



EHESP

MISP

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **septembre 2009**

**Organisation des soins
en situation de pandémie grippale
dans la Somme**

Michèle GORET

Remerciements

Je souhaite remercier Marie-Elisabeth COSSON et Isabelle JAMET pour leur soutien et leur aide sur la méthodologie au cours des ateliers de travail.

Je remercie Monsieur James BONITEAU pour sa gentillesse et sa disponibilité dans l'appui bureautique.

Je remercie également la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Somme qui m'a permis de suivre la formation de MISP et de réaliser ce mémoire.

Et pour leur participation à l'exercice de simulation de pandémie grippale, je remercie vivement tous les participants qui ont permis de tester la mise en place et le fonctionnement d'un centre de consultations dédié et d'améliorer le dispositif prévu.

Sommaire

Introduction	1
1 Présentation de la demande et du contexte :	3
1.1 Historique :	3
1.2 Contexte géographique :	4
1.3 Méthode de mise en œuvre de la demande.....	5
2 Organisation des soins en pandémie, dans la Somme	7
2.1 Dans les établissements de santé.....	7
2.2 En médecine ambulatoire	7
2.2.1 Renforcement de la régulation libérale :	8
2.2.2 Les centres de consultations dédiés à la pandémie	8
2.2.3 Elaboration d'un exercice de simulation de pandémie.....	15
2.2.4 Les centres de coordination sanitaire et sociale (CCSS).....	18
2.3 Les structures intermédiaires.....	20
2.4 Dans les établissements sociaux et médico-sociaux	25
3 Perspectives et orientations	29
3.1 Les enjeux :	29
3.2 La surveillance épidémiologique :	29
3.2.1 Les moyens.....	29
3.2.2 Les résultats.....	30
3.3 Stratégies d'intervention.....	32
3.3.1 La prévention	32
3.3.2 Freins à l'organisation des soins ambulatoires en pandémie	32
Conclusion :	37
Bibliographie	39
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARL	Association des Régulateurs Libéraux
CCD	Centre de Consultations Dédié
CCSS	Centre de coordination sanitaire et sociale
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CORRUSS	Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNR	Centre National de Référence
DASRI	Déchets d'Activité Sanitaire à Risque Infectieux
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DILGA	Délégation Interministérielle de Lutte contre la Grippe Aviaire
DPM	Direction de la Population et des Migrations
EHPAD	Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPRUS	Etablissement public de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
GROG	Groupe Régional d'Observation de la Grippe
H5N1	Hémagglutinine (5) Neuraminidase (1)
H1N1	Hémagglutinine (1) Neuraminidase (1)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
IME	Institut Médico Educatif
INPES	Institut National de la Promotion de l'Education et de la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS	Institut national de Veille Sanitaire
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
OIE	Organisation mondiale de la santé animale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCOM	Président du Conseil de l'Ordre des Médecins
RSI	Règlement Sanitaire International
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

Introduction

La grippe est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, d'origine virale. Une épidémie saisonnière hivernale peut toucher 5 à 15 % de la population. L'incubation de la grippe est de cinq à sept jours, silencieuse, puis surviennent les manifestations cliniques marquées par des signes généraux : fièvre supérieure à 38° et courbatures ou asthénie, associés à des signes respiratoires : toux ou dyspnée ou gêne rhino pharyngée durant cinq à dix jours. Le malade est contagieux 24 à 48 heures avant l'apparition des signes cliniques et le demeure pendant la période symptomatique de la maladie. La transmission se fait essentiellement par les sécrétions respiratoires à l'occasion d'éternuements ou de toux, mais une transmission indirecte par les mains est possible.

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 constitution antigénique nouvelle contre lequel l'immunité de la population est faible ou nulle. La menace d'une pandémie est liée à l'apparition d'un nouveau virus de la grippe non couvert par les vaccins actuels.

La grippe aviaire est une maladie affectant principalement les oiseaux. Le virus grippal d'origine aviaire peut occasionnellement infecter d'autres espèces, notamment le porc et l'homme et survient lors d'un contact direct et répété avec un oiseau infecté. Le virus H5N1 de la grippe aviaire est une souche susceptible de donner lieu à une pandémie car elle pourrait s'adapter à l'homme et devenir contagieuse chez lui.

Si l'on tient compte des leçons de l'histoire, la survenue de plusieurs pandémies de grippe par siècle, séparées de quelques décennies, laisse présager un risque prochain de nouvelle pandémie grippale. Le siècle passé en a connu trois :

- En 1918-1919 la « grippe espagnole » très contagieuse et très virulente a touché tous les pays du monde, fait un milliard de malades, a été responsable de 50 à 100 millions de morts dans le monde, dont 280 000 victimes en France.
- En 1957-1958 la « grippe asiatique », moins sévère a été responsable de quatre millions de morts dans le monde, selon les estimations.
- En 1968-1969 la « grippe de Hong-Kong » responsable de deux millions de morts dans le monde dont 18 000 en France, a été classée modérément grave.

La pandémie grippale doit être considérée comme un risque sanitaire majeur. Si on se réfère à l'histoire des pandémies, elle pourrait se caractériser par plusieurs vagues successives d'épidémies (deux ou trois) qui s'installeraient en moins de quatre semaines et dureraient chacune de six à huit semaines séparées de plusieurs semaines ou mois. Le

temps entre chaque vague varie en fonction de multiples facteurs en particulier la densité de population, l'âge, le type de société, le taux d'attaque, le climat, les voyages, les interventions.

L'incidence dépend notamment de la saison, celle-ci est plus haute en hiver et plus faible en été.

La situation épidémiologique mondiale, l'importance des échanges et les connaissances tirées des pandémies grippales du XX^{ème} siècle ont amené le gouvernement à arrêter, en octobre 2004, un premier plan de prévention et de lutte contre une nouvelle pandémie grippale, ce plan a été actualisé en 2006, 2007 et 2009.

Dans le domaine sanitaire le plan élaboré par la France a pour objet :

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

Le principe général de l'organisation des soins en situation de pandémie est de limiter le regroupement des patients grippés et non grippés. Dans un premier temps les visites à domicile sont à privilégier. Puis, dès que les médecins ne peuvent plus répondre à la demande du fait de l'augmentation des appels, et du manque de médecins disponibles car touchés eux même par la maladie, une organisation adaptée est nécessaire.

1 Présentation de la demande et du contexte :

Le présent document décrit la mise en oeuvre d'une des missions qui m'a été confiée en DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales). La demande portait sur la déclinaison au niveau départemental du plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale concernant l'organisation sanitaire dans le département de la Somme.

1.1 Historique :

Les experts de la santé surveillent depuis près de huit ans un nouveau virus grippal hautement pathogène, la souche H5N1, qui a infecté l'homme pour la première fois en 1997 à Hong Kong, provoquant 18 cas dont six mortels. Depuis 2003 l'émergence en Asie du virus influenza aviaire de type H5N1 est à l'origine d'une épizootie (maladie qui frappe simultanément un grand nombre d'animaux d'une même espèce ou d'espèces différentes) qui s'est étendue en Europe, en Afrique et au Moyen Orient. En décembre 2003, l'infection a été identifiée chez des personnes qui avaient été exposées à des oiseaux malades. Depuis, plus de 400 cas humains ont été confirmés au laboratoire dans quatre pays d'Asie (Cambodge, Indonésie, Thaïlande et Viet Nam), dont plus de la moitié ont eu une issue fatale.

L'épizootie de grippe aviaire est une réalité, et le risque qu'elle se transforme en pandémie grippale existe.

Des cas de grippe aviaire ont été signalés également en Europe, mais la détection et la réponse rapide de ces pays sont considérées comme efficace par la FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture). Les mesures internationales visant à limiter la propagation du virus ont entraîné l'abattage de plus de 240 millions de volailles depuis 2004.

Le France a été touchée pour la première fois par l'influenza aviaire en février 2006, et a également découvert du virus H5N1 en Moselle pendant l'été 2007. Les mesures de prévention appliquées aux élevages ont consisté au confinement des élevages avicoles et l'interdiction des rassemblements d'oiseaux, accompagnés par un programme de vaccination préventive. En ce sens, la France dispose d'une banque de vaccins dont le nombre de doses permettrait de vacciner 5 millions de canards et 12 millions de poules en cas d'urgence.

En octobre 2004 le gouvernement a arrêté un premier plan de lutte contre une nouvelle pandémie grippale, ce plan national est évolutif, il a été actualisé pour la quatrième fois en février 2009, prenant en compte l'évolution du plan guide de l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'application du nouveau règlement sanitaire international (RSI), les travaux réalisés sous l'égide du délégué interministériel de lutte contre la grippe aviaire

(DILGA) et la publication du Livre Blanc sur la défense et la sécurité nationale. Il est intersectoriel, au-delà des enjeux sanitaires, il s'attache à préserver la continuité de l'ensemble de la vie sociale et économique et à favoriser la concertation avec les Etats membres et partenaires de l'Union européenne sur les mesures à appliquer, en premier lieu avec les pays limitrophes de la France. Il s'adresse aux différents ministères, et plus particulièrement aux ministères de l'agriculture, de l'économie, de l'intérieur et de la santé.

Le plan est un outil opérationnel de 88 pages, complété par un recueil de fiches techniques de 135 pages. Les fiches décrivent précisément l'organisation des soins et les mesures à adopter dans différents secteurs d'activité. Découpées en huit chapitres de une à 12 fiches, elles couvrent tous les champs de la lutte contre une pandémie grippale : l'organisation de l'Etat et les dispositions particulières, les mesures liées à la santé animale, les mesures de santé publique, la conduite à tenir face à une suspicion de cas humain, l'organisation des soins, le suivi épidémiologique, l'organisation de la vie collective, et l'Information, la formation et la communication.

1.2 Contexte géographique :

La France est sectorisée en sept zones de défense (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris et Rennes) qui ont été instaurées en France par l'ordonnance du 7 janvier 1959. Le département de la Somme est situé dans la zone de défense Nord (Lille) qui regroupe deux régions : le Nord Pas-de-Calais et la Picardie, et gère cinq départements dont les trois picards : l'Aisne, l'Oise et la Somme.

Des réunions zonales, interdépartementales, d'échanges sur la préparation sanitaire des départements aux situations de crise, permettent d'avoir des réflexions communes, de partager des documents et de faire remonter des questions au ministère. Le conseiller sanitaire zonal est le coordonnateur des actions à mener en situation de crise sanitaire.

Le département de la Somme, essentiellement rural, couvre une superficie de 6170 Km² et compte 558 942 habitants répartis en 46 cantons et 782 communes. Le découpage administratif est composé de quatre arrondissements qui s'organisent autour de la grosse agglomération d'Amiens, ville de 135 500 habitants et de trois villes de moyenne importance : Abbeville (25 000 habitants), Montdidier (6300 habitants) et Péronne (8380 habitants).

Amiens, capitale régionale possède un centre hospitalier universitaire (CHU) siège de SAMU. Le département dispose de onze établissements de santé publics et de neuf établissements de santé privés. Six services d'urgences sont implantés dans le département (Annexe 1).

La permanence des soins repose sur 663 médecins généralistes libéraux qui oeuvrent sur 32 secteurs de garde, les deux secteurs amiénois disposent d'un système

particulier de permanence des soins avec la présence d'une structure appelée « SOS Médecins » fonctionnant 24 heures sur 24.

Les établissements sociaux et médico-sociaux sont représentés par 73 établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD), 98 structures pour personnes handicapées et vingt établissements collectifs de réinsertion sociale.

1.3 Méthode de mise en œuvre de la demande

En vue de préparer le département de la Somme à faire face à l'augmentation massive et rapide des besoins de prise en charge de patients en cas de pandémie grippale, le Directeur de la DDASS m'a confié la mission de préparer l'organisation et l'adaptation du système de santé, en suivant les grandes lignes du plan national.

