



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin inspecteur de santé publique

Promotion 2006

**MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX ET
COMMUNICATION DE L'ÉTAT DANS LA PREPARATION
A UNE PANDEMIE GRIPPALE EN ESSONNE**

Diane WALLET - JOVART

Remerciements

A toutes les personnes qui ont accepté de me consacrer du temps pour ce travail, à Jacques Raimondeau et Véronique Zastawny pour leur écoute.

A mes maîtres de stage Ann Pariente-Khayat et Armelle Sautegeau ainsi qu'Angélique Sentilhes pour leur aide précieuse, pour leur disponibilité et pour leur accompagnement tout au long de cette année de découverte du métier de Médecin Inspecteur de Santé Publique,

A ma famille et tout particulièrement mon mari pour son soutien sans faille.

Sommaire

1	INTRODUCTION.....	1
2	CONTEXTE GENERAL	4
2.1	LES BASES SCIENTIFIQUES.....	4
2.1.1	<i>Structure et variation du virus de la grippe.....</i>	<i>4</i>
2.1.2	<i>L'infection grippale et son traitement.....</i>	<i>5</i>
2.1.3	<i>La surveillance de la grippe saisonnière.....</i>	<i>6</i>
2.1.4	<i>Description de la grippe aviaire H5N1.....</i>	<i>7</i>
2.2	LES ENJEUX D'UNE PANDEMIE GRIPPALE.....	9
2.2.1	<i>Sur le plan sanitaire.....</i>	<i>9</i>
2.2.2	<i>Sur le plan économique.....</i>	<i>10</i>
2.3	LES REPONSES A UNE MENACE POTENTIELLE.....	10
2.3.1	<i>Au niveau mondial.....</i>	<i>10</i>
2.3.2	<i>Au niveau européen.....</i>	<i>12</i>
2.3.3	<i>Au niveau national.....</i>	<i>12</i>
2.3.3.1	<i>Préconisations du plan gouvernemental français pour la prise en charge des patients.....</i>	<i>14</i>
2.3.3.2	<i>Le rôle des médecins libéraux.....</i>	<i>15</i>
2.3.3.3	<i>Le Québec.....</i>	<i>15</i>
2.3.3.4	<i>Le Royaume Uni.....</i>	<i>16</i>
2.4	LES NOTIONS DE LA « COMMUNICATION ».....	17
2.4.1	<i>Les concepts.....</i>	<i>17</i>
2.4.1.1	<i>L'information.....</i>	<i>17</i>
2.4.1.2	<i>La communication.....</i>	<i>17</i>
2.4.1.3	<i>La formation.....</i>	<i>19</i>
2.4.2	<i>Les enjeux.....</i>	<i>19</i>
3	CONTEXTE LOCAL	21
3.1	LE PLAN DECLINE EN ESSONNE.....	21
3.2	LES MEDECINS LIBERAUX EN ESSONNE	22
3.3	LA PERMANENCE DES SOINS EN ESSONNE.....	23
3.4	MOYENS DE CONTACTER LES MEDECINS LIBERAUX EN ESSONNE	23
4	METHODOLOGIE.....	25
4.1	BIBLIOGRAPHIE.....	25
4.2	ENTRETIENS ET REUNIONS.....	25
4.2.1	<i>Médecins généralistes libéraux.....</i>	<i>25</i>
4.2.2	<i>Représentants institutionnels.....</i>	<i>26</i>
4.2.3	<i>Réunions.....</i>	<i>26</i>
4.3	ÉTAT DES LIEUX DES FICHIERS DE MEDECINS.....	27

5	RÉSULTATS	28
5.1	UN PREALABLE : LES LISTES	28
5.1.1	<i>Répertoire ADELI</i>	28
5.1.2	<i>Le répertoire partagé des professionnels de santé</i>	29
5.1.3	<i>Les autres listes</i>	30
5.2	OUTIL D'ALERTE : DGS-URGENT SUR INTERNET	31
5.3	LES RESULTATS DES ENT RETIENS AVEC LES MEDECINS GENERALISTES	33
5.3.1	<i>Qui sont-ils?</i>	33
5.3.2	<i>Croient-ils à la survenue d'une pandémie ?</i>	33
5.3.3	<i>Comment s'informent et se forment-ils ?</i>	34
5.3.4	<i>Par quels moyens souhaitent-ils être informés ?</i>	35
5.3.5	<i>Que pensent-ils des courriers qu'ils reçoivent ?</i>	36
5.3.5.1	<i>De la communication en général ?</i>	36
5.3.5.2	<i>Quelle est leur opinion sur les recommandations qu'ils reçoivent concernant leur pratique</i>	37
5.3.6	<i>Quelle est leur opinion sur la brochure INPES et la conduite à tenir en cas de pandémie</i>	38
5.3.6.1	<i>Comment les généralistes voient-ils leur rôle en cas de pandémie ?</i>	39
5.3.6.2	<i>Quels sont les besoins des médecins pour une bonne prise en charge d'une pandémie ?</i>	40
5.3.6.3	<i>Quels écueils les médecins voient-ils à cette prise en charge ?</i>	41
5.4	ENTRETIEN AVEC LE MEDECIN DE SANTE PUBLIQUE QUEBECOIS	42
6	DISCUSSION	43
6.1	LIMITES METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE	43
6.2	DISCUSSION DES RESULTATS	44
6.2.1	<i>Les médecins libéraux et les institutions</i>	44
6.2.2	<i>Les médecins libéraux et le plan gouvernemental</i>	45
6.2.3	<i>Les médecins libéraux et internet</i>	48
6.2.4	<i>Confrontation avec les hypothèses de départ</i>	49
6.3	PRECONISATIONS	50
6.3.1	<i>Les listes</i>	51
6.3.2	<i>La concertation</i>	51
6.3.3	<i>Organisation d'une communication de proche en proche</i>	52
6.3.4	<i>Favoriser l'accès à internet et la communication par email</i>	53
6.4	ROLE DU MISP DANS LES SERVICES DECONCENTRES DE L'ÉTAT DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE UNE PANDEMIE GRIPPALE	54
	CONCLUSION	55

Liste des sigles utilisés

ADELI : Automatisation Des Listes
AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ARN : acide ribonucléique
CERVEAU : Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences
CIRE : Cellule Inter Régionale d'Épidémiologie
CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des transports sanitaires et de la Permanence des Soins
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DILGA : Délégué Interministériel à la Lutte contre la Grippe Aviaire
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECDC : European Center for Disease Prevention and Control
EISS : European Influenzae Surveillance Scheme
EWRS : Early Warning and Response System
FAME : Fédération des Amicales de Médecins de l'Essonne
GIP-CPS : Groupement d'Intérêt Publique - Carte Professionnel de Santé
GEIG : Groupe d'Étude et d'Information sur la Grippe
GOARN : Global Outbreak Alert and Response Network
GROG : Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
InVS : Institut de Veille Sanitaire
MARINE : Modernisation de l'Administration des Répertoires d'Identification Nationales et Études
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
MSSSQ : Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
NHS : National Health Service (services de santé britanniques)
OIE : Office International des Épizooties
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCT : Primary Care Trust
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

RSS : Réseau Santé Social

SIDPC : Service Interministériel de Défense et de Protection Civile

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

« On peut tout prévoir, sauf le sentiment
que pourra (...) inspirer ce qu'on a prévu. »

Alberto Moravia

1 INTRODUCTION

Les épidémies ne sont pas une nouveauté dans l'histoire de l'humanité. Toutefois, en 2003 la survenue du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) a surpris et a eu un impact international majeur. En effet, une pathologie à transmission interhumaine, grave et inconnue menaçait de façon brutale la santé des populations au niveau mondial. Le problème fut traité tant à l'échelon international que national et fit grand bruit sur le plan médiatique.

Parallèlement, depuis 1999, l'organisation mondiale de la Santé (OMS) a engagé une politique de préparation à une pandémie grippale. L'épisode du SRAS a fait relancer ses travaux. En 2005, l'OMS publie un plan actualisé qui redéfinit les différentes phases de la pandémie grippale.

Au niveau national, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, renforce les pouvoirs du préfet en cas de menace sanitaire grave. La France est très active dans la préparation du plan national de lutte contre la pandémie grippale. Un premier plan est publié en novembre 2005 et une version actualisée en janvier 2006. La préparation à une pandémie grippale est un processus évolutif et la réflexion constante dont elle fait l'objet permet de l'affiner en permanence. Il faut donc suivre régulièrement l'évolution dans ce domaine et ajuster les actions entreprises en fonction de l'actualité.

Une pandémie grippale aurait un impact majeur sur la santé de la population et donc sur la vie économique du pays. En effet, les projections de l'Institut de Veille Sanitaire font état de 30% de la population atteinte dans l'une des hypothèses retenues¹. Cette hypothèse implique des conséquences majeures sur le plan sanitaire et économique justifiant la mise au point de plan de lutte contre une pandémie grippale.

Le plan de préparation à une pandémie, texte de référence à partir duquel l'ensemble du dispositif de prise en charge d'une pandémie doit se mettre en place, vise à coordonner les différents moyens de lutte interministériels. La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), service déconcentré de l'État assure, sous l'autorité du

¹ Doyle A., Bonmarin I., Lévy -Bruhl D., *Estimation de l'impact d'une pandémie grippale et analyse de stratégies* Institut de veille sanitaire

préfet de département, la mise en œuvre de certaines parties de ce plan au niveau local. Elle le fait en coordination avec le niveau régional et national.

Le plan est accompagné de fiches techniques visant à permettre aux différents acteurs de s'organiser.

La fiche technique H1 (du plan de préparation national à une pandémie grippale) sur les stratégies d'information, de formation et de communication, indique que la communication doit être cohérente et crédible afin d'entretenir la confiance de la population envers le gouvernement. Le choix se porte donc sur une communication centralisée qui prendra en compte les instances internationales.

La fiche technique A9 décrit le rôle et les actions des services déconcentrés du ministère en charge de la santé en situation de pandémie. Elle précise entre autres que, pour que la prise en charge des personnes infectées soit optimale, la DDASS doit veiller à l'information des professionnels de santé et de la population, assurer l'organisation de la permanence des soins en médecine libérale et le suivi de l'évolution des capacités de la médecine libérale. Elle doit organiser le renforcement des effectifs des médecins libéraux.

Dans le domaine sanitaire, le plan place les médecins libéraux en première ligne en prévoyant que la prise en charge initiale et l'orientation des patients reposent sur ces professionnels. Les professionnels de santé libéraux et plus particulièrement les médecins généralistes constituent donc une cible importante pour l'efficacité du plan de préparation à la pandémie grippale.

Les médecins généralistes, ont pour beaucoup, une pratique individuelle au sein de leurs cabinets et sont répartis sur l'ensemble du territoire.

En Essonne, les médecins sont répartis inégalement sur le département puisque la partie nord du département fortement urbanisée, compte un nombre beaucoup plus important de médecins que la partie sud, rurale.

Pour faire aboutir un plan gouvernemental, il est nécessaire de s'assurer que la communication faite à son propos parvienne aux intéressés et que ceux-ci puissent se l'approprier.

Le questionnement qui s'ensuit peut se formaliser de la façon suivante :

Les voies de communication utilisées par les institutions en direction des médecins généralistes libéraux en cas de d'alerte sanitaire sont-elles adaptées et permettent-elles de faire adhérer ces médecins aux propositions faites ?

On peut poser les hypothèses suivantes :

- ◆ Les listes de diffusion permettant de joindre les médecins ne sont pas fiables
- ◆ Les moyens d'information utilisés par les médecins influent sur la façon dont on peut communiquer avec eux
- ◆ La perception de la communication étatique par les médecins est variable et peut être améliorée

Dans le cadre du plan de préparation à une pandémie grippale, le dossier peut impliquer le Médecin inspecteur de santé publique (MISP) du fait de sa compétence sur les questions médicales notamment dans le champ des maladies infectieuses. En outre, son statut de médecin en fait un interlocuteur privilégié de ses confrères. Le MISP est impliqué dans le dossier de la continuité et de la permanence des soins, thématique à prendre en compte dans la préparation à une pandémie.

Une gestion de bonne qualité de la pandémie dépend fortement de l'adhésion des médecins généralistes au plan proposé.

Ce travail a pour objet d'explorer la perception des médecins généralistes libéraux de la communication de l'État sur le plan de préparation à une pandémie grippale et d'appréhender leur degré d'adhésion à ses préconisations.

2 CONTEXTE GENERAL

2.1 Les bases scientifiques

2.1.1 Structure et variation du virus de la grippe

Les virus sont des agents infectieux constitués de matériel génétique entouré d'une capsidie et parfois d'une enveloppe. Les virus *influenzae* A et B sont à l'origine d'épidémies de grippe humaine. Ce sont des virus à acide ribonucléique (ARN) enveloppés.² Ils possèdent deux types de protéines de surface importantes :

- ◆ les hémagglutinines (H) qui permettent au virus de se fixer sur la cellule hôte afin d'y pénétrer. Il existe seize types d'hémagglutinine identifiés H1 à H16,
- ◆ les neuraminidases (N) qui permettent aux virus qui sont produits dans la cellule hôte de se détacher de celle-ci et de se disperser. On dénombre 9 types de neuraminidase identifiés N1 à N9.

La structure du virus grippal est présentée au schéma 1.

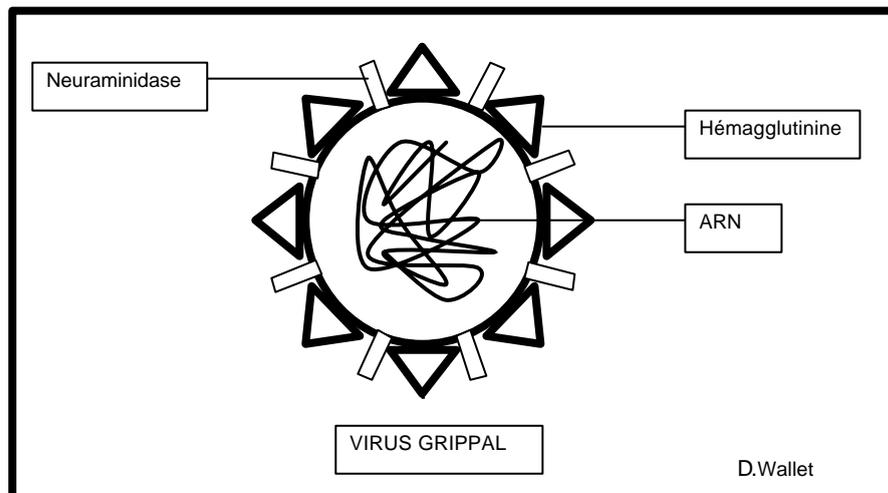


Schéma 1 : Structure du virus grippal

La classification des virus grippaux prend en compte la nature de l'hémagglutinine et de la neuraminidase dont il est constitué. Chaque type d'hémagglutinine peut coexister sur un type de virus A avec chaque type de neuraminidase. On a donc $16 \times 9 = 144$ sous types de virus A possibles identifiés AHxNy, « x » correspondant à l'un des 16 sous types d'hémagglutinine et « y » à l'un des 9 sous types de neuraminidase.

² DECOSTER A. Cours de Microbiologie de la faculté libre de Lille

Les moyens de défense produits par un sujet au cours d'une grippe, lui permettent de ne pas être malade s'il rencontre ultérieurement un virus grippal identique. Mais les virus grippaux peuvent modifier leur structure, tant la neuraminidase que l'hémagglutinine qu'ils portent. Alors, la protection immunitaire acquise par le sujet devient inefficace : il peut présenter la grippe. Si un nouveau virus grippal apparaît dans une population non immunisée contre lui, l'infection peut se propager rapidement provoquant une pandémie.³

2.1.2 L'infection grippale et son traitement

La grippe se manifeste par des épidémies saisonnières dues à des virus A à H1, H2, H3 et N1 ou N2 ainsi que des virus B avec quelques cas en dehors des périodes habituelles. Le médecin généraliste diagnostique la maladie et dépiste les complications qui peuvent être graves. Il prescrit le traitement et dirige le malade vers l'hôpital si nécessaire.

Les principaux signes de la grippe sont une asthénie, des céphalées, frissons, douleurs musculaires et articulaires, une fièvre, une toux. Parmi ses complications, on trouve :

- ◆ la pneumopathie grippale virale primitive parfois mortelle qui peut toucher des sujets fragilisés ou des sujets jeunes (comme durant la pandémie de grippe espagnole 1918)
- ◆ la pneumopathie bactérienne due à une surinfection bactérienne
- ◆ l'aggravation de maladies chroniques sous jacentes.⁴

Le traitement de la grippe peut être **préventif** si on dispose du vaccin actif contre le virus épidémique. La vaccination antigrippale doit être renouvelée tous les ans du fait des modifications du virus. Une injection suffit lorsqu'elles sont de faible ampleur (cas habituel). Si un virus pandémique apparaissait, deux injections pourraient être nécessaires pour obtenir une protection efficace.

Le traitement **symptomatique**, avec prescription d'antalgiques antipyrétiques tels que le paracétamol pour lutter contre la fièvre et les douleurs, est systématique.

Différents traitements **antiviraux** existent, dont les inhibiteurs de la neuraminidase qui bloquent l'action de la neuraminidase. Ce sont le zanamivir et l'oseltamivir commercialisés sous les noms respectifs de Relenza® et Tamiflu®. Ils diminuent l'intensité et la durée de la grippe d'une journée s'ils sont administrés dans les 2 premiers jours suivant le début des signes. Le tableau 1 reprend la fiche technique de l'AFSSAPS du 20 Octobre 2005 concernant ces deux produits. La **surveillance** fait partie du traitement du patient grippé afin de repérer l'apparition d'éventuelles complications et les traiter.

³ Une pandémie est une épidémie qui se propage dans le monde entier.

⁴ DGS/GTND0 <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/19grippe.pdf>

	zanamivir (Relenza®)	oseltamivir (Tamiflu®)
Nom du fabricant	G.S.K.	ROCHE
Mode d'action	Inhibiteur de la neuraminidase	
Site d'action	Action locale (tractus respiratoire)	Systemique
Indications : - Traitement curatif de la grippe A et B - Prophylaxie de la grippe A et B	Adulte et adolescent > 12 ans Pas d'indication	Adulte et enfant > 1 an Adulte et adolescent > 13 ans
Voie d'administration	inhalation orale, à l'aide du système Diskhaler	Orale (gélule, suspension buvable)
Contre-indications	Hypersensibilité à l'un des composants de la spécialité	
Précautions	En cas de bronchospasme et/ou d'altération des fonctions respiratoires parfois brutales et/ou graves	Adaptation de la posologie en cas d'insuffisance rénale
Principaux effets indésirables rapportés après commercialisation	Réactions cutanées, Réactions d'hypersensibilité, Bronchospasmes, dyspnée, sensation d'oppression ou de constriction au niveau de la gorge	Réactions cutanées, Réactions d'hypersensibilité, Troubles gastro-intestinaux, Perturbation de la fonction hépatique

Tableau 1 : Reprise de la Fiche Technique de l'AFSSAPS concernant le Relenza® et le Tamiflu®

2.1.3 La surveillance de la grippe saisonnière

La surveillance est réalisée à l'échelon national, européen et international.

- ◆ En France, des cliniciens, des pharmaciens et les virologues des centres nationaux de référence (CNR), sont réunis en Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG). Les GROG détectent le début de l'épidémie et son évolution, surveillent les caractéristiques antigéniques des virus grippaux circulants et l'adéquation du vaccin antigrippal à ces virus. Le Réseau "Sentinelles" (Inserm unité 444) rassemble environ 500 médecins libéraux notifiant plusieurs maladies infectieuses dont les syndromes

grippaux. En préparation à une pandémie, une surveillance hebdomadaire de la mortalité par grippe est organisée auprès d'un réseau sentinelle de 22 DDASS⁵.

