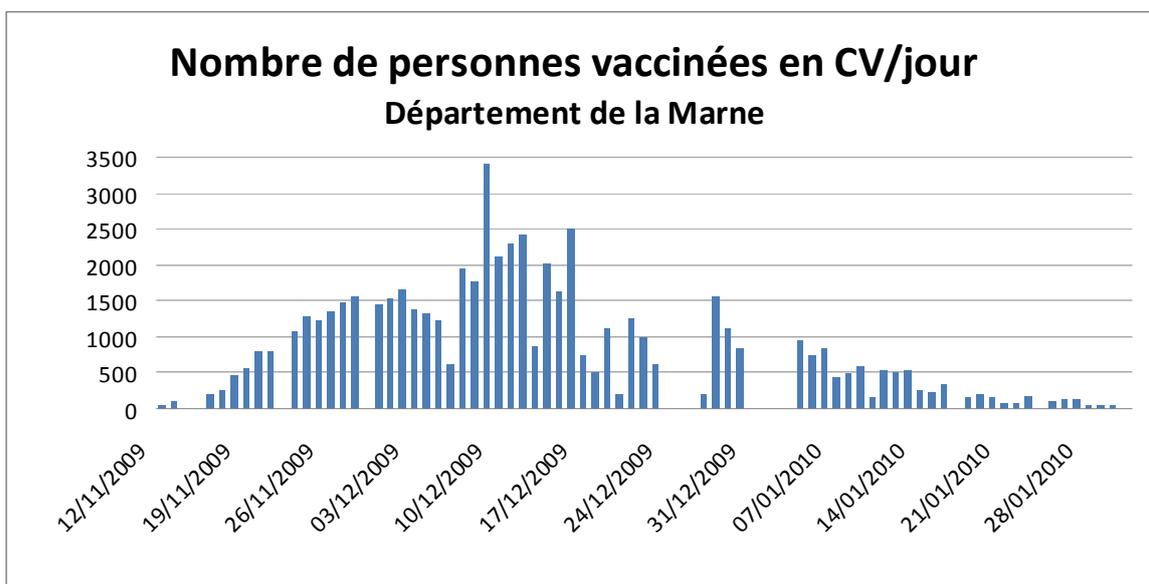

Georges-François LECLERC


Michel BART

Annexe 18 : Schéma général de l'organisation des centres de vaccination (épisode de la grippe A), département de la Marne



Annexe 19 : Nombre de personnes vaccinées en centres de vaccination (épisode de la grippe A), département de la Marne



Annexe 20 : Calendrier de travail

17 mai matin	Arrivée sur le lieu du stage
26 mai après midi	Point rapport d'étude avec la CRDS Point positionnement dans l'ARS avec L. CAFFET (SSE)
27 mai matin	Point stage avec Monsieur CADOU
3 juin journée	Collège zonal à Nancy
7 juin après midi	Réunion de service VGS
11 juin matin	Point grippe avec O. DOSSO (CRDS)
15 juin après midi	Réunion de service VGS
16 juin après midi	Exercice « canicule »
17 juin matin	Point stage avec Monsieur CADOU
18 juin après midi	Point grippe avec O. DOSSO (CRDS)
21 juin après midi	Dialogue social
23 juin matin	Point fiche de poste avec L. CAFFET (SSE)
25 juin après midi	Point grippe avec O. DOSSO (CRDS) Point fiche de poste avec la CRDS
29 juin matin	Point stage avec Monsieur CADOU
5 juillet matin	RDV à Fère Champenoise avec Monsieur GORISSE (maire de la commune et chef de centre de vaccination) et Monsieur VINCENT (chef de la police municipale) → éléments de retour d'expérience « grippe A »
6 juillet matin	RDV téléphonique avec Monsieur BOUCHET (conseiller de défense et de sécurité de zone, ARS Lorraine) → éléments d'information concernant le plan variole, l'épisode de « grippe A » et l'EPRUS
7 juillet matin	Point stage avec Monsieur CADOU
9 juillet après midi	Fin du stage et remise du rapport