Suite au premier plan de prévention et de lutte contre une pandémie grippale, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Somme (DDASS), a mis en place une cellule interne « grippe » en décembre 2005, composé du Directeur de la DDASS, d'un médecin inspecteur pilote de l'action, du responsable de service des établissements sanitaires, du responsable de service des établissements sociaux et médicaux sociaux et d'un inspecteur des actions de santé.

Le rôle de cette cellule a été défini selon deux axes :

- D'une part d'être au fait de l'actualité concernant la grippe aviaire et les évolutions du plan de prévention et de lutte contre la pandémie grippale et d'échanger les informations,
- D'autre part d'adopter des stratégies de travail en vue de décliner le plan national au niveau départemental.

Plusieurs actions à mener ont été définies au sein de la cellule et des groupes de travail se sont mis en place sur les différentes thématiques. La cellule interne « grippe » se réunit régulièrement afin de faire le point et de valider les décisions. Elle peut être activée immédiatement à tout moment en fonction de l'actualité.

Trois domaines d'action ont été retenus :

- L'organisation des soins dans les établissements de santé
- L'organisation des soins en médecine ambulatoire
- L'organisation des soins dans les établissements sociaux et médico-sociaux

2 Organisation des soins en pandémie, dans la Somme

2.1 Dans les établissements de santé

Différents points ont été abordés pour l'organisation en situation de pré pandémie :

- Définir les cas suspects, possibles, probables, confirmés et les conduites à tenir dans chaque situation
- Prévoir l'organisation de la prise en charge d'un cas en fonction de sa classification
- Organiser la détection, le signalement des cas
- Assurer l'information du public
- S'assurer de la disponibilité des kits de prélèvements naso-pharyngés dans les SAMU centres 15 et les services d'accueil d'urgence
- Désigner des établissements pour la prise en charge des cas

Pour l'organisation en situation de pandémie, il a été demandé à chaque établissement de santé de se doter d'un schéma de fonctionnement en mode dégradé, de formaliser les plans blancs avec une annexe biologique « pandémie grippale » et de les actualiser au moins une fois par an.

Par ailleurs, plusieurs réunions ont eu lieu avec l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, afin de définir une stratégie générale de répartition des malades en cas de pandémie. L'accueil en médecine générale selon un double circuit a été décidé dans un premier temps pour les établissements avec services d'urgence, et en cas de débordement, par l'ensemble des établissements. Des questions se posaient quant à la répartition des activités hospitalières spécifiques.

Des scénarii ont été élaborés avec l'avis du médecin directeur du SAMU, pour établir une stratégie de répartition pour les activités spécifiques de chirurgie, d'obstétrique, de pédiatrie et de réanimation. La répartition des grippés et des non grippés a été proposée lors de réunions avec les spécialistes concernés des différents établissements.

2.2 En médecine ambulatoire

Plusieurs points à étudier ont été retenus en cellule interne « grippe » : le renforcement de la régulation libérale, la mise en place de centres de consultations dédiés, la création de centres de coordination sanitaire et sociale, l'ouverture de structures intermédiaires. Ces différents thèmes ont fait l'objet de groupe de travail avec un référent, les décisions étaient validées en cellule interne au fur et à mesure de l'avancé du travail.

2.2.1 Renforcement de la régulation libérale :

La régulation libérale centralisée au Samu centre 15 doit être renforcée en situation de pandémie, celle-ci doit fonctionner 24h/24, et avec plusieurs régulateurs.

Il semble intéressant de prévoir une régulation spécifique ciblée sur la grippe, avec possibilité de prescription par téléphone, de conseils spécifiques donnés par téléphone : comment et quand prendre le paracétamol, utilisation de mouchoirs à usage unique, de masques chirurgicaux, hygiène des mains, protection des proches, isolement.

Il faut déterminer les personnes ressources et leur dispenser une formation minimale par exemple de deux heures, à renouveler tous les ans, dans le souci d'être prêt au moment de la survenue d'une pandémie.

Les médecins de l'Education Nationale, de PMI et de la Sécurité Sociale sont proposés comme personnes ressources. Les structures scolaires étant fermées en période de pandémie, les médecins de l'Education Nationale ont été sollicités en priorité. Une réunion spécifique entre le SAMU, l'ARL (Association des Régulateurs Libéraux), la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) et le médecin conseiller technique à l'Inspection académique, est envisagée afin d'étudier cette possibilité.

2.2.2 Les centres de consultations dédiés à la pandémie

A) Définition

Ces centres seront des structures spécifiques, adaptées, permettant de limiter le regroupement des patients grippés et non grippés, de réaliser une zone de tri, de permettre une prise en charge plus rapide d'un grand nombre de patients, de renforcer la médecine ambulatoire. Ces structures seront mises en place lorsque les dispositifs habituels de prise en charge ambulatoire et hospitalière seront dépassés.

B) Outils de travail

Les fiches de recommandations sur l'organisation des soins en situation de pandémie grippale, de mars 2006, ont servi de base de travail à l'élaboration du plan départemental.

Dans le cadre du plan de lutte contre une pandémie grippale, la Direction Générale de la Santé a demandé à l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) d'estimer l'ampleur qu'aurait un tel événement en France et d'estimer l'impact épidémiologique de différentes stratégies de lutte. Ces résultats¹ ont permis à un statisticien de la zone Nord de réaliser à la demande du groupe de travail un tableau évolutif donnant une modélisation du nombre de patients

¹ Aoif Doyle, Isabelle Bonmarin, Daniel Lévy-Bruhl, Yann Le Strat, Jean-Claude Desenclos – Impact d'une pandémie grippale et analyse de stratégies, Institut de veille sanitaire, janvier 2005.

grippés dans une population permettant d'extrapoler en changeant les chiffres, à une ville, un canton, un secteur de garde par exemple. Cette modélisation s'appuie sur l'expérience des pandémies précédentes, en prenant pour hypothèse que 20 à 35% de la population serait atteinte, que l'épidémie évoluerait en deux vagues de dix semaines, avec une première vague qui toucherait 1/3 des cas et une seconde plus importante avec 2/3 des cas. Cette estimation permet de situer l'impact sur la demande de soins, en prenant en compte que la même proportion de soignants serait touchée par la maladie, et en supposant que chaque grippé engendre une à deux consultations médicales en moyenne et sur la base d'un taux d'hospitalisation moyen de 5 % dont 0,8 % en réanimation.

C) Localisation

Un essai de travail de groupe avec chaque responsable de secteur de garde médicale, leur demandant de réfléchir à cette organisation avec les médecins de leur secteur, puis de nous communiquer en fonction des possibilités locales et du nombre de médecins, les lieux possibles d'implantation des consultations, ainsi que l'organisation envisagée, s'est soldé par un échec. Les médecins ne croyant pas à la possibilité de survenue d'une pandémie, ne veulent pas s'investir dans ce travail.

Dans un premier temps ont été définis des critères nécessaires pour l'installation de ces centres avec l'idée de retenir une structure déjà existante, dans l'intérêt de pouvoir bénéficier du personnel et de la logistique en place. Ces critères prenaient en compte l'accessibilité, la localisation aisée, le parking, la mobilisation rapide, la possibilité d'extension, un espace suffisant, des salles avec point d'eau, une logistique déjà en place et la possibilité de participation de certains personnels.

Au vu de ces critères, les collèges et les lycées ont été retenus comme lieux d'installation des centres de soins. Ces structures bien connues de la population présentent l'avantage d'être facilement repérées et identifiées. Réparties sur l'ensemble du département, elles seront fermées aux élèves en situation de pandémie, elles disposent de pièces avec points d'eau, de grandes salles, de parking spacieux, de moyens de communication.

Afin de déterminer les établissements scolaires susceptibles d'être utilisés comme centres de consultations dédiés à la pandémie, une thèse² en médecine sur la contribution de l'éducation nationale dans la prise en charge d'une pandémie grippale dans la Somme a été sollicitée, après accord de l'Inspection académique.

La confrontation de différentes données géographiques et démographiques : les secteurs de garde des médecins libéraux, la population, le nombre de médecins et leur lieu

² Thèse de Sandra CRISSON : « contribution de l'éducation nationale dans la prise en charge d'une pandémie grippale dans la Somme »

d'installation, la localisation des collèges et lycées et la modélisation du nombre de malades grippés a permis de réaliser une prévision d'établissements souhaités et du nombre de bureaux de consultations à prévoir par établissement.

Une liste des critères nécessaires pour le choix des locaux de soins a été établie, certains établissements ont été d'emblée éliminés par concertation avec le médecin conseiller technique de l'inspection académique. Une visite de tous les établissements retenus a été réalisée par l'étudiante en médecine réalisant sa thèse sur ce sujet, afin de faire l'état des lieux sur l'ensemble du département.

L'étude des résultats en groupe de travail a permis une classification des établissements avec une cotation de niveau de un à trois pour les collèges et les lycées retenus pour être centre de consultations, en fonction de leur capacité à fonctionner d'emblée dans des conditions favorables, avec nécessité d'aménagement minime pour le niveau deux, et enfin les établissements de niveau trois qui n'apportent pas toutes les conditions idéales. La possibilité de fonctionnement en double circuit a été spécifiée, sans toutefois éliminer les structures qui ne le permettent pas.

D) Les personnels

a) *Les médecins :*

Les médecins généralistes libéraux assureront les consultations des grippés dans les centres de consultations dédiés en se relayant. L'effectif sera renforcé par des médecins du corps de réserve qui reste à déterminer (médecins du travail, médecins scolaires, médecins salariés du département ou des caisses de sécurité sociale, médecins retraités). Un planning de présence sera établi par la personne responsable du fonctionnement du centre en liaison avec le centre de coordination sanitaire et sociale. Les médecins seront rémunérés par l'Etat ou par l'EPRUS (Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires), pour les libéraux sur la base des remboursements de l'assurance maladie de leurs trois mois précédents d'activité. Les médecins auront le statut de collaborateur occasionnel du service public.

Un questionnaire destiné aux médecins scolaires leur a été soumis, afin de connaître le rôle qu'ils souhaitaient jouer en situation de pandémie, soit dans la régulation, soit en centre de consultations, soit en centre de coordination sanitaire et sociale.

Les centres seront ouverts sept jours sur sept, de huit heures à vingt heures. Le nombre de bureaux de consultations installés par centre sera gradué en fonction des besoins et du nombre de médecins.

L'ouverture la nuit n'est pas envisagée.

Les cabinets médicaux des généralistes ne recevront pas les patients grippés qui seront examinés en visite ou dans les centres de consultations spécifiques, les

consultations devront être régulées par téléphone et la population informée sur l'organisation.

b) Les assistants médicaux

Des assistants médicaux aideront les médecins pour l'établissement du dossier médical, l'information du patient et de la famille, les remontées d'activité, la communication avec le CCSS et éventuellement la délivrance du traitement, ce dernier point reste à déterminer. Les assistants médicaux seront recrutés parmi les infirmières de santé scolaire (qui auront l'avantage de connaître les locaux), les infirmières du corps de réserves, les infirmières salariées (formatrices, médecine du travail...), les élèves infirmières de deuxième année (les troisièmes années seront en renfort dans les établissements de santé), les aides soignantes, les étudiants en médecine. Les structures seront contactées.

c) Les agents d'accueil

Ils seraient chargés de distribuer les masques à l'arrivée des patients, de demander le lavage des mains, d'informer sur les recommandations des mesures de protection, de remplir la main courante et d'orienter les patients. Le recrutement se ferait parmi les secouristes de la Croix rouge française, les étudiants en médecine de troisième année, les élèves infirmières ou aides soignantes, les étudiants en pharmacie.

d) Les secrétaires

Elles assureraient le standard téléphonique, l'organisation du retour du patient à domicile ou son transfert en établissement, le lien avec le centre de coordination sanitaire et sociale, les transmissions à la DDASS des données d'activité du centre de consultations et des difficultés rencontrées.