- ◆ Au niveau européen, le système d'alerte de la grippe, "European Influenzae Surveillance Scheme" (EISS), existe depuis 1996. Il collecte les données concernant la grippe, facilite les échanges d'informations et fournit aux autorités sanitaires une description de la situation de la grippe en Europe.
- ◆ Le réseau international de surveillance de la grippe est coordonné par l'OMS. Il regroupe 110 Centres Nationaux de Référence répartis dans 83 pays et quatre grands Centres mondiaux de la grippe à Atlanta, Londres, Melbourne et Tokyo⁶

L'observation mondiale des souches de virus qui circulent permet d'observer les modifications de la structure antigénique des virus grippaux au cours de l'hiver. L'OMS indique la formule du vaccin antigrippal annuel trivalent par hémisphère à partir de ce qui est observé dans l'autre hémisphère.⁷ La préparation du vaccin demande six mois.

2.1.4 Description de la grippe aviaire H5N1

La grippe aviaire est une maladie infectieuse touchant les oiseaux, provoquée par des souches du virus Influenza A. Il existe deux formes cliniques de la maladie :

- ◆ l'une, courante et bénigne, affectant seulement le système respiratoire de l'oiseau,
- ◆ l'autre, grave, accompagnée de septicémie et à fort taux de mortalité. Les virus responsables des formes graves chez l'oiseau sont souvent de sous types H5 et H7.

Certains oiseaux tels que les canards peuvent être porteurs sains du virus. Chez un oiseau malade, on retrouve le virus sur les plumes, dans les fientes et dans le sang. Le virus H5N1 survit dans les milieux humides et frais. Expérimentalement, il se conserve pendant 35 jours dans les déjections d'oiseaux à 4°C et 6 jours à 37°C. Il est détruit à 60°C. Un élevage peut être contaminé au contact d'oiseaux sauvages malades ou par leurs fientes qui souillent les points d'eau utilisés pour abreuver les volailles. Il est disséminé par l'homme via les chaussures ou les pneus de voiture.

Les virus grippaux ont une spécificité d'espèce et généralement un virus de type aviaire ne circule que parmi les oiseaux. Occasionnellement, l'homme ou d'autres mammifères

⁵ InVS : La surveillance épidémiologique de la grippe en France : renforcement des systèmes de surveillance Bilan de la saison grippale 2004-2005

⁶ aide mémoire InVS http://www.invs.sante.fr/presse/2004/aide_memoire/grippe/index.html

⁷ Direction générale de la santé Bureau de la politique vaccinale (SD5C) et cellule communication Mise à jour : septembre 2005 http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe/faq_grippe_saison.htm

tels que le porc peuvent être atteints.⁸ C'est alors que l'apparition d'un nouveau virus hautement pathogène, adapté à l'homme peut se produire.

L'épizootie est l'épidémie qui règne dans le monde animal. Le virus H5 N1 hautement pathogène a été trouvé chez une oie en 1996 en Chine. Depuis, il se propage dans le monde. Le 18 février 2006, le virus Influenza aviaire A H5N1 hautement pathogène est retrouvé chez des canards sauvages morts en France dans l'Ain. Les mesures visant à éviter la dissémination de la maladie sont prises par l'arrêté préfectoral 06/30 du 24 février 2006 : mise en place immédiate de zones de protection et de surveillance 3 et 10 km autour du lieu de découverte des oiseaux infectés et mesures de police sanitaire concernant la circulation des volailles et la chasse.⁹ Un élevage de volaille a néanmoins été contaminé et abattu. Le retentissement médiatique a été important, la presse rapportant quotidiennement le nombre d'oiseaux retrouvés morts de la grippe aviaire, ceci jusqu'à ce que d'autres événements ne fassent la une (troubles dans les banlieues en novembre 2005, affaire Clearstream en avril 2006).

Parallèlement à l'épizootie, en mai 1997, à Hong Kong, le virus A (H5N1) fait sa première victime humaine, un jeune enfant. Depuis, la maladie continue à toucher l'homme de manière épisodique et s'est étendue dans le monde. Les données rapportées en nombre de cas et nombre de décès par pays sont présentées au tableau 2.

Pays	2003		2004		2005		2006		Total	
	cas	décès	cas	décès	cas	décès	cas	décès	cas	décès
Azerbaïdjan	0	0	0	0	0	0	8	5	8	5
Cambodge	0	0	0	0	4	4	2	2	6	6
Chine	0	0	0	0	8	5	10	7	18	12
Djibouti	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Égypte	0	0	0	0	0	0	14	6	14	6
Indonésie	0	0	0	0	17	11	25	26	51	39
Irak	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
Thaïlande	0	0	17	12	5	2	0	0	22	14
Turquie	0	0	0	0	0	0	12	4	12	4
Viet Nam	3	3	29	20	61	19	0	0	93	42
Total	3	3	46	32	95	41	74	48	228	130

Tableau 2: Cas humains de grippe A (H5N1) confirmés biologiquement d'après l'OMS¹⁰

⁸ www.afssa.fr/ftp/afssa/34089-34090.pdf consulté en mars 2006

⁹ Afssa – Saisine n° 2005-SA-0258 – Denrées, émis le 23 février 2006

¹⁰ OMS Point au 20 juin 2006

2.2 Les enjeux d'une pandémie grippale

2.2.1 Sur le plan sanitaire

Au cours du 20^{ème} siècle, trois pandémies se sont succédées :

- ◆ la grippe espagnole en 1918-1919 qui aurait provoqué 40 millions de morts au niveau mondial, selon les estimations,
- ◆ la grippe asiatique en 1957-1958 à l'origine de 4 millions de morts au niveau mondial,
- ◆ et la grippe de Hong-Kong en 1968-1969 qui a causé 2 millions de décès mondiaux.¹¹

Les pandémies se développent en deux vagues ou plus. La première vague touche en général moins de personnes que la ou les suivantes. Lorsqu'une proportion importante de la population est immunisée, le phénomène disparaît pour reprendre des allures de grippe épidémiques « ordinaires ».

Une modélisation de l'atteinte humaine en cas de pandémie grippale due au virus A (H5N1) hautement pathogène a été tentée. Ces simulations se basent sur un taux d'attaque¹² de la maladie compris entre 15 et 35% de la population. Dans cette hypothèse, le nombre total de cas en France varierait entre 8,9 et 20,9 millions de cas avec une létalité de l'ordre de 91 000 (intervalle compris entre 56 000 et 129 000) si le taux d'attaque était de 15% et de 212 500 (intervalle compris entre 130 500 et 301 500) si le taux d'attaque était de 35%.¹³

Les chiffres montrent un nombre de malades et une mortalité potentiels très importants en France en l'absence de toute intervention. Les actions envisagées visent diminuer ces valeurs.

Le Groupe d'Étude et d'Information sur la Grippe (GEIG) a conduit une étude rétrospective sur 5 saisons de grippe en France de 1996 à 2000.¹⁴

Le nombre de personnes atteintes de la grippe saisonnière indiqué dans l'étude du GEIG varie entre environ 2 millions (hiver 2000-2001, épidémie très faible) et 8,8 millions (hiver 1999-2000, épidémie intense) de personnes. Si on rapporte le nombre de malades cité dans l'étude pour chaque année avec la population française correspondante selon les

¹¹ Rapport fait au nom de la mission d'information sur les épidémies, Assemblée Nationale p168

¹² Taux d'attaque : nombre de nouvelles infections survenues chez les personnes exposées pendant un temps donné par rapport au nombre de patients exposés durant ce temps

¹³ Doyle A., Bonmarin I., Lévy -Bruhl D., *Estimation de l'impact d'une pandémie grippale et analyse de stratégies* Institut de veille sanitaire

¹⁴ COHEN J.M., MOSNIER A., LIVARTOWSKI A. *L'impact médico-économique de la grippe en France, de 1996 à 2000*. GEIG, Paris. p1-3

chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)¹⁵, cela représente 4,7 à 14,6 % de la population touchée selon les années. On observe que la fourchette basse des prévisions de pandémie serait déjà équivalente à une épidémie intense mais que le taux de mortalité risquerait d'être supérieur à celui observé au cours d'une épidémie à virus peu modifié.

2.2.2 Sur le plan économique

Chaque année, la France connaît une épidémie de grippe d'ampleur variable. Le coût de la grippe y est estimé tant en coûts directs (médecins, médicaments, coûts paramédicaux) qu'indirects (arrêts de travail, perte de production des entreprises). Le coût d'une épidémie varie selon son intensité : pour un million de cas de grippe, les dépenses en France ont varié de 82 à 95 millions d'euros hors hospitalisations et pertes de production des entreprises selon l'étude du GEIG sur la période 1996 à 2000.

Alors, si 20,9 millions de personnes étaient touchées, l'impact économique serait majeur : les dépenses médicales directes se cumuleraient avec les dépenses indirectes liées au dysfonctionnement économique qui surviendrait. En effet, avec un nombre de malades de cette ampleur, la vie économique du pays ne serait plus assurée normalement. Une crise sanitaire et économique majeure pourrait émerger d'une telle situation.

Les enjeux se situent donc tant sur le plan sanitaire que sur le plan économique aux niveaux national et international et sur une période longue (dix à douze semaines pour la première vague). Cela justifie la préparation à la pandémie pour en limiter l'impact.

2.3 Les réponses à une menace potentielle

L'importance de la prise en compte de signes précurseurs de menace sanitaire et de la mise en place de moyens de lutte est reconnue tant au niveau international que national. La surveillance de la grippe annuelle s'inscrit dans ce contexte plus large.

2.3.1 Au niveau mondial

Dès 1999, l'OMS a élaboré un premier document d'aide à la préparation des États dans l'éventualité d'une pandémie grippale¹⁶. Dans ce document, l'OMS définit les phases de

¹⁵ INSEE Tableaux de l'Economie Française 2005/2006, ed. INSEE

¹⁶ <http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/whocdscsredc991.pdf>

l'alerte et engage les gouvernements nationaux à organiser des Comités Nationaux de Préparation à une Pandémie et à écrire des plans de préparation nationaux.

Le risque d'une pandémie grippale est apparu plus important en janvier 2004 quand la Thaïlande et le Vietnam ont signalé leurs premiers cas humains de grippe provoqués par la souche H5N1 du virus grippal A. Il en résulte en mai 2005 la publication par l'OMS d'un plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe qui remplace celui de 1999.¹⁷ Dans ce document, l'OMS définit de nouvelles phases d'alerte à la pandémie afin de concentrer l'effort sur des événements précoces se produisant pendant une période dite « d'alerte à la pandémie » pour développer des mesures rapides et coordonnées aux niveaux mondial et nationaux. Celles-ci aideraient à endiguer ou à retarder la propagation d'une nouvelle souche de virus de grippe humaine. Cette approche vise à diminuer la morbidité et à gagner du temps pour permettre la mise au point d'un vaccin adapté à la nouvelle souche avant la seconde vague. Le découpage actuel comprend trois périodes comprenant chacune plusieurs phases qui sont présentées au tableau 3.

PERIODE INTERPANDEMIQUE phase 1 : pas de nouveau sous type viral détecté chez l'homme phase 2 : idem, mais un nouveau sous type circulant chez l'animal provoque un risque non négligeable d'infection humaine
PERIODE PREPANDEMIQUE phase 3 : un nouveau sous type viral provoque des infections humaines mais sans transmission interhumaine phase 4 : petits groupes de cas humains avec transmission interhumaine limitée et propagation localisée laissant penser que le sous type viral est mal adapté à l'homme phase 5 : groupes de cas humains plus importants mais transmission toujours localisée laissant penser que le virus s'adapte à l'homme et que le risque de pandémie est grand
PERIODE PANDEMIQUE phase 6 : pandémie : transmission accrue et durable dans la population générale

Tableau 3 : les phases d'alerte à une pandémie grippale selon l'OMS

En avril 2000 l'OMS met en place un Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie appelé Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)¹⁸. Le GOARN coordonne la réponse aux épidémies internationales et met à disposition des experts et

¹⁷ Plan mondial de préparation à une épidémie de grippe p1

¹⁸ <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/goarnfrench.pdf>, visité en avril 2006

des moyens dans les pays concernés par ce type d'évènement. La lutte contre la pandémie grippale fait partie des missions de cette structure.

2.3.2 Au niveau européen

Globalement, l'Union Européenne¹⁹ relaie le message de l'OMS concernant la préparation d'une pandémie grippale. L'OMS affirme en 2005 à propos de l'éventualité d'une pandémie grippale «*Si la chronologie de l'évènement ne peut pas être prévue, il est certain que la propagation sera générale et rapide une fois qu'un virus possédant les caractéristiques appropriées sera apparu.* ».²⁰

Dès 1992, l'Union Européenne émet une directive (92/40/EEC) qui interdit l'importation de volailles contaminées ou suspectées d'être contaminées par la grippe aviaire.

En 1998, l'Europe décide de la création d'un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans la Communauté²¹. A cette fin, le système d'alerte précoce et de réaction pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles est créé en 2000.²² Si une menace sanitaire apparaît, des mesures d'information, de consultation et de coopération sont instaurées. L'épisode du SRAS a montré que les capacités du système européen pouvaient être améliorées puisque la gestion fut alors coordonnée par l'OMS et le niveau national²³. L'Union européenne crée le Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies qui voit le jour en mai 2005 à Stockholm sous l'appellation ECDC (European Center for Disease Prevention and Control). Il a un rôle de veille, d'aide à la préparation des pays et de coordination.²⁴

2.3.3 Au niveau national

Le rapport du Sénat de mai 2005 nous indique que «*La lutte contre les maladies infectieuses passe indubitablement par le diagnostic précoce de la survenue de nouvelles infections, la veille épidémiologique, le développement d'un réseau global d'information et*

¹⁹ <http://www.euractiv.com/Article?tcaturi=tcm:28-149132-16&type=LinksDossier> visité en avril 2006

²⁰ WHO/CDS/2005.29 Grippe aviaire : évaluation du risque de pandémie, janvier 2005
www.who.int/entity/csr/disease/avian_influenza/guidelines/WHO_CDS_2005_29/fr/ visité : mai 2006

²¹ Décision n° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 septembre 1998

²² Décision 2000/57/CE de la Commission, du 22 décembre 1999

²³ GUICHARD C. "Atouts et limites de la communication dans la gestion d'une crise mondiale à propos du SRAS. Expérience en Seine Saint Denis" 81p 2005 ENSP

²⁴ http://www.europa.eu.int/agencies/community_agencies/ecdc/index_fr.htm visité en avril 2006

d'alerte, des procédures claires d'intervention sur le terrain. »²⁵

La lutte contre une pandémie grippale s'inscrit dans ce contexte. La France s'implique fortement dans la préparation à une grippe pandémique. A ce titre, et conformément aux recommandations de l'OMS, un plan de lutte contre une éventuelle pandémie grippale est élaboré et publié en novembre 2005 puis actualisé en janvier 2006. Ce plan est accompagné de fiches techniques et l'ensemble est accessible et consultable par tous sur le site internet du ministère de la santé.²⁶ Le plan n'est pas statique : « *Xavier Bertrand compte encore améliorer le plan de préparation face à la grippe aviaire et il le fera, promet-il, en tenant compte des réactions et des questions des professionnels de santé de terrain.* »²⁷ La définition de cas humain possible de grippe aviaire est régulièrement mise à jour par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) au fur et à mesure de la progression des cas de grippe aviaire enregistrés chez les oiseaux et les hommes dans les différents pays du monde. De nombreuses versions de la définition ont été publiées puisque la liste des pays à risque évolue constamment.

Le plan prend en compte les aspects sanitaires économiques et sociaux d'une grippe pandémique. Dans le domaine sanitaire, le plan reprend les différentes phases du plan de l'OMS en précisant pour chacune un niveau A ou B, selon que la France est concernée ou non. Au 30 mai 2006, la France se trouve en phase 3A c'est à dire qu'il existe des cas isolés, à l'étranger, chez l'homme, sans transmission interhumaine. Le système de surveillance français comprend différentes structures parmi lesquelles l'InVS. Celui-ci est chargé de la surveillance de l'état de santé de la population française ainsi que de l'alerte des pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique. En effet, les missions de l'InVS ont été étendues dans le cadre de la loi de santé publique du 9 août 2004 à la suite de la crise sanitaire majeure de la canicule survenue en août 2003.

Le décret n° 2005-1057 du 30 août 2005 désigne un délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire (DILGA) dont le rôle est la coordination interministérielle de la préparation à une pandémie grippale par le biais de réunions interministérielles hebdomadaires. De même, il assure la coordination du plan de communication : information, formation et sensibilisation, afin que celui-ci soit cohérent.²⁸ Il s'agit de M. le Pr D. HOUSSIN, DGS.

²⁵ DOOR J.P., BLANDIN M.C. Le risque épidémique Tome I : Rapport OPECST p 19

²⁶ Plan gouvernemental de prévention et de lutte « Pandémie grippale » http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe_aviaire/index.htm consulté en avril 2006

²⁷ Quotidien du Médecin du 24 avril 2006

²⁸ Compte rendu d'audition du 2/11/2005 de Mr Houssin, DILGA, auprès de l'assemblée nationale <http://www.assemblee-nationale.fr/12/miga/05-06/c0506003.asp> consulté le 2 mai 2006

La fiche H1 sur les stratégies d'information, de formation et de communication indique que « *L'impératif de cohérence, condition de crédibilité des messages, conduit au choix d'une communication centralisée et mutualisée, afin d'assurer l'efficacité optimale des moyens mobilisés de l'ensemble des acteurs locaux et nationaux. Elle prendra en compte les acteurs internationaux de la communication « grippe aviaire » (OMS, Food and Agriculture Organisation (FAO), Office International des Épizooties (OIE), ECDC, Union européenne...).* » Ainsi, la communication sur le thème de la pandémie est pyramidale et coordonnée.

Les niveaux régional et départemental sont impliqués dans la gestion des alertes sanitaires. L'article L. 3110-6 du code de la santé publique prévoit que le Plan Régional de Santé Publique doit comporter un volet relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire. Les actions de communications que développent les services déconcentrés de l'État doivent appuyer les stratégies élaborées au niveau national. La préfecture de l'Essonne dispose d'un bureau de la communication interministérielle qui facilite la coordination des différents niveaux.

2.3.3.1 Préconisations du plan gouvernemental français pour la prise en charge des patients

La prise en charge des patients sera assurée de manière coordonnée en fonction des différentes phases du plan. En phase pré-pandémique, la conduite préconisée en présence d'un cas humain suspect de grippe aviaire repose sur un appel au centre de réception et de régulation des appels (CRRA ou centre 15). Le centre 15 contacte l'InVS pour déterminer s'il s'agit d'un cas possible. Dans l'affirmative, le patient bénéficiera d'un prélèvement biologique (naso-pharyngé) qui devra être envoyé au centre national de référence pour déterminer s'il contient ou non du virus grippal H5N1. L'alerte est transmise à la DDASS ainsi qu'aux directions (DGS et DHOS) du Ministère de la Santé et des solidarités. Au début de la phase 3B et jusqu'au début de la pandémie, il est recommandé d'hospitaliser le patient, tant que le nombre de cas reste limité. Ensuite, une prise en charge à domicile est privilégiée avec hospitalisation uniquement des cas graves. Le plan s'inscrit dans le cadre de la continuité et de la permanence des soins. La fiche technique E1 précise l'organisation de la régulation libérale, qui, centralisée au centre 15 doit fonctionner 24 heures sur 24 avec la présence de médecins libéraux. En relation avec les associations de médecine d'urgence, elle coordonnera l'activité des professionnels de santé libéraux dédiée à la pandémie grippale. La fiche précise également qu'il incombe au Préfet de département de mettre en place une organisation exceptionnelle de la permanence des soins, pour une période de temps limitée. La DDASS dans ce cadre

établira les listes de professionnels de santé et les tiendra à jour, désignera les professionnels libéraux dédiés à la pandémie grippale et déterminera les principes de fonctionnement et enfin, organisera le quadrillage des secteurs.

