



Ministère de la Santé et des Solidarités
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

ORGANISATION DES SOINS EN SITUATION DE PANDEMIE GRIPPALE

> FICHES DE RECOMMANDATIONS

1^{re} édition - Avril 2006
2^e édition prévue été 2006

Vous pouvez consulter toutes les informations sur le site : www.grippeaviaire.gouv.fr et
www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe_aviaire
Info'Grippe Aviaire 0 825 302 302 (0,15€ par minute)

L'objectif de la première version du guide sur l'organisation des soins en situation de pandémie grippale est de permettre d'engager la réflexion au sein des ARH, DRASS, DDASS et des établissements de santé. Une circulaire indiquera prochainement les actions à conduire au niveau départemental et régional.

Une seconde version à paraître été 2006 apportera un certain nombre de précisions complémentaires quant aux structures à mettre en place et aux déclinaisons particulières telles que l'organisation des soins en réanimation, l'activité de transplantation et de prélèvements.

Avant-propos

Le risque « grippe » peut prendre des formes multiples et les réponses apportées doivent être adaptées. La grippe est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, d'origine virale (virus influenza). La durée d'incubation (ou délai d'apparition des premiers symptômes) est de 1 à 7 jours. Le malade est contagieux 24 à 48 heures avant l'apparition des signes cliniques et le demeure pendant la période symptomatique de la maladie (5 à 10 jours). Il peut potentiellement contaminer plusieurs personnes pendant un maximum de 12 jours.

Le virus se transmet essentiellement par voie aérienne (respiratoire) lors des contacts rapprochés. Les espaces confinés favorisent sa transmission. Des épidémies hivernales (grippes saisonnières) surviennent régulièrement, pouvant toucher 5 à 10 % de la population, et sont le résultat de modifications (par « glissement antigénique ») du virus.

Une pandémie grippale survient quand un virus connaît une variation brutale, que le sous-type correspondant acquiert une capacité de transmission interhumaine, sous-type pour lequel l'immunité de la population est faible voire nulle.

En principe, quelques décennies séparent deux pandémies de grippe ; le siècle passé en a connu trois :

- En 1918-1919, la « grippe espagnole » : 20 à 50 millions de morts dans le monde
- En 1957-1958, la « grippe asiatique » : 1 million de morts dans le monde
- En 1968-1969, la « grippe de Hong Kong » : 1 million de morts dans le monde (source OMS).

Dans la perspective de la survenue d'une pandémie grippale, il est nécessaire de s'y préparer dès maintenant.

Le plan gouvernemental de prévention et de lutte « pandémie grippale » et ses annexes rassemblent les mesures à mettre en œuvre dans des fiches de situation constituant des propositions à examiner au cas par cas, en fonction de l'évolution de la crise, dans un objectif d'aide à la décision.

Ce guide rassemble les fiches de recommandations traitant de l'organisation des soins en situation de pandémie grippale, complétant les annexes E du plan gouvernemental. L'objectif est de permettre dès à présent aux établissements de santé, Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, Directions Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et Agences Régionales de l'Hospitalisation ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de santé de préparer le dispositif d'organisation sanitaire.

Il convient par ailleurs de rappeler que les bonnes pratiques d'hygiène de base sont à mettre en place dès maintenant.

Sommaire

Avant-propos	2
Sommaire	3
1 – L'organisation générale.....	4
1.1. L'accès aux soins pour le patient	4
1.2. Le rôle du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (Codamups)	6
1.3. La suppléance et le renforcement du personnel.....	7
1.4. Le « corps de réserve sanitaire »	9
2 – L'organisation des soins ambulatoires	11
2.1. Le dispositif de soins ambulatoires	11
2.2. Le maintien à domicile des patients	13
3 – L'organisation pré hospitalière	16
3.1. Le fonctionnement des SAMU/Centres 15.....	16
3.2. La prise en charge des patients par les équipes SMUR	18
3.3. La coordination SAMU/Centres 15 et SDIS	20
4 – L'organisation des établissements	23
4.1. L'adaptation de l'annexe biologique du plan blanc à la pandémie grippale.....	23
4.2. L'accueil et la sectorisation des établissements	25
4.3. La déprogrammation.....	28
4.4. Les soins en réanimation.....	30
4.5. La prise en charge en psychiatrie	33
4.6. La prise en charge des détenus	35
4.7. La transfusion sanguine	38
4.8. La gestion des personnes décédées	40
4.9. La logistique de l'établissement	43
4.10. Les laboratoires et les transports de prélèvements	47
4.11. La sortie de crise	49
5 – Les prises en charge spécifiques	51
5.1. La prise en charge des personnes âgées.....	51
5.2. La prise en charge en pédiatrie.....	54
5.3. La prise en charge en obstétrique.....	58
5.4. La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.....	61
5.5. La prise en charge en cancérologie	64
GLOSSAIRE	67

1 – L'organisation générale

1.1. L'ACCES AUX SOINS POUR LE PATIENT

S'il est convenu que pour les premiers patients, ceux-ci soient hospitalisés, leur maintien à domicile en phase pandémique est recommandé tant que leur état clinique le permet. L'objectif des autorités sanitaires en situation de pandémie grippale est donc de permettre une prise en charge adaptée du patient quel que soit son mode d'accès aux soins. Les patients continueront à utiliser leur moyen habituel d'accès aux soins.

Le schéma suivant précise chacun de ces accès ainsi que les solutions de prise en charge.

L'ACCES AUX SOINS EN SITUATION DE PANDEMIE GRIPPALE (SITUATION 6)

Patient	Interventions
Le patient appelle un médecin ou se déplace directement chez lui.	La visite à domicile est à privilégier. Les consultations en cabinet doivent être organisées afin de limiter le regroupement des patients grippés et non grippés. ☹
	Si le médecin ne peut pas recevoir le patient ou n'est pas joignable : le patient appelle un autre médecin ou le SAMU/Centre 15.
Le patient appelle le 15.	Le Samu/Centre 15 régule l'appel vers : <ul style="list-style-type: none">- conseil médical ;- régulation libérale pour l'envoi d'un médecin généraliste chez le patient ;- envoi d'un moyen SMUR ;- envoi d'un transport sanitaire (sapeur-pompier, ambulance, moyen associatif...).
Le patient appelle le 18	Les appels sont reroutés vers le Samu/Centre 15.
Le patient se présente spontanément à l'hôpital.	Zone de tri à l'accueil. ☹
	Si le patient ne nécessite pas d'hospitalisation : il est orienté vers un service de consultation externe à proximité, vers un médecin libéral ou réadressé à son domicile. ☹ Si le patient nécessite une hospitalisation : il est orienté vers le service approprié. ☹
Le patient se déplace directement dans une pharmacie, chez son kinésithérapeute, infirmier, etc.	Le pharmacien, le kinésithérapeute, l'infirmier, etc. conseille le patient. Au besoin, il l'oriente vers un médecin ou vers le SAMU/Centre 15. ☹

LES SOLUTIONS DE PRISE EN CHARGE

> Le patient reste à son domicile. ☹

Un « centre de coordination sanitaire » sera mis en place pour aider le médecin à organiser la prise en charge des patients suivis à domicile (cf. fiche 2.2)

> Le patient est hospitalisé. ☹

Si le médecin généraliste veut hospitaliser un patient, le SAMU/centre 15 (renforcé le cas échéant) sera à sa disposition pour l'aider dans sa décision d'hospitalisation et dans le choix du moyen de transport adapté à la situation clinique du patient.

> Le patient est orienté vers une structure intermédiaire. ☹

Le médecin, l'établissement de santé ou le centre de coordination sanitaire peuvent orienter vers ce type de structure, les patients dont l'état ne requiert pas une hospitalisation mais nécessite une surveillance pouvant difficilement être assurée au domicile (personnes fragiles, isolées) – cf. fiche 2.2.

Le signe ☹ symbolise la nécessité pour le patient de porter un masque chirurgical.

1.2. LE ROLE DU COMITE DEPARTEMENTAL DE L'AIDE MEDICALE URGENTE, DE LA PERMANENCE DES SOINS ET DES TRANSPORTS SANITAIRES (CODAMUPS)

OBJECTIF

Le CODAMUPS est un lieu de réflexion, d'échange et de concertation associant les représentants des professions de santé concernées, pour l'élaboration d'une organisation pré hospitalière, coordonnée avec l'organisation hospitalière, en phases pré pandémique et pandémique.

ELARGISSEMENT DE LA COMPOSITION DU CODAMUPS

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

MISSIONS DU CODAMUPS CONCERNANT LA PANDEMIE GRIPPALE

Les réflexions du CODAMUPS et de ses sous-groupes doivent porter, notamment, sur :

- ▶ l'organisation de la permanence des soins en situation exceptionnelle au vu des projections de l'InVS : médecins libéraux (généralistes et spécialistes), médecins salariés, etc.
- ▶ le recensement des moyens humains notamment les médecins susceptibles de renforcer les médecins généralistes (autres généralistes, spécialistes, médecins retraités, salariés...)
- ▶ le quadrillage à envisager dans ces circonstances ;
- ▶ l'organisation des transports sanitaires ;
- ▶ le rôle des autres professionnels de santé dans la réponse à apporter aux malades.

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

ARTICULATION DES REFLEXIONS DU CODAMUPS AVEC LES REFLEXIONS MENEES DANS LE CADRE D'AUTRES INSTANCES

L'état d'avancement de certaines réflexions menées au niveau régional sera relayé par les instances régionales (ARH, DRASS) présentes au CODAMUPS permettant d'assurer la cohérence de l'ensemble du dispositif.

1.3. LA SUPPLEANCE ET LE RENFORCEMENT DU PERSONNEL

L'absentéisme dans les établissements de santé et médico-sociaux dans la phase pandémique peut être estimé entre 30% et 40% de l'effectif. Le taux moyen d'absentéisme observé, hors pandémie, est d'environ 12%¹, même si les situations sont très hétérogènes. A cet absentéisme habituel, s'ajoute un absentéisme résultant soit de l'épidémie de grippe, soit de problèmes divers - transport, enfants malades... - qui empêcheraient la personne de travailler. Ce pourcentage, indicatif, peut varier en fonction du taux d'attaque du virus et des situations locales. L'absentéisme du personnel pourrait certes être un problème aggravant de la crise. Cependant, la seule augmentation importante du nombre de patients impose de renforcer le personnel soignant.

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

- un « vivier » qui correspond au **redéploiement de certains personnels soignants** dans les services sous tension ;
- un « **Corps de réserve sanitaire** » composé de personnels externes dont le contour et les modalités de fonctionnement sont en cours d'élaboration avec les professionnels de santé.

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Comment faire face à un absentéisme fort ?
- ▶ L'établissement a-t-il déjà connu par le passé un tel absentéisme et quelles solutions a-t-il mis en œuvre ?
- ▶ Comment libérer le personnel de la garde des personnes à charge ?
- ▶ Peut-on avoir recours à des personnels de suppléance ? Lesquels ? Pour quelles activités ? Dans quelles conditions ?

LES PISTES DE TRAVAIL

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

> Mesures internes aux établissements

Le rappel des personnels en formation et en congé est la première mesure à réaliser.

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

Ce vivier pourra notamment être « alimenté » grâce aux effets de la déprogrammation d'un certain nombre d'activités et par le redéploiement de toute autre catégorie de personnels, dans une logique intra établissement ou

¹ Rapport 2004 de la Cour des Comptes

dans une logique inter établissement. L'ensemble des praticiens et des personnels soignants des établissements de santé devra concourir au bon fonctionnement de ce dispositif.

> Mesures externes aux établissements

Les établissements pourront, selon des modalités déterminées par le Préfet, faire appel à des ressources externes (appelées « Corps de réserve sanitaire») :

- *en rappelant les médecins et infirmières retraités de moins de 3 ans ;*
- *en sollicitant les étudiants ;*
- *en ayant recours à des personnels intérimaires.*

> Moyens logistiques d'une telle réorganisation

La logistique d'une telle réorganisation, tel que l'hébergement sur place ou la garde des enfants, doit être réfléchi et passe par la mise en place de moyens exceptionnels. En ce qui concerne la garde des enfants de personnels soignants, toutes les solutions doivent être d'ores et déjà réfléchies voire préparées : réseaux d'entraide, sensibilisation des familles, recours à des organismes d'œuvres sociales, à des sociétés de services à personnes, etc. L'ensemble de ces mesures doit être débattu en Comité Technique d'Etablissement.