Elles seraient recrutées parmi le personnel de l'établissement mis à disposition, un renfort de l'effectif est à étudier en sollicitant le secrétariat des établissements scolaires fermés ou d'autres structures, par exemple le personnel de l'assurance maladie.

e) Les agents techniques d'entretien

Les agents techniques d'entretien de l'établissement, connaissant les lieux, habitués aux locaux, apporteront leur concours en étant mis à disposition, une formation au bio nettoyage et sur la particularité concernant les mesures d'hygiène en situation de pandémie leur sera dispensée une fois par an, des protocoles seront fournis par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) du CHU d'Amiens ou l'infirmière hygiéniste du centre hospitalier de référence du secteur.

f) Le référent de l'organisation de soins

Le référent garant du bon fonctionnement sera de préférence une personne connaissant les lieux, infirmière ou médecin scolaire, il sera en liaison avec le centre de coordination, le médecin responsable du tableau de garde de la permanence des soins des médecins libéraux et les représentants du conseil de l'Ordre des médecins chargés du comité des gardes.

Il organise le planning du personnel médical et paramédical avec les professionnels rattachés au fonctionnement de la structure.

g) Le responsable administratif

Le responsable administratif du centre de soins sera le Directeur de l'établissement : Principal de collège ou Proviseur de lycée, chargé de s'assurer de la logistique, de l'organisation matérielle, de l'aménagement des salles, de l'entretien des locaux, de l'ouverture et fermeture de l'établissement et restera l'autorité hiérarchique de son personnel.

E) Cahier des charges

Un cahier des charges des centres de consultations a été élaboré, validé en groupe de travail pluridisciplinaire puis adressé au Rectorat, à l'Inspection académique, au Président du Conseil Régional, au Président du Conseil Général, au Directeur des actions de santé du Conseil Général, dans le but de poursuivre le travail partenarial, de solliciter la possibilité d'utilisation de ces structures et de pouvoir bénéficier du concours de certains personnels.

Le cahier des charges du centre de consultations dédié, précise les objectifs, les missions, les locaux et l'équipement, le matériel, le fonctionnement, les moyens humains et le rôle des différents personnels.

a) Objectifs :

- Offrir des lieux de consultations adaptés, permettant de limiter le regroupement des patients grippés et non grippés
- Eviter les contraintes d'organisation des cabinets individuels
- Permettre une prise en charge plus rapide d'un grand nombre de patients

b) Missions :

- Consultation des patients grippés
- Voire double consultation, avec double circuit, grippés et non grippés, si nécessaire dans un deuxième temps

c) Implantation, locaux et équipement :

- Collèges et lycées : une liste est réalisée après visites des établissements
- Un espace d'accueil et de tri

- Salles d'attente : spacieuses, prévoir des chaises espacées de deux mètres
- Plusieurs bureaux de consultations et plusieurs salles d'attente par établissement
- Circuits dédiés : grippés et non grippés à définir
- Bureaux des médecins avec table d'examen et lavabo à proximité
- Lieu de stockage des matériels de protection : fermant à clef
- Téléphones dédiés, une ligne pour les soignants, une ligne pour le secrétariat
- Fax et ordinateur
- Annuaire téléphonique des médecins du secteur, des paramédicaux libéraux, des services d'aide à la personne, des transports sanitaires, du CCSS.

d) *Petit matériel :*

- Masques anti-projections : masques chirurgicaux pour les patients
- Masques de protection spécifiques, filtrants (FFP2) pour les professionnels
- Mouchoirs à usage unique
- Poubelles munies de sacs et d'un couvercle (prévoir l'élimination des déchets)
- Gel antiseptique ou soluté hydro alcoolique
- Savon
- Serviettes à usage unique pour les mains
- Détergent pour le nettoyage des sols
- Gants jetables

e) *Fonctionnement et conditions d'ouverture :*

- Mise en pré-alerte dès la phase épidémique
- Sur décision du préfet (DDASS, zone de défense) dès que l'activité ambulatoire le nécessite, l'alerte étant donnée par le SAMU et/ou l'InVS
- Ouverture tous les jours : sept jours sur sept
- Ouverture progressive à adapter selon les besoins : un bureau puis plusieurs
- De 8 heures à 20 heures.
- Pas d'ouverture la nuit, régulation par le SAMU 15.

f) *Moyens humains*

Un médecin, un assistant médical, deux agents d'accueil (infirmière, élève infirmière, aide-soignante, étudiant en médecine, secouriste) composeront l'équipe minimale pour la prise en charge des patients. Pour assurer l'ouverture de 8 heures à 20 heures deux équipes par jour seront nécessaires par bureau de consultations.

Un référent, responsable du tableau de présence sera à désigner, le planning des médecins rattachés au fonctionnement de la structure sera à étudier avec le responsable du tableau de garde de la permanence des soins des médecins libéraux et les représentants du conseil de l'Ordre des médecins chargés du comité des gardes.

Le responsable administratif sera le chef d'établissement, qui devra nommer un suppléant et sera secondé par le secrétariat.

Des agents d'entretien devront intervenir plusieurs fois par jours.

g) Rôle du personnel : à adapter en équipe

Médecin :

- Examen du patient, recherche des signes de gravité
- Diagnostic
- Prescription : médicaments, kiné, soins à domicile...
- Orientation : soit retour à domicile, soit vers une structure.

Infirmière ou assistant médical :

- Etablit le dossier médical
- Informe sur la prévention de l'entourage, l'hygiène des mains, l'utilisation des mouchoirs à usage unique, des masques, l'isolement ...
- Remet une fiche d'information et la commente ou la complète
- Explique le traitement et oriente les patients pour la délivrance des médicaments
- Enregistre les données d'activité
- Informe et contacte le CCSS en cas de besoin

Agent d'accueil :

- Distribution des masques chirurgicaux de protection dès l'arrivée des patients
- Demande la réalisation du lavage des mains
- Orientation des patients vers le circuit de consultations

Agents d'entretien :

- Entretien des locaux plusieurs fois par jour
- Aération des locaux régulièrement et largement
- Nécessité de nettoyer ce qui est en contact avec les mains : les poignées de portes, l'élément d'action des chasses d'eau, les plateaux de bureau...

Le chef d'établissement :

- Son rôle est d'activer le centre sur instruction de la DDASS
- Il organise la logistique : fléchage, entretien des locaux, ouverture et fermeture de l'établissement, aménagement des bureaux...
- Il reste l'autorité hiérarchique de son personnel.
- Il s'assure du bon fonctionnement et de la transmission des données d'activité.

Le secrétariat :

Il participe à l'enregistrement des données d'activité à la demande du chef d'établissement et les transmet à la DDASS, il est en lien avec le CCSS si besoin.

F) Conclusions et axes de travail pour la mise en œuvre des centres de consultations :

L'information des médecins généralistes libéraux restent à faire. Une réunion avec le Président du Conseil de l'Ordre des médecins (PCOM), le Président de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) et le médecin référent sur la pandémie au sein de l'URML a permis de faire le point sur l'avancée de l'organisation des soins ambulatoires et de prévoir une communication aux médecins généralistes, par l'intermédiaire du bulletin de l'Ordre des médecins et les courriers informatifs de l'URML.

Une réunion de travail avec des représentants des médecins libéraux (URMEL et responsable des secteurs de garde), le PCOM, le Conseil de l'Ordre des infirmiers et des infirmiers est prévue pour affiner l'opérationnalité des centres de consultations, l'organisation et le planning des médecins en situation de pandémie et servir de relai de transmission aux médecins de secteur.

L'information du Recteur et de l'Inspecteur d'Académie sur les établissements scolaires retenus comme centres de consultations dédiés en situation de pandémie va être réalisée pour validation et transmission de l'information aux chefs d'établissements. Un exercice de simulation de pandémie avec activation d'un centre de consultations dédié va permettre de tester le fonctionnement. Suite à l'exercice le cahier de charges des centres de consultations, les fiches missions et actions des différents postes de travail du centre et les outils de fonctionnement réalisés pour l'exercice, éventuellement corrigés, pourront être diffusés.

2.2.3 Elaboration d'un exercice de simulation de pandémie

A) Cadre réglementaire

Dans un souci de constante amélioration du dispositif national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale, le Premier ministre a demandé que se déroulent des exercices de mise en situation de pandémie grippale, au sein de chaque département.

Les principaux objectifs de cette demande sont d'entraîner les acteurs concernés, de tester les modalités de préparation des départements face à l'éventualité d'une pandémie, de poursuivre les réflexions sur la gestion d'une crise de cette nature et de tirer les enseignements nécessaires à l'amélioration des dispositifs correspondants.

Cet exercice permettra de réfléchir sous l'égide de la DDASS à l'organisation et l'ouverture d'un centre de consultations en cas de pandémie grippale et de l'intégrer dans le plan départemental.

B) Choix de l'exercice

La DDASS 80 en lien avec la préfecture de la Somme a choisi de réaliser un exercice portant sur l'organisation des soins ambulatoires en période de pandémie en testant le fonctionnement d'un centre de consultations spécifique « pandémie », le 9 juillet 2009, au collège Parmentier de Montdidier.

Le cadre de l'exercice se situe à la période pandémique quand les cabinets de médecins généralistes arrivent à saturation pour répondre à la demande des patients et quand le SAMU est lui aussi surchargé par les appels. Il s'agit de tester la mise en place et le fonctionnement d'un centre de consultations dédié et les communications entre la DDASS et les différents partenaires pour l'organisation du système.

La cellule de crise « grippe » sera activée à la DDASS pour adapter l'organisation des soins face à l'épidémie qui s'étend.

L'ouverture du centre de consultations sera décidée par le préfet, le Recteur et l'Inspecteur d'académie seront avertis par la cellule de crise de la DDASS, et transmettront la demande au chef d'établissement.

Au niveau du collège l'exercice se déroulera sur une journée, en deux temps, le matin sera consacré à l'équipement des locaux et au fléchage des lieux, l'après-midi seront effectuées des consultations de patients. Seront jouées les remontées d'informations à la cellule de crise de la DDASS sur les données d'activité et les difficultés rencontrées.

La mise en place et le fonctionnement du centre de coordination sanitaire et sociale qui coordonne l'organisation des soins et la mise en place de l'aide à domicile des patients ne nécessitant pas d'hospitalisation, ne sera pas joué. De même la prise en charge à domicile, celle des cas graves et le transfert des malades en structures ne feront pas partie de l'exercice.

C) Objectifs

L'objectif est d'entraîner les autorités en charge de la gestion de crise à mettre en œuvre des mesures barrières visant à limiter l'extension de l'épidémie et à examiner les mécanismes de coordination des partenaires impliqués dans une crise en mettant en place un Centre de Consultations Dédié (CCD) en lien avec l'Éducation Nationale, et avec l'aide des médecins généralistes et des paramédicaux.

Les objectifs généraux visent à tester la réactivité des responsables de l'établissement scolaire et les difficultés, à évaluer les moyens de transmissions entre le CCD et la cellule de crise de la DDASS, à tester la mise en place et le fonctionnement du CCD.

Les points à tester seront :

- La coordination entre les différents acteurs
- La compréhension du rôle de chacun
- Le circuit du patient, l'efficacité du fléchage du lieu
- Le tri des patients à l'accueil et l'orientation
- Les temps de passage du patient avec les différents acteurs : à l'accueil, avec l'assistant médical, dans la salle d'attente, en consultation
- L'organisation de la salle d'attente (distance entre les patients...)
- L'adéquation des lieux et des personnels présents
- Le flux des patients, réussit-on à éviter le regroupement ?
- La distribution des masques chirurgicaux aux patients et accompagnateurs
- La tolérance des masques, le respect des consignes
- Les messages transmis : compréhension, durée nécessaire, outils utilisés
- Le stockage des produits et consommables
- Le circuit des déchets
- La collecte et le transfert des données d'activité
- L'organisation des consultations

D) Travaux préparatoires, outils de travail

Divers documents ont été conçus pour l'efficacité de l'exercice.