2.3.3.2 Le rôle des médecins libéraux

Le plan prévoit que «*Les médecins libéraux, renforcés en cas de besoin par d'autres professionnels de santé, assurent la première ligne d'action* ». ²⁹

Les médecins généralistes sont le recours habituel des patients qui ont des symptômes de grippe. Le plan prévoit qu'il en soit de même en période pandémique. Compte tenu du nombre de patients potentiel et du nombre de médecins malades, on peut déjà prévoir que ces médecins seront en nombre insuffisant. Il est prévu de faire appel à des « corps de réserve » : étudiants en médecine, médecins salariés, nouvellement retraités...

Pour que le plan puisse fonctionner, la communication développée entre l'État et les médecins libéraux, en particulier les médecins généralistes, doit permettre une bonne information de ces acteurs ainsi que leur adhésion aux propositions gouvernementales.

2.3.3.3 Le Québec

Le Québec est une province de l'État fédéral du Canada. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSSQ) est responsable de la santé au Québec.

Les agences de santé et de services sociaux (ASSS) sont régionales et directement sous l'autorité du MSSSQ. Les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) sont en réseaux avec des partenaires locaux, l'ensemble constituant le Réseau de la Santé et des Services Sociaux. Ils délivrent les soins aux patients. Des cliniques privées (similaires aux cabinets de groupe français) existent en dehors du Réseau. La santé est une responsabilité provinciale au Canada. Chaque province a donc son système de santé. Un accord a été signé entre les provinces et le gouvernement fédéral sur 5 points communs à toutes les provinces (universalité, globalité, transférabilité, gratuité et administration publique), appuyé par une aide financière fédérale.

Un médecin québécois est presque toujours un professionnel libéral. La plupart d'entre eux sont affiliés à la Régie de l'Assurance Maladie du Québec. Instituée en 1969, celle-ci relève du MSSSQ. Elle a pour mission d'administrer le régime d'assurance maladie et le régime public d'assurance médicaments. Chaque patient possède une carte de santé et ne paie pas ses soins. Au lieu de facturer le patient par acte, le médecin facture la Régie.

²⁹ Plan gouvernemental de prévention et de lutte « Pandémie grippale » p 7/58

Le premier plan de lutte contre une pandémie d'influenza a été publié en 1988 soit beaucoup plus tôt que dans la plupart des autres pays du monde. La version actuelle a été publiée en février 2004. Sa partie communication est déclinée selon la première version des différentes phases de pandémie de l'OMS et en coordination entre les différents niveaux fédéraux, provinciaux et territoriaux. Elle fortement orientée vers le public.³⁰ Le « plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza » est en accord avec ces principes puisqu'il prévoit une communication centralisée et descendante.

2.3.3.4 Le Royaume Uni

Le service national de santé britannique le National Health Service (NHS) réorganise l'offre de soins primaires afin d'augmenter la qualité du système de santé tout en diminuant les coûts (le 1999 Health Act qui impose un devoir de qualité au système de santé, suivi de la mise en place la même année de la Clinical Governance Support Team) En 2000, un niveau régional du NHS est crée : ce sont les groupements de soins primaires appelés Primary Care Trust (PCT). Leur rôle est de négocier des contrats de soins avec les hôpitaux ou d'autres structures de soins en imposant des normes de qualité. Actuellement, un modèle de coopération en réseau des professionnels locaux est mis en place. La plupart des médecins britanniques sont salariés. Depuis 2002, les infirmières peuvent prescrire certains médicaments si elles ont suivi une formation adéquate. Le Royaume Uni compte environ 100 000 médecins pour 60 000 000 habitants.

Le Royaume Uni a un plan de préparation à une éventuelle pandémie dont la dernière version date d'octobre 2005. En matière de communication avec les omnipraticiens, il précise qu'une information régulière sera fournie aux professionnels de santé via des systèmes de communication préétablis. Le ministère de la Santé britannique dispose d'un site internet sur lequel se trouve une rubrique communications urgentes. Il existe un site officiel de Santé Publique.

³⁰ Santé Canada, Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza 2004 annexe G p 271

2.4 Les notions de la « communication »

2.4.1 Les concepts

2.4.1.1 L'information

La notion d'information est intuitivement comprise par chacun. Lorsqu'on cherche à la définir, on s'aperçoit que les choses sont plus complexes qu'il n'y paraît. Voici deux définitions que nous avons pu trouver.

Louis Wehenkel, professeur à l'université de Liège, écrit dans son cours sur Théorie de l'information et du codage : « *Une information désigne, parmi un ensemble d'événements, un ou plusieurs événements possibles. Ainsi, l'information diminue l'incertitude. En théorie de la décision, on considère même qu'il ne faut appeler information que ce qui est susceptible d'avoir un effet sur nos décisions (peu de choses dans un journal sont à ce compte des informations...).* »

Didier Frochot (formateur dans le domaine de l'information - documentation) donne une définition objective de l'information : « *Toute donnée porteuse de sens pour tout un chacun sera qualifiée d'information.* » mais estime que cette définition est réductrice et lui oppose une définition subjective : « *tout peut être information, mais c'est uniquement le regard porté sur un objet qui le rend porteur d'information* »³¹

2.4.1.2 La communication

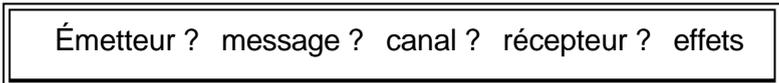
En 1948, Claude Shannon et Warren Weaver, ingénieurs, écrivent la « Théorie mathématique de la communication »³². Ce texte est fondateur de la recherche en communication et présente celle-ci comme modélisable mathématiquement. Shannon définit l'information comme une fonction croissante de la réduction d'incertitude qu'elle apporte.

Le sociologue américain H. Lasswell oriente ses recherches sur la communication autour de cinq questions : « Qui ? dit quoi ? comment ? à qui ? avec quels effets ? »

³¹ <http://www.defidoc.com> visité en mai 2006

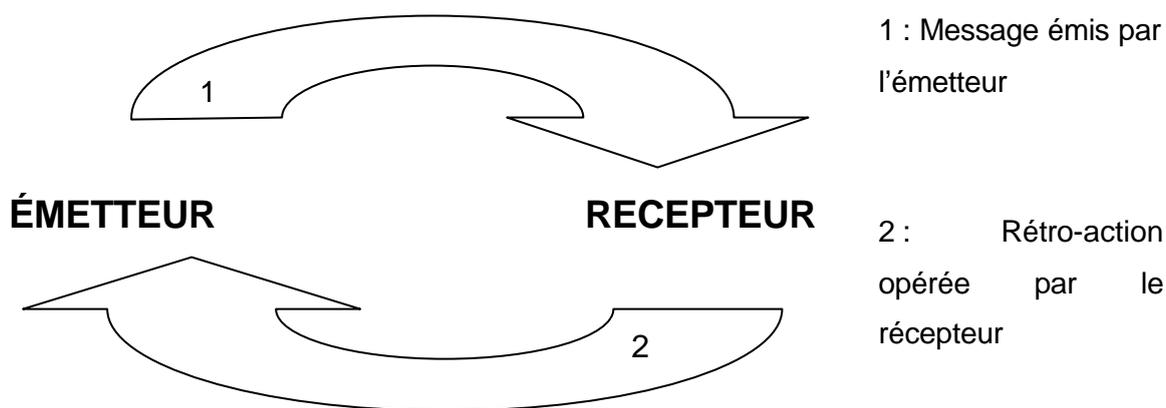
³² SHANNON C.A mathematical theory of communication Bell System Technical Journal, vol. 27, pp. 379-423 and 623-656, July and October, 1948

Il définit un premier modèle linéaire simple de la communication :



dans lequel il prend en compte le résultat de la communication sur le récepteur.³³

Norbert Wiener, professeur au Massachusetts Institute of Technology (MIT) a introduit la notion de « feed-back » ou rétro-action faisant du schéma de la communication un cercle dans lequel le récepteur émet en retour et opère ainsi une rétro-action sur l'émetteur initial devenu récepteur.



La communication peut connaître des aléas. Elle implique une information, un émetteur et un récepteur. Tout message émis ne parvient pas forcément à son destinataire. Si celui-ci reçoit le message, il peut en avoir une interprétation différente de ce qu'imagine l'émetteur. En effet, le sens du message dépend des codes personnels et sociaux du récepteur et de son cadre de référence. L'émetteur dispose-t-il toujours des mêmes codes que le récepteur ?

Le message transmis vise à obtenir une modification de comportement du récepteur Gilles Amado, Professeur de psychosociologie des organisations, définit le phénomène ainsi : « *Il y a communication chaque fois qu'un organisme quelconque, et un organisme vivant en particulier, peut affecter un autre organisme en le modifiant ou en modifiant son action à partir de la transmission d'une information (et non par une action directe, telle que celle qu'exerce une force physique mettant en jeu une énergie).* »³⁴

³³ Harold LASSWELL, Politics : who gets what, when, how ?, Mc Graw Hill, 1936

³⁴ Gilles AMADO, André GUITTET *La dynamique des communications dans les groupes*. Armand Colin, Paris, Armand Colin, 1975, p. 3

Dans la communication institutionnelle, la modification de comportement recherchée s'appuie le plus souvent sur la notion d'intérêt général dont l'État est garant.

La communication peut se faire à sens unique de l'émetteur vers le récepteur ou de manière bidirectionnelle. Dans le premier cas, l'émetteur n'a aucun retour concernant l'effet de son message sur le récepteur et ne peut donc pas mesurer l'efficacité de son action. En particulier, il ne peut ni expliciter son message, ni prendre connaissance des remarques ou objections du récepteur. Tout cela peut constituer un frein à la modification du comportement du destinataire du message. Les échanges bidirectionnels ne présentent pas ces inconvénients.

2.4.1.3 La formation

La formation, et tout particulièrement la formation professionnelle, est la transmission d'un savoir, d'une source vers son récepteur. Le terme de formation sous entend que la personne formée (l'apprenant) accepte de se soumettre à celle-ci. L'objectif d'une formation est de permettre à la personne formée de s'approprier l'information puis de modifier ses comportements professionnels en fonction des données qu'il a acquises. De nombreuses techniques de formation permettent d'optimiser l'apprentissage. Une formation réussie permet à l'apprenant de comprendre, de retenir l'information dispensée et d'en tirer profit au cours de son exercice professionnel. La formation professionnelle peut revêtir de multiples formes allant de l'autoformation à la formation dispensée par un formateur.

Nous pouvons constater qu'information, communication et formation recouvrent des champs communs.

2.4.2 Les enjeux

L'État doit pouvoir répondre de ses actions auprès de la population en cas de pandémie. Politiquement, les responsables doivent faire face aux demandes effectuées par les citoyens concernant ce sujet comme tout autre. L'existence du plan de lutte contre une pandémie grippale permet une réflexion approfondie sur le fonctionnement du pays en mode dégradé. Que la pandémie survienne à court terme ou non, le travail réalisé dans le cadre de sa préparation sera utile et transposable à d'autres situations. Il s'intègre dans le cadre plus large du volet alerte du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) puisqu'il fait partie des plans de référence au même titre que les plans blancs ou le plan canicule.

Cet enjeu politique se trouve lié à un enjeu de santé publique.

La préparation à un tel évènement ne l'empêchera pas de survenir, mais vise à en atténuer les conséquences. Cette préparation à une situation de crise a pour but de diminuer la prise de décisions à « chaud ». Comme l'écrit Patrick LAGADEC, spécialiste de la prévention et de la conduite des crises : «*La crise provoque une somme de difficultés qui tend à déborder les capacités de réplique ; (...) La crise menace le fonctionnement même des systèmes impliqués. On ne sait plus très bien qui fait quoi, avec qui, sur quelles bases ; (...) La crise ébranle les références les plus essentielles d'un système. Failles et ruptures sont ainsi au cœur de la dynamique de crise*».³⁵ Il indique également que la communication est un élément à part entière dans la gestion de la crise. Plus la confiance existe entre ceux qui gèrent la crise et la population, mieux la crise peut être traitée. D'ailleurs, un document interne intitulé « Guide d'orientation de la communication des services de l'État » met en avant l'importance de se positionner sur le plan de la communication y compris en période de préparation à une crise, en interne, vis-à-vis des acteurs et de la population.

Préparer un évènement comme une pandémie grippale permet de réfléchir « à froid », de confronter les points de vue afin de mieux affronter la crise lorsqu'elle se présentera.

La communication sur la pandémie grippale a plusieurs objets :

- ◆ informer les professionnels sur leurs rôle et missions dans cette situation particulière en intégrant ses composantes (désorganisation, crise, perte des repères)
- ◆ informer la population du risque et des modalités de la prise en charge
- ◆ maintenir la confiance de la population dans les institutions, élément essentiel pour affronter correctement la crise.

La crédibilité de l'État s'appuie, entre autres, sur la cohérence, la fluidité et l'efficacité de sa communication.

La bonne prise en charge de la population par le système de santé est un enjeu majeur. Le plan gouvernemental de préparation à une pandémie vise à organiser la prise en charge sanitaire de la population. En effet, c'est une condition minimum requise pour que la panique ne s'installe pas. L'adhésion des professionnels de santé au plan de préparation à la pandémie est donc un objectif fort.

³⁵ LAGADEC P. ? la gestion des crises – Outils de réflexion à l'usage des décideurs. McGraw Hill, 1991. 300p La crédibilité de l'état s'appuie, entre autres, sur la crédibilité et la fluidité de sa communication.

3 CONTEXTE LOCAL

3.1 Le plan décliné en Essonne

La mission de préparation à une pandémie grippale dans le cadre du plan gouvernemental a été confiée à un médecin inspecteur de santé publique pour la DDASS de l'Essonne.

Un tableau évolutif de suivi des actions entreprises dans le cadre du plan est fonctionnel depuis le mois de février 2005.

La cellule grippe départementale a été nommée. Elle est constituée du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et du directeur adjoint, d'un médecin inspecteur de santé publique, d'un inspecteur principal et d'un ingénieur d'étude sanitaire. La mise en place de la cellule a eu lieu le 14 juin 2006. Cette première réunion a permis de définir les éléments à aborder au cours de la première réunion de la cellule grippe départementale renforcée.

La cellule grippe départementale renforcée a été constituée début mars 2006 avec l'accord du préfet de département. La première réunion est fixée au 5 juillet 2006 dans les locaux de la préfecture.

Le travail sur le plan de lutte contre une pandémie est mené conjointement avec celui du plan blanc élargi dans le département. Les établissements de santé dont les plans blancs sont incomplets ont été contactés pour obtenir les informations manquantes. Le plan blanc élargi et le plan de lutte contre une pandémie grippale sont pris en charge par le même MISp.

Les informations concernant la lutte contre la grippe aviaire ont été diffusées en interne lorsque cela était utile (conduite à tenir en cas de découverte d'un oiseau mort ou conduite à tenir face à un appel extérieur concernant une suspicion de cas humain de grippe aviaire par exemple). Des fiches actions ont été intégrées à la valise d'astreinte utilisée par les cadres dans le contexte des permanences administratives assurées par les agents de la DDASS en dehors des horaires d'ouverture de celle-ci.

La liste de médecins dont dispose la DDASS est la liste ADELI (Automatisation Des Listes) qui sera étudiée au cours de ce travail.

3.2 Les médecins libéraux en Essonne

L'Essonne est un département du sud de la grande couronne parisienne qui compte 1 153 434 habitants au 1^{er} janvier 2003 soit environ 10% de la population d'Île-de-France. Sa superficie est de 1 804 km²³⁶. Schématiquement, la partie la plus au nord du département est fortement urbanisée tandis que le reste du département comprend de nombreuses zones rurales.

L'Essonne comptait 2 084 médecins libéraux dont 1 124 généralistes au 1^{er} janvier 2003 selon les données de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).

La densité moyenne de médecins généralistes libéraux dans le département est de 98,15 pour 100 000 habitants contre 112,64 pour l'Île-de-France et 114 pour la France métropolitaine. La répartition des médecins généralistes n'est cependant pas égale sur l'ensemble du département. La zone nord est largement plus pourvue que le reste du département. Ce constat est issu du comptage des médecins généralistes commune par commune à partir de l'outil de l'annuaire des Pages Jaunes³⁷ en éliminant les doublons.

Au sud d'une ligne Limours / Auvernaux, il y a 135 médecins généralistes dont le numéro de téléphone est accessible par les pages jaunes sur 810 médecins recensés (comptage fait en mai 2006) alors que 675 médecins généralistes sont installés au nord de cette ligne. A ce nombre de 810 médecins, il convient d'ajouter les 25 médecins titulaires de SOS médecins. La carte, placée en annexe I, présente le nombre de médecins généralistes par commune de l'Essonne compté à partir des Pages Jaunes. En comparant avec la densité de population (source : site du Conseil Général), on observe que la densité médicale est à peu près homogène en Essonne. Les missions régionales de santé (MRS) créées par la loi relative à la réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 ont eu comme mission, entre autres, de déterminer les zones déficitaires en médecins généralistes libéraux en France (circulaire DHOS-03/DSS/UNCAM du 14 janvier 2005). En Essonne les zones situées autour de La Ferté-Alais et de Saint-Chéron. (Arrêté N° 05-01 ARHIF/URCAM Ile-de-France du 14 juin 2005 relatif à la liste des zones déclarées comme déficitaires en médecin générale par la MRS) ont été déclarées zones déficitaires en médecins généralistes.

Ainsi, la zone géographique que couvre un médecin généraliste n'est pas homogène sur l'ensemble du département.

³⁶ Source DREES, STATISS 2005 visité en mai 2006 <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss2005>

³⁷ www.pagesjaunes.fr

3.3 La permanence des soins en Essonne

La préparation à une pandémie grippale s'inscrit dans le contexte de la permanence des soins puisque le but visé dans cette situation exceptionnelle est de garantir un accès aux soins adapté, approprié, de qualité à l'ensemble de la population. Les médecins ont le devoir de participer à la permanence des soins sur la base du volontariat comme le précise le Code de Santé publique aux articles L6314-1 et R730 à R735. L'organisation de la permanence des soins en Essonne est l'aboutissement d'un travail mené sur plusieurs années, en particulier avec les groupes de travail du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente des transports sanitaires et de la Permanence des Soins (CODAMUPS). Les médecins libéraux participent à la régulation des appels au centre 15 dans le cadre de l'association Départementale de l'Urgence Médicale (ADUM) et régulent les visites à domicile 24 heures sur 24. Le centre 15 déclenche SOS médecins dans le cadre de la régulation. *« A partir de 20 heures jusqu'à 8 heures en semaine et le dimanche et jours fériés, la permanence des soins est assurée sur l'ensemble du département, par l'association SOS médecins qui a conclu une convention avec le SAMU pour effectuer des visites au domicile des patients, lorsque celles-ci présentent un caractère d'urgence sans nécessité d'une hospitalisation. »*³⁸ Parallèlement, cinq maisons médicales de gardes fonctionnent dans le département le samedi de 16h à 20h et le dimanche de 8h à 20h. Deux autres doivent prochainement ouvrir leurs portes. Les patients sont adressés par la régulation à ces maisons médicales de garde. Le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins précise que l'accès au médecin de permanence peut également être assuré par des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le SAMU. Le même décret précise qu'en cas d'impossibilité pour les médecins (y compris avec le concours du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins) de s'organiser pour assurer la permanence des soins, le préfet est en mesure de procéder à des réquisitions.