QUI MET EN ŒUVRE CE DISPOSITIF ?

> Au niveau des établissements de santé

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

> Au niveau départemental

Chaque département (Préfet de département et DDASS) en lien avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins et les organismes représentatifs des professions paramédicales établit la liste des médecins retraités et des catégories de médecins (Médecin Exercice Particulier, spécialistes) et des professionnels paramédicaux (retraités, remplaçants, etc) susceptibles de suppléer ou de renforcer les personnels.

> Au niveau régional

Chaque région (Préfet de région / DRASS) en lien avec les facultés de médecine et de pharmacie, ainsi qu'avec les écoles paramédicales, doit organiser le recensement des étudiants.

1.4. LE « CORPS DE RESERVE SANITAIRE » (EN COURS D'ELABORATION)

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Qu'appelle-t-on « Corps de réserve sanitaire » ?
- ▶ Comment redéployer les personnels ?
- ▶ Quelles compétences médicales doivent être placées dans quels services ?

LES PISTES DE TRAVAIL

Le « corps de réserve sanitaire » correspond aux personnels pouvant suppléer les équipes soignantes mais dont l'activité est habituellement différente. La composition du « corps de réserve sanitaire » varia en fonction du type de soins et des structures accueillantes. Il sera principalement composé des étudiants et des professionnels de santé retraités de moins de 3 ans (médecins, infirmiers, aides-soignants, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, ...). La liste suivante est donnée à titre indicatif et peut être complétée suivant les spécificités locales :

Pour les soins de ville

Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins :

- Médecins libéraux retraités de moins de 3 ans
- Médecins à exercice particulier (MEP)
- Certains spécialistes
- Médecins remplaçants
- Médecins salariés (Médecins conseil CNAM, Médecins de l'Education Nationale, Médecins du travail, Médecins de PMI, etc.)
- Pour la suppléance et le renforcement des médecins généralistes : les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales (art.L41312, 3ème alinéa du Code de Santé Publique)

Personnels pouvant suppléer et renforcer les paramédicaux :

- Infirmières libérales en retraite de moins de 3 ans
- Infirmières remplaçantes
- Infirmières salariées (médecine scolaire, médecine du travail, PMI, etc.)
- Aides-soignants

Personnels pouvant renforcer les pharmacies :

- Pharmaciens retraités
- Etudiants en pharmacie en fonction des équivalences
- Assistants, préparateurs et aide préparateurs en fonction des équivalences

Personnels pouvant suppléer et renforcer les transporteurs sanitaires :

- Associations de secouristes

Pour les établissements de santé et médico-sociaux

Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins :

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

Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins régulateurs SAMU :

- Médecins titulaires de la CAMU, d'un DU de régulation

Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins réanimateurs :

- Anesthésistes réanimateurs ayant une activité principalement en bloc opératoire
- Etudiants en réanimation de 3ème cycle
- Les IADE (Infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat)

Personnels pouvant suppléer et renforcer les paramédicaux :

- Etudiants en médecine en fonction des équivalences
- Etudiants en IFSI en fonction des équivalences
- Personnel intérimaire
- Personnels paramédicaux retraités depuis moins de 3 ans

La requête de ces professionnels se fait via le Conseil de l'Ordre des Médecins, les services de Caisse de retraite et les établissements de soins. Une liste des étudiants pouvant renforcer le personnel devra être établie au niveau régional, en tenant compte de leur année de scolarité, des équivalences possibles et des affectations de stage. Sont concernées :

- *Les écoles paramédicales (instituts de formation d'aides-soignants et d'auxiliaires de puériculture, instituts de formation en soins infirmiers, instituts de formation d'infirmières spécialisées (IBODE, IADE, PDE), instituts de formation de cadres de santé), les écoles de sages-femmes, les écoles de kinésithérapeutes, les écoles d'ambulanciers, etc.*
- *Les facultés de médecine et de pharmacie.*

2 – L'organisation des soins ambulatoires

2.1. LE DISPOSITIF DE SOINS AMBULATOIRES

En cas de survenue d'une pandémie grippale le nombre attendu de personnes potentiellement grippées nécessitera d'adapter l'offre de soins et notamment les conditions d'hospitalisation. Le maintien à domicile tant que l'état de santé des patients le permet est la règle.

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Qui organise le dispositif ?
- ▶ Quelle coordination entre les médecins, les paramédicaux libéraux et les sages femmes ?
- ▶ Comment organiser les permanences de soins en situations exceptionnelles, et particulièrement durant une pandémie grippale ?
- ▶ Faut-il prévoir une sectorisation pour les spécialistes (pédiatres, psychiatres, etc) ?

LES PISTES DE TRAVAIL

Ce dispositif est coordonné par le Préfet de département. Ses modalités d'organisation sont définies au sein de chaque département dans le cadre du plan blanc élargi.

Le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS), dont le rôle est essentiel, est consulté sur celles-ci. A cette fin, sa composition est élargie à d'autres professionnels ne siégeant pas habituellement, cette disposition devant assurer une concertation de l'ensemble des acteurs concernés (cf. fiche 1.2).

> Permanence des soins en situation exceptionnelle

Cette organisation doit tenir compte des spécificités départementales et des zones urbaines et rurales. Elle doit conduire à une adaptation de la permanence des soins tenant compte de l'organisation des cabinets médicaux, des secteurs géographiques d'ores et déjà définis. Elle doit conduire à définir éventuellement des modes d'organisation possibles des praticiens pour ces patients.

Le CODAMUPS est le lieu privilégié pour élaborer ces réflexions et dégager les grandes orientations. L'objectif est de définir un premier schéma d'organisation qui sera ensuite à adapter aux spécificités du risque.

> **Adaptation de la prise en charge des patients**

Le principe général est de limiter le regroupement de patients grippés et non grippés.

En conséquence, les visites à domicile sont à privilégier. Pour respecter ce principe, toute consultation en cabinet nécessite une organisation adaptée.

L'organisation adéquate du cabinet pour permettre de réduire le risque de diffusion du virus doit permettre :

- la mise à disposition dans la salle d'attente d'une signalétique informative (affichage), de masques chirurgicaux, de mouchoirs à usage unique, de poubelles munies de sacs et d'un couvercle ;
- de limiter les délais d'attente ;
- de bannir de la salle d'attente meubles inutiles, journaux, jouets ;
- d'entretenir les surfaces ;
- d'éliminer les déchets en DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux).

> **Renforcement des médecins libéraux (cf. fiches 1.3 et 1.4)**

Le renforcement des médecins peut être envisagé à partir des étudiants de 3^e cycle, de certains médecins salariés qui se porteraient volontaires, de médecins spécialistes disponibles

Le comité départemental de l'ordre des médecins doit établir une liste de praticiens susceptibles de remplir ces fonctions à titre exceptionnel et communiquer ces listes au Préfet.

> **Coordination avec les autres professionnels de santé**

En situation pandémique, la coordination entre les différents professionnels de santé doit être renforcée.

2.2. LE MAINTIEN A DOMICILE DES PATIENTS

Le principe général en phase pandémique réside dans le maintien à domicile des patients, l'objectif essentiel étant de ne pas saturer les établissements de santé, réservés aux patients les plus graves.

Les établissements de santé seront des lieux à haute densité virale et ne devront y être admis que les patients dont l'état de santé le justifie.

Pour les raisons évoquées précédemment, le principe du maintien à domicile conduira à un nombre important de patients à prendre en charge dont l'état clinique nécessitera probablement pour un certain nombre des soins infirmiers quotidiens.

Certains patients, tel que les dialysés ou les patients sous chimiothérapie voire les suites de réanimation, nécessiteront une adaptation spécifique de ces soins (cf. fiches 5.4 et 5.5).

Tous les professionnels de santé libéraux seront concernés mais également toutes les associations, fédérations, services de soins à domicile et services d'aide à domicile. Une coordination de ces acteurs est indispensable.

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Quelle est l'organisation sur le terrain ?
- ▶ Quels sont les professionnels de santé concernés par le maintien à domicile ?
- ▶ Quelles sont les conséquences sanitaires du maintien à domicile des patients ?
- ▶ Quelles sont les conséquences du maintien à domicile des patients dans la pratique des professionnels ?
- ▶ Quelle coordination et quelle complémentarité entre les acteurs sont recommandées ?
- ▶ Comment permettre une continuité des soins à domicile ?
- ▶ Quelle place faut-il donner à l'éducation aux soins ?
- ▶ Comment le pilotage du dispositif est-il assuré ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Schéma et stratégie départementale pour l'organisation du dispositif de suivi à domicile des patients

- Le Préfet est le responsable de ce dispositif.
- Une stratégie globale doit être définie au sein de chaque département sous son autorité tenant compte des spécificités des zones (rurales et urbaines), en concertation avec les Conseils Généraux. Elle doit être fondée sur une sectorisation adaptée aux zones géographiques concernées.

- Cette stratégie aboutit à un schéma départemental, qui s'inscrit dans le cadre du plan blanc élargi (décret du 30 décembre 2005), outil à la disposition du Préfet dont doivent être dotés tous les départements.
- Ce schéma doit être soumis aux CODAMUPS élargis (infirmiers, kinésithérapeutes, laboratoires, pharmaciens, sages femmes, dentistes, etc) – cf. fiche 1.2.
- Le plan blanc élargi doit notamment, dans ce cadre :
 - recenser l'ensemble des ressources disponibles sur le département incluant les professionnels de santé libéraux, toutes les structures en charge des soins et de l'aide à domicile, de même que les structures sanitaires, médico-sociales voire autres susceptibles de contribuer à cette prise en charge.
 - définir les modalités d'organisation de la prise en charge des patients à domicile et leurs déclinaisons infra départementales.

> Dispositif de suivi à domicile des patients

La coordination de l'ensemble des acteurs (professionnels ou structures) concourant à ce dispositif est indispensable. Aussi, pour l'organisation de ce suivi à domicile, chaque département disposera de centres de coordination sanitaires et de structures intermédiaires destinés aux patients nécessitant une surveillance particulière.

Les centres de coordination sanitaire

Un cahier des charges précisant les modalités d'organisation de ces structures est en cours d'élaboration.

Ce dispositif de coordination inclut des centres de coordination sanitaire, le nombre de ceux-ci est arrêté par le Préfet.

Chaque centre devra couvrir une zone géographique déterminée tenant compte du caractère rural ou urbain de celle-ci, des distances, de la population et des structures et professionnels présents.

Les missions principales de ces centres sont :

- *D'assurer la répartition des soins à domicile en coordonnant les professionnels paramédicaux libéraux et les structures de soins à domicile ;*
- *D'assurer la répartition des soignants ;*
- *De répondre aux sollicitations des médecins, des SAMU/Centre 15 voire des patients ;*
- *D'assurera un soutien logistique en matière d'acheminement aux patients à domicile, des masques, antiviraux et autres produits de santé ;*
- *D'être un relais d'information entre les professionnels et le Préfet.*

Ces centres de coordination sanitaires disposent d'un médecin coordonnateur et d'un personnel soignant. Ils s'appuient pour leur fonctionnement sur des structures existantes (hôpital local, structure d'un Service de Soins et d'Aide à Domicile, d'un établissement de santé, d'un centre communal d'action sociale, etc.) permettant d'avoir un support administratif à disposition et de bénéficier de moyens de fonctionnement et de communication (téléphone, fax, email, etc.).

Un numéro dédié, facilement mémorisable par la population et les professionnels de santé leur est attribué à chacun de ces centres. Ce numéro est communiqué au SAMU / Centre 15.

Les structures intermédiaires

Un cahier des charges précisant les modalités d'organisation de ces structures est en cours d'élaboration. Des structures intermédiaires sont prévues, tenant compte de la situation précaire de certains patients, isolés, handicapés ou fragiles nécessitant une surveillance continue sans justifier pour autant d'une hospitalisation.

Elles sont en relation permanente avec le Préfet, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et les associations travaillant auprès des personnes isolées.