A partir du cahier des charges du centre de consultations a été établie une fiche sur l'équipement qui permettra au principal du collège l'installation des salles nécessaires (annexe 3).

Des fiches de missions pour chaque poste de travail ont été réalisées et adressées aux intervenants (exemple annexe 7). Chaque fiche de missions reprend le profil de la personne susceptible d'occuper le poste, un listing des missions à accomplir, les compétences spécifiques du poste, le matériel nécessaire pour la fonction ainsi que les documents qui seront à utiliser. Ces fiches concernent l'agent d'accueil, l'assistant médical, le médecin, le référent du fonctionnement médical, le chef d'établissement, la secrétaire et l'agent d'entretien.

En complément une fiche animation par poste de travail (exemple annexe 9), précise les horaires de présence pour l'exercice et reprend l'action propre qui sera à jouer pour l'acteur dans son rôle de professionnel.

Pour les acteurs qui représenteront les malades des plastrons précisant l'âge, le contexte et la pathologie clinique ont été préparés et seront distribués à leur arrivée au centre de consultations.

Pour renseigner sur les activités du centre, plusieurs documents ont été réalisés : une main courante pour l'agent d'accueil (annexe 2), un registre des mouvements et une fiche sur les données d'activités pour l'assistant médical (annexe 6), une fiche de difficultés rencontrées pour le secrétariat (annexe 8).

Pour la prise en charge des patients a été élaboré un dossier médical (annexe 5), des feuilles d'ordonnance vierges et une fiche de conduite à tenir du patient face à la grippe (annexe 4).

Une réunion de travail a eu lieu sur le site avec le chef d'établissement et les différents partenaires pour validation du plan d'occupation et préciser le fléchage et affichage nécessaires. La présence d'un informaticien de l'Inspection Académique a été sollicitée pour adapter les besoins en informatique.

Une réunion avec les médecins généralistes du secteur a permis de présenter l'organisation spécifique prévue en situation de pandémie et de les solliciter pour leur participation comme acteur dans le cadre de l'exercice.

Enfin il a été nécessaire, pour les besoins de l'exercice, de faire une commande de petit matériel médical : flacons de gel hydro alcoolique, gants d'examen jetable, masques de protection FFP2 pour les professionnels, masques chirurgicaux anti-projections pour les patients, boîtes de mouchoirs à usage unique, serviettes à usage unique, lingettes désinfectantes, savon, draps d'examen, blouses, abaisse-langue.

E) L'exercice

Celui-ci aura lieu le 9 juillet de 9 heures à 16 heures, suivi d'un débriefing immédiat, à chaud, avec l'ensemble des participants. Cette expérience servira de support pour présenter le fonctionnement d'un centre aux médecins généralistes libéraux du département et aux chefs d'établissement scolaires.

2.2.4 Les centres de coordination sanitaire et sociale (CCSS)

Les fiches de recommandations sur l'organisation des soins en situation de pandémie grippale, de mars 2006, servent de base de travail pour la création des centres de coordination sanitaire et sociale, cette déclinaison est en cours d'élaboration, les lieux ont été déterminés, mais il reste à élaborer le cahier des charges en précisant les personnels nécessaires et les missions. Plusieurs départements ont avancé sur cette élaboration, après contact avec différents départements (Territoire de Belfort, Haute-Garonne et Haute-Savoie) il apparaît des différences notables dans les prévisions d'organisation de ces centres de coordination. Il serait souhaitable d'harmoniser les missions de ces centres au sein d'une même zone de défense, pour une meilleure adhésion et compréhension des professionnels. L'arrivée d'un conseiller sanitaire zonal dans la zone de défense Nord va permettre de coordonner les actions.

A) Définition

Chaque centre serait un « super secrétariat médical », chargé de l'orientation, de la priorisation des soins en lien avec le 15, de la coordination des professionnels, de l'aide médico-sociale et de l'accompagnement à domicile : portage de repas à domicile, aide à domicile, nursing ou soins pour les personnes isolées.

B) Localisation et équipement

Les lieux d'implantation retenus pour ces centres, dans le département de la Somme, sont les sièges de territoire de développement social, au nombre de douze sur le département : trois sur Amiens et neuf hors Amiens, chaque territoire hors Amiens regroupe deux à cinq cantons.

Cette localisation permet une répartition équilibrée sur l'ensemble du département, la possibilité d'utilisation la logistique en place et le concours de professionnels acteurs du social. Une saisine officielle du Président du Conseil Général par le préfet a été nécessaire pour envisager un travail de partenariat avec les équipes.

Un contact avec la directrice du pôle territoire et proximité a permis une réunion de travail avec une personne chargée de mission pour l'accueil de la population, afin de faire le point sur les moyens logistiques offerts par les sièges de territoires et sur le personnel pouvant éventuellement apporter leur concours :

- Chaque siège possède deux entrées séparées
- La téléphonie est récente et permet la possibilité de cinq appels simultanés
- Ils sont équipés de fax et de plusieurs postes informatiques
- La disponibilité des bureaux sera à déterminer en fonction des besoins, dix sièges de territoire ont une salle de réunion spacieuse.
- Dans chaque centre, il y a deux secrétaires médico-sociales d'accueil et une équipe de cadre composée d'un responsable de territoire, cadre A, qui pourrait être le directeur de ce CCSS, d'un médecin cadre de PMI, d'un cadre technique du service social et d'un cadre technique du service de l'aide sociale à l'enfance.

C) Eléments de réflexion et outils de travail

En fonction des secteurs de garde des médecins généralistes libéraux, le nombre de communes correspondantes par secteur, la population par commune et la population médicale par secteur de garde ont été confrontés avec la localisation des sièges de territoires de développement social dans le but de fixer le rattachement des secteurs de garde aux CCSS. Leur périmètre d'intervention correspond à un ou plusieurs secteurs de garde des médecins généralistes et leurs missions comprendront la gestion d'un ou plusieurs centres de consultations. Pour une meilleure visibilité, une cartographie sur la localisation des centres de consultations par rapport aux secteurs de garde a été réalisée.

Un schéma simplifié de fonctionnement et des missions des CCSS a été réalisé et présenté aux responsables de territoires de développement social qui seraient pressentis pour être les directeurs des CCSS. Un cahier des charges est en cours de réalisation par le groupe national Organigrippe, dès qu'il sera prêt il sera transmis à la zone de défense pour diffusion dans les DDASS. Un groupe de travail sera alors mis en place

pour l'adaptation locale et la réalisation de fiches de missions par poste.

Un listing, par territoire de développement social, des professionnels et associations auxquels pourront recourir les CCSS : infirmières à domicile, kinésithérapeutes, associations d'aide à domicile a été réalisé.

D) Freins et difficultés

Dans sa réponse d'accord de principe pour un travail partenarial sur les modalités de fonctionnement d'un centre de coordination sanitaire et sociale, le Président du Conseil Général, nous engageait, pour la réussite de cette démarche, à solliciter une mobilisation de moyens adaptés au niveau de l'Etat, afin de renforcer les services des territoires en cas de crise. Il insistait sur « le manque de visibilité d'un éventuel accompagnement de l'Etat, pour les équipements spécifiques, la formation des équipes, le renforcement des équipes par des professionnels de santé... ». Il nous demandait de « préciser ce qui serait pris en charge, afin d'optimiser l'organisation souhaitée sans déstabiliser des équipes aujourd'hui très mobilisées autour du soutien aux populations les plus fragiles ».

L'absence de réponses à ces questions ne facilite pas la mise en œuvre des rencontres et des groupes de travail avec les partenaires de l'action sociale et l'avancement de cette organisation.

Le fonctionnement précis de ces centres reste à définir, il est prévu d'y travailler en interrégional avec l'appui du conseiller zonal de défense et du conseiller sanitaire afin d'harmoniser les pratiques et d'être cohérent.

2.3 Les structures intermédiaires

A) Définition

Le plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale prévoit, dans l'organisation particulière des soins ambulatoires, la création de structures intermédiaires définies comme de véritables domiciles de substitution pour les personnes grippées ne nécessitant pas d'hospitalisation.

Les structures intermédiaires seront des structures de prise en charge à temps complet de patients grippés ne justifiant pas ou plus d'une hospitalisation mais ne pouvant pas demeurer à domicile en raison de la nécessité d'une surveillance continue ou d'une assistance. Elles seront alors un domicile de substitution qui interviendrait en cas d'un trop grand isolement de la personne, d'une absence de possibilité d'aide à domicile ou d'un état de santé trop fragile du patient. Ces structures ont pour but d'éviter des hospitalisations non justifiées médicalement, elles n'ont donc pas de missions médicales propres. Leur ouverture sera progressive en fonction des besoins et l'admission sera régulée par le SAMU.

B) Méthodologie

Une étude des besoins a été effectuée. Elle a permis de déterminer le nombre de places nécessaires dans ces structures par territoires de développement social sur le département de la Somme.

Les données de 1999 fournies par l'INSEE recensant le nombre de personnes par composition des ménages en fonction de l'âge de la personne de référence ont été exploitées. Les catégories retenues pour cette étude ont été les ménages d'une seule personne âgée de 75 à 79 ans et les ménages d'une seule personne de 80 ans et plus.

La méthode de calcul s'est basée sur le recensement du nombre de personnes en ménage d'une personne de 75 ans et plus, auquel s'est appliqué un pourcentage de 30% de grippés prévus pour la pandémie, puis soustraction de 5 % de personnes potentiellement hospitalisées, le résultat a ensuite été multiplié par la durée moyenne de séjour de huit jours pour obtenir le nombre de journées nécessaires. Ce nombre de journées a ensuite été divisé par le nombre de jours contenu pendant la durée des deux vagues pandémiques de dix semaines soit 140 jours.

Les résultats obtenus ont montré qu'il faudrait de 15 à 24 places par territoire en dehors de l'agglomération d'Amiens pour laquelle il faudrait 72 places.

Le département de la Somme exigerait dans sa configuration actuelle 253 places en structures intermédiaires.

La question soulevée ensuite a été celle de la taille critique qu'une structure doit atteindre. En effet, l'ouverture d'une structure de 15 places peut apporter de nombreuses difficultés par rapport au gain escompté.

Le regroupement de certains territoires a donc été étudié afin de remédier à ce problème. Le regroupement devra alors tenir compte de la localisation géographique, du nombre de places nécessaires dans chaque territoire et de la disponibilité des établissements dans la Somme.

C) Localisation

La localisation de ces structures a été envisagée dans les internats scolaires ou dans les établissements pour personnes handicapées. Concernant les conditions techniques auxquelles doivent répondre ces établissements, la condition d'être accessible en brancard a semblé être la plus restrictive dans la mesure où peu d'internats scolaires disposent d'ascenseur permettant l'accès à des brancards. Les établissements pour personnes handicapées sont apparus plus adaptés. La localisation dans les IME (Institut Médico-Educatif) avec internat a été retenue.

Dix instituts médico-éducatifs avec internat ont été visités en réalisant une grille d'évaluation de chaque structure et un état des lieux. Un classement par étoile a ensuite été déterminé. Les établissements fournissant le moins d'avantages pourront alors être utilisés en recours, même s'ils ne présentent pas tous les critères requis.

Des cartographies permettant de situer les structures intermédiaires, les centres de coordination sanitaire et sociale, les hôpitaux avec et sans services d'urgence, ont été réalisées, en fonction des territoires de développement social et des cantons (exemple Annexe 1).