3.4 Moyens de contacter les médecins libéraux en Essonne

La communication locale en urgence et à sens unique de l'État vers les médecins libéraux est possible en Essonne sous réserve de disposer de listes sous format Excel. En effet, la préfecture dispose d'un système de diffusion automatique de messages téléphoniques ou de fax à partir de fichiers Excel comme nous l'a expliqué le responsable du service

³⁸ Communiqué de presse du 12 octobre 2005 du Directeur Adjoint de la DDASS de l'Essonne

interministériel de défense et de protection civile (SIDPC). Il nous a indiqué également les moyens de communication d'urgence qui existent avec la population et qui pourraient toucher les médecins en même temps :

- ◆ EFM, radio locale de l'Essonne,
- ◆ Télésionne, télévision locale de l'Essonne
- ◆ Radio France peut assister aux cellules de crise et diffuser des messages destinés à la population.
- ◆ Le réseau national d'alerte fonctionne à l'aide de sirènes qui indiquent à la population qu'elle doit se confiner jusqu'à nouvel ordre et écouter la radio.
- ◆ La télévision peut être amenée à diffuser des messages d'alerte gouvernementaux dans le cadre national.

Ces cinq voies de communication qui ne permettent pas de délivrer un message spécifique ciblé uniquement sur les médecins ne seront pas étudiées. Les autres moyens de communication disponibles sont le courrier, le téléphone, le fax et internet. Actuellement, aucune structure ou institution identifiée ne semble disposer d'un fichier complet des adresses internet des médecins libéraux. Nous verrons que ces moyens de communication présentent des limites.

4 METHODOLOGIE

4.1 Bibliographie

La recherche bibliographique a eu pour objectif de :

- ◆ d'appréhender les points scientifiques et historiques concernant la grippe aviaire et le risque de pandémie
- ◆ comprendre la législation nationale et internationale en matière de prévention des menaces sanitaires
- ◆ comprendre le rôle des différentes structures nationales et internationales dans la lutte contre les menaces sanitaires
- ◆ comprendre la situation du département de l'Essonne
- ◆ comprendre la sociologie des rapports entre l'État et les médecins
- ◆ assurer la veille documentaire sur le sujet

La recherche bibliographique s'est faite principalement sur internet : site de l'ENSP, Google, sites ministériels en particulier le site grippe aviaire, les sites des agences sanitaires (InVS, INPES, AFSSAPS, AFSSA) le site de la documentation française : ladocumentationfrancaise.fr, celui de l'Agence de Presse Médicale, du Quotidien du médecin ainsi que de lien en lien. La base CiSMeF a également été visitée.

La consultation d'ouvrages en bibliothèque a complété la recherche sur internet.

Le suivi de l'actualité « grippe aviaire » est continu, par voie électronique principalement.

4.2 Entretiens et réunions

4.2.1 Médecins généralistes libéraux

Une enquête par entretiens semi-directifs auprès de 9 médecins généralistes de l'Essonne a été menée du 14 février au 3 mars 2006 dans le but de connaître la perception qu'avaient ces médecins sur la communication institutionnelle. Les médecins ont été choisis sur la liste des pages jaunes en fonction de leur situation géographique. Une grille d'entretien (voir annexe III) a servi de trame. Les entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins selon leurs convenances et leurs disponibilités. Ils ont duré entre 30 et 45 minutes.

L'analyse du travail mené en entretien s'est faite à l'aide d'une grille d'analyse (voir annexe IV) et a permis d'identifier plusieurs thèmes.

4.2.2 Représentants institutionnels

D'autres entretiens semi-directifs ont été menés auprès de personnes ressource: l'URML, le président de la Fédération des Amicales de Médecins de l'Essonne (FAME) le président de l'association SOS médecins de l'Essonne, la caisse primaire d'assurance maladie, le responsable du SIDPC. Un entretien avec la DGS au Département des urgences sanitaires à propos de DGS-urgent a permis de mieux connaître ce système. Les entretiens ont eu lieu dans les locaux professionnels des personnes rencontrées.

Des entretiens téléphoniques ont eu lieu avec le GIP-CPS (groupement d'intérêt public de la carte professionnelle de santé) ainsi qu'avec un directeur de la visite médicale d'une société prestataire de service pour l'industrie pharmaceutique.

Les entretiens ont été transcrits sur ordinateur à partir d'enregistrements audio pour ceux réalisés auprès des médecins généralistes, de la FAME, de l'URML et de la DGS et à partir de notes pour les autres. Les discours sur les différents thèmes abordés ont été regroupés et analysés pour aboutir aux résultats. Les données pertinentes provenant des entretiens menés auprès de personnes ressources ont été intégrées au fil du mémoire.

Un entretien a été réalisé via internet avec un Médecin de Santé Publique du Québec.

4.2.3 Réunions

La participation à des réunions officielles soit destinées à des publics particuliers (médecins par exemple) mais aussi de réunions de travail à l'échelon départemental, régional ou national ont permis de compléter la recherche.

Il s'agit des réunions suivantes :

- les journées de veille sanitaire de l'InVS le 29 novembre 2005,
- réunion zonale à la préfecture de Paris sur la grippe aviaire le 19 décembre 2005,
- colloque grippe aviaire destiné aux professionnels de santé libéraux le 18 janvier 2006,
- réunion à la préfecture de l'Essonne le 20 février 2006 à la suite de la découverte d'oiseaux morts, séminaire des communicants des services déconcentrés de l'État le 30 mars 2006,
- réunion de travail sur la grippe aviaire à la DRASS le 31 mars,
- réunion de travail sur la grippe aviaire à la Cellule Inter Régionale d'Épidémiologie (CIRE) le 25 avril 2006,
- colloque «Grippe aviaire : état d'alerte international » le 15 juin organisée par le député J.P. Door, rapporteur de la mission d'information de l'Assemblée Nationale sur la grippe aviaire

4.3 État des lieux des fichiers de médecins

Les fichiers de médecins sont indispensables pour pouvoir les joindre. Une partie du travail a consisté à explorer les différents types de listes existants. En effet, la qualité des listes dépend de l'exactitude et de la quantité des informations qu'elle contient, donc de la qualité de sa mise à jour. La liste ADELI, la liste de l'Assurance Maladie, la liste des pages jaunes et des listes commerciales ont été explorées (étude des données disponibles, comparaisons ponctuelles de données de différentes listes...)

5 RÉSULTATS

Les différents moyens de communication utilisables auprès des médecins libéraux sont le courrier, le téléphone et internet essentiellement. La mise en œuvre de l'information nécessite au préalable la connaissance des coordonnées des personnes que l'on veut joindre. C'est pour cette raison que nous nous penchons maintenant sur la question des listes.

5.1 Un préalable : les listes

Pour joindre une population de professionnels de santé, il faut disposer d'un système de liste actualisé permettant des extractions par catégorie de professionnels ciblés, par exemple, médecins libéraux généralistes, infectiologues ou encore kinésithérapeutes.

Chaque département dispose d'un répertoire ADELI créé par la DDASS lors de l'enregistrement des professionnels de santé. L'assurance Maladie dispose de sa propre liste. D'autres listes telles que celles des pages jaunes ou d'autres listes commercialisées existent.

5.1.1 Répertoire ADELI

La DDASS délivre aux professionnels de santé, dont la profession est réglementée dans le code de la santé des familles et de l'aide sociale, un numéro ADELI.

Le formulaire d'enregistrement³⁹ des médecins au répertoire ADELI que le médecin qui s'inscrit doit remplir, cite les articles L. 361 et L. 362 du Code de la Santé Publique qui précisent que les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes sont tenus, dans le mois de leur établissement de faire enregistrer leur diplôme à la DDASS et que cet enregistrement servira à établir des listes par profession publiées au recueil des actes administratifs de la préfecture et affichées dans les mairies. Ces articles sont abrogés depuis juin 2000. Le document fait également référence à l'utilisation des informations fournies dans le cadre de la mise en place de dispositifs de défense et de protection sanitaire des populations.

³⁹ Cerfa N° 10902 * 01

Le numéro d'identification ADELI attribué permet au professionnel lui permet d'obtenir sa carte de professionnel de santé. C'est ce numéro qui apparaît sur les feuilles de soins des médecins libéraux.

Le répertoire de la DDASS est coordonné par la DRASS et centralisé à la Direction de la Recherche de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Le répertoire sert notamment aux études de la DREES sur la démographie des professionnels de santé pour aider à la planification des besoins en formation des professionnels de santé.

La liste ADELI présente des inconvénients.

L'identification des professionnels est départementale et donc non pérenne puisqu'à chaque changement de département de lieu d'exercice, le professionnel reçoit un nouveau numéro ADELI.

Le répertoire ADELI n'est pas complet, lorsqu'on examine la liste, on peut constater que le numéro de téléphone de tous les professionnels n'est pas noté et le plus souvent, les adresses internet sont inconnues.

La liste contient des professionnels de santé non actifs dans le département du fait que certains ne signalent pas à leur département d'origine qu'ils n'y exercent plus lorsqu'ils changent de département.

5.1.2 Le répertoire partagé des professionnels de santé

La création de la mission Modernisation de l'Administration des Répertoires d'Identification Nationales et Études (MARINE)⁴⁰, placée auprès du Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, en activité depuis 2002 vise d'une part à simplifier les démarches administratives des professionnels de santé et d'autre part à améliorer la fiabilité de la liste de ces professionnels dans un objectif de connaissance de leur démographie. Le Groupement d'Intérêt Public - Carte Professionnel de Santé (GIP-CPS) a été chargé de créer un Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS). Le «peuplement» initial de la base de données intègre les données des Ordres, des listes ADELI, de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) en ce qui concerne les professionnels de santé libéraux. Le traitement des informations divergentes se fait au cas par cas, en accord avec les différents partenaires pour estimer la source la plus fiable. La mise en commun des différentes sources devrait permettre au RPPS de présenter un niveau de qualité des données supérieur à chaque liste prise isolément. Cependant aucune vérification directe auprès des professionnels de santé n'est effectuée pour confirmer des informations les concernant. Il est prévu d'attribuer un numéro définitif

⁴⁰ http://www.sante.gouv.fr/marine/site_public/org.htm consulté en mai 2006

à un professionnel de santé. La première version du RPPS ne concerne que les médecins, pharmaciens, sage femmes et chirurgiens dentistes puis il sera étendu aux autres professions de santé. À la mise en service du RPPS, les conseils de l'ordre recueilleront les informations concernant les professionnels de santé. Ces informations seront envoyées au RPPS qui s'assurera de leur compatibilité avec les données de l'INSEE. L'information vérifiée sera envoyée quotidiennement aux différents usagers du RPPS : CNAM, Ordres, ministère de la Santé. Les professionnels n'auront plus à présenter leurs pièces justificatives à la DDASS ni au tribunal de grande instance. Des règles de sécurité et de confidentialité des données seront appliquées.

Le RPPS était prévu pour juin 2006 mais sera retardé (démarrage actuellement prévu fin 2006) comme me l'indique mon interlocuteur du RPPS au GIP-CPS lors d'un entretien téléphonique en mai 2006.

La transition entre les listes actuelles et le RPPS est prévue sur plusieurs années. Le RPPS servira de base pivot pour tous les acteurs concernés par l'identification des professionnels de santé (Assurance Maladie, Ordres, État : DREES, DGS, DHOS, ...)

5.1.3 Les autres listes

L'assurance maladie dispose d'une liste des professionnels de santé qui est consultable sur internet (www.ameli.fr). Elle comporte la profession et les coordonnées postales et téléphoniques des professionnels de santé. Tous n'ont pas renseigné leur numéro de téléphone. Notre interlocutrice à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Essonne nous a précisé que la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) s'opposait au partage de cette liste avec d'autres structures administratives.

Les Pages Jaunes sont un site sur lequel tout internaute peut consulter l'annuaire téléphonique. Une recherche par type de médecin et lieu géographique peut être effectuée. L'exploration de la liste des Pages Jaunes faite lors du choix des médecins généralistes pour l'enquête, a montré que cette liste a également ses faiblesses. Elle présente des doublons puisqu'un médecin peut être inscrit dans un cabinet de groupe et également à son nom seul pour le même cabinet. Réciproquement, plusieurs médecins peuvent être inscrits ensemble au nom de leur cabine de groupe. S'il a plusieurs lieux d'exercice, il peut être répertorié sous chacun de ses lieux d'exercice. De même si un médecin généraliste a une compétence, il sera répertorié comme médecin généraliste mais aussi comme spécialiste. Une infirmière était classée dans la catégorie des médecins parce qu'elle exerçait dans un cabinet de groupe comportant des médecins. Un centre de médecins spécialistes apparaissait dans la liste des généralistes alors qu'aucun généraliste n'y exerçait. L'association SOS médecins est répertoriée dans toutes les

communes de l'Essonne. Un contact téléphonique avec Wanadoo Data, qui s'occupe de la vente des fichiers des Pages Jaunes, nous a appris qu'il était possible d'obtenir l'extraction de fichiers de médecins selon leur spécialité, type d'exercice et localisation géographique sous format Excel. Les fichiers sont dédoublonnés en éliminant les numéros de téléphones identiques, ce qui signifie qu'un cabinet médical sera joint une fois pour l'ensemble des médecins qui y exercent. Néanmoins, les médecins ayant plusieurs lieux d'exercice y apparaîtront à chaque adresse.

Les tarifs sont de 200 euros de frais fixes puis 212 euros par mille contacts fournis, sommes hors taxes.

L'INPES travaille avec une société privée, CEGEDIM, qui est spécialisée dans la gestion de bases de données et les opérations de mailing. Elle élimine les doublons de ses listes et garantit la mise à jour permanente de ses bases de données (informations obtenues sur le site de cette société). De même, le directeur de la visite médicale nous a indiqué qu'il achetait les fichiers de cette société et il considère que ceux-ci sont de bonne qualité.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Île-de-France a tenté en décembre 2005 de constituer une liste exhaustive en faisant un mailing auprès des 25000 médecins libéraux (voir courrier en annexe II) Ce travail a permis de mettre à jour 4000 adresses email. Sur les répondants, 2798 étaient demandeurs d'une formation sur la grippe aviaire.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a demandé aux Conseils Départementaux de l'ordre des Médecins la mise à jour des coordonnées des médecins des départements.

5.2 Outil d'alerte : DGS-urgent sur internet

En 2001, lors de cas groupés de méningites à méningocoque C dans le Puy de Dôme, il est apparu qu'il était impossible de contacter les médecins généralistes aisément. Ce constat a été renforcé avec le déclenchement du plan Biotox à la suite des attentats du 11 septembre 2001 aux États-unis. Le Département spécialisé dans le traitement des Situations d'Urgence Sanitaires (DéSUS) a été créé au sein de la DGS en application de la loi du 9 août 2004 qui affirme la responsabilité de l'État en matière de réponses aux alertes sanitaires.⁴¹ Il a notamment pour rôle de coordonner les réponses en cas de menace sanitaire en France. Il a créé un système d'alerte national des professionnels de

⁴¹ BARBIER G. Avis n°103-51 de novembre 2005 rendu pour la commission des affaires sociales du parlement <http://www.senat.fr/rap/a05-103-5/a05-103-51.pdf> visité en mai 2006

santé appelé DGS-urgent. C'est un service auquel tout professionnel de santé ayant un numéro ADELI peut s'abonner. Le support technique de DGS-urgent a été conçu de façon à ce que les messages soient émis directement par la DGS. Le premier message a été diffusé en mai 2003. La montée en charge du système s'est faite progressivement et aujourd'hui, plus de 27 000 professionnels de santé sont inscrits. Les alertes parviennent au ministère principalement par l'InVS et l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) qui ont un rôle de veille sanitaire. DGS-urgent ne retransmet pas toutes les alertes qui lui parviennent car la quantité d'information envoyée serait trop conséquente. La rédaction du message s'accompagne d'une dépêche qui est envoyée aux services déconcentrés, aux hôpitaux et aux centres 15. Il est publié sur le site internet du ministère de la santé où il est accessible à tous les publics car la politique en ce domaine est que « *rien n'est secret et que le public peut avoir accès à toutes les informations* ». Enfin, le message est relayé par Cégétel® sur le Réseau Santé Social (RSS) dans les boîtes aux lettres des 67 000 professionnels qui télétransmettent par cet opérateur⁴².

Les critères de choix des messages DGS-urgent dépendent de la gravité de l'alerte et de l'implication potentielle des médecins généralistes. L'objectif est de donner l'information « *sans apprendre leur métier aux praticiens* » mais en donnant des sites de référence et des conduites à tenir dans la mesure où c'est utile uniquement. Le but est d'informer les médecins en temps utile, c'est-à-dire avant qu'ils ne le soient par les médias et ce, sur la base du volontariat.

Le système fonctionne en sens unique et n'a pas pour vocation de répondre aux professionnels de santé ni de diffuser des messages de portée locale. Comme nous l'avons vu, la DDASS ne dispose pas d'une liste des adresses internet des médecins libéraux.

Le président de la FAME indique que la fédération a constitué sa liste d'adresses email lors du travail sur la permanence des soins et dit que cette liste est complète. Il pense donc pouvoir être un relais des messages institutionnels. Il estime que si tous les médecins ne lisent pas leurs messages, du moins les responsables d'associations le font et pourraient être mobilisés pour téléphoner aux collègues de leur secteur en cas de menace sanitaire.

⁴² source : site RSS cegetel, <http://www.lereseausantesocial.fr>

5.3 Les résultats des entretiens avec les médecins généralistes

5.3.1 Qui sont-ils?

Les médecins ont été choisis sur la liste des pages jaunes de telle façon que la répartition homme-femme soit équilibrée. Parmi les 9 médecins, 4 étaient des femmes de 46 à 54 ans, 5 étaient des hommes de 43 à 62 ans. Quatre médecins avaient moins de 50 ans et 5 plus de 50 ans. La moyenne d'âge de l'ensemble était de 51 ans. Six médecins exerçaient en milieu urbain. Parmi les 3 médecins exerçant en milieu rural, un homme travaillait en cabinet de groupe et 2 femmes étaient installées seules. Un homme et une femme avaient des enfants mineurs. Sept médecins étaient installés seuls et 2 en cabinet de groupe.

Le président de la FAME (Fédération des Amicales de Médecins de l'Essonne) est un médecin généraliste installé dans le sud de l'Essonne avec une pratique rurale. Ses réponses ont été traitées en dehors de celles des neuf autres médecins car il est particulièrement au courant du plan de préparation à une pandémie grippale du fait de ses fonctions associatives.

La grille d'analyse (annexe IV) a permis d'identifier différents thèmes exprimés dans les entretiens.

5.3.2 Croient-ils à la survenue d'une pandémie ?

Sur les 9 généralistes, 6 ne pensent pas qu'une pandémie ferait beaucoup de dégâts dans les pays occidentaux. Trois pensent qu'elle pourrait produire un réel problème sanitaire.