Les patients sont pris en charge dans ces structures intermédiaires pour une période définie, selon leur état clinique.

Il appartient à chaque département d'identifier quelques structures de ce type. Elles peuvent s'appuyer sur plusieurs sites d'hébergement : hôpital local, hôtel, etc.

Les missions de ces structures sont d'accueillir des patients grippés ne nécessitant pas une surveillance médicale continue mais ne pouvant rester seuls à domicile (personnes âgées, personnes handicapées, personnes fragiles, etc.).

L'encadrement pourrait être assuré par du personnel associatif. La présence d'un personnel soignant est obligatoire

Le centre de coordination sanitaire du secteur géographique correspondant est chargé de :

- *veiller à l'encadrement de ces structures intermédiaires ;*
- *l'évaluation des besoins sanitaires, notamment de personnel soignant ;*
- *s'assurer de la visite systématique au moins une fois par jour d'un médecin.*

3 – L'organisation pré hospitalière

3.1. LE FONCTIONNEMENT DES SAMU/CENTRES 15

En situation de pandémie grippale les SAMU / Centres 15 tout comme les médecins libéraux seront au cœur du dispositif de régulation des soins de ville, des transports sanitaires et des hospitalisations. Les SAMU / Centres 15 seront également très sollicités dans un rôle de conseil médical auprès de la population, nécessitant un message national homogène et clair quant aux réponses à apporter.

Le surcroît d'appels auxquels les SAMU / Centres 15 devront faire face risque d'être très important, nécessitant *de facto* un renforcement des moyens humains et matériels.

Outre le renforcement des SAMU / Centres 15, il est nécessaire d'envisager la mise en place à un niveau supra départemental de structures dédiés à ces appels.

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Quelle est l'organisation prévue pour la montée en puissance des moyens humains et techniques du SAMU / Centre 15 pour la régulation de l'ensemble des appels en phase pandémique ?
- ▶ Quels liens entre le SAMU / Centre 15 et les soins ambulatoires ?
- ▶ Quelle est l'organisation de la régulation de la permanence des soins ?

LES PISTES DE TRAVAIL

En phase pandémique, les numéros d'appel habituels (15, 18 et 17) sont maintenus.

> Les SAMU / Centres 15 : missions, renforcement des moyens humains et matériels

En phase pandémique, le SAMU / Centre 15 reste le point d'entrée des particuliers comme des professionnels de santé pour toute urgence. Il assure les fonctions qui sont les siennes en situation habituelle (régulation des appels médicaux d'urgence, conseil médical, envoi de moyens de secours, décision d'hospitalisation, etc.).

Concernant le renforcement en moyens humains

Les moyens de renforcement en personnel doivent être réfléchis dès à présent par les directions d'établissements, en lien avec les services concernés. Les personnels identifiés pour ce renforcement doivent bénéficier dès maintenant de formations adaptées. Dans ce cadre, le recours à des personnels administratifs à la prise d'appel doit être envisagé.

Concernant le renforcement en moyens matériels

Un état des lieux est conduit dans chaque SAMU / Centre 15 dès maintenant afin d'identifier les moyens matériels existants et les possibilités d'extension de ceux-ci (lignes téléphoniques, systèmes informatiques...).

Si la saturation du standard du SAMU / Centre 15 est telle qu'elle remet en cause la qualité de gestion des appels, une structure supra départementale pourra, en complémentarité et non en subsidiarité, renforcer les SAMU / Centres 15 dédiés à ces appels.

Le recours à cette structure se fera à la demande des autorités de santé.

> Organisation de la régulation de la permanence des soins

Le dispositif de la régulation de la permanence des soins est installé au sein des SAMU / Centres 15 et fonctionne 24H/24. La présence de régulateurs libéraux devra être renforcée. Une coordination sera réfléchie tenant compte des autres systèmes de régulation pouvant exister au sein des départements (CODAMUPS).

Ce dispositif nécessitera une adaptation de la permanence des soins répondant à une situation exceptionnelle, comme décrit dans la fiche sur l'organisation des soins ambulatoires.

MISE EN ŒUVRE DE CE DISPOSITIF

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

3.2. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PAR LES EQUIPES SMUR

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

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Une formation spécifique de l'ensemble des personnels des équipes SMUR a-t-elle été réalisée ?
- ▶ La protection systématique des personnels et la désinfection des véhicules ont-elles fait l'objet de procédures au sein du service ?
- ▶ Une traçabilité des équipes confrontées aux cas avérés de grippe est-elle mise en place avec la médecine du travail ?
- ▶ Les membres du personnel sont-ils vaccinés contre la grippe saisonnière ?
- ▶ Existe-t-il un réseau de radiocommunication entre les SMUR et le SAMU départemental ?
- ▶ Existe-t-il un réseau de radiocommunication entre les SMUR et les SAMU d'une même région ?
- ▶ Existe-t-il des numéros de téléphone spécifiques au réseau des SAMU sur postes identifiables, au sein de la régulation du SAMU et/ou en cellule de crise du SAMU ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Protection des personnels

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

Dès aujourd'hui des mesures doivent être prises :

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

> Mode dégradé

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

Le schéma suivant précise le circuit de prise en charge par les équipes SMUR en phase pandémique (Phase 6 du plan gouvernemental « pandémie grippale ») :

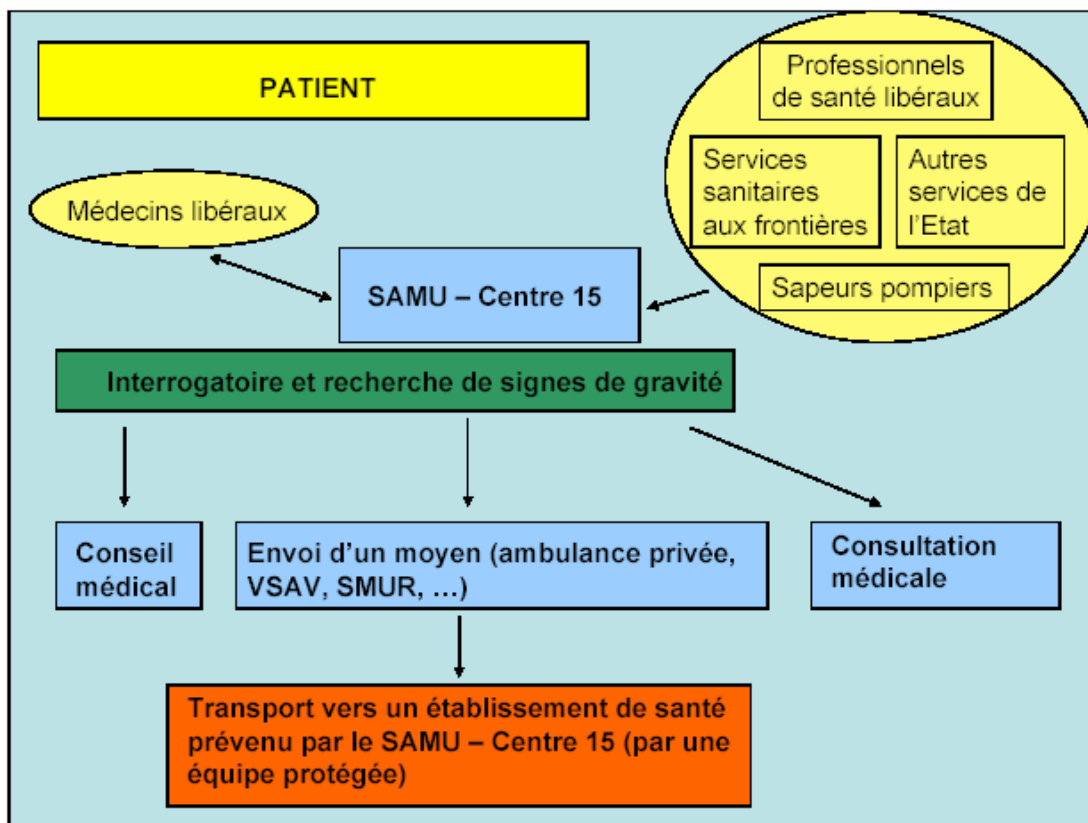


Schéma fiche 3.2. : circuit de prise en charge en phase pandémique

3.3. LA COORDINATION SAMU/CENTRES 15 ET SDIS

OBJECTIFS

En situation de pandémie grippale et face à un absentéisme fort des personnels soignants et de secours, une coordination entre le SAMU / Centre 15 et les Services Départementaux d'Incendie et de Secours est nécessaire. La circulaire 2006-26 du 13 février 2006 rappelle les préconisations et les dispositions applicables aux personnels de soins et de secours en situation de pandémie grippale.

LES PISTES DE TRAVAIL

> Formation et information

L'information des personnels de SAMU, de SDIS, des transporteurs sanitaires et des acteurs associatifs des réseaux de secours doit permettre aux personnels de connaître les risques et les mesures générales prévues afin de leur permettre d'intervenir dans les meilleures conditions possibles.

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

> Protection des personnels

Les personnels de surveillance ou de soins seront limités au maximum notamment dans le cadre des missions qui leur seront confiées. Ils doivent être protégé par un équipement de protection, établi selon les 3 niveaux de protection ci-dessous :

Niveau 1 d'exposition : Contact professionnel avec le public pendant la phase pandémique

- En espace recevant du public : mise à disposition de masques anti-projection (« chirurgical ») en vue du port systématique par les visiteurs.
- Dans la mesure où il n'y a pas de facteur de risque d'exposition majeure, port de masques anti-projection « chirurgical » par les acteurs de santé et de secours.
- En cas de risque d'exposition majeure, les acteurs de santé et de secours porteront un masque de type FFP2.

Les critères permettant de définir les facteurs de risque d'exposition majeure ont été retenus par les experts du Comité Supérieur d'Hygiène Publique de France. Il y a risque d'exposition majeure en cas de contact rapproché avec une personne présentant des symptômes grippaux.

Niveau 2 d'exposition : Consultation ou prise en charge de patients sans signes cliniques de grippe

- Port de gants de protection de type habituel ;
- Port d'un masque de protection de type FFP2 (ou demi-masque avec filtre pour les personnels dédiés ayant des expositions intermittentes) ;
- Port par le patient d'un masque de type anti-projection (« chirurgical »).

Niveau 3 d'exposition : Consultation ou prise en charge de cas suspects ou avérés de grippe pandémique (personnels en contact rapproché avec nécessité de contact physique)

- Port de gants de protection de type habituel ;
- Port d'un masque de protection de type FFP2 (ou demi-masque avec filtre pour les personnels dédiés ayant des expositions intermittentes) ;
- Port de lunettes de protection ;
- Port d'une surtenuie jetable (casaque ou combinaison) ;
- Port par le patient d'un masque de type antiprojection (« chirurgical »).

> Prise en charge des patients

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

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

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

> Consignes opérationnelles

L'hospitalisation du patient ne s'effectue qu'après régulation médicale par le SAMU/ Centre 15. Le maintien à domicile est de principe, sauf nécessité d'hospitalisation pour soins spécifiques sur décision du médecin régulateur. Le maintien à domicile des personnes malades ne nécessitant pas d'hospitalisation doit être la règle, les critères d'hospitalisation ayant par ailleurs été arrêtés. Les principes généraux de prise en charge des patients restent en vigueur, notamment les dispositions de la circulaire du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers privés dans l'aide médicale urgente.

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

Elle repose en particulier sur :

- La priorisation des interventions ;
- L'optimisation de la capacité de traitement des appels : l'augmentation du flux d'appels vers les numéros d'appels urgents (15,112,18) rend nécessaire l'ajustement des capacités en télécommunications et le renforcement des équipes de régulation médicale des centres de régulation et de réception des appels (SAMU / Centre 15) éventuellement par des moyens du Service de Santé et de Secours Médical du SDIS.
- L'adaptation des moyens opérationnels des SDIS et des transporteurs sanitaires : le déploiement de moyens dédiés sera étudié et organisé si possible pour répondre aux conditions opérationnelles locales incluant notamment la mise en place temporaire d'équipages de VSAV à deux sapeurs pompiers, en dérogation aux règles habituelles. Pour les transporteurs sanitaires, un mode dégradé

concernant la composition des équipages pourra être étudié. Il sera adapté aux moyens opérationnels des sous-comités départementaux.