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

D) Conditions techniques de fonctionnement

Des conditions techniques nécessaires au fonctionnement correct de ces structures ont été déterminées en préalable aux visites des établissements et ont servi de guide pour classer et retenir les établissements :

- Disposer de chambres si possible individuelles ou individualisables en nombre correspondant au minimum de la capacité retenue,
- Accessibilité à des personnes en brancard,
- Disposer de locaux permettant l'organisation des soins paramédicaux (pièce avec bureau, armoire, point d'eau, réfrigérateur, poste informatique et téléphonique),
- Disposer d'issues de secours accessibles à des personnes en brancard,
- Présence de douches et sanitaires en nombre suffisant,
- Possibilité de préparation des repas sur place ou d'approvisionnement sous forme de plateaux repas dans le respect des règles sanitaires en matière d'alimentation,
- Disposer d'un local qui sera réservé au stockage des DASRI (Déchets d'Activité Sanitaire à Risque Infectieux), clairement identifié, éloigné des sources de chaleur, correctement ventilé, protégé des intempéries et de la pénétration des animaux, ne recevant que des emballages fermés définitivement et faisant l'objet d'un nettoyage facile et régulier.

E) Critères d'admission et de séjour

Des critères d'admission dans ces structures intermédiaires ont été déterminés : le patient doit avoir été adressé à la structure intermédiaire par le centre de coordination sanitaire et sociale suite à la visite ou à la consultation d'un médecin libéral ou par les services d'urgence des établissements de santé, ils ont donc reçu une prescription médicale en arrivant dans la structure, le patient doit être grippé, sans signe de gravité,

non autonome et/ou sans entourage ou « aidants », volontaire pour rejoindre ce type de structure. L'admission se fera uniquement en journée par le personnel sur place.

Les patients seront adressés par un médecin libéral ou un service d'urgence qui après vérification des conditions d'admissibilité aura contacté le centre de coordination sanitaire et sociale pour vérifier la disponibilité en lits de la structure.

La sortie du patient se fera lorsqu'il retrouvera une autonomie suffisante, lorsqu'une personne de son entourage sera de nouveau disponible ou à la fin de la grippe. Elle sera organisée en journée uniquement dès lors que le patient remplit une des conditions de sortie.

La durée moyenne de séjour est donc approximativement celle de la grippe soit environ huit à dix jours.

F) Conditions de fonctionnement

La décision d'ouverture de ces structures appartient au préfet de département en lien avec le ministère chargé de la santé, à la demande des DDASS quand le besoin sera déterminé. La structure sera ouverte 24h/24, sept jours sur sept, en fonction de l'état d'avancement de la pandémie. L'ouverture partielle de structures n'est pas envisagée.

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

Il y aura dans toute structure un référent administratif dont les missions seront d'activer le site lorsque la décision préfectorale aura été prise, de résoudre les problèmes de logistique, de s'assurer de l'approvisionnement en masques auprès du centre de coordination sanitaire et sociale, de communiquer ses capacités disponibles au jour le jour, voire deux fois par jour à la DDASS et au CCSS.

En ce qui concerne la responsabilité juridique et le financement de la structure, il est du ressort du préfet de désigner le responsable de la structure intermédiaire.

Le gestionnaire retenu élabore le budget de fonctionnement de la structure et le soumet au directeur de la DDASS.

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

La restauration sera assurée par la structure hôte ou par une structure proche pouvant assurer ces fonctions.

La blanchisserie sera assurée soit par l'établissement hôte lorsque cela est possible, soit par convention avec d'autres établissements (établissements de santé, ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail, syndicat inter-hospitalier).

En cas de problème médical, les soins seront assurés par le médecin désigné par le centre de coordination sanitaire et sociale. Ce sera soit, un médecin intervenant dans un centre de consultations dédié proche, soit par un médecin assurant les visites à domicile dans le secteur concerné.

Pour la dispensation des médicaments, chaque patient devra arriver si possible avec ses médicaments. Le cas échéant, un membre du personnel de la structure pourra aller chercher les médicaments ou demander la livraison par la pharmacie afin de remédier à l'impossibilité du patient à se les procurer par lui même.

Les soins paramédicaux seront assurés par une infirmière présente la journée ou deux fois par jour (matin et soir) rattachée à la structure, par des professionnels libéraux en cas de besoins, par exemple pour la kiné, par une ou plusieurs aides-soignantes de la structure pendant la journée.

Des auxiliaires de vie ou des bénévoles pourront assurer une aide à la vie quotidienne dans ces structures.

La surveillance sera assurée par le personnel présent sur place pendant la journée et par un veilleur la nuit.

Les éventuels déchets d'activité de soins à risques infectieux résultant d'actes pratiqués par les professionnels de santé libéraux intervenant au sein des structures intermédiaires doivent suivre la filière DASRI du professionnel de santé. Lorsque la structure intermédiaire disposera d'une capacité d'accueil importante, il conviendra de prévoir la mise à disposition de collecteurs et emballages adaptés pour que les DASRI des patients suivent une filière DASRI.

Une formation des personnels étrangers à ce type de filière d'élimination doit pouvoir être envisagée.

Le lieu de stockage de ces déchets provenant de la structure intermédiaire ne pouvant respecter l'ensemble des prescriptions relatives au stockage des DASRI, devront, à minima, respecter les exigences suivantes :

- Une zone ou un local réservé clairement identifié,
- Éloigné des sources de chaleurs,
- Correctement ventilé,
- Protégé des intempéries et de la pénétration des animaux,
- Ne recevant que des emballages fermés définitivement et faisant l'objet d'un nettoyage facile et régulier.

Si, en situation de pandémie grippale, les capacités de collecte et d'élimination des DASRI deviennent déficitaires en raison de l'insuffisance de personnels de collecte ou de capacités de traitement ou de stockage, l'élimination des DASRI des structures intermédiaires ne sera pas prioritaire sur l'élimination des DASRI des établissements de santé.

Dans ces circonstances et uniquement dans celles-ci, l'élimination des déchets via la filière des ordures ménagères pourra donc alors être effectuée.

Un cahier des charges des structures intermédiaires a été établi avec les critères d'admission, d'implantation, les conditions de fonctionnement, les besoins en personnel, et la responsabilité juridique.

2.4 Dans les établissements sociaux et médico-sociaux

Le secteur social et médico-social fait aussi l'objet de recommandations. Sont concernés les établissements pour personnes âgées, les établissements pour personnes handicapées, les centres d'hébergement et d'accueil d'urgence des populations spécifiques (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale : CHRS).

Les établissements doivent élaborer un plan de gestion de crise, dit plan bleu, initialement prévu suite à la canicule de 2003, il a été demandé aux structures de rédiger une annexe pandémie.

Afin de dispenser une information générale sur ce qu'est une pandémie grippale et sur le dispositif mis en place par les pouvoirs publics, tous les établissements du secteur social et médico-social ont reçu un CD-Rom d'information et de sensibilisation au risque de pandémie grippale et ont été avisés de la territorialisation constituée dans le département autour des centres hospitaliers disposant de services d'urgence. Ils ont été invités à désigner un correspondant susceptible de participer aux sessions de formation organisées par chaque centre hospitalier de référence et à restituer cette formation en interne.

Un groupe de travail piloté par la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) a élaboré des fiches de recommandations ministérielles spécifiques en lien avec la Direction générale de la santé (DGS), la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la DPM (Direction de la population et des migrations). La DDASS a envoyé ces fiches à tous les établissements sociaux et médico-sociaux du département.

Ces fiches ont pour objectif de sensibiliser les gestionnaires des établissements à la nécessité de préparer leurs structures ou services à la survenue d'une éventuelle pandémie grippale. Sur la base de ces recommandations, trois groupes de travail pluridisciplinaires se sont réunis afin d'affiner les dispositions pratiques à prévoir dans la déclinaison départementale du plan :

- Groupe EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes),
- Groupe personnes handicapées (enfants, adultes),
- Groupe hébergement social.

Chaque groupe, à titre d'expert, a ensuite proposé d'une part les mesures de continuité ou suspension d'activité à prendre par établissement, d'autre part des dispositions particulières d'organisation des soins pour les personnes grippées et les personnes non grippées et les protocoles d'hospitalisation.

Une liste des établissements qui resteraient ouverts ou seraient fermés en situation de pandémie et la liste des établissements de santé de rattachement ont été établies et diffusées.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées resteraient ouverts en période de pandémie.

Il leur a été demandé de prévoir :

- Un fonctionnement en mode dégradé, pour assurer la continuité des activités,
- La constitution de stocks tampons de masques chirurgicaux,
- Un isolement des malades et des mesures d'hygiène appropriées préventives de la diffusion de la maladie (lavage et désinfection des mains, mouchoirs jetables, poubelles fermées, masques, aérations des pièces, nettoyage des surfaces, restriction des visites),
- La gestion des corps en cas de décès massifs en lien avec les services communaux et les pompes funèbres : mise en cercueil rapide, stock de housses mortuaires, identification de salles susceptibles de servir de chambres mortuaires,
- La désignation d'un référent grippe aviaire dans l'établissement,
- L'évaluation de l'impact économique de la pandémie sur la structure,
- La mutualisation de personnels notamment de direction,
- L'organisation d'un fonctionnement autonome sur une période de plusieurs semaines, en particulier stockage de nourriture et de fournitures,
- Une incitation à la vaccination antigrippale du personnel.

Au sein des établissements recevant des personnes handicapées, nous avons différencié des structures qui resteraient ouvertes et celles qui pourraient fermer. Les mêmes thèmes que pour les maisons de retraite ont été abordés avec les mêmes demandes. Une majorité de ces établissements seront fermés en cas de pandémie, le personnel disponible pourra donc être redéployé sur les autres structures et venir en renfort selon les besoins.

Parmi les 98 établissements du département recevant des personnes handicapées cinq maisons d'accueil spécialisé (MAS) et 31 foyers de vie resteront ouverts. Onze établissements éducatifs avec internat ont été étudiés pour servir de structures intermédiaires.

Afin de s'assurer de la réelle préparation des établissements à la survenue d'une pandémie, un questionnaire a été réalisé et envoyé à chaque structure. Le lien informatique pour les fiches de recommandations en cas de pandémie, élaborées par la DGAS, était précisé en rappel.

Ce questionnaire était incitateur à se conformer aux recommandations antérieurement envoyées, en faisant préciser si les agents avaient pris connaissance des fiches de recommandations, si un référent grippe aviaire et un suppléant étaient désignés dans l'établissement, si les missions du référent étaient formalisées, si une réflexion avait été menée sur la prise en charge des personnes grippées dans l'établissement en situation de pandémie et si elle était formalisée, en leur rappelant que les personnes grippées devront, sauf en cas de détresse respiratoire nécessitant une réanimation, rester dans l'établissement, si un plan de continuité pour le maintien de l'activité était prévu avec formalisation sous forme de fonctionnement en mode dégradé, si une mutualisation entre établissements était envisagée, si un stock de masques chirurgicaux, de masques FFP2, de solution hydro alcoolique était constitué, si une organisation permettant de limiter les contacts entre résidents grippés et non grippés était prévue, si un contact avec les pompes funèbres ou la mairie avait été pris pour envisager la gestion des corps en cas de décès massifs et enfin si la gestion des déchets infectieux était organisée.

3 Perspectives et orientations

3.1 Les enjeux :

L'épisode de la grippe espagnole de 1918 à 1920 considérée comme la plus meurtrière de l'humanité, totalisant entre 50 et 100 millions de morts selon les estimations, s'est déroulé en l'absence de mesure de surveillance et sans mesures de protection. La pandémie grippale représente actuellement une menace qui, sur la base d'informations historiques, pourrait avoir un impact sanitaire catastrophique au niveau mondial.