- « *Non, pour moi, c'est encore loin. Je me dis que le premier cas, il n'arrivera pas à X* »
- « *A la limite si on protège les sujets à risque contre la grippe, on interrompt la chaîne de contamination* »
- « *Quand on en discute entre généralistes, on n'y croit pas.* »

Le président de la FAME et celui de SOS médecins sont parties prenantes de la préparation à une pandémie grippale par le biais de réunions à la préfecture sur ce sujet ou en travaillant avec le groupe sentinelle. C'est pourquoi ils ne doutent pas qu'elle puisse survenir avec d'importantes conséquences sanitaires. Néanmoins, le président de SOS médecins dit : « *Je pense que la déferlante à priori ne sera pas beaucoup plus mortelle que la grippe normale.* »

On peut se demander ce que les médecins interrogés connaissent de la prise en charge de la pandémie grippale. À la question : « *Que feriez vous si vous aviez au cabinet une suspicion de cas humain de grippe aviaire ?* » les réponses ont été variables. Sur les 9 médecins interrogés, 2 disent qu'ils appelleraient le 15, d'autres disent qu'ils ne savent pas du tout ce qui est préconisé et parmi les autres réponses, on trouve l'appel à un infectiologue (2) et l'hospitalisation (2). Un médecin s'inquiète :

« *Je suppose qu'il doit y avoir une déclaration. Je n'ai encore jamais fait de déclaration obligatoire. Je ne sais pas du tout comment ça fonctionne.* »

5.3.3 Comment s'informent et se forment-ils ?

Internet n'est ni distribué ni utilisé de façon uniforme par les médecins. Sur neuf médecins généralistes, deux ne sont pas informatisés au cabinet, et l'un ne télétransmet pas. Trois sont utilisateurs d'internet du point de vue professionnel. Un seul des neuf connaît DGS-urgent et y est inscrit.

En revanche, le président de la FAME et celui de SOS médecins sont informatisés et sont abonnés à DGS-urgent. Le président de SOS médecins transfère les messages de ce service à l'ensemble de ses associés.

Les freins exprimés à l'utilisation d'internet pour s'informer sont parfois techniques comme la mauvaise connaissance du maniement d'internet ou une connexion inadaptée à internet : « *Ici on a un modem 56k qui coupe la communication téléphonique dès qu'on le branche donc je peux pas rester 3h par jour sur internet, ça va me manger mon forfait.* »

La fatigue visuelle engendrée par la lecture à l'écran ou le manque d'intérêt sont également évoqués. Un des médecins dit : « *Internet ne me sert pas à grand-chose. Je ne vais pas chercher grippe aviaire sur internet ! Je n'arrive pas à lire à l'écran !* »

Tous les médecins interviewés lisent la presse médicale. Les publications le plus souvent citées sont le Quotidien du Médecin, le Généraliste et le Panorama du Médecin, puis viennent Prescrire et la revue du Praticien et pour un médecin, le Monde. Deux médecins expriment des réserves sur l'efficacité de cette formation continue :

- « *On lit un petit abstract de dix lignes sur le sujet résumé, on a l'impression qu'on est au courant, en fait on sait rien du tout mais on a les quelques lignes d'information* »

L'un des médecins estime que c'est le seul moyen valable de se former en dehors de séminaires organisés par des personnalités scientifiques reconnues.

Parmi les 9 médecins interrogés, 2 disent assister rarement à des réunions de formation. Pour les autres, la fréquence à laquelle ils assistent à ce type de réunion varie de une fois par trimestre à une fois par mois.

Les freins à la participation sont les horaires, l'éloignement, la fatigue, le manque d'intérêt pour ce type de formation. Un médecin pense que la DDASS devrait organiser des réunions de formation sur la grippe aviaire. Un médecin qui y assiste rarement, dit à propos de réunions de formation sur la grippe aviaire que :

« Si c'est pour qu'on ne me dise rien de plus que d'appeler le 15 ou choses comme ça, ce n'est pas la peine. Mais si c'est pour me dire qu'il y a autre chose à faire que d'appeler le 15 ou me dire que je suis référencé, on fait appel à vous, là j'irais sans doute »

Pour le président de la FAME, la formation doit passer par les pairs et que *« Faire de la formation continue localement en faisant venir le spécialiste, c'est prendre en considération les médecins libéraux. »*

5.3.4 Par quels moyens souhaitent-ils être informés ?

Les moyens explorés au cours de l'enquête sont ceux qui permettent de joindre les médecins individuellement : le courrier, internet et le téléphone principalement.

En ce qui concerne internet, ceux qui l'utilisent habituellement considèrent que c'est un moyen intéressant mais ils évoquent plusieurs freins : certains médecins ne regardent leur boîte à lettres qu'une fois par jour et pas le week-end, d'autres craignent les pannes informatiques et tous pensent qu'un certain nombre de médecins ne serait pas touché par ce moyen.

Le téléphone recueille l'unanimité à un médecin près. Ils estiment en général que le téléphone peut délivrer un message standard leur disant où s'informer. Certains ont un secrétariat qui leur communique régulièrement les messages, d'autres n'en n'ont pas et ils relèvent leur répondeur téléphonique à chaque passage au cabinet. Un médecin trouve ce moyen inadapté car *« le téléphone peut tomber en milieu de consultation ou quand vous êtes en voiture »*.

Le courrier leur semble une bonne voie, mais ils considèrent qu'ils en reçoivent beaucoup.

- *« le risque, c'est de passer à côté de la seule chose intéressante du monceau de papperasse qu'on reçoit, il y aura la ligne intéressante qu'on n'aura pas vue. »*

Un médecin propose qu'en cas d'urgence, on vienne le voir au cabinet, d'autres disent qu'ils seraient informés par la presse ce qui leur pose problème car les patients peuvent être au courant avant eux.

Dans le département, certaines amicales continuent à fonctionner, de façon plus ou moins active. D'autres (plutôt dans le nord du département) se sont totalement éteintes depuis que la permanence des soins est assurée selon les nouvelles modalités définies dans le

cahier des charges de la permanence des soins. Un des médecins interrogés et installé depuis de nombreuses années ne s'intéresse pas du tout à l'amicale de son secteur.

5.3.5 Que pensent-ils des courriers qu'ils reçoivent ?

Cette partie des entretiens a permis d'évaluer leur opinion sur la communication par courrier en général et leur perception de la communication sur la grippe aviaire en particulier.

5.3.5.1 De la communication en général ?

Certains médecins ont une critique prudente :

- « *Du côté des institutions, on est très prudent, mais en même temps, on est très rassurant, on oscille entre les deux* »

La communication est perçue comme redondante et trop abondante par certains :

- « *Du moment que vous en avez eu un exemplaire, c'est toujours la même chose* »
- « *Comme la sécu nous abreuve de courriers qui ne servent à rien au moins deux ou trois fois pas semaine, d'autres courriers risquent de passer inaperçus, ils en mettent 4 pages alors que la seule chose qui est intéressante c'est la dernière ligne en bas* »

L'un d'entre eux n'y porte aucune attention :

- « *Tout ce qui est AFSSAPS, etc, va à la poubelle parce qu'on trouve toujours les mêmes communications dans les journaux médicaux donc, je ne les lis pas.* »

D'autres ont une opinion extrêmement négative :

- « *C'est nul, c'est ridicule et nul. On sent que ça doit avoir été fait par des gens qui ne vont pas beaucoup en cabinets libéraux en tous cas.* »

Sur les 9 médecins interrogés, sept se sont plaints spontanément de problèmes administratifs, que ce soit à propos de la réforme du médecin traitant (formulaire et des multiples courriers engendrés)⁴³, ou des relations avec l'assurance maladie décrite comme tatillonne. Certains ont fait un lien entre ces difficultés et leur vision de la communication envers eux :

- « *Du coup, je me sens moins disponible pour lire les courriers. C'est du temps que je perds, qui n'est pas de l'activité médicale, ni de la formation* ».

⁴³ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (JO du 17 août 2004)

- « *Si c'est pour nous faire faire de l'administratif, encore, si à chaque fois que nous voyons un syndrome grippal, vous nous demandez de le déclarer, l'envoyer en trois exemplaires, eh, non, on ne peut pas. Je n'en peux plus de l'administratif !* »
- « *Je vis très mal de passer un bon tiers de mon temps dans des papiers inutiles, stériles* ». Ceci dit, si ce sont des mesures particulières à cette épidémie, si on nous signale que tel symptôme peut être évocateur et attirer notre attention, on en tiendra compte. »

5.3.5.2 Quelle est leur opinion sur les recommandations qu'ils reçoivent concernant leur pratique

Les praticiens ont des opinions partagées sur les conduites à tenir qui leur sont communiquées dans leur pratique courante. Certains approuvent, mettent le plus souvent en pratique et n'estiment pas qu'il y ait ingérence dans leur colloque singulier avec le patient.

- « *J'essaie de voir si c'est convenable, si c'est pas trop théorique, c'est bien, si c'est compatible avec la pratique, j'en tiens compte.* »
- « *En général, c'est pertinent parce que c'est issu de conférences de consensus ou de choses comme ça.* »
- « *C'est très souvent de la bonne pratique* »
- « *Je les lis, ça peut être très raisonnable, on peut ressentir cela comme une aide. Par exemple les antibiotiques, c'est pas automatique, ça c'était une aide extraordinaire* »

Mais ils apportent parfois des nuances à ces propos :

- « *Parfois, sur le papier, c'est formidable mais ce n'est pas évident à appliquer.* »

Certains ressentent mal ces informations :

- « *Je pense que ça doit être des décisions d'ordre médical pur. Quand c'est fait par les politiques, je ne m'en occupe absolument pas, ça me hérissé même un peu trop.* »
- « *Très souvent à côté de la plaque parce que souvent ce n'est pas vraiment adapté à la réalité. Maintenant on est obligés de faire des intradermo aux tout petits bébés pour les vacciner contre la tuberculose. Allez faire une intradermo à un gamin de deux ans. Vous avez déjà essayé ? Ben essayez. On ne peut pas le faire.* »
- « *Il y a plein de textes pour lesquels on se dit que celui qui l'a écrit ne l'a jamais fait.* »

5.3.6 Quelle est leur opinion sur la brochure INPES et la conduite à tenir en cas de pandémie

La brochure « Repères pour votre Pratique » (voir annexe V) a été envoyée par l'INPES à tous les médecins. Certains disent ne pas en avoir eu connaissance.

- « *Quand on parle avec les confrères, beaucoup disent qu'ils ne l'ont pas lu parce qu'ils ont balancé le courrier.* »
- « *J'ai une règle d'or : ce qui n'est pas lu dans la journée est jeté car ce ne sera pas lu le lendemain non plus.* » *Mais vous voyez, je ne l'ai pas jeté, c'est donc que je suis quand même attentif. Pour tout vous dire, je ne l'ai pas lu, ou du moins, en diagonale.* »

Certains disent que les consignes leur paraissent bonnes mais nombre d'entre eux émettent des critiques. Elles portent sur la faisabilité des recommandations comme sur leur contenu scientifique. En particulier, la prescription de Tamiflu® est remise en cause par 4 médecins, soit parce qu'ils estiment que le médicament n'a pas fait la preuve de son efficacité ou que la prescription en temps utile sera difficile (48 premières heures)

- « *Prescrire le Tamiflu® le plus tôt possible, clairement non. Parce que pour moi, ça ne sert à rien. Comme ça, je dis non et après, il y a un problème de responsabilité médicale. Si on nous dit qu'il faut prescrire le Tamiflu®, il faudra le faire. Disons : non dans le cœur et oui dans la pratique. La notion médicolégal compte de plus en plus et pousse à se protéger de plus en plus.* »
- « *On sait très bien que toutes les fortunes qui sont dépensées en Tamiflu® n'auront aucune efficacité sur la pandémie* »
- « *On se demande quel comité pond ce genre de chose parce qu'on annonce comme une certitude que l'usage du Tamiflu® est conseillé. Ça marche très mal dans la grippe humaine donc on ne voit pas pourquoi ça marcherait dans le H5N1* »

Le document « Repères pour votre Pratique » a été présenté aux médecins qui ne l'avaient pas lu afin de recueillir leur opinion dessus. Sur la forme, à part pour un médecin qui l'a trouvé trop long, il a été validé.

- « *Je viens de le parcourir rapidement ça à l'air d'être bien rédigé mais scientifiquement assez discutable.* »
- « *Très bien, très bien. J'ai tout ça et je le range là, voila.* »

Mais certains ont eu des opinions très négatives, appuyées sur le contenu et influant sur la crédibilité.

- « *On croit que les lunettes de vue ou de soleil vont me protéger, c'est idiot. Elles ne vont pas me protéger d'une conjonctivite, ça m'a vraiment heurtée. Alors, quel crédit porter au document ?* »

- « Celui là, je le garde pour faire rire les gens. Si une épidémie dure un mois, les gens vont prendre du Tamiflu® pendant un mois ? On ne nous parle pas du tout des contre-indications du Tamiflu® et de ses effets indésirables, je crois qu'il y a eu des problèmes au Japon, on ne sait même pas si ça marche donc pourquoi le Tamiflu® plutôt qu'un autre ? Enfin, se laver les mains, ça arrive quand même qu'on le fasse ! »
- « Ce qui est paradoxal aussi, c'est qu'on nous dit de ne pas les faire venir en salle d'attente mais comment on va savoir, c'est tout le mystère ! »
- « Dans nos journaux j'ai lu qu'on était tenus d'avoir les masques alors que le SAMU devait arriver en grande combinaison comme pour les grandes invasions, avec les grandes casaques de protection. On doit appeler le 15 et dire qu'on a mis le masque et les gants sinon on ne rentre pas chez nous, ils nous mettent en quarantaine ».

Ils discutent le côté scientifique du document, que ce soit vis à vis l'efficacité de la prescription de Tamiflu® ou du fait de l'absence d'effets indésirables mentionnés à propos de ce produit sur le document. Un médecin estime inapplicable la consigne de nettoyer tous les objets touchés au cabinet par un patient « cas probable de grippe H5N1 en phase pré-pandémique avec transmission interhumaine limitée » après son passage (nettoyage des poignées de porte et des accoudoirs...).

5.3.6.1 Comment les généralistes voient-ils leur rôle en cas de pandémie ?

Les médecins généralistes interrogés estiment que leur rôle sera comparable à celui qu'ils ont au quotidien, diagnostic, tri selon la gravité, information et conseil, visites à domicile mais aussi consultations au cabinet

- « ce sera comme de façon universelle notre rôle de tri »
- « vous aurez fatalement des gens malades qui viendront au cabinet. Ensuite, ils iront chez le pharmacien contaminer tout le monde. Ce sera très difficile à gérer. »

La plupart des médecins interrogés ne pensent pas que les spécialistes libéraux interviendraient en ville en cas de pandémie grippale. L'un d'entre eux exprime une réserve les concernant :

- *Je pense qu'un pneumologue, un ORL ne seraient pas désemparés, mais d'autres spécialités peut être le seraient plus. Ils restent des médecins mais parfois, à être très spécialisés, on est moins sûr de soi et moins sûr de son diagnostic. On préfère ne pas avoir à poser un avis parce qu'on ne se sent pas compétent dans le domaine.*

Quatre des 9 médecins pensent que les conditions d'exercice (cabinet de groupe, cabinet seul, exercice urbain ou rural) n'auront pas d'influence sur la prise en charge médicale. D'autres estiment que les médecins de campagne seront plus sollicités que les médecins de ville ou que les cabinets de groupes pourront mieux répondre à la demande du fait par exemple de la présence d'une secrétaire sur place.

5.3.6.2 Quels sont les besoins des médecins pour une bonne prise en charge d'une pandémie ?

Les médecins estiment en majorité qu'il leur faudra des renforts et se posent la question de l'origine de ces renforts. D'autres besoins sont exprimés :

- la nécessité de disposer de masques en temps utile et en quantités suffisantes,
- une redéfinition des missions « *Pas question de renouveler des ordonnances ou des choses comme ça.* » « *Les urgences, il faudra qu'elles se rendent à l'hôpital ou à la clinique* »
- « *plus d'aide au téléphone pour hospitaliser, qu'on ne passe pas une heure au téléphone pour faire hospitaliser* » « *qu'il y ait des référents à l'hôpital qui nous répondent quand on demande une hospitalisation et qui nous disent bien ce qu'il en est* » « *Déjà, quand on a un patient à hospitaliser, on passe une petite heure à lui trouver un lit, alors là, je sens qu'on va bien s'amuser. L'année dernière, où la grippe était assez forte, j'ai eu des patients que je n'ai pas pu faire hospitaliser.* »
- une aide pour l'éducation de la population : « *Les gens qui font ces papiers là ne savent pas que, quand on va en visite, on voit deux brosses à dents pour 5 personnes, que quand on se lave les mains dans la salle de bains il n'y a qu'une serviette et que si vous en demandez une, on vous dit de prendre celle-la qui est toute sale. Pour la bronchiolite, j'ai un petit fascicule qui donne les règles de bases, aérer, ne pas fumer, se laver les mains, il est très bien fait et je le remets au parents* ».
- une meilleure coopération avec les services de l'État « *On a un système de santé en France qui a l'air d'être bien organisé, on a des effecteurs sur le terrain qui font beaucoup de choses mais je pense que le lien entre tout ça n'existe pas. Il n'y a qu'à voir toutes les difficultés des interactions entre la ville et l'hôpital. Les réseaux qui étaient supposés marcher très bien ne marchent en réalité que difficilement.* »

L'URML a proposé dans son travail de janvier 2006 la mise en place d'un centre d'appel régional dédié à la grippe avec des médecins libéraux formés à la régulation. Selon l'état du patient, le médecin régulateur déclencherait ou non la visite d'un médecin de ville.

De même, le président de SOS médecins estime qu'il faudrait qu'il y ait un serveur vocal branché sur le numéro d'urgence afin de trier les appels en fonction de symptômes prédéfinis comme par exemple « fièvre élevée » des autres. Ce ne serait qu'après avoir appuyé sur la touche correspondant au motif de l'appel que la personne serait mise en relation avec son correspondant.

5.3.6.3 Quels écueils les médecins voient-ils à cette prise en charge ?

Les problèmes le plus souvent évoqués sont la surcharge de travail, l'âge, la difficulté de protéger les personnels de santé, l'information des patients et des médecins, le relais social auprès des personnes dépendantes, l'approvisionnement en masques et Tamiflu® ainsi que certaines considérations scientifiques : intérêt du Tamiflu®, stratégie des masques différents pour les personnels de santé que pour les familles de patients.

- *Nous sommes 9 médecins ici et parmi les 9, tout le monde a plus de 50 ans et il y en a cinq ou six qui ont plus de 55 ans. Ici, on n'a pas de jeune. Quand je suis arrivé, il y avait 9 000 habitants, aujourd'hui, nous sommes 17 000. Au début, on était huit, puis dix médecins, c'était bien. La population a presque doublé et on n'est que neuf !*

Certains évoquent la possibilité de ne pas être sur le terrain :

- *« J'ai un fils et s'il est gravement malade...moi, je suis une maman avant tout. »*
- *« Ça me rappelle les plans que nous avons testés quand je faisais mon service militaire en cas de contamination atomique. Dans ces plans là, il n'était jamais prévu que le corps médical soit touché et ce jour là ils intervenaient tel zorro ! »*
- *« Ecoutez, le jour où je serai épuisé, je rentre chez moi. »*

Un médecin souligne sa difficulté de compréhension de la stratégie des masques :

- *« Le patient, lui il n'a droit qu'à des masques chirurgicaux, nous il faut des FFP2 ou à défaut FFP1 mais le patient, il peut prendre n'importe quoi, lui. C'est déroutant. »*

Un médecin s'inquiète de la responsabilité professionnelle des médecins qui pourraient être appelés en renfort : *« Les médecins salariés pourraient être appelés en renfort mais il faudra qu'ils s'assurent sur le plan de la responsabilité professionnelle. Le « Sou Médical » ne veut plus rien prendre, alors il faudra que l'État s'en charge. Si un malade meurt et que la famille fait un procès, le médecin doit être assuré. »*

Deux médecins se plaignent du manque de concertation avec les généralistes :

- *« en fait on est concerné, mais on n'est jamais inclus dans un processus de gestion. »*

- « *J'ai le sentiment qu'on est toujours en politique descendante du haut vers le bas et qu'on n'écoute jamais la base, surtout dans notre profession. »*

Le président de la FAME pense qu'il serait important de « *profiter de la dynamique née de la permanence des soins* » dans la préparation de la pandémie grippale.