Par ailleurs, cette situation justifie l'amélioration de l'interconnexion entre le SAMU / Centre15 et le Centre de Traitement des Appels, d'une part, par la mise en place d'une ligne dédiée entre ces structures et, d'autre part, l'intégration optimale des serveurs informatiques afin d'éviter des redondances des demandes de renseignements et la bascule des informations concernant la localisation de l'appelant.

Enfin, le contact entre le médecin régulateur du SAMU / Centre 15 et les chefs d'agrès en intervention doit être amélioré par une procédure renforcée de veille radio (Réseau de Secours et Soins d'Urgence (RSSU)) et par la mise en place, si nécessaire, d'un accès dédié. La régulation assurée par le SAMU / Centre 15 est garante de l'efficacité du dispositif.

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

4 – L'organisation des établissements

4.1. L'ADAPTATION DE L'ANNEXE BIOLOGIQUE DU PLAN BLANC A LA PANDEMIE GRIPPALE

Tous les établissements de santé sont concernés et doivent disposer dans ce cadre d'une annexe biologique du plan blanc adaptée à une pandémie grippale.

Une logique inter établissements doit prévaloir pour certaines spécialités.

MISE EN PLACE DE LA CELLULE DE CRISE DE L'ETABLISSEMENT

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

La cellule de crise est un organe essentiel dont dépend le bon fonctionnement de l'établissement de santé lors de la crise. **Elle est décrite en détail dans le « guide plan blanc » paru en mai 2004 et consultable sur Internet à l'adresse :**

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/planblanc2004.pdf>

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

La composition de la cellule de crise varie d'un établissement à l'autre selon la configuration de l'établissement.

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

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

Il est indispensable de tester régulièrement le bon fonctionnement de cette cellule en initiant des exercices appropriés.

L'organisation d'une cellule de crise implique que les fonctions soient clairement réparties. Les procédures doivent être connues de tous et répertoriées dans des documents facilement accessibles. La circulation de l'information parmi les membres de cette cellule de crise est indispensable.

Un espace suffisamment vaste, pré équipé de tous les moyens de télécommunications et de visualisation des informations doit être rapidement activé.

4.2. L'ACCUEIL ET LA SECTORISATION DES ETABLISSEMENTS

L'organisation de l'accueil dans les établissements de santé revêt un caractère essentiel pour la protection du personnel et des patients.

L'organisation des secteurs d'hospitalisation doit contribuer au respect de cet objectif.

En phase de pandémie grippale, le principe retenu est le maintien à domicile des patients, l'hospitalisation étant réservée aux cas les plus graves.

L'objectif est que toute hospitalisation soit préalablement régulée par le SAMU / Centre 15. Nonobstant ces règles, des patients se présenteront spontanément dans les établissements de santé quelle que soit leur caractérisation, ce qui nécessite la définition de règles générales pour le tri.

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Quelle organisation pour les établissements de santé possédant un service des urgences ?
 - A quels critères spécifiques d'organisation doivent répondre les services d'urgence ?
 - Un accueil doit-il être organisé en amont des urgences ?
- ▶ Quelle organisation pour les établissements de santé sans services d'urgence ?
 - Quels seront les critères de tri ?
 - Comment renforcer le personnel ?
 - Quels moyens de protection ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Accueil des patients dans l'établissement

Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent prendre les mesures nécessaires pour sécuriser leurs entrées. L'objectif est d'aboutir à une entrée unique permettant le contrôle des admissions. La déclinaison de cette mesure sera à adapter à la spécificité des établissements étant précisé que celle-ci fait partie intégrante des mesures à prendre dans le cadre du plan Vigipirate.

Tous les établissements de santé doivent organiser un point d'accueil et d'orientation des patients.

Tous les patients se présentant au point d'accueil doivent porter un masque chirurgical. Le principe est d'éviter la contamination de l'environnement.

Tous les professionnels de santé en zone de tri et dans les services d'urgences doivent porter un masque de type FFP2. De façon analogue, il convient de prévoir l'accueil des visiteurs (port obligatoire du masque chirurgical), la règle étant de limiter le plus possible les visites.

> Zone de tri

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

L'objectif de cette zone de tri est double :

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

Les patients ne nécessitant pas d'hospitalisation mais dont l'état de santé requiert un suivi médical seront orientés vers la médecine libérale de préférence ou vers un service de consultations *ad hoc* mis en place par l'établissement.

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

L'organisation de cette zone de tri est à réfléchir au sein de chaque établissement de santé en tenant compte de sa configuration et des spécificités locales (tente de type poste médical avancé, structures préfabriquées, ou un secteur dédié du service des urgences). Pour les établissements dotés d'un service des urgences, la zone de tri sera située en amont ou à la porte du service des urgences, selon la configuration de l'établissement. Pour les autres établissements la zone de tri correspondra au point d'accueil.

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

> Service des Urgences

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

> Sectorisation de l'établissement

- Tous les établissements de santé et médico-sociaux prévoient l'identification d'une zone à forte densité virale (regroupement des patients grippés) et d'une zone à faible densité virale (regroupement des patients considérés comme non grippés).

- La création de nouvelles structures n'est pas envisagée, en raison d'une pénurie prévisible de personnel.
- Dans la mesure du possible, le personnel sera dédié à une zone et se déplacera le moins possible dans les autres services. Cette mesure ne concerne pas le personnel medico-technique et le personnel transversal amené à se déplacer dans les différents services. La protection physique du personnel (masques) est identique quelle que soit sa zone d'affectation.
- Seuls les examens complémentaires indispensables sont réalisés. Leur réalisation sera menée dans le respect du moindre déplacement et devra tenir compte des flux de patients. Les services médico-techniques (en particulier le service de radiologie) doit s'organiser pour l'accueil de ces patients : plages horaires spécifiques si possible, règles d'hygiène strictes, protection maximale du personnel. Ces services sont considérés comme des zones à forte densité virale.

4.3. LA DEPROGRAMMATION

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

En situation de pandémie grippale, cette mesure sera essentielle pour permettre de redéployer des capacités hospitalières et des personnels, et de regrouper des activités assurant ainsi le maximum de protection pour les patients et les professionnels de santé.

Les principes établis disposent que chaque établissement organise en son sein des zones à faible densité et à forte densité virale.

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

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Quelles sont les activités déprogrammables ?
- ▶ A quel niveau et comment doit être organisée la déprogrammation (Niveau établissements de santé / Niveau départemental / Niveau régional) ?
- ▶ Quelle coordination entre ces différents niveaux ?
- ▶ Peut-on parler de déprogrammation en mode dégradé ? Quelle signification ?
- ▶ Quelles sont les conséquences sur les établissements privés ?
- ▶ Quel est l'intérêt de conduire des modélisations régionales ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Chaque établissement organise dès maintenant son plan de déprogrammation.

Si les circonstances l'exigent, toute activité peut-être déprogrammée mais il est nécessaire de tenir compte que certains actes ne peuvent être déprogrammés *de facto*. Ils concernent notamment les urgences (médicales et chirurgicales), les dialyses, les accouchements, ...

La nature des autres activités à déprogrammer sera déterminée au cas par cas, en fonction d'un rapport risque/bénéfice, en tenant compte de la durée du report de l'activité.

Ce plan doit être coordonné entre les établissements de santé d'une ville et d'un département et être intégré au plan blanc élargi (plan départemental), voire planifié au niveau régional pour un certain nombre de spécialités (réanimation, pédiatrie, chirurgie spécialisée, etc.).

Des modélisations régionales doivent être conduites par les ARH sur la base de données indicatives de l'InVS du nombre d'hospitalisations potentielles attendues de patients qui relèveraient de réanimation et des enfants en bas âge à prendre en charge.

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

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

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

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

L'organisation de la déprogrammation au niveau des établissements de santé relève de la cellule de crise. En cas de pandémie la cellule de crise est renforcée par une cellule d'aide à la décision médicale. Cette cellule aura un caractère pluridisciplinaire et sera composée de personnels expérimentés.

4.4. LES SOINS EN REANIMATION

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

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

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Comment organiser la prise en charge des patients relevant de soins de réanimation ?
- ▶ Quels moyens pour augmenter les capacités d'hospitalisation en réanimation ?
- ▶ Quels sont les moyens en personnel (médecin et soignant) sur la base du minimum requis ?
- ▶ Quels moyens matériels doivent être prévu ?
- ▶ En termes de modalités d'organisation :
 - Quelle organisation pour les services de réanimation ?
 - Peut-on prévoir une sectorisation grippés et non grippés ?
 - Peut-on réserver des services de réanimation non grippés ?
 - Faut-il réserver des services de réanimation pédiatrique ?
 - Quelle organisation pour les soins intensifs en cardiologie ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Les capacités d'hospitalisation

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

- l'application des plans de déprogrammation qui conduiront à libérer des places de réanimation (déprogrammation de certaines activités chirurgicales) ;
- l'utilisation de salles de surveillance post interventionnelle (salles de réveil) et de leurs personnels rendus disponibles du fait de la non-activité de certains blocs opératoires ;
- l'utilisation des secteurs de soins intensifs et de soins continus.

Il conviendra de prévoir dans les plans d'organisation d'un établissement, d'une ville, d'un département ou d'une région, la mutualisation de ces moyens, permettant un regroupement des activités, une meilleure optimisation des ressources en personnel, en matériel et une meilleure protection de l'environnement (zones à forte densité virale / zone à faible densité virale).

Il conviendra si possible d'individualiser des lits ou services de réanimation à faible densité virale. Cette recommandation est à analyser site par site.

La création de lits de réanimation nécessaires jusqu'au doublement des capacités doit être anticipé.

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

> Les moyens matériels

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

> Le personnel

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

> La post réanimation

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

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

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

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

POINTS PARTICULIERS AU MOMENT DE LA CRISE

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

4.5. LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE

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

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

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ L'établissement psychiatrique dispose-t-il d'un plan blanc prenant en compte le risque infectieux ?
- ▶ Quelles modalités sont mises en œuvre en interne pour assurer la continuité des soins des patients grippés ne présentant pas de signes de gravité ?
- ▶ Comment est organisée l'hospitalisation des patients en cas de complications majeures ?

LES PISTES DE TRAVAIL

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

Il est en outre important pour chaque établissement de santé, y compris spécialisé dans une seule discipline ou lorsqu'il ne dispose pas en propre d'un service d'urgence, de disposer d'un plan blanc, mis à jour pour prendre en compte le risque infectieux. Les principes généraux de ces plans sont rappelés dans une plaquette dénommée « Plan blanc et gestion de crise », éditée par le Ministère de la santé et des solidarités, et téléchargeable sur le site :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/planblanc2004.pdf>

Il est important que ce plan, lorsqu'il existe, soit mis à jour pour viser l'ensemble des risques infectieux. Il convient en outre de s'assurer que ce plan blanc est bien pris en compte dans le schéma départemental.

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

- assurer la bonne gestion de l'hôpital de court séjour en limitant les hospitalisations somatiques au strict nécessaire sur la base de critères préalablement définis entre l'établissement de court séjour et l'établissement psychiatrique ;

- assurer, le cas échéant, le renfort de l'établissement psychiatrique en personnels médicaux compétents pour les affections somatiques ;
- assurer, le cas échéant, le renfort des équipes infirmières de l'établissement de court séjour par des personnels non médicaux de l'établissement psychiatrique.

Enfin, il s'agit de prévoir les conditions de fonctionnement de l'établissement en cas de pandémie. Les établissements psychiatriques doivent évaluer leurs besoins en moyens de protection spécifiques (masques FFP2, masques chirurgicaux, gants, solutions hydro alcooliques), en médicaments antiviraux et s'interroger sur le fonctionnement des secteurs logistiques. Ils doivent en outre prendre toutes dispositions, en propre ou par convention, pour assurer les soins somatiques non spécifiques des patients grippés ne présentant pas de signes de gravité.