Sans intervention ni préparation, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) estime qu'une pandémie grippale pourrait toucher en France 9 à 20 millions de personnes, dont 91 000 à 212 000 décès possibles et 455 000 à un million d'hospitalisations. Ces chiffres démontrent le risque d'une désorganisation du système de santé, mais aussi d'une paralysie partielle des services essentiels pour le fonctionnement de la société et de l'Etat, le tout entraînant une désorganisation de la vie sociale et économique. Il existe une menace humaine mais aussi une menace pour la société.

L'anticipation d'une nouvelle pandémie et la mise en place d'une surveillance épidémiologique et des mesures barrières visent à en limiter l'impact global sur la société. L'objectif en pandémie est de concilier la continuité des activités du secteur public et du secteur privé et la protection de la santé des employés, dans l'intérêt du bon fonctionnement de la société dans son ensemble. Si les conséquences sanitaires de la maladie sont limitées, un comportement solidaire permettra que l'activité soit aussi peu perturbée que possible, par contre si la pandémie fait de nombreuses victimes, la priorité ira à la sauvegarde des vies, et à la réduction des activités non essentielles. Chaque entreprise doit se préparer à gérer la crise sanitaire en élaborant un plan de continuité d'activité avec un schéma de fonctionnement en mode dégradé, prenant en compte le maintien des activités essentielles.

3.2 La surveillance épidémiologique :

L'évolution d'une pandémie reste inconnue, elle dépend d'une part du virus lui-même, de sa virulence et de son pouvoir épidémique, et d'autre part des mesures barrières mises en place.

3.2.1 Les moyens

L'institut de veille sanitaire (InVS) coordonne la surveillance de la grippe en France dont les objectifs portent sur la détection précoce et le suivi de l'évolution des épidémies grippales à l'échelon régional et national, la surveillance des souches grippales en circulation et l'identification des populations les plus sévèrement touchées par la grippe.

Depuis 1984 les réseaux Sentinelles et GROG (Groupe Régionaux d'observation de la Grippe), représentés par des médecins libéraux, au nombre de 30 dans le Nord Pas-de-Calais et de 20 en Picardie, surveillent l'arrivée et la circulation des virus grippaux sur le territoire français. Pendant la période de surveillance active de la grippe, d'octobre à avril pour la grippe saisonnière, le site du réseau des GROG recueille auprès des médecins libéraux, pédiatres et pharmaciens des données sanitaires sur des infections respiratoires aiguës couplées à des prélèvements virologiques et produit un bulletin hebdomadaire qui permet de suivre l'évolution de la grippe, région par région. Le réseau Sentinelles estime toute l'année auprès d'un échantillon de médecins généralistes le nombre hebdomadaire de patients consultant pour un syndrome grippal. Le syndrome grippal est défini par une fièvre dépassant 39°C, d'apparition brutale avec myalgies et signes respiratoires. Le début de l'épidémie se définit par le dépassement d'un seuil deux semaines de suite. Un ensemble de graphiques permet de visualiser le nombre de virus grippaux isolés ou détectés en France, reflet de la circulation virale, parallèlement au taux d'infections respiratoires aiguës d'une part en médecine générale et d'autre part en pédiatrie ambulatoire.

Afin de mieux répondre au risque pandémique, l'InVS a mis en place en 2003 la surveillance hebdomadaire de la mortalité par grippe, et surveille les passages aux urgences et les hospitalisations pour grippe depuis 2005-2006. L'InVS participe également à la surveillance des cas groupés d'infections respiratoires basses dans les collectivités de personnes âgées.

Les remontés d'informations hebdomadaires concernant l'activité et les capacités hospitalières sont systématiques, y sont précisées les situations traitées par les SAMU, dont celles liées aux syndromes grippaux, les sorties SMUR et les transferts secondaires de patients. Le nombre de passages d'enfants de moins de un an et de personnes âgées de plus de 75 ans, représentant les âges à risque de gravité, sont relevés.

La surveillance virologique est coordonnée par les deux centres nationaux de référence (CNR) du virus influenza, l'Institut Pasteur à Paris pour la région nord et les Hospices civils de Lyon pour la région sud du pays, elle permet d'identifier et de typer les cas de grippe.

3.2.2 Les résultats

Depuis décembre 2003 une nouvelle souche virale de type A(H5N1) hautement pathogène a été identifiée dans des foyers de grippe aviaire en République de Corée et signalée à l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), de nombreux autres foyers aviaires causés par ce virus ont été depuis identifiés dans plusieurs pays d'Asie, d'Europe, d'Afrique et du Moyen-Orient. Depuis le début de l'épizootie (épidémie animale) 63 pays ou territoires ont notifiés des infections chez des oiseaux sauvages ou d'élevage.

Le bilan des cas humains confirmés biologiquement à ce virus et notifiés à l'OMS, de 2003 au 23 juin 2009 fait état de 433 cas dont 262 décès sans qu'il y ait pour le moment de transmission interhumaine.

Le 24 avril 2009, l'OMS a confirmé la survenue de plusieurs cas humains de grippe d'origine porcine de type A(H1N1) avec transmission interhumaine, au Mexique et aux Etats-Unis. Le virus isolé est un virus émergent susceptible d'être à l'origine d'une pandémie. En lien avec différentes autorités internationales, l'InVS suit la situation épidémiologique en faisant des points réguliers. L'épidémie a rapidement diffusé avec une augmentation des pays touchés, le 7 mai 2009 la France comptait 10 cas confirmés. Le 20 mai de nouveaux foyers épidémiques démarraient au Japon, en République Dominicaine, au Panama, au Canada, puis au Chili et en grande Bretagne, et dans quatre nouveaux pays au 5 juin. Le 3 juin la Picardie diagnostiquait son premier cas. Le 11 juin, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) annonce le relèvement du niveau d'alerte pour la nouvelle grippe A H1N1, avec passage en phase 6 du plan de préparation qui confirme la situation de pandémie, caractérisée par une circulation active du virus dans au moins deux régions du monde. Au 6 juillet La France est toujours en phase 5, elle n'est pas considérée comme un territoire où circule activement le virus, la très grande majorité des cas confirmés sont importés de pays où la circulation du virus au sein de la population est avérée.

Le bilan international au 6 juillet dénombre 95 509 cas confirmés de grippe A H1N1 dans le monde et 429 décès, la répartition montre 68 432 cas et 404 décès aux Amériques, 10 328 cas et 4 décès en Europe, 1146 cas au Maghreb et Moyen Orient, 9922 cas et 8 décès en Asie, 6332 cas et 13 décès en Océanie, et 42 cas en Afrique Subsaharienne.

La veille sanitaire internationale se poursuit, tant sur la grippe aviaire A H5N1 que sur la grippe A H1N1, un bulletin épidémiologique hebdomadaire est produit et réactualisé chaque jour en tant que de besoin, le site web régulièrement mis à jour assure une permanence de l'information.

Les délégués de zone, représentés par les conseillers de défense associés aux conseillers sanitaires, en étroite collaboration avec la CIRE (Cellule Interrégionale d'Epidémiologie) étudient l'évolution de l'épidémie de grippe et le retentissement sur l'activité médicale. Les différentes sources d'informations sont confrontées au cours de réunions de présentation, réflexions et discussions, réalisées plusieurs fois par semaine en situation évolutive, un tableau de bord de suivi de la grippe et des synthèses de décisions sont diffusés aux partenaires : ARH, DDASS, DRASS, SAMU, CH. Les réflexions portent sur les priorités à mettre en œuvre pour adapter le dispositif d'organisation de soins à la nouvelle grippe.

A ce jour les connaissances sur la grippe A H1N1 montrent qu'elle n'a pas les mêmes caractéristiques que la grippe aviaire, notamment en matière de mortalité : moins de 3 pour 1000 pour la grippe A H1N1 et plus de 50 % pour la grippe aviaire. Le nombre moyen de personnes infectées par un cas index observé est de 1,4 à 1,6, légèrement plus élevé que la grippe saisonnière (1,2 à 1,4) et moins élevé que lors des épidémies de 1918, 1957 et 1968 (1,4 à 2,0). Les tranches d'âge les plus touchées sont les 5-29 ans, les plus de 65 ans sont les moins touchés.

Les données concernant l'activité médicale tant dans les services d'urgence qu'en médecine de ville sont relevées dans le but d'évaluer l'augmentation de la charge de travail puis le débordement des appels et la saturation dans la réponse aux besoins, c'est ce stade qui déterminera la nécessité de passer à un autre fonctionnement.

3.3 Stratégies d'intervention

3.3.1 La prévention

Les précédents historiques montrent que le nombre de décès au cours d'une pandémie est très variable. Les taux de mortalité sont principalement déterminés par quatre facteurs : le nombre de personnes infectées, la virulence du virus, les caractéristiques propres et la vulnérabilité des populations touchées et, enfin, l'efficacité des mesures de prévention. Il est impossible d'établir des prévisions exactes concernant la mortalité avant que le virus de la pandémie n'apparaisse et ne commence à se propager.

Dès que la transmission interhumaine s'installe, une investigation autour des cas s'organise localement avec la DASS, le SAMU et la CIRE/InVS, des mesures barrières sont mises en place afin de limiter la transmission dans l'attente de caractériser cette grippe émergente. Au fur et à mesure des connaissances les protocoles de conduites à tenir sont adaptés. Les stratégies de prévention et de lutte au début de l'épidémie consistent en l'application des mesures d'hygiène, d'isolement et en l'utilisation des antiviraux soit en traitement curatif pour les malades soit en traitement préventif à la suite d'un contact avec un cas de grippe.

Dans un deuxième temps quand le vaccin sera prêt, la vaccination viendra compléter ce dispositif de prévention. La stratégie général du plan consiste à faire fonctionner l'Etat et la société en mode dégradé, afin de freiner la propagation d'un virus pandémique jusqu'à la mise au point d'un vaccin.

3.3.2 Freins à l'organisation des soins ambulatoires en pandémie

A) La vision du risque dans nos sociétés

a) *Par la population*

La perception du risque de pandémie dans la population reste assez faible. Eurobaromètre³ a publié une étude en juin 2006 relative à une enquête menée sur une population d'environ 25 000 citoyens, dans le but d'évaluer le niveau de perception du risque que représente la grippe aviaire. La population sondée était plutôt bien informée mais pas effrayée, elle craignait plutôt la pollution et les accidents de la route, mais pas la grippe aviaire et en tout cas aucune maladie infectieuse.

En France, la société considère son environnement comme particulièrement stable et non sujet à des ruptures brutales. Bien que la survenue d'un évènement grave est qualifié d'exceptionnel, cette vision de stabilité a pourtant été contredite à plusieurs reprises par des phénomènes accidentels. Citons Tchernobyl en 1986, la tempête de l'hiver 1999, le SRAS et la vague de chaleur en 2003, Katrina à la Nouvelle-Orléans en 2005.

b) Par les autorités publiques

Les autorités du pays doivent accepter la notion de risque et y faire face. La préparation au risque de pandémie grippale en est l'exemple type. Devant ces phénomènes dramatiques, on a pu constater dans la réaction de la société, mais aussi des pouvoirs publics, le bouleversement occasionné par le caractère impensable de ces évènements.

On a vu la déception et la perte de confiance des populations, lorsque les autorités continuent de déclarer que « tout est sous contrôle » alors que la situation est catastrophique : à la Nouvelle-Orléans, alors que le cyclone approche, les hauts responsables assurent que les digues tiendront ; en Europe, alors que la catastrophe de Tchernobyl vient d'avoir lieu, on affirme que « le nuage n'a pas atteint la France » ; suite au naufrage de l'Erika, il est dit « le pétrole ne traversera pas la Manche » ; et finissons les exemples avec les nombreux décès lors de la canicule de 2003 où il a été affirmé « ce sont des morts naturelles ».