5.4 Entretien avec le Médecin de Santé Publique québécois

La planification pour les épidémies majeures ou une pandémie est sous l'autorité du bureau des mesures d'urgences (BMU) de la Direction de Santé Publique.

La Direction de Santé Publique édite depuis plusieurs années un bulletin de quatre pages appelé "Prévention en pratique médicale" qui porte sur des sujets différents à chaque publication. Celui du mois d'avril 2006 avait pour thème la préparation à la pandémie.

Le SRAS qui a touché Toronto en 2003 a impulsé de nouveaux comportements. La prévention des infections respiratoires par le port d'un masque (étiquette respiratoire) fait l'objet d'une campagne d'information au Québec. " *L'étiquette respiratoire a déjà entraîné une réorganisation des salles d'attente dans les cliniques externes des hôpitaux.* " dit le Médecin de Santé Publique québécois interrogé. Il indique qu'il pense que la pandémie grippale fait partie des préoccupations des médecins. En ce qui concerne leur degré de préparation il dit : « *c'est un processus en continu et la réalité c'est : plus qu'hier et moins que demain !* »

Certains médecins québécois utilisent couramment internet et d'autres non. La technologie ne couvre pas l'intégralité du territoire québécois. La Direction de Santé Publique maintient depuis plusieurs années des listes de fax des urgences hospitalières et des cliniques, des médecins « urgentologues », pédiatres et autres. Elle obtient aussi la liste des médecins inscrits au collège sur son territoire (équivalent de l'ordre des médecins). Certains ont des courriels mais ce n'est pas encore un mode de communication courant. La mise à jour de ces listes est un travail continu qui se fait lors chaque communication avec les médecins du territoire. Les modes de communication utilisés sont essentiellement le courrier, le téléphone et le fax.

Les médecins n'ont pas l'obligation de recevoir un message institutionnel ni d'en prendre connaissance à moins d'être de garde mais ils doivent se soumettre à l'article 3 du code de déontologie : " *Le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif.* "

6 DISCUSSION

6.1 Limites méthodologiques de l'étude

L'objectif du travail était de comprendre comment les médecins libéraux ressentent la communication institutionnelle et d'évaluer leur adhésion aux messages proposés. Le cadre de la préparation à la pandémie grippale a été choisi car il s'agit d'un thème d'actualité. Les médecins libéraux qui seront le plus impliqués dans la gestion d'une pandémie grippale sont les médecins généralistes, c'est pourquoi il a été décidé d'entendre principalement des médecins généralistes libéraux. Un spécialiste (un médecin ORL) qui avait accepté le rendez vous n'a pas pu l'honorer suite à un accident de la voie publique dont il fut victime le jour même.

Les médecins ont été choisis dans les pages jaunes sur des critères de lieu d'exercice et de sexe. Compte tenu du temps imparti pour l'étude, neuf médecins ont été interrogés sur une période de deux semaines, ce qui ne représente pas un grand nombre. On peut en tirer des orientations, mais pas des généralités.

Les contacts téléphoniques avec les médecins n'ont pas tous aboutis à un rendez vous : les raisons des refus étaient le manque de temps (« *le temps que j'ai, je le consacre à mes patients* »), l'absence de créneau horaire disponible y compris le soir (deux fois), un déménagement en cours (une personne), un manque d'intérêt pour le sujet (trois fois). Aucune raison n'a été invoquée dans 3 cas. Il y a donc un biais de sélection puisque seules les opinions des personnes qui ont accepté le rendez vous ont été prises en compte. Il est apparu que le médecin accordait le rendez-vous lorsque la finalité de l'entretien demandé lui était bien expliquée et lorsqu'il lui était donné les motifs précis de sélection notamment sa localisation géographique, le fait que ce soit une femme, ...

La technique de l'entretien s'acquiert au fil des entretiens. L'une des difficultés à éviter est de discourir au lieu de relancer la parole de l'interviewé. Cela s'est produit au cours de deux entretiens.

La retranscription intégrale des entretiens enregistrés a permis de restituer la pensée de l'exprimée de manière beaucoup plus fidèle que les notes qui avaient été prises.

Il n'a malheureusement pas été possible d'avoir un entretien avec un représentant du conseil départemental de l'ordre des médecins.

6.2 Discussion des résultats

6.2.1 Les médecins libéraux et les institutions

Les médecins trouvent la communication institutionnelle abondante voire surabondante. Il semble exister chez eux une globalisation de ce qui est institutionnel et ils parlent aussi bien de courriers scientifiques que de courriers provenant de l'assurance maladie.

Les rapports entre la médecine libérale et l'assurance maladie ont toujours été tendus. Les médecins libéraux ont longtemps défendu l'entente directe, c'est-à-dire la liberté des tarifs. En 1960, le décret du 12 mai impose aux médecins le conventionnement en attribuant des avantages fiscaux et sociaux aux praticiens conventionnés dont les patients seront remboursés à 80%, tandis que les patients des médecins non conventionnés ne seront remboursés qu'à un tarif d'autorité symbolique qui se révélera dissuasif.

Henri Hatzfeld, sociologue, dans son analyse du processus qui a conduit au conventionnement, résume ainsi l'attachement des médecins libéraux à leur liberté : *« Exercer la médecine librement sans rien qui vienne peser sur l'activité du praticien : ni autorité hiérarchique, ni contrôle, ni règlement, ni tarif. En défendant l'entente directe, le médecin entend circonscrire la médecine dans cet espace limité où il se trouve seul avec son patient, et où, en fait, il est le maître. Sitôt que ce champ clos s'ouvre et qu'y pénètre le représentant de l'État ou le représentant des caisses, le médecin sent que c'est sa liberté qui est en jeu, et c'est elle qu'il défend »*⁴⁴.

Plus tard, en 1994, Sabine Ferrand-Nagel écrit à propos de la politique de santé de l'État *« plus que simple tuteur et assureur du système, lui-même ou par le canal de l'assurance-maladie, l'État cherche à influencer sur les comportements des agents privés que sont les médecins libéraux »*⁴⁵

Aujourd'hui, la problématique persiste et le médecin libéral n'apprécie guère les intrusions dans sa pratique de quelque point de vue que ce soit. Cela se manifeste par un sentiment de harcèlement administratif pour certains, de méfiance pour d'autres. Le lien de confiance n'existe donc pas entre les institutions et la médecine libérale.

On peut dire qu'il existe un déficit d'image des institutions et en particulier de l'État auprès des médecins. Certaines expériences antérieures de gestion de crise laissent des traces dans les esprits et provoquent le sentiment chez certains médecins que le gouvernement *« ouvre le parapluie »* pour parer à toute éventualité, surtout sur le plan politique.

⁴⁴ Hatzfeld H. *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris : Editions ouvrières, 1963, page 202.

⁴⁵ Ferrand-Nagel S. « L'État et le système de santé : les conventions médicales », in B. Bellon, G. Caire, C. Voisin (dir.), *L'État et le marché*, Paris, Economica, 1994, p. 173.

Du côté de l'État, le besoin de gestion dans l'intérêt du plus grand nombre implique un regard sur ce qui se passe en médecine libérale et au-delà, dans un contexte budgétaire tendu, une régulation des dépenses.

La légitimité d'un message peut être mise en cause par les plus virulents qui estiment qu'une information n'a de valeur que si elle est transmise par les pairs. De cette remarque, on peut déduire que la légitimité scientifique du message est d'autant plus forte que ce message est conçu ou appuyé par des médecins reconnus et que sa diffusion est assurée par des médecins formateurs.

D'ailleurs, le gouvernement a entendu les médecins et en particulier les URML qui ont exprimé la nécessité d'une formation sur le plan pandémie. Le président du GROG dit : *« Début février, 15 membres des Grogs ont été invités par le premier ministre, avec le ministre de la santé, le DILGA et des membres des deux cabinets ministériels, c'est exceptionnel. Nous étions là, non pas pour faire de la figuration, mais pour réfléchir concrètement à des actions de formation des professionnels de santé à travers toute la France. »*⁴⁶

Un appel d'offres a été lancé et la formation doit toucher l'ensemble des professionnels de santé avant fin septembre 2006.

Les médecins qui reçoivent une information estiment pouvoir exercer leur libre arbitre concernant le message délivré. Si certains messages sont approuvés, d'autres sont sévèrement critiqués. Néanmoins, malgré un désaccord de principe exprimé, par rapport au Tamiflu® par exemple, certains se sentent bridés par la nécessité d'obtempérer du fait de la judiciarisation croissante des rapports entre patients et médecins. La limite semble tenue entre les recommandations et l'obligation.

S'ils relèvent dans le message transmis un élément qui leur semble faux ou inapplicable, ils mettent en cause la valeur complète du message et n'y adhèrent pas.

6.2.2 Les médecins libéraux et le plan gouvernemental

L'analyse de l'opinion des médecins concernant l'information sur une éventuelle pandémie grippale montre qu'en février 2006 elle ne fait pas partie de leurs préoccupations puisque la majorité des médecins interrogés ne voient pas cela comme une menace sérieuse. Cela peut expliquer que nombre d'entre eux n'ait pas souvenir d'avoir lu le document «Repères pour votre pratique » ou n'y ait accordé que peu

⁴⁶ COHEN J.M. *Le Panorama du Médecin*, n°5005 P15-19 13/02/2006

d'intérêt. Une information écrite qui arrive dans le flot d'informations quotidien, et qui n'entre pas dans le champ des préoccupations du médecin, est laissée de côté. Chacun peut ressentir la difficulté de faire face à une grande quantité d'informations qui arrive en flux continu. Il importe que les médecins soient sensibilisés à un problème pour qu'ils s'y intéressent.

L'analyse montre d'ailleurs que la plupart des médecins ne savent pas ce que le plan prévoit au cas où ils recevraient un patient suspect de grippe H5N1. Seuls les deux médecins qui appellent le 15 dans ce cas agissent conformément aux recommandations du plan. On peut en déduire qu'au moment de l'enquête, le message émis par le gouvernement n'avait pas été intégré par la plupart des médecins interrogés.

Dans un communiqué de presse du 13 janvier 2006, l'URML d'Île-de-France livre les résultats préliminaires d'une enquête menée avec Open Rome qui coordonne le réseau national des GROG. Cette étude montre que 77% des médecins généralistes d'Île-de-France ne connaissent pas leur rôle dans le cadre du plan pandémie grippale (aucune précision sur la méthodologie de l'enquête). Ainsi, la tendance semble confirmée au plan régional et on peut noter que l'information écrite n'a pas permis d'augmenter le niveau de connaissance des médecins sur ce point du plan au moins.

Les médecins interrogés estiment avoir été peu ou pas impliqués et informés sur la préparation à la pandémie grippale. Le DILGA a interrogé les médecins libéraux par l'intermédiaire du GROG mais aussi de l'URML à partir de novembre 2005. Toutefois, les médecins interrogés sur le terrain et qui s'expriment à ce sujet ne se sentent pas représentés et ressentent les décisions comme venant « d'en haut ».

Du point de vue de l'information, les journaux médicaux ont relayé le plan de préparation à la pandémie avec de nombreux articles dans le Quotidien du Médecin, un dossier dans la Revue du Praticien du mois de novembre 2005 sur les risques sanitaires⁴⁷, la Revue Prescrire d'octobre 2005,⁴⁸ mais aussi le Panorama du médecin n°4993 de novembre 2005, le concours Médical n°38 de décembre 2005, etc. Néanmoins, les médecins interrogés n'identifient pas cette problématique comme proche de leur pratique. Il s'agit d'un risque potentiel auquel ils ne croient pas et... ils ont le temps de voir venir !

⁴⁷ POSTEL-VINAY N., COQUIN Y., Le dispositif de sécurité sanitaire à la lumière de quelques exemples de gestion des risques in Le praticien face aux risques sanitaires *La revue du Praticien* 30 novembre 2005 Tome 55 p1995-2045

⁴⁸ REDACTION DE LA REVUE PRESCRIRE Les antiviraux dans la grippe *La Revue Prescrire* 2005 n°265, p 678-691

Pour apprécier l'écart entre l'information reçue par les médecins sur la grippe aviaire et leurs souhaits à ce sujet, les besoins que les médecins expriment concernant une bonne prise en charge d'une éventuelle pandémie et les écueils qu'ils y voient sont analysés.

La plupart des médecins mettent en avant l'excès de travail qui serait généré dans un tel cas. Ils ne voient pas comment le problème des renforts sera résolu. Lors de la journée des MISP du 17 mai 2006, le DILGA indique qu'un travail sur les corps de réserve est en cours à la DHOS. Pour lui, ce sujet « *doit passer par une initiative législative* ».

Les masques sont aussi source d'interrogation : « *y en aura-t-il assez, où seront-ils disponibles ?* » Ces questions précises n'ont pas de réponse actuellement. Il semble pourtant que les conditions matérielles de la protection des médecins comme de leurs proches soient un facteur important de leur adhésion au plan.

Un médecin estime qu'il sera difficile de justifier auprès de la famille d'un patient atteint de la grippe pandémique qu'il laissera à domicile, que la famille bénéficiera de masques chirurgicaux pour se protéger alors que le médecin, lui, bénéficie de masques FFP2 plus protecteurs. Cela lui semble injuste et donc un frein à une bonne prise en charge.

En temps normal, l'hospitalisation d'urgence d'un patient peut poser problème par manque de lits. Le rapport de fin de mission « Temps d'attente et de passage aux Urgences » Juillet 2003 – mars 2005 de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) met en évidence un temps moyen d'attente aux urgences dans les services audités de 1h30 à 6h. Elle constate que le délai d'attente des personnes qui seront hospitalisées peut excéder 10h. Avec un afflux important de malades lié à une pandémie grippale, ce problème ne peut qu'être exacerbé. Les médecins doutent du fait que le 15 soit en mesure de se charger de faire hospitaliser les patients qui le nécessiteraient.

Certains souhaitent une redéfinition des missions du médecin généraliste du fait qu'ils ne pourraient se démultiplier. Le renouvellement des ordonnances habituelles par exemple pourrait être délégué temporairement aux pharmaciens.

Le plan prévoit la prise en charge à domicile des patients en cas de pandémie grippale installée. Les médecins interrogés n'adhèrent pas d'emblée à cette proposition. En effet, ils estiment que la tendance voulue par les décideurs est la diminution du nombre de visites à domicile et que le plan va à l'encontre de cela. L'accord du 5 juin 2002 a modifié le remboursement de la visite à domicile à l'assuré social selon que celle-ci est estimée justifiée ou non. Le nombre de visites a d'ailleurs diminué dès 2003.⁴⁹ La pratique

⁴⁹ Point d'information mensuel de la CNAMTS (5 juin 2003)

habituelle et le plan ne sont pas en cohérence et rien ne pourra empêcher un patient de se présenter au cabinet du médecin ou aux urgences spontanément. Mais il semble bien évident que les enjeux d'une pandémie sont très différents de ceux de la maîtrise des dépenses de santé qui ont motivé la diminution des visites en pratique libérale.

Toutes les questions sans réponses précises limitent l'adhésion des médecins au plan.

A travers les propos des médecins apparaît un autre frein à leur implication dans le plan : ce sont les motifs personnels. Tel médecin plus âgé rentrera chez lui lorsqu'il sera fatigué, telle mère de famille restera auprès de son enfant s'il est gravement malade. La peur de la maladie pourrait inciter certains à ne pas travailler s'ils craignent pour leur sécurité.

Le DILGA indique le 17 mai 2006 que « *la partie distale du plan n'est pas encore mise en place* ». Il estime que cette partie distale doit être coordonnée par les services déconcentrés de l'État qui sont au contact des réalités du terrain. La communication faite par le gouvernement et les médias est restée jusqu'à maintenant à sens unique. Cela montre l'importance de l'action locale pour ancrer le projet national au niveau des acteurs de terrain.

Une information meilleure information du public est souhaitée par un médecin. L'INPES a créé des documents d'éducation à l'hygiène à destination du grand public. Le Canada va plus loin en donnant des informations sur la planification individuelle : faire des provisions pour 2 semaines en liquides (soupes, jus de fruits, ...), antipyrétiques et rechercher une personne susceptible de garder les enfants si les écoles étaient fermées. Par ailleurs, un guide d'autosoins en cas de grippe est publié.

6.2.3 Les médecins libéraux et internet

Les moyens de joindre les médecins dépendent des moyens de communication dont ils disposent et du degré d'urgence du message. Ils dépendent des moyens dont dispose l'émetteur du message mais aussi de l'existence de listes à jour de leurs coordonnées.

Les médecins libéraux n'ont pas tous le même comportement en ce qui concerne les moyens de communication qui leur permettent de s'informer et d'être informés.

Si certains utilisent internet dans le cadre professionnel, d'autres non. En 2005 un rapport

du Sénat⁵⁰ indique qu'une forte proportion de médecins libéraux est informatisée (80 à 85%) mais que leur utilisation principale serait la télétransmission des feuilles de soins électronique (FSE). Parmi les médecins informatisés, seuls 20% auraient accès à l'internet haut débit.

Dans un monde de technologie comme celui dans lequel nous vivons, avec un métier hautement technologique comme l'est devenu la médecine, nous pouvons nous interroger sur la faible pénétration d'internet parmi les médecins libéraux. L'absence d'internet à haut débit dans certaines zones géographiques diminue sans doute son utilisation. La carte placée en annexe VI montre que la totalité du département de l'Essonne n'est pas couverte par internet à haut débit. Que certains médecins en zone rurale, où la technologie haut débit n'est pas disponible, ne soient pas utilisateurs habituels peut se comprendre. En revanche, dans les zones correctement équipées, on pourrait s'attendre à une très forte popularité de ce mode de communication et d'information.

Un frein à l'utilisation d'internet cité par un des médecins est l'incompétence technique dans laquelle il se trouve face à cet outil. Le temps manque aux médecins pour beaucoup de choses et l'acquisition du savoir-faire concernant internet est un investissement qui peut ne pas leur paraître utile. En effet, ne s'en sont-ils pas passés jusqu'à maintenant ?

Un autre problème évoqué est celui de l'excès d'information dont le médecin est destinataire. Internet peut être perçu comme un facteur aggravant de cette situation.

La situation au Québec est assez similaire à celle qui est la nôtre puisqu'internet n'est pas le mode de communication le plus répandu professionnellement pour les médecins. La mise à jour des listes constitue également une préoccupation importante des services de Santé Publique.

6.2.4 Confrontation avec les hypothèses de départ

Les hypothèses de départ ont permis d'orienter le travail de recherche.

La première hypothèse concernait les listes utilisables pour joindre les médecins. Nous avons constaté que plusieurs organismes détiennent des listes, que celles-ci présentent toutes des défauts et que la maintenance d'une liste sur la base du volontariat est très

⁵⁰ Rapport d'information n° 62 (2005-2006) de M. Jean-Jacques JÉGOU, fait au nom de la commission des finances, déposé le 3 novembre 2005 consulté en mai 2006 sur le lien <http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-062.html>

difficile. Il est probable que la liste de l'Assurance Maladie soit très pertinente pour les médecins libéraux. En effet, ils sont majoritairement conventionnés et doivent être identifiés par l'Assurance Maladie pour que celle-ci rembourse les soins aux patients. La liste des Pages Jaunes ne comporte que les abonnés à France Telecom, ce qui, aujourd'hui, ne pose pas de problème puisqu'on peut supposer que la plupart des médecins sont toujours abonnés à l'opérateur historique. Qu'en sera-t-il à l'avenir ?

Enfin, lorsque qu'un abonné quitte totalement France Télécom pour un autre opérateur (dégroupage), le fonctionnement du fax n'est plus garanti.