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

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

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

4.6. LA PRISE EN CHARGE DES DETENUS

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

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Comment est-il possible d'éviter l'introduction du virus grippal en milieu pénitentiaire?
- ▶ Dans l'hypothèse de l'introduction du virus au sein de l'établissement pénitentiaire, comment peut-on réduire les risques de contagion vis-à-vis des autres personnes ?
- ▶ En cas de personnes détenues malades, mais sans signe de gravité, peut-on les regrouper et leur délivrer des soins sur place ?
- ▶ Comment assurer la permanence des soins par les personnels de l'UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires) ?
- ▶ Comment organiser l'hospitalisation simultanée d'un grand nombre de personnes détenues en cas de complications majeures :
 - organisation des transferts sanitaires ?
 - garde statique sur place au sein des hôpitaux ?
- ▶ Doit-on privilégier, dans ce cas, les hospitalisations dans les UHSI (Unité d'Hospitalisation sécurisée inter régionale) et/ou à l'EPSNF (Etablissement public de santé national de Fresnes) ?
- ▶ En cas de déprogrammation des autres activités de soins dans les UHSI, les soins urgents peuvent-ils être assurés dans les hôpitaux de proximité (problème de la garde) ?
- ▶ Dans les régions dépourvues d'UHSI, est-il pertinent d'organiser des unités dédiées provisoires afin de simplifier la garde des locaux ?
- ▶ Quelle est la doctrine d'emploi des masques et de distribution des antiviraux (tant pour le personnel et que pour les personnes détenues) ?

LES PISTES DE TRAVAIL

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

L'organisation de la surveillance médicale devra se faire sur la base de la continuité médicale au sein des UCSA dès lors que les patients détenus malades y sont regroupés. Dans ce cadre, tant les établissements pénitentiaires que les établissements de santé doivent prévoir une gestion du personnel en situation dégradée, en particulier dans les UCSA.

Les modalités de recours aux antiviraux pour les détenus sont identiques à celles en cours pour les malades non détenus. La distribution de Tamiflu® pour les détenus malades sera assurée par la pharmacie hospitalière sur prescription du médecin de l'UCSA.

La doctrine d'emploi des masques dans les établissements pénitentiaires doit s'appuyer sur les recommandations nationales. Les personnels pénitentiaires porteront des masques chirurgicaux ou FFP2 fournis par le Ministère de la justice.

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

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

Pour les UCSA, les déchets de soins suivront la filière DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux).

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

- La limitation au maximum des hospitalisations. Pour ce faire, les personnels de l'UCSA au sein des établissements pénitentiaires doivent être en mesure d'assurer les soins généraux aux patients détenus malades ne présentant pas de signes de gravité. Il est nécessaire, dans ce mode d'organisation, que les personnels de l'UCSA délivrent les soins directement dans les cellules des personnes détenues grippées et y assurent la surveillance médicale.
- En cas d'hospitalisation de détenus grippés, les admissions sont effectuées par priorité dans les UHSI (pour les régions qui en sont dotées) et vers l'EPSNF (pour les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires du pôle parisien) en déprogrammant les hospitalisations froides. En corollaire de cette organisation, il s'agira d'utiliser les établissements de proximité pour prendre en charge les hospitalisations urgentes non infectieuses afin de dégager les UHSI. Ces activités urgentes habituellement réalisées par les UHSI devront être assurées de manière dérogatoire, dans les hôpitaux de proximité signataire du protocole UCSA, y compris pour des durées supérieures à 48 heures. Cette disposition devra néanmoins avoir fait l'objet d'une discussion préalable au niveau régional et départemental pour s'assurer de l'organisation des gardes statiques.
- En cas d'hospitalisation de détenus grippés dans les régions pénitentiaires non desservies par une UHSI, un regroupement des patients détenus dans un petit nombre de sites hospitaliers, au sein d'une unité provisoirement dédiée et sécurisée doit être prévue, sous réserve d'une organisation préalablement établie avec les forces de police et de gendarmerie sous l'autorité des préfets territoriaux.

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

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

QUI MET EN ŒUVRE LE DISPOSITIF ?

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

TEXTES JURIDIQUES

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

4.7. LA TRANSFUSION SANGUINE

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

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Les réserves en globules rouges et en plaquettes seraient-elles suffisantes en situation de pandémie ? Quelles seraient les indications prioritaires de transfusion ? Quelles sont les indications qui pourraient être différées ?
- ▶ Quelles seront les conditions à remplir pour les donneurs ?
- ▶ Les collectes de sang seront-elles autorisées et si oui dans quelles conditions ?
- ▶ Quelles sont les activités de soins liées aux transfusions ?
- ▶ Quelles sont les solutions pour assurer la circulation des véhicules de l'Etablissement Français du Sang ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Impact possible sur l'activité de transfusion sanguine

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

> Mesure conservatoire immédiate possible

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

> Adaptation possible des pratiques transfusionnelles pour faire face à la crise

Il s'agit d'adapter les stocks aux réels besoins des établissements de santé. Les transports de produits sanguins labiles devront être considérés comme prioritaires en cas de mesures de restriction de la circulation.

L'objectif est d'approvisionner les établissements de santé devant réduire leur activité par l'augmentation des collectes de sang total et de concentrés de plaquettes d'aphérèses dans les zones non touchées. Il est enfin nécessaire de préciser les critères de sélection des donneurs de sang ayant développés la maladie : tout donneur pourra être éligible au don à partir de 15 jours après la cessation des symptômes.

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

POINTS PARTICULIERS

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

4.8. LA GESTION DES PERSONNES DECEDEES

Dans le cas d'une pandémie grippale, il est à prévoir un nombre important de personnes décédées, dont il sera nécessaire de gérer les corps.

Dans la logique de prévention des conséquences d'une pandémie grippale, les déplacements des professionnels et des familles doivent être restreints au maximum et les manipulations des corps doivent être réduites.

Une coordination départementale est mise en place, conformément aux décisions du Ministère de l'Intérieur. Elle apporte les précisions complémentaires nécessaires.

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Comment organiser la gestion des corps des personnes décédées ?
- ▶ Quelle est la capacité de la chambre mortuaire de l'établissement de santé ? Est-il possible d'augmenter facilement la capacité de cette chambre ?
- ▶ Comment garantir la fluidité du flux de décédés à travers la chaîne funéraire ? Existe-t-il des points de blocage et lesquels ?

LES PISTES DE TRAVAIL

Les mesures de protection individuelle des personnels intervenant auprès des corps doivent être rappelées. En effet, la contagiosité inter humaine s'effectuant principalement par voie respiratoire, la manipulation des corps présente donc des risques de contamination potentielle moindres, mais qui ne doivent pas être négligés. Ces risques pourraient persister jusqu'à plusieurs jours après le décès, en fonction de la température ambiante.

- port de gants à usage unique.
- port d'une surblouse à usage unique : cette blouse et ces gants permettent de faire à la suite plusieurs opérations, mais ils doivent être retirés et ne pas être réutilisés dès que le personnel quitte les lieux.
- port de bottes et d'une charlotte si les personnels intervenant en la matière l'utilisent habituellement.
- port d'un masque de type FFP2 : pour la durée de port du masque, consulter la notice sur les conditions d'utilisation du fournisseur.
- port de lunettes de protection (à usage multiple).
- désinfection fréquente et régulière des mains entre deux opérations malgré l'usage de gants. Le personnel devra être équipé de produit de désinfection des mains sans eau de type « solution hydro alcoolique ».
- concernant les déchets d'activité de soins, dans la mesure où ils sont produits dans un établissement de santé, ils doivent suivre la filière adaptée selon le risque qu'ils présentent. En cas de risque infectieux, ces déchets doivent être éliminés selon la filière DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux).

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

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

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

Le préfet préconisera, conformément à l'article R. 2213-18 du Code général des collectivités territoriales (CGCT), la mise en bière immédiate en cercueil usuel (conformément à l'article R. 2213-25 du CGCT), sur lequel sera fixée une plaque portant le nom, le prénom, l'année de naissance et celle de décès du défunt. Une cellule de coordination funéraire sera activée par la préfecture de Police le cas échéant.

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

Il est rappelé que dans tous les cas, les stimulateurs cardiaques doivent être retirés des corps des défunts avant mise en bière.

La pratique de la thanatopraxie est déconseillée (voire interdite) car elle peut s'avérer dangereuse sur le plan de l'épidémie. Cette pratique doit être réservée au seul cas où elle s'imposerait, c'est-à-dire en cas de rapatriement du corps dans un pays qui l'exigerait.

Le corps sera enfermé dans une housse blanche biodégradable agréée, avant d'être placé dans un cercueil simple, cela afin de prolonger leur durée de conservation dans les dépôts avant inhumation ou crémation.

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

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

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

Dépositaire provisoire au sein des établissements de santé

En fonction des besoins et du processus funéraire particulier mis en place, des lieux de regroupement des défunts mis en bière peuvent être organisés. Ces lieux sont appelés dépositaires provisoires ou plus communément chapelles ardentes.

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

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

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

Certaines pratiques culturelles (exemple : toilette mortuaire, veille des défunts, etc.) pourraient être limitées voire interdites en situation de pandémie grippale pour des raisons de santé publique.

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

LES POINTS PARTICULIERS AU MOMENT DE LA CRISE

- ▶ Travailler, dans le cadre de la coordination funéraire départementale, avec l'ensemble de la chaîne funéraire, impliquant des entités très diverses (administrations, médecins, opérateurs privés, etc.)
- ▶ Réfléchir aux points de blocage possibles

TEXTES

- Circulaire (Ministère de l'intérieur) du 24 août 1994 relative aux accidents entraînant de nombreuses victimes décédées
- Circulaire (Ministères de la santé et de l'intérieur) du 19 décembre 1989 relative au contenu et à l'élaboration des plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes dénommés "plans rouges"
- Les plans ORSEC départementaux
- Circulaire interministérielle INTE06000140 du 20 Janvier 2006 concernant l'action des maires dans la gestion d'une crise sanitaire majeure de type « pré-pandémique ».

4.9. LA LOGISTIQUE DE L'ETABLISSEMENT

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

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

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Quelle organisation l'établissement doit-il prévoir pour assurer, en situation de crise, les services logistiques essentiels ?
- ▶ En cas de prestation extérieure, dans quelles conditions les contrats actuels sont-ils adaptés aux situations de crise de type pandémique ?
- ▶ Quelles sont les possibilités de délestage vers d'autres structures ou d'intégration d'activités d'autres structures ?
- ▶ Faut-il augmenter les compétences en interne ?

LES PISTES DE TRAVAIL

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

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

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

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

En cas de défaillance des prestataires, l'établissement devra élaborer un plan de substitution, le cas échéant en collaboration avec les collectivités territoriales.

Les établissements doivent dresser la liste des prestations indispensables à la continuité du service, puis des prestataires qui y sont associés, afin qu'une réquisition soit possible par le Préfet le cas échéant.

>> Le service blanchisserie

LES QUESTIONS A SE POSER

- Quels sont les possibilités de passage à l'usage unique ?
- Quels types de linge faut-il obligatoirement traiter et de quelle manière ?
- Quels sont les points critiques de l'organisation de la blanchisserie ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Approvisionnement

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

> Service de transport interne à l'établissement / Personnel

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

> Choix du linge

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

> Usage unique

- Définir les stocks du prestataire de service.
- Connaître l'organisation du prestataire en cas d'arrêt de la production du linge à usage unique.
- Identifier au préalable le linge pour lequel il faut passer à l'usage unique en cas de pandémie. Le choix du passage à l'usage unique pour l'ensemble de l'établissement de santé peut être réalisé.

> Stock

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

> Traitement du linge

- Analyser la chaîne de traitement de linge pour évaluer son efficacité en situation de pandémie.

SUIVI DE LA SITUATION PENDANT LA CRISE

Des réunions d'informations doivent être organisées de façon régulière pour tenir informé l'ensemble du personnel et la cellule de crise. Un point d'étape doit être réalisé chaque matin pour définir la méthodologie à mettre en place.

L'évolution de la crise peut générer des changements dans la façon d'aborder le traitement du linge. La cellule de crise doit se tenir constamment informée de l'évolution de la situation.

QUI MET EN ŒUVRE CE DISPOSITIF ?

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

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

>> Le service restauration

LES QUESTIONS A SE POSER

- L'événement entraîne-t-il la mise à disposition de repas pour des structures existantes dans le voisinage (organismes publics, restaurant d'entreprises, etc.)?
- Quels sont les points critiques de l'organisation du service de restauration ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Adapter des produits alimentaires aux conditions particulières

- Prévoir des produits pour la fabrication des repas ne nécessitant pas ou un minimum de préparation.
- Définir un menu unique qui intègre ces contraintes.