Il s'agit d'acquérir une autre culture du risque et des crises.

c) Par les professionnels de la santé

Aucun des médecins exerçant actuellement n'a connu de grandes catastrophes sanitaires qui se prolongent dans le temps. Quand on interroge les généralistes libéraux sur l'éventualité d'une pandémie ils n'y croient pas et ne souhaitent pas s'investir dans un travail de préparation à une autre organisation qui bouleverserait leur quotidien, sans vouloir imaginer que l'ampleur de la maladie ne permettra plus de fonctionner comme avant. Ils prétendent aussi ne pas avoir suffisamment de temps

³ Eurobaromètre est un outil au service de la Commission Européenne qui permet de suivre l'opinion publique dans les Etats membres.

libre pour participer à des réunions, ils ne peuvent se libérer dans la journée et terminent les visites et consultations tard le soir.

L'actualité de ces dernières semaines les a rapprochés d'une réalité possible, ils commencent à s'intéresser à ce que pourrait être une nouvelle organisation et répondent davantage à nos sollicitations.

B) Le travail avec les partenaires

Il est très enrichissant de travailler en partenariat, et s'il est difficile de mélanger libéraux et salariés dans les groupes de travail, les collègues des autres administrations sont partie prenante pour participer à la lutte contre la pandémie grippale. Mais cette fois la difficulté vient de la lourdeur à obtenir l'aval de la hiérarchie.

Le plan national concerne différents ministères, mais les directives de chaque ministère ne sont pas coordonnées, le ministère de la santé suggère de travailler en partenariat avec l'Education nationale mais celle-ci n'est pas informée ou pas en même temps. Les directives ministérielles de l'éducation nationale précisent que les locaux peuvent être mis à disposition pour des actions de santé mais ne mentionnent rien sur la participation des personnels.

Une difficulté supplémentaire vient du fait que plusieurs administrations sont concernées pour certaines décisions, que les changements de postes des responsables sont fréquents, qu'il faut multiplier les sollicitations pour obtenir des réponses et accords écrits afin de ne pas recommencer les demandes d'autorisations à chaque nouveau arrivant. Ainsi par exemple, pour l'installation des centres de consultations dans les établissements scolaires, l'utilisation des locaux dépend des propriétaires que sont le Conseil Général pour les collèges et le Conseil Régional pour les lycées. Les personnels d'un même établissement scolaire dont la mise à disposition est souhaitée, ne dépendent pas tous de la même autorité. Les chefs d'établissements, les médecins scolaires, les infirmières scolaires, les secrétaires sont gérés par l'Education nationale sous l'autorité du rectorat et de l'Inspection académique, tandis que les agents d'entretien et certains personnels techniques sont à la fois sous la responsabilité fonctionnelle du chef d'établissement dans lequel ils travaillent et dépendent de la direction des ressources humaines du Conseil Général (collèges) ou Régional (lycées) pour la rémunération, la gestion de carrière et la formation.

C) La pénurie de professionnels de santé

La menace de la pandémie suscite des inquiétudes face aux conséquences désastreuses compte tenu de la pénurie de personnel de santé y compris au niveau mondial. A cela peut s'ajouter un taux d'absentéisme en raison de la maladie qui les toucherait personnellement. La délégation de tâches permettra un gain de temps.

D) Les Questions sans réponses

De trop nombreuses questions restent sans réponses et entraînent un blocage pour progresser : quel financement et modalités pour l'armement des centres de consultations ? Quel financement pour le fonctionnement, l'achat de matériel ? Comment se fait la livraison ? Qui se charge des commandes ? Auprès de qui ? Comment seront acheminés les masques de protection à partir de la plate forme logistique de stockage ? Qui finance le fonctionnement de cette plate forme ? Pour l'utilisation des locaux s'agit-il d'une réquisition ? D'une autorisation ? D'une convention ? Si oui, entre qui et qui ? Quelle est la responsabilité juridique quand un établissement est utilisé pour un autre fonctionnement que celui pour lequel il est prévu ? Sous quelle modalité peut-on recruter du personnel ?

La rémunération des personnels du corps de réserve est prévue par les textes, mais pour les autres rien n'est précisé.

Pour une ouverture des centres de 8 heures à 20 heures, 7 jours sur 7, quel personnel viendra en renfort ?

E) Une organisation à rendre opérationnelle

La présentation du dispositif retenu aux médecins libéraux va permettre de leur demander que chaque secteur de garde établisse un planning de présence des médecins par centre de consultations, pour un fonctionnement de plusieurs semaines afin de pouvoir démarrer rapidement en cas de précipitation de l'extension de l'épidémie et de survenue brutale de la pandémie.

Il faut informer et recenser les infirmières susceptibles d'apporter leur concours, l'Ordre des infirmières sera mis à contribution et l'appui des étudiants en médecine.

L'information des chefs d'établissement scolaire par le biais du Rectorat et de l'Inspection académique est à envisager dès la rentrée pour adapter et prévoir l'organisation particulière de chaque structure, avec la désignation des personnels.

Le travail sur les centres de coordination sanitaire et sociale est à poursuivre.

Conclusion :

La déclinaison départementale dans la Somme du plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale, dans le domaine sanitaire, concerne l'organisation des établissements de santé, de la médecine ambulatoire et le fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les établissements de santé ont intégré une annexe pandémie grippale dans l'élaboration de leur plan blanc (plan d'urgence visant à faire face à une activité accrue), celle-ci prévoit le double circuit des patients grippés et non grippés, et la répartition des activités spécifiques de chirurgie, d'obstétrique, de pédiatrie et de réanimation au sein des différents établissements.

En médecine ambulatoire le renforcement de la régulation libérale est à organiser, la mise en place de centres de coordination sanitaire et sociale chargé de la répartition des soins et de l'aide à domicile est prévu, ainsi que la création de centres de consultations dédiés à la pandémie positionnés dans les établissements scolaires du second degré.

Des structures intermédiaires, réparties sur le département, localisées dans les IME avec internats sont prévues pour les patients ne justifiant pas ou plus d'une hospitalisation mais ne pouvant pas demeurer à domicile afin de palier aux hospitalisations pour raisons sociales.

Les établissements sociaux et médico-sociaux doivent élaborer leur plan bleu de gestion de crise en prévoyant une annexe sur la pandémie grippale.

Des exercices réguliers pour tester l'organisation prévue en situation de pandémie sont réalisés si possible chaque année.

La première pandémie grippale du XXI^{ème} siècle annoncée par l'OMS le 11 juin 2009, est la première dans l'histoire de l'humanité que nous abordons avec un plan élaboré et testé depuis quelques années. Le plan français décline un ensemble de mesures destinées à organiser les différents secteurs de la vie du pays, à commencer par celui de la santé, en fonction de la progression de la maladie, d'abord en période pré-pandémique, puis en phase pandémique.

Bibliographie

Ouvrages :

- La grippe en face – Yves BUISSON, Elisabeth NICAND, Pierre SALLOU – Edition Xavier Montauban SA, Collection médecine – Septembre 2007
- Infections virales émergentes : Les zoonoses, passé, présent et avenir - François BRICAIRE, Philippe BOSSI, Pierre PENE, Maurice TUBIANA - Bulletin de l'Académie nationale de médecine - 2006.

Plans et fiches de recommandations :

- Plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale – 3^{ème} version, 2007 – Direction générale de la Santé
- Plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale – 4^{ème} version, 2009
- Plan mondial OMS de préparation à une pandémie grippale : le rôle de l'OMS et les recommandations relatives aux mesures à prendre à l'échelon national avant et pendant une pandémie – 2005 – Organisation Mondiale de la Santé
- Plan d'action mondial pour les vaccins contre la grippe pandémique – 2006 – Organisation Mondiale de la Santé
- Préparation du secteur médico-social et social : fiches de recommandations de mars 2007

Circulaires :

- Circulaire N° DHOS/CGR/2007/130 du 26 mars 2007 relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale
Annexe de la circulaire : fiches de recommandations organisation des soins en situation de pandémie grippale
- Circulaire DDSC/SDGR/BCI du 3 DECEMBRE 2007 relative à la politique nationale d'exercices et à la programmation 2008/2009
- Circulaire interministérielle HFDS/DPSN/2008/389 du 31 décembre 2008 relative à l'organisation actuelle de la défense et de la sécurité dans le domaine des affaires sanitaires (§ 4-2 Mission des DDASS)
- Directive interministérielle n° 1210/SGPN/PSE/PPS du 15 novembre 2004 relative à la politique nationale d'exercices de défense et de sécurité civiles.

Sites internet :

- <http://www.sante.gouv.fr/>
- <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/alertes-sanitaires/>
- <http://www.grippeaviaire.gouv.fr/>
- <http://www.inpes.sante.fr/>
- <http://www.invs.sante.fr/>
- http://www.oie.int/fr/fr_index.htm
- <http://www.afssa.fr/>
- <http://www.grog.org/>
- <http://www.eurosurveillance.org/>
- <http://www.pasteur.fr/ip/index.jsp>
- http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0ep/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieusesgrippe_aviaire.html

Liste des annexes

Annexe 1 : carte des services d'urgences dans le département

Annexe 2 : main courante (exercice)

Annexe 3 : équipement d'un centre de consultations dédié

Annexe 4 : conduite à tenir du patient face à la grippe

Annexe 5 : questionnaire médical (exercice)

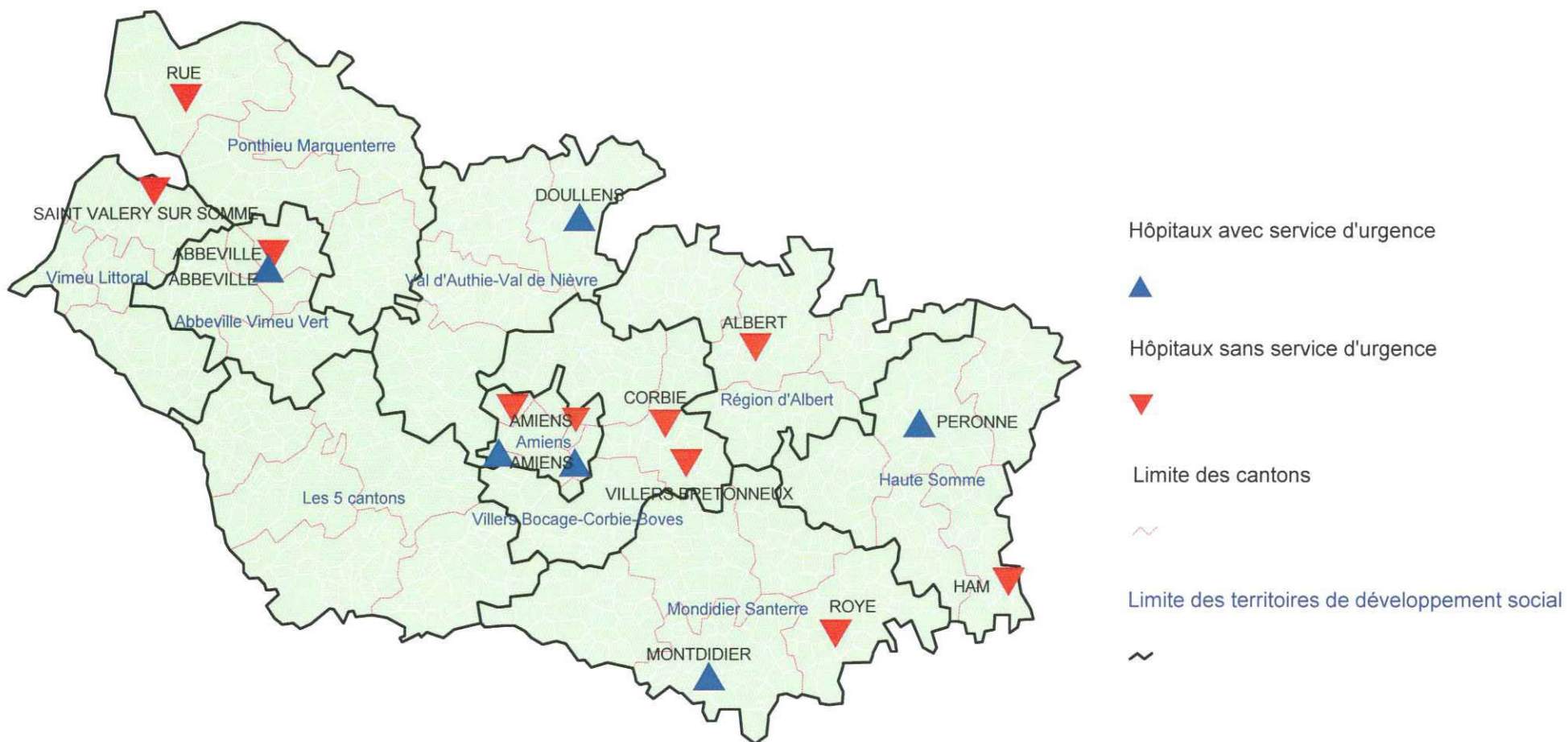
Annexe 6 : données d'activité (exercice)

Annexe 7 : fiche de mission de l'agent d'accueil

Annexe 8 : fiche de difficultés rencontrées (exercice)

Annexe 9 : Fiche animation assistant médical (exercice)

Localisation des hôpitaux avec et sans service d'urgence dans la Somme



Annexe 3

Équipement du centre de consultations dédié

- à l'accueil :

- un bureau, deux chaises
- une table pour mise à disposition des masques et la solution hydro-alcoolique
- une ligne téléphonique
- des masques chirurgicaux de protection

- Au secrétariat :

- un bureau, une chaise
- une ligne téléphonique
- fax, ordinateur, Internet, imprimante, photocopieur

- pour la salle d'attente :

- des chaises
- des poubelles munies de sacs et de couvercle à pédales
- des mouchoirs à usage unique
- du gel antiseptique ou une solution hydro-alcoolique

- pour la salle de l'assistant médical :

- un bureau, des chaises
- un poste téléphonique, un ordinateur avec accès Internet
- du matériel médical de base (thermomètre, balance, stéthoscope, tensiomètre)
- des masques FFP2
- des masques chirurgicaux
- du gel antiseptique ou une solution hydro-alcoolique
- des lingettes désinfectantes
- un point d'eau à proximité, du savon, des serviettes à usage unique

- dans la salle de consultation pour le médecin (à proximité de celle de l'aide soigné) :

- un bureau, des chaises
- un poste téléphonique
- une table de consultation avec un rouleau de papier de protection
- matériel de consultation : stéthoscope, ORL, abaisse langue, lampe, marteau réflexe... (à apporter par le médecin)
- une trousse à pharmacie de base
- des masques FFP2 et chirurgicaux (stock de l'État)
- du gel antiseptique ou une solution hydro-alcoolique
- des lingettes désinfectantes pour nettoyer le stéthoscope entre chaque patient
- un point d'eau à proximité, du savon, des serviettes à usage unique

Annexe 4 : Conduite du patient face à la grippe

Dès le début des symptômes :

- Le malade présentant les symptômes doit porter un masque anti-projections lors de la présence d'un tiers dans sa chambre ou pour tout déplacement, et si possible en continu ;
- le malade doit s'isoler dans une pièce en limitant les contacts physiques avec son entourage, notamment les embrassades, poignées de mains ;
- les visites dans la pièce occupée par le malade et dans la famille doivent être réduites au strict minimum et dans la mesure du possible, les personnes vulnérables (jeunes enfants, personnes atteintes de maladies chroniques cardio-respiratoires, personnes âgées...) ne devront pas rendre visite ou s'occuper d'une personne grippée ;
- la pièce doit être aérée régulièrement ;
- le malade, et son entourage après chaque contact avec lui, doivent respecter une hygiène rigoureuse des mains.
- Pour les personnes vivant dans l'entourage immédiat du malade et contribuant à ses soins, le port d'un masque anti-projection est recommandé.

Le respect des règles d'hygiène énoncées ci-dessous doit être strict.

1°. Mouchage, éternuements, expectoration, toux :

Le virus de la grippe se transmettant par voie aérienne, notamment par les gouttelettes respiratoires, il est impératif de respecter les règles d'hygiène de base des voies respiratoires :

- se couvrir la bouche chaque fois qu'on tousse ;
- se couvrir le nez chaque fois qu'on éternue ;
- se moucher avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle, si possible recouverte d'un couvercle ;
- ne cracher que dans un mouchoir en papier à usage unique, jeté dans une poubelle, si possible recouverte d'un couvercle.

2°. Hygiène des mains :

Le lavage des mains au savon ou avec des produits hydro-alcooliques (vendus en pharmacie) est essentiel. Il doit être fait soigneusement et répété très souvent dans la journée par le malade et par les personnes intervenant dans son voisinage, plus particulièrement après chaque contact avec le malade, avec le matériel qu'il utilise ou avec ses effets personnels.

3°. Nettoyage des objets utilisés par le malade :

A domicile, les objets habituels utilisés par le malade (serviettes, couverts, linge, etc...) doivent subir un nettoyage rigoureux.

Chaque membre de la famille doit disposer de son propre linge, notamment des serviettes de toilette, et de sa propre brosse à dent. La vaisselle et le linge du malade peuvent être lavés en commun avec la vaisselle et le linge du reste de la famille, dans un lave-vaisselle ou un lave-linge à plus de 60°C.

Les surfaces de contact (poignées de porte, chasses d'eau, meubles, etc.) doivent être lavées à l'eau chaude et au savon ou avec des produits désinfectants.

4°. Déchets :

Au domicile, les mouchoirs et les masques anti-projection usagés des malades doivent être placés dans des sacs en plastique munis d'un lien pour la fermeture. Il est recommandé d'utiliser un double emballage, en évitant la présence d'air, de manière à préserver le contenu du premier sac en cas de déchirure du sac extérieur dans la collecte.

Les déchets ainsi conditionnés peuvent être jetés dans la poubelle des ordures ménagères.

Annexe 5 : Questionnaire médical CCD

IDENTITE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

ETAT CLINIQUE

Date des premiers signes cliniques :

Fièvre :

Si oui, température :

Toux :

Courbatures :

Dyspnée (essoufflement) :

Autres symptômes :

Autre(s) pathologie(s) :

Traitement(s) habituel(s) :

Prise en charge préconisée (à remplir par le médecin) :

Annexe 6 : DONNEES D'ACTIVITE CENTRE DE CONSULTATIONS le :

	Nombre de Patients grippés examinés et orientations			Nombre de Patients non grippés examinés et orientations		Patients n'ayant pu être examinés dans les délais (surcharges de Travail)	TOTAL
	HOSPITALISATION (SAMU)	DOMICILE	AUTRES	DOMICILE	HOSPITALISATION		
HOMMES							
FEMMES							
ENFANTS 0-6 ans							
TOTAL							

Problèmes rencontrés:

Annexe 7 : Centre de consultation dédié en pandémie grippale

Fiche mission de l'agent d'accueil

Profil :	Étudiant en médecine de 3 ^{ème} année, étudiant en pharmacie, élèves infirmières, élèves aide soignantes, secouristes...
-----------------	---

Missions

Demander le lavage des mains ou la friction avec le gel hydro alcoolique ;
Distribuer les masques chirurgicaux aux patients à leur arrivée et aux accompagnants ;
Informers sur les recommandations du port du masque et les mesures d'hygiène ;
Remplir la main courante, la transmettre au secrétariat en fin de journée ;
Orienter les patients sur le circuit à suivre ;

Compétences

spécifiques du poste :

- Aptitudes relationnelles
- Connaissances bureautiques
- Connaissance sur la grippe
- Application du secret professionnel pour tous les faits, informations ou documents dont la personne à connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses missions

Nomination :

- Par le directeur

L'agent est muni d'une blouse jetable et porte un masque FFP2.

Il est le premier contact avec les patients arrivant au CCD et dispose de masques chirurgicaux, de gel hydro-alcoolique, de fiches main courante vierges, du planning des médecins du secteur, du listing des médecins du secteur avec leur adresse et numéro de téléphone à distribuer aux patients qui seront orientés en consultation en ville.

Il oriente vers la consultation les patients qui présentent un des signes évoquant la grippe : toux, fièvre, mal à la tête, signes respiratoires, éternuements, courbatures en posant quelques questions simples : « Présentez-vous de la toux, de la fièvre, des maux de tête, une gêne respiratoire, des courbatures ? ».

Il oriente vers un médecin de secteur les patients à l'évidence non grippés : mal au pied, petite blessure, renouvellement d'ordonnance, crainte d'avoir la grippe et souhaitant des informations ou une prévention. Il explique la spécificité du centre, qui est de n'examiner que des patients grippés, et l'intérêt de ne pas regrouper les grippés et les non grippés.

En cas de doute il oriente vers la salle d'attente pour non grippés ou demande l'avis de l'infirmière.

Annexe 8 : Centre de Consultations Dédié en pandémie grippale(CCD)

Difficultés rencontrées au centre de consultations

A remplir par le secrétariat en lien avec la direction et le personnel de soin

Centre de consultation :

→ Cellule grippe DDASS

Activité du . / . /20

Information sur **l'activité de la veille (j-1)** à transmettre à la cellule grippe de la DDASS par **Fax** à 8h le matin au 03 22 45 08 39

* Nombre de patients venus au centre de consultations :

* Difficultés de fonctionnement (matériels, personnels et planning, absences, problème d'organisation des circuits,...) :

.....
.....

* Difficultés dans les transferts (manque de place, de moyens de transports, etc.)

.....
.....

* Difficultés d'approvisionnements : médicaments, petit matériel...

.....
.....

* Autres difficultés (gestion des décès, ordre public, problèmes sociaux) :

* Proposition ou demande du centre de consultations :

➤ **Renfort** : Oui Non

Préciser.....

➤ **Ouverture de la structure intermédiaire** :

Oui

* Autres remarques :

Annexe 9 : fiche animation assistant médical

Horaires : 14H 16H30

Mission générale : **Fiche de poste en annexe 8**

- S'assurer que le patient est passé par le tri et renseigner la fiche médicale du patient ;
- Réguler et prioriser l'ordre des consultations ;
- Appeler et orienter les patients ;

- Remplir avec le patient le début du questionnaire médical ; (annexe 11)

- Effectuer les pré-consultations en liaison avec le médecin du CCD ;
- Remettre la fiche conduite à tenir du patient face à la grippe (mesures barrières...) et l'expliquer ; (annexe 9)
- Expliquer au patient en fin de consultation l'ordonnance (modalités du traitement, pharmacie la plus proche) et les mesures d'hygiène.
- Transmettre au directeur du CCD deux fois par jour un point de situation ;
- Tenir à jour le registre des mouvements des patients ; (annexe 10)
- Remplir et transmettre les données d'activité au secrétariat pour transmission au CCSS et DDASS ; (annexe 5)
- Faire un point deux fois par jour avec la direction.

Missions spécifiques : L'assistant médical dispose de masque FFP2, de blouses jetables, de fiches de conduite à tenir pour le patient, de questionnaires médicaux vierges, de fiches pour le registre des mouvements, de fiches de données d'activité et de fiches de difficultés rencontrées.

L'assistant médical veille à la mise en place d'informations dans le CCD sur les mesures d'hygiène, au renouvellement quotidien de sacs hermétiques dans les poubelles du CCD.

Si un patient ne présente pas les symptômes de grippe (toux, fièvre, mal à la tête, signes respiratoires, courbatures, pas en forme) il est orienté vers un médecin de ville.

Documents utilisés :

Fiche de conduite à tenir du patient en cas de grippe : annexe 9

Questionnaire médical : annexe 11,

Registre des mouvements : annexe 10,

Données d'activité annexe : 5