Nous constatons que la mise à jour d'une liste est une difficulté réelle surtout lorsqu'elle se base sur le volontariat.

La seconde hypothèse concernait les moyens d'information utilisés par les médecins et l'influence de ceux-ci sur la façon dont l'État peut communiquer avec eux. Il apparaît clairement une hétérogénéité à la fois dans l'utilisation d'internet par les médecins généralistes et dans leur recours aux séances de formation médicale continue. Les décrets d'application concernant la formation médicale continue⁵¹ et l'évaluation des pratiques professionnelles⁵² sont parus en juin 2006. Les moyens de communication doivent donc s'adapter aux possibilités des médecins et rester variés.

La troisième hypothèse concernait la perception de la communication institutionnelle par les médecins. Nous avons constaté qu'il existe une certaine réserve des personnes interrogées sur la qualité et l'objectif de la communication de l'État envers elles. Certaines craignent une demande de travail supplémentaire, d'autres mettent en doute la qualité des messages reçus. L'Assurance Maladie est souvent mal perçue, ce qui est en cohérence avec les rapports historiques entre médecin libérale et État mais aussi avec la politique de maîtrise des dépenses de santé. Un effort de communication sur le travail de la DDASS et de son intérêt pour la médecine libérale serait utile.

6.3 Préconisations

Les préconisations visent à proposer des pistes de travail au sein de la DDASS pour permettre une bonne communication entre les médecins libéraux et l'État en cas de pandémie grippale.

⁵¹ Décret no 2006-650 du 2 juin 2006 relatif à la formation médicale continue

⁵² Décret n° 2006-653 du 2 juin 2006 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

6.3.1 Les listes

Les moyens de joindre les médecins dépendent aussi des moyens techniques dont dispose l'émetteur du message ainsi que de l'existence de listes à jour.

Des listes fiables des coordonnées des professionnels de santé doivent être à la disposition de la DDASS le plus rapidement possible. Plusieurs possibilités existent, en particulier la mise en commun des listes de l'assurance maladie et de la liste ADELI. Le problème à résoudre est celui de l'accord à obtenir de l'assurance maladie et de la CNIL pour que cette opération se fasse. Des négociations à un échelon national devraient aboutir à une solution puisque le RPPS est en cours de réalisation et qu'à terme, les données qu'il contiendra seront à la disposition des deux structures.

La seconde solution est l'acquisition de fichiers commerciaux par la DDASS. Ceci aurait un coût mais permettrait un croisement avec le fichier ADELI à partir d'un format Excel et l'utilisation aisée du système d'alerte de la préfecture.

La troisième possibilité est la création d'un fichier Excel à partir de la liste ADELI, croisée avec le fichier de l'Assurance Maladie disponible sur internet.

Dans tous les cas, les données doivent être régulièrement actualisées.

Toutefois, ces systèmes ne permettront de joindre les professionnels de santé qu'aux heures d'ouverture du cabinet puisque aucune liste ne contient leurs coordonnées personnelles.

6.3.2 La concertation

La mise en place d'une formation sur le plan gouvernemental de préparation à une pandémie grippale destinée à l'ensemble des professionnels de santé dans des délais courts a été décidée par le gouvernement en mai 2006. Dans l'intervalle, chaque médecin a reçu un kit de formation comprenant un CD-Rom et un échantillon de masque FFP2. Ceci devrait remédier au manque de connaissances sur le sujet et espérons le, permettre une meilleure implication des médecins généralistes libéraux.

L'élaboration des nouvelles modalités de la permanence des soins entre 2002 et 2005 a été un moteur en Essonne. La concertation a duré deux ans avec un pilotage de la DDASS. Nombre d'acteurs ont participé à cette concertation, en particulier les médecins libéraux. Le CODAMUPS a été le lieu de la prise de décision finale avant proposition au préfet.

Le CODAMUPS, avec ses sous groupes, est la structure de base de la permanence des soins. Le travail de préparation à la pandémie grippale le concerne au premier chef. Il paraît opportun de faire travailler le sous-comité médical sur l'organisation des soins en

ville, tout particulièrement sur le quadrillage des villes et les moyens à mettre en œuvre dans les zones rurales.

La cellule grippe départementale renforcée prévue par la fiche A6 du plan est une structure plus large que le CODAMUPS qui doit être activée en phase 4B. Pour avoir une efficacité, la cellule départementale grippe renforcée devra se scinder en groupes de travail pour faire avancer la réflexion sur les différents points du plan pandémie qui n'ont pas encore leur solution au plan local. Ce travail doit se faire en situation pré-pandémique car, le moment venu, chacun devra assurer ses fonctions sur le terrain. En Essonne, la cellule départementale renforcée est nommée. La première réunion est prévue le 5 juillet 2006. L'intérêt d'un travail au niveau local est qu'il permet de prendre en compte les particularités de chaque département. Dans notre département, les zones urbaines et rurales ainsi que les deux zones considérées comme déficitaires en médecins généralistes devront faire l'objet d'une réflexion particulière.

Les questions sans réponse concernant les masques et l'organisation concrète de la prise en charge des patients doivent être abordées avec les médecins libéraux. Il se peut que le quadrillage soit une bonne solution en ville mais qu'à la campagne, il vaille mieux prévoir des centres de consultation « fièvre » par exemple.

Actuellement, le Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences (CERVEAU)⁵³ assure une veille sur l'activité hospitalière afin de mieux gérer l'offre de soins en situation d'urgence. Les informations qu'il collige concernent entre autres le nombre de passages aux urgences avec le type de pathologies présentées, l'activité du SAMU et le nombre de lits (en particulier lits de réanimation) disponibles dans la région. Le plan blanc de chaque établissement de santé prévoit une cellule de crise qui fonctionne en cas d'afflux massif de patients. Il paraît nécessaire de poursuivre dans cette voie et qu'un interlocuteur des médecins libéraux soit désigné dans chaque établissement pour réguler les hospitalisations dans sa structure en cas de pandémie.

6.3.3 Organisation d'une communication de proche en proche

Nous avons vu qu'aucun moyen de communication n'est capable d'atteindre une exhaustivité à 100 % des médecins libéraux du fait de l'imperfection des listes et parce que les médecins ne sont pas tous joignables en même temps par une seule voie. Une combinaison de différents moyens paraît souhaitable (téléphone et internet par exemple).

⁵³ Lettre d'information de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France mars 2006 n°4 p4

En cas d'impossibilité d'utiliser les moyens de communication habituels, d'autres voies peuvent être explorées.

La communication envers les médecins libéraux peut se concevoir de façon pyramidale : le message est transmis par la DDASS à un petit nombre d'interlocuteurs qui le répercutent aux médecins de leur environnement qui eux-mêmes le diffusent. Une chaîne serait ainsi formée par les médecins eux-mêmes. Les présidents des amicales pourraient jouer ce rôle dans les zones du département où elles existent encore. L'adaptation du nombre d'amicales au nombre de territoires de santé serait un élément facilitateur. De même, les associations de formation médicale continue locales pourraient être un relais. Ce système pourrait fonctionner dans les deux sens au moment de la pandémie et permettre d'informer les autorités des médecins présents ou non sur le terrain au fil du temps. L'absence d'un médecin (pour cause de maladie par exemple) fera peser le poids de son travail sur un collègue. Les renforts pourraient être répartis au mieux en fonction des besoins.

Les mairies doivent assurer une permanence qui les rend joignables 24 heures sur 24. Cela constitue une piste à explorer pour se rapprocher des médecins. La cellule grippe départementale élargie sera une instance réunissant les représentants des médecins libéraux et des maires. Elle constituera un lieu d'échange privilégié entre ces acteurs.

6.3.4 Favoriser l'accès à internet et la communication par email

Si l'utilisation d'internet pour la télétransmission est importante chez les médecins généralistes libéraux, elle ne l'est pas autant comme moyen de communication. Si les médecins qui se forment par internet (e-learning) pouvaient obtenir reconnaissance de cette formation, cela pourrait favoriser son développement. Les jeunes médecins sont « de la génération internet » mais combien de temps faudra-t-il pour que tous les médecins le soient ? Peut-on concevoir aujourd'hui qu'un médecin n'utilise pas le téléphone ? Peut-on concevoir aujourd'hui qu'un médecin n'utilise pas internet si la technologie est disponible sur son lieu d'exercice ?

Le document Cerfa d'inscription au répertoire ADELI nécessite une mise à jour puisqu'il fait référence à des articles abrogés. Pour cela, les décrets d'application de l'ordonnance n° 2003-850 permettant l'application de l'article 24-11 qui précise les modalités de transmission de la liste des médecins du conseil départemental de l'ordre des médecins doit être pris. Dans le même temps, la communication d'une adresse internet pourrait être rendue obligatoire pour tout médecin qui télétransmet ses feuilles de soins. Tous les fournisseurs d'accès à internet mettent à la disposition de leurs abonnés une boîte aux lettres. Une explication de l'utilité pour eux comme pour l'administration de la mise à jour

de leurs coordonnées devrait leur être remise à leur passage à la DDASS. Elle pourrait mentionner les principaux sites internet mis à la disposition des médecins par les services de l'État. Peut être cela inciterait-il les médecins à consulter de temps en temps internet et leur boîte aux lettres.

Une note pourra être rédigée par le MISP et proposée au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, à destination du chef de service en charge de l'inscription et de la gestion du fichier ADELI, afin de lui demander de porter une attention particulière au renseignement du numéro de téléphone et de l'adresse internet par les nouveaux médecins du département.

Il serait intéressant que les services déconcentrés puissent bénéficier d'outils similaires à DGS-urgent pour communiquer au plan local uniquement (cas de méningite ou de légionellose par exemple) avec les médecins qui seraient volontaires. Cela pourrait contribuer à faciliter les échanges au niveau local entre la DDASS et les professionnels de santé. Cela pourrait favoriser les déclarations de maladies à déclaration obligatoire par les médecins libéraux car ils seraient informés des suites données à certaines de ces déclarations. Une étude de faisabilité est nécessaire en particulier avec le service de veille sanitaire et le service informatique de la DDASS.

6.4 Rôle du MISP dans les services déconcentrés de l'État dans le cadre de la lutte contre une pandémie grippale

Le MISP est impliqué dans le dossier de la permanence des soins en Essonne. Une pandémie grippale pose la question de la permanence des soins 24 heures sur 24 dans une situation difficile puisque la vie du pays serait ralentie dans tous les domaines. Ainsi, le problème sanitaire se cumulerait avec de multiples autres préoccupations. La DDASS est conseillère technique du préfet en matière sanitaire et le MISP a son rôle à jouer dans cette fonction. Il sera donc nécessairement sollicité au cours d'une pandémie.

Le MISP a pour mission la veille sanitaire et une pathologie telle que la grippe aviaire suppose une réaction immédiate en cas de suspicion de cas humain puis une surveillance de l'évolution.

Le MISP peut aussi prendre en charge l'élaboration des plans. Ainsi, il assure la cohérence du plan de préparation à une pandémie grippale avec les autres plans en cours tels que le plan blanc élargi le département. Il facilite la mise en place locale d'un plan national par son activité d'animation des politiques de santé.

Par sa formation et son travail de proximité, le MISP est un interlocuteur naturel des médecins libéraux.

Conclusion

La prise en compte des risques qui peuvent affecter la population est une priorité gouvernementale déclinée dans le Plan Régional de Santé Publique qui doit comporter un volet relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire. Ces risques, qui sont de nature multiples, peuvent être prévisibles ou non. La survenue du SRAS en 2003, surprise internationale, a réactivé la préparation mondiale à une pandémie grippale que l'OMS avait tenté d'enclencher dès 1999. La France travaille actuellement sur son plan de préparation à une pandémie grippale en cohérence avec les recommandations internationales. Les actions gouvernementales, tout particulièrement sur le plan de la communication, se sont succédées tout au long de la réalisation de ce mémoire. Pour la partie sanitaire, les médecins libéraux et tout particulièrement les médecins généralistes, devraient être les premiers acteurs de la prise en charge de la population. Ceux-ci doivent être informés, joignables et adhérer au plan pour que celui-ci puisse être opérationnel le moment venu. Ce travail a montré que la réceptivité des médecins généralistes libéraux à la communication de l'État envers eux est médiocre, tout particulièrement dans le cadre de la préparation à une pandémie grippale qu'ils ne ressentent pas comme une priorité. Leur adhésion au plan n'est pas acquise et la réponse aux questions qu'ils se posent est un préalable à leur implication. Les propositions gouvernementales en direction des médecins libéraux apparues depuis mars 2006 et en particulier les actions de formation, devraient concourir à améliorer notablement leur niveau de connaissance et donc d'implication. La concertation au niveau local est apparue comme un élément facilitateur de la cohésion des acteurs autour de tels projets gouvernementaux.

BIBLIOGRAPHIE

Articles et rapports

AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS – *Saisine n° 2005-SA-0258 – Denrées*, émis le 23 février 2006

Compte rendu d'audition du 2/11/2005 de M. Houssin, DILGA, auprès de l'assemblée nationale [en ligne] <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/miga/05-06/c0506003.asp>> consulté le 2 mai 2006

BARBIER G. Avis n°103-51 de novembre 2005 rendu pour la commission des affaires sociales du parlement [en ligne] <<http://www.senat.fr/rap/a05-103-5/a05-103-51.pdf>> visité en mai 2006

COHEN J.M., MOSNIER A., LIVARTOWSKI A. *L'impact médico-économique de la grippe en France, de 1996 à 2000*. Rapport GEIG, GROG Paris. p1-3

COHEN J.M. *Le Panorama du Médecin*, n° 5005 p15-19 13/02/2006

DOYLE A., BONMARIN I., LEVY-BRUHL D. et al., *Préparation à la lutte contre une pandémie grippale - Analyse de stratégies*. Institut de veille sanitaire, janvier 2005, mise à jour le 5 janvier 2006 [en ligne] consulté en février 2006 disponible sur internet <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/pandemie_grippale_170205/index.html>

DGS/GTND0 (Groupe National Technique chargé de la Définition des Objectifs en préparation de la Loi Relative à la Politique de Santé Publique) *Grippe* [en ligne] disponible sur internet visité le 28 mars 2006
<http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/losp/19grippe.pdf>

GIRARD J.F., SALMI R., LALANDE F. et al., *Rapport d'étape sur la Mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France* Ministère de la Santé et des Solidarités 14 mai 2006

GUICHARD C. *Atouts et limites de la communication dans la gestion d'une crise mondiale à propos du SRAS. Expérience en Seine Saint Denis Rennes : 2005* 81p.

InVS : *La surveillance épidémiologique de la grippe en France : renforcement des systèmes de surveillance Bilan de la saison grippale 2004-2005* [en ligne] visité mars 2006 disponible sur internet

<http://www.invs.sante.fr/publications/2005/grippe_2004_2005/index.html>

LEGUEN J.M., DOOR J.P., *Rapport fait au nom de la mission d'information sur la grippe aviaire : mesures préventives. Tome 1 : Menace de pandémie grippale : préparer les moyens médicaux.* Paris : Assemblée Nationale 26 janvier 2006, OPECST Assemblée Nationale p. 24/330

DOOR J.P., BLANDIN M.C. *Le risque épidémique Tome I : Rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques.* Assemblée Nationale p 19, p168 [en ligne] visité en janvier 2006 disponible <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i2327-t1.asp>>

GOUVERNEMENT FRANÇAIS *Plan gouvernemental n°1700/SGDN/PSE/PPS Plan gouvernemental de prévention et de lutte « Pandémie grippale »* [en ligne] actualisé en janvier 2006 consulté en janvier 2006 disponible <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe_aviaire/index.htm>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE *Application du Règlement sanitaire international* document WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5 p1 [en ligne] visité en avril 2006 disponible <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/WHA59_2-fr.pdf>

POSTEL-VINAY N., COQUIN Y., *Le dispositif de sécurité sanitaire à la lumière de quelques exemples de gestion des risques in Le praticien face aux risques sanitaires La revue du Praticien* 30 novembre 2005 Tome 55 p1995-2045

REDACTION DE LA REVUE PRESCRIRE *Les antiviraux dans la grippe La Revue Prescrire* 2005 n°265, p 678-691

SANTE CANADA, *Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza 2004 annexe G* p 271 [en ligne] visité en juin 2006 disponible <http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/pandemicplan_f.html>

SAUTEGEAU A. *Permanence des soins en Essonne, Comment mieux répondre aux besoins de la population.* Rennes : ENSP 2005

SENAT *Rapport d'information n° 62 (2005-2006), L'informatisation dans le secteur de la santé.* [en ligne] consulté en mai 2006 <http://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-062.html>

VAN DER WERF S. CONTRIBUTION Maladies virales émergentes et mécanismes d'émergence in la *lettre n° 17 / automne 2005 de l'Académie des sciences* p11-13 [en ligne] visité en février 2006 disponible <http://www.academie-sciences.fr/publications/lettre/pdf/lettre_17.pdf>

Sites et documents électroniques

AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS *Fiche Influenza aviaire* [en ligne] consulté le 18 mars 2006 <www.afssa.fr/ftp/afssa/34089-34090.pdf>

DECOSTER A. *Cours de microbiologie de la faculté libre de Lille* [en ligne] disponible sur internet à l'adresse <http://anne.decoستر.free.fr/d1viro/indexvir.html> consulté en mars 2006

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE *Aide-mémoire* Bureau de la politique vaccinale (SD5C) et cellule communication Mise à jour : septembre 2005 [en ligne] visité le 28 mars 2006 <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe/faq_grippe_saison.htm>

EUROSURVEILLANCE (mensuel) [en ligne] visité en juin 2006 <<http://www.eurosurveillance.org>>

CENTRE EUROPEEN POUR LA PREVENTION ET LE CONTROLE DES MALADIES [en ligne] visité en avril 2006 <http://www.europa.eu.int/agencies/community_agencies/ecdc/index_fr.htm>

HANNOUN C. *Les plans pandémiques antigrippaux en Europe : historique et principes* Mars 1998 [en ligne] consulté en février 2006 disponible sur internet <<http://www.eurosurveillance.org/>>

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE *Point au 22 mars 2006* [en ligne] consulté en mars 2006 <http://www.invs.sante.fr/surveillance/grippe_aviaire/default.htm>

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE *Aide-mémoire* [en ligne] consulté en mars 2006 <http://www.invs.sante.fr/presse/2004/aide_memoire/grippe/index.html>

OFFICE INTERNATIONAL DES EPIZOOTIES [en ligne] consulté en mars 2006
<<http://www.offlu.net/> >

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE *Aide-mémoire grippe aviaire* [en ligne] visité en mars 2006 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/fr/index.html>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE *Grippe aviaire : évaluation du risque de pandémie, janvier 2005* [en ligne] visité en mai 2006
<www.who.int/entity/csr/disease/avian_influenza/guidelines/WHO_CDS_2005_29/fr/ >

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE *Influenza Pandemic Plan. The Role of WHO and Guidelines for National and Regional Planning* [en ligne] visité en avril 2006
<<http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/whocdscsredc991.pdf>>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE *Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie-GOARN* [en ligne] visité en avril 2006
<<http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/goarnfrench.pdf>>

Ouvrages

AMADO G., GUITTET A. *La dynamique des communications dans les groupes*. Paris, Armand Colin, 1975, p. 3

DERENNE J.P., BRICAIRE F. *Pandémie la grande menace Grippe aviaire 500 000 morts en France ?* PARIS ; Fayard ;2005, 320 p

GESSAIN A., MANUGUERRA J.C. *Les virus émergents*. Paris, PUF, Collection Que Sais-je 2006 128 p

HATZFELD H. *Le grand tournant de la médecine libérale* Paris : Editions ouvrières, 1963, page 202.