> Approvisionnement

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

> Stockage des denrées alimentaires

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

> Fournisseur – Clauses du contrat

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

> Protocole de travail spécifique

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

> Identifier les points de livraison et le personnel nécessaire – camion de livraison

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

> Préparation des repas

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

> Personnel

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

4.10. LES LABORATOIRES ET LES TRANSPORTS DE PRELEVEMENTS

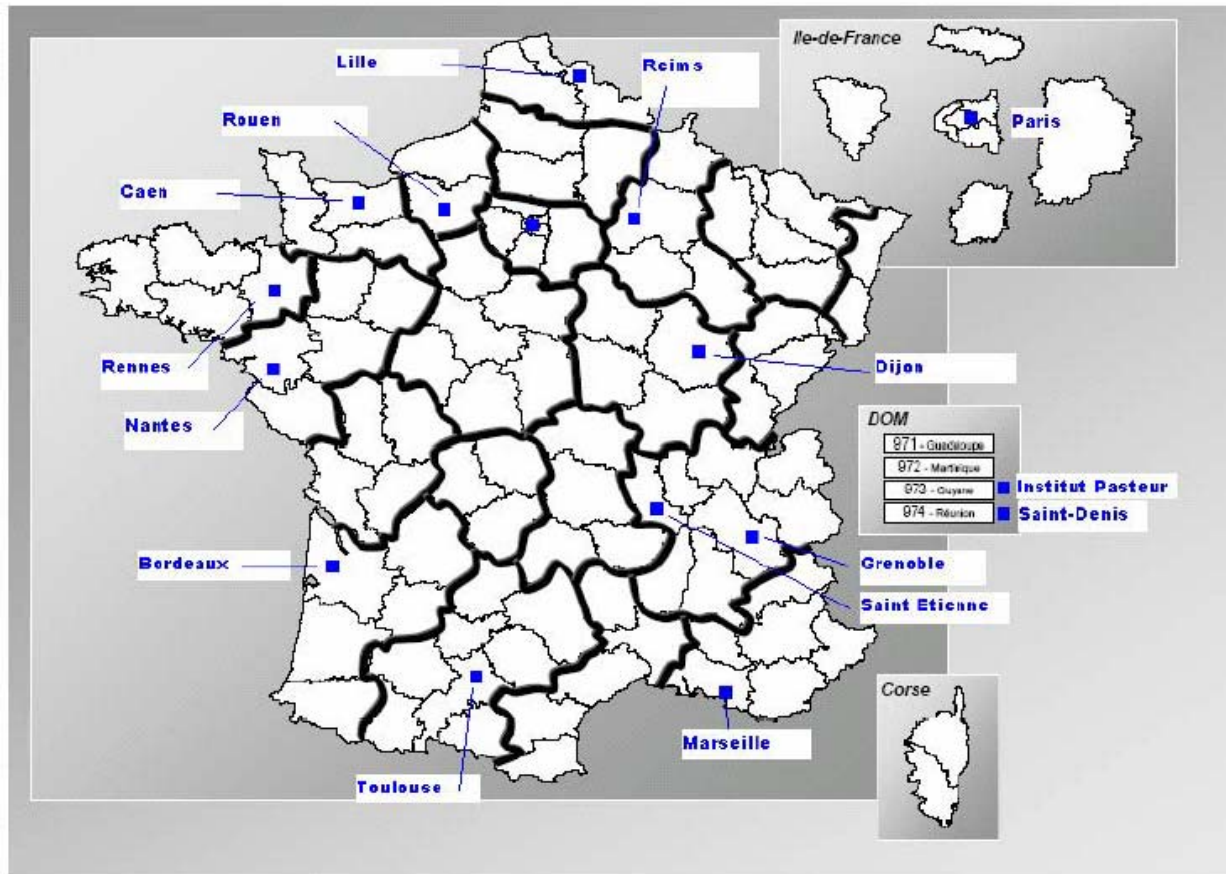
Les examens biologiques standard ne requièrent pas de mesures de sécurité particulière, le risque de contamination étant jugé mineur. L'analyse des prélèvements naso-pharyngés, notamment en phase pré pandémique, doit être effectuée dans des conditions de sécurité maximale. Le virus A(H5N1) fait partie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

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Quelle doit être la configuration des laboratoires habilités à analyser les prélèvements naso-pharyngés ? Quelle est la couverture nationale ?
- ▶ Quels sont les moyens de protection du personnel ?
- ▶ Quelle est la place des laboratoires de ville ?
- ▶ Y aura-t-il des prélèvements en période de pandémie ?
- ▶ Quels sont les moyens de transport des prélèvements ?

LES PISTES DE TRAVAIL

A ce jour, 15 établissements de santé disposent de laboratoires L3 doté d'un autoclave double entrée et assurant une astreinte 24H/24.



> Les moyens de transports

- Le transport de ces prélèvements ne peut être assuré que par des sociétés répondant à l'accord européen relatif au transport international des marchandises par route (ADR). Cet accord est disponible sur le site Internet du Ministère des transports.
- Dans le contexte actuel, il est demandé à ces sociétés de pouvoir garantir ce service 24h sur 24h.
- Tout établissement de santé doté d'un service d'urgence étant à même de réaliser ce type d'examen, doit s'assurer d'une convention avec une société répondant à ces conditions.
- Ces prélèvements sont adressés en première intention dans un établissement de santé disposant d'un laboratoire L3. S'ils sont positifs, ils devront être obligatoirement adressés à l'un des deux centres nationaux de référence des virus influenza² pour confirmation diagnostique.

> Les autres examens

Les normes de sécurité ne sont pas applicables pour la manipulation d'échantillons de sang total ou sérique.

En conséquence, tout bilan standard (NFS, VS, bilan rénal, hépatique...) peut être effectué dans tout laboratoire en appliquant les précautions d'usage.

> Les moyens de protection du personnel

Pour les activités susceptibles de générer des aérosols (centrifugation, agitation, pipetage), les manipulations doivent être effectuées dans un local de type L3 équipé d'un poste de sécurité microbiologique de type II (PSM II). Le personnel doit respecter les consignes de sécurité habituelles lors du travail dans ce type de local. En particulier, il doit être habillé d'une surblouse à usage unique, se protéger (gants, lunettes de sécurité, masque de type FFP2), se laver régulièrement les mains avec une solution hydro alcoolique ou à défaut à l'eau et au savon. Les surfaces de travail doivent faire l'objet d'une décontamination régulière.

² **Paris : CNR des virus influenzae de la France Nord** : Institut Pasteur, Unité de Génétique Moléculaire des Virus Respiratoires, 25, rue du docteur Roux, 75724 Paris cedex 15. Sylvie Van der Werf / Ana Burguiere, Tél. : 01 45 68 87 25

Lyon : CNR des virus influenzae de la France Sud : Laboratoire de Virologie, Bruno Lina / Martine Valette, Tél. : 04 78 77 70 29

4.11. LA SORTIE DE CRISE

La fin de la période de pandémie grippale conduira à une diminution du nombre de personnes relevant d'une hospitalisation voire des patients suivis à domicile. Pour autant le secteur de la santé sera très fragilisé et toujours sous tension, essentiellement à cause de la nécessité de poursuivre la prise en charge des patients en cours, de l'état de fatigue du personnel et de la reprise des activités normales, notamment le rattrapage des activités déprogrammées.

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

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

QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Comment intégrer cette problématique dans le cadre des plans blancs élargis ?
- ▶ Comment hiérarchiser la reprise des activités en cours et celles qui auront été déprogrammées ?
- ▶ Comment communiquer en interne pour mobiliser un personnel surmené et fatigué par plusieurs semaines de travail intensif ?
- ▶ Combien de temps après les derniers cas faut-il désactiver le plan blanc ? Quels critères nationaux fixent la désactivation du plan blanc ?

LES PISTES A TRAVAILLER

Tous les établissements de santé sont concernés par le plan de sortie de crise, établissements publics comme privés. La cellule de crise restera toujours activée et sera l'organe de régulation de la reprogrammation. Chaque établissement devra réfléchir sur un plan interne de reprise de ces activités selon les règles arrêtées au niveau territorial et départemental.

La levée des plans blancs devra être décidée collégalement. Aucun établissement public ou privé ne pourra prendre seul cette décision. Les DDASS seront systématiquement consultées. L'ARH pourra intervenir en appui pour garantir une cohérence régionale des plannings de montée en charge.

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

Les actions doivent être réfléchies au niveau des territoires de santé mais également en application des règles générales établies, au sein de chaque établissement de santé.

Il convient de prévoir dès à présent des « cellules de reprogrammation » par territoire de santé, cellules dont le rôle sera d'établir un plan de charge selon l'urgence des demandes donc des activités. Le pilotage en reviendra aux ARH.

Un des éléments clefs sera la disponibilité du parc hospitalier, notamment du secteur de réanimation. Ce secteur mérite une gestion spécifique, d'autant plus que la reprise des activités chirurgicales est conditionnée par les possibilités de réanimation. Les difficultés de ce secteur peuvent durer plusieurs mois.

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

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

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

5 – Les prises en charge spécifiques

5.1. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

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

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Quelles mesures prendre pour les personnes âgées en ville ?
- ▶ Dans les établissements prenant en charge des personnes âgées, notamment les unités de soins de longue durée, quelles mesures faut-il prendre pour éviter l'introduction du virus ?
- ▶ Dans l'hypothèse de l'introduction du virus au sein d'un établissement, comment peut-on réduire les risques de contamination ?
- ▶ En cas de personnes âgées infectées dans un établissement, quelles mesures d'organisation doivent être prises ?
- ▶ Comment assurer la continuité des soins auprès des personnes âgées ?
- ▶ Comment organiser l'hospitalisation des personnes âgées en cas de complications majeures ?
- ▶ Quelles articulations doivent prévoir les établissements de santé avec les établissements accueillant des personnes âgées ?

LES PISTES DE TRAVAIL

L'ensemble de ce dispositif doit être coordonné au niveau de chaque établissement par un référent grippe, dont les missions seront les suivantes :

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

(Vaccination contre la grippe saisonnière des personnes âgées et des professionnels en contact avec elles, bonnes pratiques d'hygiène et notamment utilisation de solutions hydro alcooliques pour le lavage des mains entre deux soins, etc.) Une sensibilisation des professionnels en contact avec les personnes âgées au risque de transmission de la grippe, est nécessaire.

> **Conventionner avec les établissements médico-sociaux.**

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

> **Prévoir les conditions de fonctionnement des établissements prenant en charge des personnes âgées en cas de pandémie.**

Les établissements doivent évaluer leurs besoins en moyens de protection spécifiques (masques FFP2, masques chirurgicaux, gants, solutions de lavage des mains) et s'interroger sur le fonctionnement des secteurs logistiques, notamment la restauration et la blanchisserie. Un contact avec l'ensemble des fournisseurs habituels des établissements est recommandé afin de définir des solutions alternatives permettant d'assurer la continuité du service. La question de la gestion des décès est à envisager dans ce cadre.

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

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

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

- Isoler la personne malade, assurer une prise des repas dans la chambre, prévoir le port d'un masque chirurgical lors de la présence d'un tiers dans la chambre ;
- Protéger le personnel par un masque FFP2 et par la mise en œuvre des règles concernant le lavage des mains. Sur ce dernier point, des instructions sous forme d'affichette dans chaque chambre peuvent aider à la sensibilisation du personnel ;
- Réduire les transports des patients à l'intérieur de l'établissement ;
- Limiter le nombre de visiteurs et leur faire appliquer les règles d'hygiène (y compris par les professionnels de santé extérieurs et les fournisseurs) : port d'un masque chirurgical et utilisation de solutions hydro alcooliques pour limiter la transmission manuportée ;
- Retarder les admissions de nouveaux résidents en provenance du domicile ;
- Restreindre les sorties des résidents.