INSEE *Tableaux de l'Économie Française 2005/2006*. Paris : INSEE

LAGADEC P. *La gestion des crises – Outils de réflexion à l'usage des décideurs*. New York : McGraw Hill, 1991. 300p

Harold LASSWELL, *Politics : who gets what, when, how ?* New York: McGraw Hill, 1936

Textes de loi

Loi du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire

Ordonnance du 7 août 1822 portant création du Conseil Supérieur de Santé, futur Haut Conseil de la Santé Publique

Loi du 15 février 1902 Loi relative à la protection de la santé publique. (JO du 19/02/1902)

Loi 98-535 1 Juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme (JO du 2 juillet 1998)

Loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (JO 5 mars 2002)

Loi 2004-806 9 Août 2004 : Loi relative à la politique de santé publique (JO du 11 août 2004)

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (JO du 17 août 2004)

Décret n° 2005-1202 du 22 septembre 2005 relatif au Comité national de santé publique et modifiant le code de la santé publique

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

Arrêté du 2 février 2006 relatif à la mise en place d'un nouveau traitement automatisé de gestion des listes départementales des professions réglementées par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles

Décret n° 2006-653 du 2 juin 2006 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

Décret no 2006-650 du 2 juin 2006 relatif à la formation médicale continue et modifiant la quatrième partie du code de la santé publique

Décision n° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 septembre 1998 instaurant un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies

transmissibles dans la Communauté (Journal officiel n° L 268 du 03/10/1998 p. 0001 – 0007)

Décision 2000/57/CE de la Commission, du 22 décembre 1999, concernant le système d'alerte précoce et de réaction pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles prévu par la décision no 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil (Journal officiel L 21 du 26. 01. 2000).

Règlement (CE) n° 851/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 21 avril 2004, instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : Population et répartition des médecins généralistes en Essonne

ANNEXE II : Courrier de l'URML aux médecins libéraux

ANNEXE III : Grille d'entretien avec les médecins généralistes libéraux

ANNEXE IV : Grille d'analyse des entretiens

ANNEXE V : Repères Pour Votre Pratique

ANNEXE VI : Accès à l'ADSL en Essonne

ANNEXE II COURRIER DE L'URML AUX MEDECINS LIBERAUX

Réf. : BH/AG/AO/0512056

Paris, le 6 décembre 2005

OBJET : URGENT ORGANISATION GRIPPE AVIAIRE

Cher Confrère,

L'émergence, à partir d'un virus d'origine animale, d'un nouveau virus de la grippe à la fois très virulent et contagieux peut entraîner une pandémie telle que notre génération de soignant n'en a jamais connu.

La pandémie grippale de 1918-1919 est estimée avoir causé le décès de 20 à 40 millions de personnes sur l'ensemble du globe, dont environ 400 000 en France.

La réponse aux menaces identifiées par l'OMS repose sur notre capacité à nous organiser, médecins libéraux pour prendre en charge au mieux nos patients si le cas de transmission inter-humaine se déclare.

Dans la phase pré pandémique, l'Union Régionale des Médecins Libéraux a pour mission d'organiser les voies de transmission des informations vers les libéraux et de définir les modalités préférables de notre participation à cette prise en charge.

Afin de te tenir informé des évolutions du plan francilien nous te prions de bien vouloir mettre à jour tes coordonnées dans la fiche ci-jointe en précisant notamment ton Email et fax.

Si tu ne disposes pas encore d'adresse électronique, l'occasion t'est donnée d'en créer une sans tarder.

Nous nous engageons à respecter la confidentialité de ces données et à n'utiliser ces adresses que dans le cadre des missions définies par la loi aux URML.

Je te prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Merci de mettre à jour vos coordonnées :

Etat civil

Civilité : Prénom : Nom :
Date de naissance : Date d'installation en IDF :

Coordonnées professionnelles

Rue : CP : Ville :
Tel : Port : Fax :
Mail :

Spécialité :

Convention :

- Souhaite participer à une soirée de formation « plan pandémie » organisée par l'URML IDF et recevoir à cette occasion des masques FFP2 (sous réserve d'obtention des financements)

A nous retourner par fax / courrier ou email :

URML IDF

Tél. : 01.40.64.14.70

104 boulevard de Montparnasse

ANNEXE III

Grille d'entretien avec les médecins généralistes libéraux

- 1- Crise sanitaire = ?
- 2- Perception de la grippe aviaire, possible comme crise sanitaire ?
- 3- Que fait-il si cas suspect se présente au cabinet ?
- 4- Information ce qu'il a eu sur la grippe aviaire, par quel biais, ce qu'il a trouvé pertinent, qualité de l'information ? Opinion sur le document « Repères pour votre pratique »
- 5- Formation : ce qu'il a eu sur le sujet, ce qu'il a trouvé pertinent, qualité des formations ?
- 6- Utilisation d'internet ? Buts ? Information professionnelle ? DGS-urgent ?
- 7- Rôle en cas de crise sanitaire telle que grippe aviaire (le sien, celui des médecins libéraux en général). Influence des conditions d'exercice
- 8- Opinion sur la communication institutionnelle en général envers les médecins libéraux ?
- 9- Moyens de le contacter, les médecins libéraux en général ?
- 10- Conduites à tenir proposées par ministère : prêt à suivre ?
- 11- Besoins des médecins libéraux pour assurer ce rôle
- 12- Propositions
- 13- Conditions de réussite d'une bonne prise en charge d'une pandémie
- 14- Écueils à une bonne prise en charge
- 15- Généralités

Présentation générale : cursus, ancienneté d'installation, expériences antérieures, famille

Fonctionnement du cabinet : urbain, rural, association ?

Les questions n'étaient pas formalisées afin de laisser plus de souplesse à l'entretien.

ANNEXE IV

Grille d'analyse des entretiens avec les médecins généralistes libéraux

1. Typologie des médecins interrogés
2. Opinion sur la survenue d'une pandémie grippale
3. Moyens de formation et d'information des médecins interrogés
4. Opinion sur les moyens d'information les plus adaptés à la médecine libérale
5. Opinion des médecins sur la communication institutionnelle
6. Opinion des médecins interrogés des courriers qu'ils reçoivent
7. Opinion sur les recommandations qu'ils reçoivent concernant leur pratique
8. Opinion des médecins sur la brochure INPES et la conduite à tenir en cas de pandémie
9. Opinion sur leur rôle en cas de pandémie
10. Opinion sur les besoins des médecins pour une bonne prise en charge d'une pandémie
11. Opinion des médecins sur les écueils à une bonne prise en charge d'une pandémie

ANNEXE V

Les 4 pages suivantes sont le document scanné « Repères pour votre Pratique » présenté aux médecins généralistes lors des entretiens. L'original est un document en couleurs de format A4 sur papier glacé en double feuillet. Il est disponible sur internet sur le site www.sante.gouv.fr

État des connaissances : octobre 2005 - Document réservé aux professionnels de santé



Ministère de la Santé
et des Solidarités

*Repères pour
votre pratique*

Conduites à tenir en cas de risque de pandémie grippale à H5N1

L'objet de ce document est d'informer les professionnels de santé sur les conduites à tenir aux différentes phases du « plan pandémie grippale ».

Qu'est-ce qu'une pandémie grippale ?

Une pandémie grippale est définie comme une forte augmentation, dans l'espace et dans le temps, des cas de grippe. Elle fait suite à la circulation d'un virus de **composition antigénique nouvelle** contre lequel l'immunité de la population est faible ou nulle. Cette émergence entraîne un nombre de cas important et une mortalité élevée. La menace d'une pandémie grippale est liée à l'apparition d'un nouveau virus de la grippe non couvert par les vaccins actuels.

Caractéristiques d'une grippe pandémique à virus H5N1

- Si elle survenait, la grippe pandémique devrait présenter les caractéristiques cliniques d'une grippe saisonnière classique, mais elle pourrait présenter des caractéristiques nouvelles : manifestations extra-pulmonaires par exemple, risque de complications et populations touchées. Ces nouvelles caractéristiques ne pourront être connues qu'en début de pandémie.
- Comme pour tout virus grippal, sa transmission devrait se faire essentiellement par les sécrétions respiratoires à l'occasion d'éternuements ou de toux, mais une transmission indirecte, par l'intermédiaire des mains, sera possible.

La France a élaboré et rendu public un **plan national de lutte contre une pandémie grippale** fondé sur l'état actuel des connaissances scientifiques (disponible sur le site Internet du ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr>). Il a pour objet :

- d'assurer la mise en place d'un dispositif visant à prévenir l'apparition et à contenir la diffusion d'un nouveau virus grippal en phase pré pandémique ;
- d'organiser une réponse adaptée du système de santé à l'augmentation massive et rapide des besoins de prise en charge ;
- d'en limiter l'impact global sur la société.

Quel rôle pour les professionnels de santé ?

Lors d'une pandémie grippale, les professionnels de santé seront amenés à prendre en charge plusieurs millions de malades en un temps court (vague pandémique estimée à 12 semaines), dans des conditions difficiles.

Face à cette éventualité, vous devez vous **équiper dès maintenant du matériel de protection nécessaire** :

- masques FFP2 (ou à défaut FFP1) et masques chirurgicaux pour le patient,
- lunettes de protection ou, à défaut, lunettes de vue ou de soleil (protection des conjonctives),
- gants plastiques jetables, solution hydroalcoolique.

Le plan comporte **plusieurs phases**. Les professionnels de santé seront avertis de chaque changement de phase par les autorités sanitaires.

- ▶ **Phase pré pandémique SANS transmission inter humaine** (phase d'alerte OMS) :
existence de nombreux foyers d'épizootie aviaire et de cas d'infection humaine à virus aviaire H5N1 sans transmission inter humaine efficace (situation observée depuis décembre 2003) ;
- ▶ **Phase pré pandémique AVEC transmission inter humaine limitée** (phase d'alerte OMS) :
phase intermédiaire, avec transmission interhumaine d'un nouveau virus grippal H5N1 et nombre limité de foyers de cas humains.
- ▶ **Phase pandémique.**
Extension de l'épidémie liée au nouveau virus.

▶ En phase pré pandémique SANS transmission interhumaine

Quand suspecter un cas de grippe à virus H5N1 ?

Les cas devant faire l'objet d'une investigation sont appelés « cas possibles » et répondent à 2 types de définition, selon que le sujet revient d'un pays où des cas humains ont été notifiés ou d'un pays où sévit l'épizootie, sans cas humain notifié.

1^{er} cas

- Patient qui présente un syndrome respiratoire aigu : fièvre ($t^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$) et toux et/ou dyspnée ;
- ET qui revient d'un pays où sévit l'épizootie avec cas humains notifiés : cf liste des pays sur le site Internet de l'InVS ou du ministère de la santé ;
- ET qui a eu dans les 7 jours précédant le début des signes,
 - un contact prolongé, ou répété, ou rapproché à moins d'un mètre avec des volatiles (vivants ou morts, ou leurs fientes) ;
 - ou un contact avec un cas humain confirmé de grippe H5N1.

2^e cas

- Patient qui présente une détresse respiratoire aiguë au décours d'un syndrome grippal,
- ET qui revient depuis moins de 7 jours d'un pays où sévit l'épizootie liée au virus H5N1 sans cas humain notifié : cf liste des pays sur le site Internet de l'InVS ou du ministère de la santé ;

La définition des cas, avec les spécifications des zones d'épizootie, et la conduite à tenir sont disponibles sur le site Internet de l'Institut de veille sanitaire (www.invs.sante.fr) ainsi que sur le site du ministère de la Santé (www.sante.gouv.fr). Elles sont régulièrement actualisées.

Vous suspectez un cas de grippe H5N1. Que faire ?

- **Appeler le centre 15.** Tous les appels concernant des cas suspects de grippe aviaire sont centralisés par le centre 15 qui, en fonction des signes cliniques et de l'exposition du patient, examine si ce dernier répond à la définition de cas possibles, avec l'aide de l'Institut de veille sanitaire (InVS) si nécessaire.

- Si le centre 15 retient le diagnostic de cas possible, la validation par l'Institut de veille sanitaire, s'il n'a pas été déjà contacté, est systématique, en vue de confirmer le classement.
- **Si on a affaire à un cas possible :**
 - utiliser le matériel de protection requis (encadré 1) si prélèvement et examen clinique ;
 - organiser le prélèvement naso pharyngé à visée diagnostique, en lien avec le centre 15 ;
 - discuter de l'hospitalisation du cas avec le centre 15 ;
 - prescrire le plus tôt possible le traitement curatif précoce à la personne, dans les 48 premières heures après le début des symptômes : oseltamivir (Tamiflu®), selon les indications de l'AMM, après que le prélèvement naso pharyngé ait été effectué et sans attendre la confirmation du diagnostic ;
 - en cas de maintien à domicile, expliquer les précautions particulières d'hygiène à adopter au patient et à son entourage (encadrés 2 et 3) ;
 - suivre le patient jusqu'à sa guérison, en lui demandant d'appeler si son état s'aggrave.

En pratique, signalement, investigation et suivi

- le centre 15 signale les cas à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) ;
- la Ddass, en liaison avec la cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) et l'InVS, initie l'investigation autour du cas qui vise à fournir une description clinique et épidémiologique détaillée du cas possible, à assurer le suivi du patient et à rechercher d'éventuels sujets ayant partagé la même exposition (sujets co-exposés).

encadré 1

Précautions pour le médecin

1) Afin d'assurer votre propre protection, se munir de l'ensemble des éléments suivants, tant pour examiner le patient que pour effectuer un prélèvement naso pharyngé :

- masque type FFP2 (à défaut FFP1) et lunettes de protection (ou à défaut, de vue ou de soleil) : IMPERATIFS en cas de prélèvement naso-pharyngé ;
- gants plastiques jetables ;
- sac poubelle en plastique se fermant hermétiquement ;
- solution hydroalcoolique pour désinfecter les mains, lingettes désinfectantes ou alcoolisées pour désinfecter le matériel.

2) Se désinfecter les mains avec une solution hydroalcoolique dès la fin de l'examen clinique et à la sortie de la chambre, désinfecter le matériel médical utilisé (stéthoscope...) lors de l'examen avec une lingette alcoolisée.

encadré 2

Conseils pour le patient suivi à domicile

1) Dès le début des symptômes, placer le malade dans une pièce en limitant les contacts avec son entourage,

2) Rappeler les conseils d'hygiène essentiels :

- se couvrir la bouche lors d'une toux, puis se laver les mains,
- se couvrir le nez lors des éternuements, puis se laver les mains,
- se moucher avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle recouverte d'un couvercle, puis se laver les mains, de même pour les masques chirurgicaux usagés,
- cracher systématiquement dans un mouchoir en papier à usage unique jeté dans une poubelle recouverte d'un couvercle, puis se laver les mains.

encadré 3

Mesures de prévention dans l'entourage

- 1) Aérer régulièrement la pièce,
- 2) Adopter une hygiène rigoureuse des mains après chaque contact avec le malade (solution hydroalcoolique ou savon).

Critères d'hospitalisation à signaler au centre 15 (liste non exhaustive)

1) Critères médicaux :

Chez l'enfant

- difficultés alimentaires,
- tolérance clinique médiocre de la fièvre, malgré les mesures adaptées,
- signes de déshydratation aiguë associée,
- existence de troubles de la vigilance,
- signes de détresse respiratoire, apnées,
- contexte particulier : très jeune âge (< 3 mois), antécédents de prématurité et/ou situations à risque connues.

Chez l'adulte

- troubles de la vigilance, désorientation, confusion,
- pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg,
- température inférieure à 35°C ou supérieure ou égale à 40°C,
- fréquence respiratoire supérieure à 30/min,
- fréquence cardiaque supérieure à 120/mn.

2) Critères **psychologiques et sociaux** (isolement impossible, panique, souhait de la personne et/ou de sa famille du fait de difficultés, précarité familiale, ...) : à évaluer par le médecin.

► En phase pré pandémique AVEC transmission interhumaine limitée

C'est une phase intermédiaire, au cours de laquelle la situation a évolué : survenue de quelques cas de grippe H5N1 avec transmission de personne à personne.

Que faire ?

- appeler le centre 15 pour une évaluation téléphonique,
- organiser le prélèvement naso pharyngé, en lien avec le centre 15,
- **renforcer les mesures de protection**, pour vous, pour le patient et pour l'entourage (encadrés 1 bis, 2 bis et 3 bis),
- discuter de l'hospitalisation du cas possible avec le centre 15,
- prescrire le plus tôt possible le traitement curatif précoce à la personne, dans les 48 premières heures après le début des symptômes : oseltamivir (Tamiflu®), selon les indications de l'AMM, après que le prélèvement naso pharyngé ait été effectué et avant confirmation du diagnostic,
- les dispositions concernant les sujets contacts (prescription d'oseltamivir - Tamiflu® - en prophylaxie pour l'entourage, quarantaines...) sont actuellement évaluées par les autorités sanitaires et seront communiquées ultérieurement aux professionnels de santé,
- en cas de maintien à domicile, suivre le patient jusqu'à sa guérison, en lui demandant d'appeler si son état s'aggrave.

encadré 1 bis

Précautions pour le médecin

Pour limiter la transmission à cette phase, si un « cas possible » s'est présenté au cabinet, il faut, **en plus** des précautions décrites dans l'encadré 1 :

- aérer la salle d'attente et la salle d'examen,
- nettoyer avec une lingette désinfectante le matériel médical utilisé (stéthoscope...) et les objets touchés par le malade (poignées de porte, accoudoirs du fauteuil, ...),
- jeter dans un sac plastique hermétiquement fermé, mouchoirs en papier utilisés par le malade, masque, lingettes...
- éliminer le sac plastique avec les déchets d'activité de soins à risque (DASRI).

encadré 2 bis

Conseils pour le patient suivi à domicile

A cette phase, il faut, **en plus** des conseils décrits dans l'encadré 2 :

- **Renforcer les mesures d'isolement**. Le médecin vérifiera que ces mesures peuvent réellement être mises en œuvre au domicile,
- Prescrire des **masques chirurgicaux** qui seront utilisés par le malade lors de la présence d'un tiers dans sa chambre, ou s'il sort de sa chambre.

encadré 3 bis

Mesures de prévention dans l'entourage

A cette phase, il faut, **en plus** des mesures préconisées dans l'encadré 3 :

- porter un masque pour entrer dans la chambre du malade et limiter les contacts,
- nettoyer les objets courants du sujet (serviettes, couverts, linge, etc.) au savon et à l'eau chaude,
- jeter les déchets ménagers (mouchoirs en papier, masques chirurgicaux) dans un sac en plastique, hermétiquement fermé.

► En phase pandémique

Les signes cliniques de la grippe pandémique dépendront du nouveau virus. Ils seront analysés au tout début de la pandémie et seront alors largement communiqués à l'ensemble des professionnels de santé. A ce stade, il n'y aura plus lieu de pratiquer un prélèvement nasopharyngé à visée diagnostique. La décision d'hospitaliser le patient se fera selon des critères de gravité qui seront précisés au moment de cette phase. Les mesures de protection seront renforcées, pour le professionnel de santé, pour le patient et pour l'entourage (cf encadrés ci-dessus).

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer et pourront faire l'objet d'actualisations qui seront mises en ligne sur le site du ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr>

Plan national de lutte contre une pandémie
grippale du ministère de la Santé
<http://www.sante.gouv.fr>

Pour toute information aux voyageurs
Info Grippe Aviaire N° Indigo :
0 825 302 302 (0,15 € TTC/mn)

Le site d'information sur la grippe aviaire : <http://www.grippeaviaire.gouv.fr>

ANNEXE VI : Éligibilité à au moins une offre ADSL de France Telecom pour le département de l'Essonne à fin 2006