> **Appliquer le dispositif général en cas d'hospitalisation.**

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

La décision d'hospitalisation d'une personne donnée présentant des signes de gravité, qu'elle soit à domicile ou en établissement, se fait après contact du médecin traitant ou du médecin coordonnateur de l'établissement avec le SAMU/Centre 15. En aucun cas il n'est procédé à l'hospitalisation systématique dès lors que les personnes concernées n'ont pas de signes de gravité. Les personnes âgées sont prises en charge à l'hôpital selon l'organisation retenue par celui-ci en cas de pandémie grippale dans le respect notamment des zones à forte densité virale et à faible densité virale.

> Qui met en œuvre ce dispositif ?

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

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

TEXTES JURIDIQUES

- ▶ Plan national canicule (mise en place de plans bleus dans toutes les institutions accueillant des personnes âgées)
- ▶ Bonnes pratiques d'hygiène approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France le 18 novembre 2005
- ▶ Note d'information de la DGAS « Faire face à une pandémie grippale dans le secteur médico-social »

5.2. LA PRISE EN CHARGE EN PEDIATRIE

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

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Quelles sont les recommandations nationales spécifiques données aux parents et aux professionnels de santé ?
- ▶ Quelle est la coordination entre la médecine de ville et les établissements de santé ?
- ▶ Quelles sont les modalités de prise en charge pour les enfants en bas âge ?
- ▶ Quelles sont les modalités d'accueil des enfants en milieu hospitalier ?
- ▶ Quelle est l'organisation des services de réanimation pédiatrique ?
- ▶ Quelles sont les modalités de prise en charge des nouveaux nés relevant de réanimation ?
- ▶ Quels sont les moyens de protection pour les enfants et leur entourage ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Organisation des soins de ville

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

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

En outre, les médecins libéraux pourront avoir recours si nécessaire aux conseils d'experts et notamment d'un pédiatre référent soit par contact de l'établissement de santé le plus proche soit par recours à une cellule d'expertise organisée au niveau régional.

> Prise en charge à domicile

- Les soins à domicile seront privilégiés mais des points de consultation pourront être maintenus pour répondre à des besoins individuels et faire face à des situations particulières.
- Tout point de consultation sera considéré comme une zone à forte densité virale.
- Les bilans biannuels de maladies chroniques seront différés (sauf cas particuliers), certaines consultations systématiques pourront être différées. Cependant, le calendrier vaccinal est à respecter notamment pour les nourrissons de moins de 3 mois.
- Tout bilan systématique devra être réalisé à domicile dans la mesure du possible
- Les visites à domicile seront pour la plupart assurées par les médecins généralistes libéraux. Mais ces médecins devront pouvoir en cas de nécessité avoir recours à un pédiatre pouvant se déplacer à domicile.

Les pédiatres libéraux pourront donc être amenés dans le cadre de l'organisation départementale définie par le préfet, à participer à la prise en charge à domicile selon les demandes ou à renforcer les équipes de services de pédiatrie. Ces orientations devront être soumises aux CODAMUPS en charge de réfléchir sur l'organisation des soins de ville et être intégrées dans le cadre de l'élaboration du plan blanc élargi intégrant les moyens de renforcement et de coordination des établissements de santé.

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

> Organisation pré hospitalière

Régulation SAMU / Centre 15

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

Transports des enfants

Les transports des enfants sont régulés par le SAMU / Centre 15 et effectués par les SMUR adultes. Le SMUR pédiatrique est réservé aux transferts des enfants en bas âge, et principalement aux transports secondaires.

> Organisation hospitalière

L'hôpital doit être considéré comme un milieu systématiquement infecté. Il est essentiel que la population soit avertie des risques encourus ce qui limitera le risque d'engorgement des services d'urgence.

Accueil aux urgences

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

Au sein des centres hospitaliers généraux, l'accueil des urgences mixtes nécessitera d'y affecter du personnel paramédical spécialisé et d'organiser un accueil des familles.

Prise en charge en service de pédiatrie

Un secteur pédiatrique à faible densité virale doit être identifié pour les pathologies n'étant pas « infectieuses », tout enfant étant néanmoins suspect de grippe pandémique.

Prise en charge en réanimation néonatale

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

> Capacités d'hospitalisation

Les activités déprogrammables

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

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

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

Prise en charge en réanimation

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

Les solutions pour augmenter ces capacités sont les mêmes que pour les secteurs adultes incluant l'utilisation des salles de surveillance post interventionnelles (sous réserve de la déprogrammation d'activités chirurgicales), voire la création, avant la pandémie, de lits de novo nécessitant des locaux et l'arrivée de fluides.

Par ailleurs, le décret relatif à la création de lits de surveillance continue pédiatrique du 26 janvier 2006 permettrait, en situation pandémique, de renforcer les capacités de réanimation.

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

Le nombre de respirateurs devra être équivalent au nombre de lits prévus et identifiés et adaptés pour les enfants. Le mieux serait de prévoir des respirateurs polyvalents.

Un état des lieux au niveau de chaque région est indispensable pour déterminer le nombre de lits disponibles ou potentiellement disponibles. Ce recensement doit s'accompagner du recensement des personnels formés et des matériels nécessaires.

Ce recensement inclut :

- les lits de réanimation pédiatrique et néonatale existants ;
- les lits de salles de surveillance post-interventionnelles (salles de réveil).

Moyens matériels

L'état des lieux doit inclure le recensement des moyens matériels (scopes, ventilateurs seringues électriques,...) et une réflexion doit être menée sur l'achat de matériel supplémentaire, en privilégiant pour les ventilateurs des respirateurs polyvalents enfant/adulte capables de ventiler des malades depuis le nouveau né jusqu'à l'âge adulte.

Il conviendrait dès à présent d'équiper tous les lits de réanimation de respirateurs avec ventilation non invasive (VNI).

Les masques chirurgicaux

Le port de masques par des enfants de moins de un an (voir plus) risque d'être difficilement accepté sans compter le risque réel d'obstruction de la bouche et du nez pour les tous- petits.

Il paraît donc préférable d'opter pour une solution de protection de l'entourage familial dans ces cas plutôt que du sujet atteint.

Les antiviraux

Seul le Tamiflu® peut être utilisé chez l'enfant entre 1 et 12 ans. Le Tamiflu® étant présenté sous forme de suspension, il pourra être utilisé après reconstitution chez les enfants.

A ce jour, il n'y a pas d'études réalisées relatives à l'utilisation du Tamiflu® chez les enfants de moins de 1 an. Ce point fait l'objet d'une expertise européenne dont les résultats seront prochainement publiés.

Renforcement des personnels

Un recensement des infirmières et sages-femmes de salle de naissance ayant déjà travaillé en réanimation pédiatrique (formation acquise et à réactualiser) doit être effectué par l'établissement, au niveau départemental, voire régional.

Un dispositif de formation minimum doit être anticipé pour les puéricultrices et infirmières volontaires en réanimation pédiatrique).

Les anesthésistes spécialisés dans la prise en charge d'enfants dont l'activité en chirurgie est déprogrammée pourront également participer au renforcement des équipes médicales en réanimation.

5.3. LA PRISE EN CHARGE EN OBSTETRIQUE

La France comptabilise environ 800 000 grossesses par an et selon les données scientifiques, l'incidence et la gravité de la grippe augmentent avec le terme de la grossesse.

Le suivi et la prise en charge des parturientes dans une période de pandémie grippale nécessitent de préciser le cadre de ce dispositif et les moyens de protection incluant la prise en charge des nouveaux-nés.

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Faut-il des recommandations spécifiques pour les femmes enceintes ?
- ▶ Quelle est l'organisation des professionnels libéraux (gynécologues de ville, sages-femmes libérales,...) en obstétrique ?
- ▶ Quelle est l'organisation de la réanimation pour les parturientes ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Organisation des soins de ville

Un document d'information sur les conditions du suivi sera mis à la disposition des parturientes et du corps médical au sein des réseaux de périnatalité.

Les femmes enceintes ayant une grossesse normale devront être suivies si possible à domicile dans la mesure des disponibilités des gynécologues médicaux, gynécologues - obstétriciens et sages-femmes de ville. Ce suivi peut également être assuré par des médecins libéraux.

Le nombre de visites durant la grossesse doit être limité au minimum indispensable. Il est préconisé d'assurer une visite au moment du diagnostic de la grossesse (10-12 semaines d'aménorrhée), une visite à 20-23 semaines d'aménorrhée, une visite à 32 semaines d'aménorrhée, une visite en fin de grossesse, aux alentours de 38 semaines d'aménorrhée.

Les premières visites sont assurées par une sage-femme, un gynécologue médical ou un médecin généraliste. Un gynécologue obstétricien de la maternité la plus proche peut être contacté si besoin.

Les réseaux de santé en périnatalité, quand ils existent, doivent constituer un relais efficace.

La visite du dernier mois de grossesse (38 semaines d'aménorrhée) doit être assurée par un professionnel de la naissance (sage-femme ou gynécologue obstétricien), le dossier médical de suivi de grossesse devant être conservé par la patiente à son domicile.

Deux échographies sont recommandées à 12-14 semaines d'aménorrhée et à 22 semaines d'aménorrhée (celle de la 32^e semaine d'aménorrhée peut être, dans le contexte, supprimée). Elles doivent être pratiquées de préférence dans un cabinet de ville afin d'éviter les lieux à haute densité

virale potentielle. En fonction des conséquences de la pandémie, il pourra être recommandé de retarder légèrement l'échographie de la 22^e semaine d'aménorrhée.

Il faut coupler, dans la mesure du possible, les échographies avec les deux premières visites de suivi.

Pour les femmes enceintes ayant une grossesse pathologique, le suivi à domicile doit être privilégié quand cela est possible. La nécessité d'une hospitalisation sera appréciée au cas par cas en fonction de l'état clinique de la patiente et des risques encourus.

En cas de prématurité, un traitement maternel par corticoïde ne constitue pas une contre-indication.

> Organisation pré hospitalière

Régulation SAMU / Centre 15

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

Transports in utero

Les transports in utero sont régulés les cellules de transfert in utero lorsqu'elles existent ou par le SAMU/Centre 15 et pris en charge par le SMUR, après concertation entre les professionnels de santé concernés.

> Organisation hospitalière

Accueil aux urgences de gynécologie obstétrique

Les principes énoncés pour les urgences « classiques » s'appliquent aux urgences de gynécologie obstétrique car l'attente des patientes induira un contact inévitable entre grippés et non grippés.

Prise en charge de l'accouchement

L'accouchement doit avoir lieu dans un établissement de santé, qu'il soit public ou privé, y compris en période de pandémie grippale.

Qu'il s'agisse d'un accouchement par voie naturelle ou par césarienne, la prise en charge des parturientes ne diffère pas fondamentalement en phase pandémique.

Un accès spécifique à la maternité doit être prévu (pas de passage par les services d'urgences ni de tri) et la différenciation d'une zone à haute densité virale en secteur de naissance doit faire l'objet d'une réflexion au niveau local, ainsi que pour les salles de travail

L'analgésie péridurale (acte strictement médical) sera assurée en fonction de la disponibilité physique des médecins anesthésistes. Des alternatives sont possibles : pompes PCA, protoxyde d'azote, anesthésies locales,...

La durée d'hospitalisation doit être la plus courte possible, devant tenir compte de l'état de santé de la mère et du nouveau-né, du flux de patients et des conditions d'accueil lors du retour à domicile (notamment conditions sociales et contexte de grippe aviaire à domicile ou non).

Pour les femmes ne présentant pas de signes de grippe, la prise en charge n'est pas modifiée, en dehors des recommandations générales (port du masque, prohibition des visites, en dehors du père s'il est asymptomatique et s'il porte un masque chirurgical).

Le nouveau né qui aura besoin de soins de réanimation sera dirigé vers le service de pédiatrie, s'il est fébrile et dans le service de néonatalogie s'il est asymptomatique (de mère non malade).

Suites de couches

- en ville : un suivi à domicile doit être organisé avec priorité aux femmes sorties de façon précoce de la maternité. Les visites peuvent être assurées par des sages-femmes, des gynécologues médicaux, des médecins de PMI, des médecins généralistes.
- en établissement de santé : la différenciation d'une zone à haute densité virale est effectuée en secteur d'hospitalisation (suites de couches) pour les mères ne pouvant sortir précocement. Les visites sont interdites, sauf pour le père asymptomatique, avec port de masque.

Au domicile comme dans l'établissement, le port du masque anti-projections est recommandé pour la mère présentant des signes cliniques, comme la réduction, dans une limite raisonnable, des contacts rapprochés avec son nouveau-né (l'allaitement doit être proscrit chez la maman fébrile).

Capacités d'hospitalisation

Les capacités d'hospitalisation dans les services de maternité sont préservées au maximum en l'état par la limitation de la durée de séjour en suites de couche.

La déprogrammation concerne essentiellement, pour les services de gynécologie :

- les activités de chirurgie gynécologique non urgente
- les activités d'assistance médicale à la procréation

Renfort du personnel

L'ensemble des professionnels de la naissance : sages femmes, médecins spécialistes gynécologues obstétriciens et médecins généralistes doivent assurer, dans la mesure du possible, les suivis de grossesse à domicile.

Le personnel hospitalier pourrait être renforcé par les élèves sages-femmes, élèves puéricultrices, internes de spécialité et étudiants en médecine qui seraient passés dans les services d'obstétrique.

5.4. LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

L'enquête SROS-IRC réalisée en juin 2003 a permis de recenser 273 centres d'hémodialyse, 34 unités de dialyse médicalisée (UDM), 565 unités d'autodialyse et un peu plus de 300 unités de suivi et/ou d'entraînement à la dialyse à domicile.

Au niveau national, 58 % des patients sont traités en centre, 3 % en UDM, 28 % en ATD et 9 % en dialyse péritonéale. L'hémodialyse à domicile reste marginale avec 2 % des patients traités. Par ailleurs, et même si globalement la dialyse en centre reste majoritaire, l'enquête a mis en évidence des modalités de traitement assez hétérogènes selon les régions, en particulier pour la dialyse péritonéale.

Enfin, et en termes de morbidité, les deux tiers de ces patients dialysés sont âgés de plus de 60 ans, et près de 30 % ont une pathologie cardio-vasculaire sévère.

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Quel personnel compétent pour suppléer l'absentéisme ?
- ▶ Quels sont les patients qui risquent d'avoir besoin d'une hospitalisation, notamment du fait de leur isolement et de la remise en cause de leur maintien à domicile par manque de personnel en période épidémique ?
- ▶ Comment augmenter l'autonomie des malades dans leur prise en charge ?
- ▶ Comment identifier et informer les malades concernés et leur famille ?
- ▶ Quelle gestion des stocks de produits et des médicaments ?
- ▶ Quelles spécificités de prise en charge ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Les capacités de prise en charge

Un état des lieux doit être réalisé par les ARH au niveau départemental et régional afin d'identifier les unités et centres de dialyse et les modalités de prise en charge.

> Le personnel

Il est nécessaire d'identifier le personnel interne à l'établissement pouvant être formé à la dialyse (mise en place d'une politique de formation) et provenant des services de néphrologie, du « pool » soignant, c'est-à-dire les personnels non affectés exclusivement à un service ainsi que des secteurs faisant l'objet d'une déprogrammation.

Le renforcement de l'évaluation des connaissances pour maintenir un niveau minimal de compétence est essentiel, notamment concernant la surveillance de la dialyse par un binôme IDE formée à la dialyse / IDE non formée, la reprise d'activité de personnels soignant retraité et la formation du conjoint ou de la famille, à envisager dans certains cas, pour la dialyse à domicile.

Dans tous les cas, il importe de s'assurer du soutien et de l'accord des syndicats infirmiers et des associations de patients.

> Les transports

Le maintien à domicile reste la priorité. Pour la majorité des patients, les transports vers les unités ou centres de dialyse sont indispensables. Une exploration approfondie au sein des régions/territoires de santé des possibilités de « mutualisation » des transports est essentielle à ce stade. Il est nécessaire enfin d'impliquer les familles des patients dans cette réflexion.

> La disponibilité des médicaments et capacité de stockage

La disponibilité des médicaments et leur stockage rentrent dans le cadre des mesures générales du plan. Ce point est à étudier aussi bien à domicile qu'en centre ou unités de dialyse médicalisée (UDM) afin de faire face à une éventuelle rupture de stocks et à la pénurie de livraison.

> Les circuits d'information et de communication

Il s'agit de réaliser un état des lieux des ressources à disposition et de la capacité de mobilisation du personnel. Par ailleurs, la réalisation par les établissements d'une enquête pour permettre d'identifier les patients « à risque » (isolés, dépendants, situation précaire,...) et faire le point sur l'aide dont ils disposent déjà (conjoint, famille, entourage,...) ou dont ils pourraient avoir besoin (transports...) doit être réfléchi en amont. La communication auprès des patients des grandes mesures ou principes d'organisation (réduction de l'effet de panique) est essentielle à ce stade.

> Les éléments spécifiques par modalité de prise en charge

Dialyse à domicile

La priorité est le maintien à domicile, dans la mesure du possible. Ces patients doivent être considérés et signalés comme prioritaires pour le maintien de l'alimentation électrique en cas de restriction.

- Pour les patients autonomes : s'assurer de l'augmentation du stock de médicaments et produits afin de limiter les livraisons ;
- Pour les patients dépendants : s'assurer de la disponibilité de personnel formé et envisager une éventuelle formation des familles et/ou de l'entourage proche ;
La possibilité de passer en dialyse péritonéale intermittente en centre la nuit ou en « hospitalisation » dans des structures intermédiaires est à étudier au cas par cas.

Autodialyse

Il s'agit de prévoir un plan de regroupement d'unités au niveau de chaque département et régions pour faire face à la pénurie de personnel et de transport.

Unités de Dialyse Médicalisée et Centres de Coordination Sanitaires (CCS)

Il est nécessaire de regrouper les patients sur un nombre plus restreint d'unités par mutualisation des lieux et des compétences, de prévoir une augmentation des capacités d'accueil et d'adapter l'amplitude horaire de travail. Par ailleurs, il est à envisager des plages horaires dédiées pour les patients grippés. La diminution, pour certains patients et si les conditions le permettent, du nombre de séances de dialyse (2 séances hebdomadaires) est enfin à étudier.

En hospitalisation

Il s'agit de mettre en place une organisation permettant d'assurer la continuité du traitement de l'IRC et des comorbidités associées dues à l'âge avancé des patients et d'organiser la mise en place de centres provisoires de dialyse.

La mise en place de structures intermédiaires

Ces structures concernent les patients en phase « post critique » ne pouvant regagner leur domicile, mais ne nécessitant pas une prise en charge médicalisée. L'organisation de ces structures intermédiaires demande :

- la mise en place de personnel et matériel suppose la disponibilité de personnel et d'équipements ;
- la mise en place d'une logistique lourde : identification des locaux et des contraintes techniques (alimentation électrique, alimentation en eau, générateurs mobiles,...).

5.5. LA PRISE EN CHARGE EN CANCEROLOGIE

LES QUESTIONS A SE POSER

- ▶ Quelles mesures de protection spécifiques appliquer pour prévenir la contamination des patients atteints de cancer ?
- ▶ Quels outils de communication existent pour mettre en réseau les patients afin de les maintenir à domicile tant que leur état de santé le permet ?
- ▶ Quels personnels sont nécessaires à la prise en charge des malades atteints de cancers en ambulatoire, à l'hôpital, en soins de suite, etc ?
- ▶ Quels sont les critères de priorité pour l'hospitalisation en oncologie en période pandémique ?
- ▶ Quels critères de déprogrammation s'appliquent à la chirurgie carcinologique ?
- ▶ Quels niveaux et modalités d'organisations pour les établissements de soins en oncologie ?

LES PISTES DE TRAVAIL

> Prévention de la contamination

- Favoriser le maintien à domicile et la télésurveillance via des technologies d'information et de communication. Inciter au développement d'un portail santé oncologie en ligne (ex : visiosurveillance).
- Identifier les patients relevant de l'hospitalisation conventionnelle, afin d'appliquer les mesures de protection (mesures barrières) recommandées par le Plan Gouvernemental.
- Hospitaliser les patients dans des zones à basse densité virale identifiés dans les plans blancs des établissements de santé.
- Anticiper les stocks d'antiviraux à visée prophylactique pour les patients immunodéprimés (chimiothérapie et radiothérapie).
- Privilégier les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle : pour les patients relevant de l'hospitalisation de jour, on substituera une Hospitalisation à Domicile (HAD) dans la mesure du possible. Afin de développer un réseau de compétence en oncologie, on veillera à former le personnel dédié à l'HAD.

> Hiérarchisation en matière de soins

Une attention particulière devra être portée aux enfants, adolescents et jeunes adultes jusqu'à 30 ans qui sont atteints de pathologies le plus souvent curables.

A ce titre on peut citer comme pathologies :

- Hématologie :
 - leucémie aiguë,
 - lymphome malin hodgkinien ou non hodgkinien,
- Tumeurs solides rares (type tumeur germinale),
- Autres tumeurs agressives.

Traitements prioritaires

Intervention chirurgicale minimum + chimiothérapie adjuvante.

Rappels des délais maxima pour les traitements adjuvant

- Pathologie mammaire : 3 semaines,
- Digestif : 6 semaines,
- ORL et Maxillo-facial : 6 semaines,
- Gynécologie :
 - ovaires : 3 semaines
 - autres : 6 semaines

> Recommandations connexes par type de traitement

Chirurgie

- cas des malades opérés : préconiser le retour à domicile dès que possible ;
- cas des malades non-encore opérés :
 - priorité aux populations et pathologies définies précédemment
 - autres cas : déprogrammation, retour à domicile ou orientation vers les structures spécialisées.

Radiothérapie

- radiothérapie antalgique : achever le traitement en privilégiant le fractionnement des séances.
- radiothérapie curative : substituer les traitements morphiniques à la radiothérapie antalgique.

Chimiothérapie

Privilégier la chimiothérapie à visée curative (pré ou post opératoire).

Une adaptation des protocoles est envisageable afin de différer les traitements. Par exemple, passer d'un traitement par semaine à un toutes les trois semaines (taxol, taxotere, herceptin).

Après les pathologies citées en première partie, seront traités dans l'ordre :

- les chimiothérapies de première ligne,
- les cancers sensibles à la chimiothérapie (sein, ovaire),
- les cancers à métastases potentiellement opérables (côlon, rectum).

> Organisation de la prise charge des patients par les établissements (éléments de réflexion)

Les regroupements d'activité en cancérologie seront favorisés (notamment en chimiothérapie), en orientant préférentiellement les patients vers les structures spécialisées (ou dédiées) en oncologie :

- En ville : établissements de référence
- En milieu rural :
 - identifier les structures spécialisées/dédiées,
 - favoriser la présence de praticiens ayant des compétences en expertise en cancérologie dans les lieux d'accueil non-médicalisés (cas de la chimiothérapie),
 - planifier les modes de collaboration entre secteur libéral et établissements de santé en réunissant les différents acteurs,
 - sensibiliser les élus.

Il est nécessaire d'identifier préalablement au niveau régional des établissements spécialisés/dédiés par les ARH/DRASS, URML, etc.

Pour les patients atteints de cancer et présentant les signes de la grippe et dans la mesure du possible, la mise en place de plages horaires spécifiques pour les traitement et de salles et équipements dédiés serait bénéfique.

Différents scénarii concernant les flux de patients selon la gravité des pathologies peuvent être élaborés dès à présent. De façon analogue, l'intégration aux exercices de simulation de crise de la problématique des services en cancérologie est importante.

GLOSSAIRE

ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
CAMU	Capacité d'Aide Médicale Urgente
CGR	Concentré en Globules Rouges
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNR	Centre National de Référence
CODAMUPS	COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des soins et des transports sanitaires
CP	Concentré plaquettaire
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CTA	Centre de Traitement des Appels
DASRI	Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EFS	Etablissement Français du Sang
EPI	Equipement de Protection individuelle
EPSNF	Etablissement Public de Santé National de Fresnes
IADE	Infirmier d'Accueil Diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
InVS	Institut National de Veille Sanitaire
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PSL	Produits Sanguins Labiles
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
RSSU	Réseau de Secours et Soins d'Urgence
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UDM	Unité de Dialyse Médicalisée
UHSI	Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale