



PREMIER MINISTRE

**Plan national
de prévention et de lutte
« Pandémie grippale »**

Fiches techniques

Mars 2008

Sommaire

	Page
Introduction	4
Organisation de l'Etat et dispositions particulières (groupe A)	
A.1 Décret n° 2005-1057 du 30 août 2005 instituant un délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire	8
A.2 Coopération internationale	9
A.3 Coordination européenne	11
A.4 Liaisons assurées par les ministères avec les organisations internationales concernées	17
A.5 Organisation de la gestion de crise « Agriculture »	19
A.6 Organisation de la gestion de crise « Santé »	23
A.7 Organisation de la gestion de crise « Intérieur »	26
A.8 Organisation de la gestion de crise « Economie et finances »	30
A.9 Rôle et actions des services déconcentrés du ministère chargé de la santé en situation de pandémie	32
A.10 Dispositions relatives à la gestion des décès	34
A.11 Dispositions particulières du code de la santé publique applicables en situation de pandémie	35
A.12 Dispositions relatives aux ressortissants français à l'étranger	36
Mesures liées à la santé animale (groupe B)	
B.1 Conduite à tenir devant un foyer d'influenza aviaire à virus hautement pathogène et à risque établi de transmission humaine lors d'une épizootie en France ou dans les régions limitrophes	38
B.2 Destruction des carcasses de volailles dans le cadre de la lutte contre l'influenza aviaire	39
B.3 Conduite à tenir pour les activités humaines en contact avec la faune sauvage lors de cas d'influenza aviaire à virus A/H5N1 hautement pathogène sur des animaux sauvages ou des volailles domestiques	42
Mesures liées à la santé humaine (groupes C, D, E, F)	
Mesures de santé publique (groupe C)	
C.1 Mesures générales de protection sanitaire des personnes	48
C.2 Principales règles d'hygiène face au risque épidémique	51
C.3 Principales règles d'hygiène face au risque épizootique	52
C.4 Mesures barrières sanitaires	59
C.5 Stratégie et modalités d'utilisation des antiviraux	64
C.6 Stratégie et modalités d'organisation de la vaccination contre une grippe à virus pandémique	70
C.7 Distribution des produits de santé et des protections aux malades	76
C.8 Distribution des produits et des protections aux ressortissants français malades à l'étranger	78

Conduite à tenir face à une suspicion de cas humain (groupe D)	
D.1	Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée en période d'alerte pandémique 79
D.2	Prise en charge des malades détectés sur le trajet de leur arrivée en France (voies aériennes et maritimes) 84
D.3	Prise en charge médicale des malades atteints de grippe et de leurs contacts en situation de pandémie 86
D.4	Prélèvements naso-pharyngés : utilisation du kit de prélèvement viral et fiche d'information 93
Organisation des soins (groupe E)	
E.1	Organisation des soins 95
Suivi épidémiologique (groupe F)	
F.1	Investigation autour d'un cas possible ou confirmé de grippe à nouveau sous-type viral 98
F.2	Suivi de la situation sanitaire lors d'une pandémie grippale 102
Organisation de la vie collective (groupe G)	
G.1	Recommandations aux entreprises et aux administrations pour la continuité des activités économiques et des services publics et la prévention sanitaire en période de pandémie 107
G.2	Comportement civique et mobilisation sociale 117
G.3	Travail à distance 119
G.4	Modalités d'acquisition des masques 121
G.5	Gestion du service public de l'enseignement 123
G.6	Dispositions relatives aux transports collectifs 125
G.7	Dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux 127
G.8	Mesures spécifiques relatives au traitement des déchets 128
Information, formation et communication (groupe H)	
H.1	Stratégie d'information, de formation et de communication 131

Introduction

Le plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale » vise à prendre en compte précocement ce risque potentiel dont les conséquences peuvent être lourdes pour le pays. Il détermine la stratégie de préparation et de réponse du pays ainsi que les principes de gestion de la conduite opérationnelle de la crise. Pour chacune des 7 situations pouvant être rencontrées, il précise les mesures pouvant être retenues selon le contexte réel.

Les présentes fiches techniques ont pour objet d'apporter des commentaires et des éléments d'aide à la décision ou à la mise en œuvre de ces mesures. Elles sont regroupées autour de thèmes traitant respectivement :

- de l'organisation générale de l'Etat et de dispositions particulières (groupe A),
- des mesures liées à la santé animale (groupe B),
- des aspects liés à la santé humaine (groupes C, D, E, F),
- de la vie collective (groupe G),
- d'information, de formation et de communication (groupe H).

L'ensemble du plan et des fiches techniques annexées repose sur une analyse des risques dont les principaux éléments d'évaluation, de gestion et de communication sont les suivants ; ils sont résumés dans le tableau n°1.

Evaluation des risques

La survenue d'une pandémie grippale résultera de l'apparition d'un nouveau virus dont les caractéristiques réelles et les effets sur la santé ne seront connus que lors d'une transmission interhumaine. En conséquence, l'évaluation du risque ne peut, actuellement, être conduite qu'en formulant des hypothèses à partir des connaissances disponibles sur des maladies respiratoires proches dont les gripes saisonnières, sur les virus aviaires dont on redoute la mutation et sur les pandémies grippales précédentes.

L'évaluation des risques sanitaires porte sur les aspects suivants :

- les caractéristiques possibles du virus,
- les modes de contamination interhumaine au travers de différentes voies de transmission (aérienne, contact, surface...),
- les effets sur la population de la contamination en fonction du taux de dissémination et des niveaux d'exposition des personnes au virus, qui se traduisent par des taux possibles de morbidité et de mortalité,
- l'impact sur l'organisation générale des soins qui fera que la prise en charge des personnes touchées sera plus ou moins efficace.

L'histoire montre qu'une pandémie ne génère pas que des risques sanitaires, elle peut avoir des impacts très importants sur le fonctionnement de la société ainsi que sur l'économie en général.

Les principaux risques sociétaux et économiques pourront résulter des décès en nombre important, de l'absentéisme au travail des malades ou des personnes obligées de garder des proches mais aussi de celui dû à la réaction d'employés réagissant aux surcharges d'activité ou au sentiment d'injustice ressenti face à l'exposition au danger, voire de l'augmentation du chômage dû à des arrêts d'activités. La dégradation de la situation pourra se traduire, pour une partie de la population, par un passage dans la précarité, l'isolement social, le désœuvrement, la perte de repères qui, combinés à la peur de la maladie, pourraient favoriser l'apparition de troubles à l'ordre public.

Ces risques sociétaux et économiques pourront aussi provenir de la pénurie de produits indispensables ou utiles, du dysfonctionnement d'activités essentielles pour la vie du pays et des citoyens, de la

difficulté d'accès aux moyens de paiement qui ne permettraient plus à certains de pouvoir acquérir des produits ou disposer de services vitaux, de la faillite d'un nombre important d'entreprises qui déstabiliserait l'économie nationale.

Gestion des risques

En cas de survenue d'une pandémie grippale, la gestion des risques tiendra compte des éléments préparatoires définis dans le plan national mais surtout des évaluations des risques réels. Elle dépendra largement de la virulence du virus mais aussi du fait qu'il pourra ou non être fait rapidement appel à une vaccination qui protégera la population. L'incertitude pourra régner jusqu'au dernier moment sur l'efficacité, au moins partielle, d'une vaccination pré-pandémique fondée sur le virus aviaire. Dans l'état actuel des connaissances et des technologies, une vaccination pandémique ne pourra être disponible qu'au bout de quelques mois après l'apparition du virus en cause, et sa production sera étalée sur une longue période, ce qui justifie, pour partie, la stratégie de freinage de l'extension de la pandémie.

La pandémie ayant une ampleur mondiale, la gestion du risque ne pourra être conduite qu'en tenant compte des aspects internationaux.

Dans une situation où la peur risque de conduire chez certains à une perte de repères moraux, il sera important que l'action de chacun, et notamment celle des pouvoirs publics, se fonde sur des principes éthiques largement partagés.

Si l'Etat doit jouer un rôle important dans une telle crise, la gestion des risques ne relève pas que de son intervention et de sa responsabilité ; les différents secteurs essentiels concernés doivent aussi se préparer à agir comme cela leur a été recommandé notamment au moyen d'une planification adaptée qui prend différentes formes : secteur de l'organisation des soins avec les plans blancs et les plans blancs élargis, secteur de l'activité économique et secteur social avec les plans de continuité d'activité et le secteur des collectivités territoriales avec les plans de continuité d'activité intégrés, pour certains, au plan de sauvegarde communal.

La gestion des risques dépendra aussi et même très largement des comportements individuels et collectifs des citoyens dans leurs actions familiale ou personnelle. S'il est difficile de considérer que chacun devrait établir son propre plan de continuité d'activité, il sera important d'explicitier les raisons des recommandations qui seront données à la population sur les attitudes à adopter, pour que chacun comprenne les enjeux pour lui-même et ses proches.

Pour les aspects sanitaires, la gestion des risques pourra s'appuyer sur différentes mesures de santé publique (prévention, diagnostic, thérapeutique, suivi épidémiologique) et bénéficier des stocks constitués de produits et matériels (masques, antiviraux, vaccins...).

Concrètement, la gestion des risques va viser :

- d'une part, à déterminer, dans les plans de continuité, le devenir des activités qui :
 - pourront ou devront être maintenues notamment pour celles essentielles, voire être développées,
 - pourront être adaptées en fonction de critères, en particulier d'un examen des avantages et des inconvénients à les assurer dans une approche qui peut être apparentée à une analyse de type « bénéfiques - risques »,
 - pourront ou devront être suspendues partiellement ou totalement ;
- d'autre part, en fonction des activités retenues, à adapter le programme de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail des employés qui assureront ces activités. L'expérience de la santé au travail montre l'intérêt de distinguer dans ce programme, les mesures d'organisation collective et celles qui, en conséquence, doivent être mises en œuvre au niveau de l'individu.

L'extension d'une pandémie est d'autant plus rapide que les possibilités d'exposition d'une personne à d'autres sont fréquentes. Ainsi l'histoire montre que des grands rassemblements ont pu favoriser la propagation d'une épidémie dans certaines villes. De même, des maladies respiratoires saisonnières se développent plus rapidement chez les jeunes enfants en période scolaire. Le plan national prévoit donc la suspension de certaines activités collectives. Compte tenu de la durée possible d'une pandémie (plusieurs semaines), il n'est pas possible de prévoir une quarantaine à domicile de toute la population. En conséquence, que ce soit sur les lieux de travail, dans les magasins ou dans certains transports en commun qui seraient maintenus en activité, plusieurs personnes se retrouveront ensemble dans des lieux collectifs.

Les mesures collectives de protection porteront principalement sur les conditions d'accès à ces lieux afin de réduire la densité des personnes présentes au même moment, sur l'organisation interne des lieux afin de réduire les situations d'exposition des personnes et sur les règles de comportement que devront respecter ces personnes.

Les mesures individuelles viseront à ce que les personnes :

- d'une part, se protègent d'une contamination,
- d'autre part, acceptent d'avoir une attitude visant à réduire les risques de contamination des autres, en appliquant pour chacune de ces circonstances un ensemble de mesures adaptées (règles d'hygiène, port de masques, distance de protection sanitaire...).

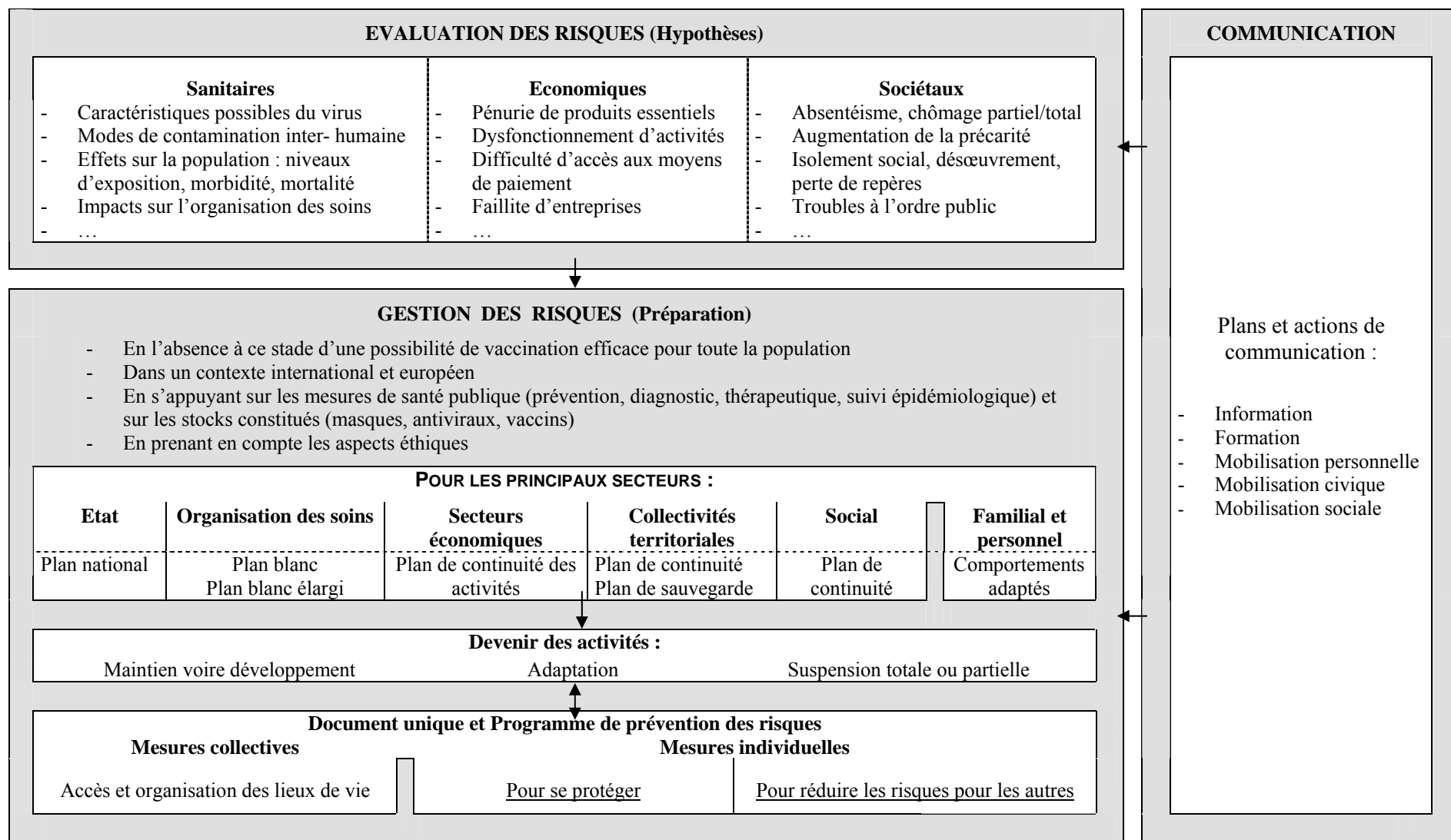
Communication sur l'évaluation et la gestion des risques

La communication aura plusieurs objectifs :

- l'information notamment sur les risques et les moyens d'agir,
- l'éducation,
- la formation,
- le comportement civique individuel, à savoir le respect de valeurs essentielles et l'adoption de comportements limitant les risques de transmission de virus, les risques de paniques, et respectant les contraintes imposées par la situation pandémique,
- la mobilisation sociale de chaque individu portant, d'une part, sur les relations avec d'autres ou une contribution à l'activité d'associations, de services publics ou de différents organismes et, d'autre part, sur la poursuite d'une activité professionnelle dans le cadre des dispositions retenues.

Chaque acteur ou groupe d'acteurs (pouvoirs publics, opérateurs et acteurs non institutionnels) pourra développer la stratégie de communication qui lui paraîtra adaptée à sa gestion des risques, mais l'efficacité de la stratégie générale de préparation et de réponse à une pandémie grippale demande, pour en garantir la cohérence, une coordination de la communication et une circulation rapide d'informations entre les acteurs.

Tableau n° 1 : Pandémie grippale : analyse de risques



**Fiche A.1 - Décret n° 2005-1057 du 30 août 2005
instituant un délégué interministériel
à la lutte contre la grippe aviaire**

Le Premier ministre,

Vu l'article 37 de la Constitution,

Décrète :

Article 1

Le délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire est placé auprès du Premier ministre.

Il coordonne l'action de l'État contre un risque de pandémie de grippe d'origine aviaire et suit la mise en œuvre des mesures décidées dans le cadre du plan de lutte contre ce risque.

Il veille en particulier à l'adaptation et à la mise en œuvre des mesures destinées à restreindre la propagation de l'épizootie de grippe aviaire, à prévenir une pandémie et, le cas échéant, à traiter la maladie.

Il veille au développement de la coopération internationale en ce domaine et à la cohérence entre l'action de l'État, d'une part, et celle des organisations internationales, des organisations non gouvernementales, des collectivités territoriales et des entreprises, d'autre part.

Il rend compte de ses travaux au Premier ministre et aux ministres chargés de l'agriculture et de la santé, chacun pour ce qui le concerne.

Article 2

Le délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire dispose, pour l'accomplissement de sa mission, du concours du ministère des affaires étrangères, du ministère de la défense et des ministères chargés de l'agriculture, de la consommation, de l'environnement, de l'industrie, de l'intérieur, de l'outre-mer, de la santé et des transports, ainsi que du secrétaire général de la défense nationale et du service d'information du Gouvernement.

Ses moyens de fonctionnement sont pris en charge par le ministère chargé de la santé.

Article 3

Le ministre d'État, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, le ministre de la défense, le ministre des affaires étrangères, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre des transports, de l'équipement, du tourisme et de la mer, le ministre de la santé et des solidarités, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre de l'écologie et du développement durable et le ministre de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 30 août 2005.

Fiche A.2 - Coopération internationale

1. La santé animale

Le risque d'émergence d'un virus grippal pandémique dépend, en grande partie, des possibilités d'exposition de l'homme au virus de l'influenza aviaire hautement pathogène, qui persisteront tant que le virus continuera à circuler chez l'animal.

La lutte contre la maladie chez l'animal est donc le principal moyen de réduire les possibilités d'infection humaine et donc d'émergence d'un virus pandémique.

Les organisations internationales l'ont rapidement compris et ont élaboré des stratégies de contrôle de la maladie chez les volailles pour « traiter ainsi le mal à la source » et réduire la menace d'une pandémie humaine à l'échelle mondiale.

L'enjeu immédiat est de lutter contre l'épizootie qui sévit dans différents pays d'Asie, d'Afrique et d'Europe orientale et d'empêcher autant que possible son développement dans l'Union européenne

L'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), chargées de la coordination de la gestion de la santé animale et de la santé publique sur le plan mondial, se sont fortement mobilisées sur ces objectifs.

En mai 2005, la FAO et l'OIE, en collaboration avec l'OMS, ont rendu publique une stratégie mondiale visant à contrôler et éradiquer progressivement l'influenza aviaire hautement pathogène du secteur asiatique. Cette stratégie s'appuie notamment sur un élargissement et une intégration du réseau des centres et des laboratoires de référence de l'OIE, de la FAO et de l'OMS et sur l'élaboration de lignes directrices scientifiques et pratiques sur la biosécurité pour le secteur de la volaille, destinées aux collectivités agricoles des pays touchés.

Mais pour atteindre les buts qu'elles se sont fixés, ces organisations doivent surmonter de redoutables défis, tels que l'état endémique de la maladie dans plusieurs régions et le fait que certains pays n'ont pas suffisamment de connaissances spécialisées vétérinaires et épidémiologiques ou éprouvent des difficultés à mettre en œuvre des mesures contraignantes en matière de biosécurité.

2. La santé humaine

Parallèlement à la lutte menée contre l'épizootie chez les volailles, les États doivent se préparer à la menace d'une possible pandémie grippale, dans le cadre d'une mobilisation internationale. Cette préparation passe par l'élaboration de plans nationaux, destinés à freiner le développement de l'épidémie dès l'apparition de transmissions interhumaines et à assurer la protection des populations. Un plan mondial de préparation à une pandémie de grippe a été proposé par l'OMS en 1999 (dernière mise à jour en novembre 2005), permettant aux pays de développer des stratégies nationales conformément à un cadre général commun.

Des orientations stratégiques qui nécessitent une entière collaboration entre les pays bénéficiaires, les partenaires bilatéraux et les organismes multilatéraux, ont été identifiées.

Il s'agit prioritairement de :

- contribuer à la préparation des plans de surveillance, d'alerte et de réponse aux épidémies, en s'appuyant sur les recommandations et les outils proposés par l'OMS, et notamment par son bureau de Lyon ;
- participer au renforcement et à l'adaptation des systèmes d'information sanitaires notamment du Règlement Sanitaire International (RSI 2005) qui s'applique depuis le 15 juin 2007. Le département des urgences sanitaires du ministère chargé de la santé a été désigné comme « point focal national », c'est-à-dire correspondant en France de l'OMS pour toute urgence de santé publique de portée internationale ;
- appuyer le développement de laboratoires spécialisés (en prenant en compte le rôle spécifique des instituts Pasteur) ;
- contribuer au plan d'approvisionnement en médicaments et matériels médicaux spécifiques ;
- participer à l'identification de structures sanitaires et à la formation d'équipes soignantes pour la prise en charge de cas suspects ou confirmés de maladies à fort potentiel de contagion (accueil, tri, isolement...) ;
- participer aux travaux conduits par l'OMS sur le partage des souches virales.

Pour apporter cette contribution à l'effort international, la France dispose notamment de deux atouts : d'une part son assistance technique en santé dans un certain nombre de pays touchés ou à risque ; d'autre part le réseau des instituts de recherche français ou soutenus par la France.

Ces deux outils, de par le capital de confiance qu'ils ont permis de constituer auprès des partenaires, peuvent permettre aujourd'hui des gains d'efficacité dans l'intervention.

Face à une menace pesant sur la sécurité sanitaire mondiale, leur mobilisation pour limiter les risques de propagation d'un virus grippal hautement pathogène relève tout autant de la mission de solidarité à l'égard des pays partenaires que du devoir de protection des ressortissants français à l'étranger.

Cette situation justifie un effort soutenu de la part des pays les plus développés en direction des autres pays et des organisations internationales spécialisées dans la lutte contre la grippe aviaire.

C'est le message que la France s'est attachée à promouvoir, depuis 2005, notamment à l'occasion des grandes conférences internationales organisées sur ce thème (Ottawa, Kuala-Lumpur, Genève, Pékin, Vienne, Bamako, New Delhi). Elle l'a confirmé, par ses actes, en contribuant à renforcer les capacités d'intervention des organisations internationales dans la lutte contre la grippe aviaire (OMS, OIE, FAO) en crédits et en assistants techniques.

Son effort a également porté sur le renforcement des activités des instituts Pasteur en Asie et plus récemment, compte tenu de l'avancée de la grippe aviaire en Afrique, vers le domaine de la recherche sur ce continent.

A ce jour, c'est une aide totale d'environ 40 millions d'euros que la France a consacré à la lutte internationale contre la grippe aviaire.

Fiche A.3 - Coordination européenne

1. Sur le plan vétérinaire : la santé animale, une compétence communautaire

1.1. La santé animale, une compétence communautaire

La santé animale relève des compétences communautaires. Le dispositif communautaire est totalement harmonisé sur le plan vétérinaire et l'ensemble des normes a été harmonisé et mis en œuvre par les Etats membres (en France, par le ministère chargé de l'agriculture).

La base juridique de l'action communautaire pour la prévention et le contrôle de l'influenza aviaire a été actualisée par la directive CE n°2005/94 adoptée par le Conseil des ministres de l'agriculture le 20 décembre 2005. Le texte introduit :

- des mesures de lutte contre les virus faiblement pathogènes qui ne faisaient jusqu'alors l'objet d'aucune mesure spécifique sur le plan communautaire, alors même qu'ils sont susceptibles de devenir hautement pathogènes par mutation ;
- des mesures plus souples en matière de vaccination pour limiter l'abattage massif d'animaux et gérer de manière plus rapide et moins coûteuse les foyers.

Les Etats membres doivent établir des plans d'urgence.

1.2. La prévention de l'influenza aviaire

Au niveau communautaire, la protection contre l'introduction du virus de l'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP) de sous-type A/H5N1 s'appuie sur trois volets : les mesures de sauvegarde à l'importation, le renforcement de la surveillance et les mesures de biosécurité sur tout le territoire communautaire.

1.2. a. Mesures concernant les importations

Depuis janvier 2004, des clauses de sauvegarde successives ont instauré une interdiction des importations, sur l'ensemble du territoire de la Communauté européenne, de volailles et d'autres oiseaux, de leurs produits et sous-produits, dont les plumes non traitées, de tout ou partie de certains pays dès lors qu'ils étaient touchés par la maladie (c'est-à-dire par le virus de l'influenza aviaire hautement pathogène de sous-type A/H5N1). La liste des pays concernés par les clauses de sauvegarde peut être consultée sur le site suivant :

<http://europa.eu.int/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/05/283&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>

Depuis le 1^{er} juillet 2007, les importations d'oiseaux d'élevage en provenance des pays tiers sont régies par le règlement 318/2007 qui impose des centres d'élevage agréés, l'identification des animaux et une période en quarantaine au sein de l'union européenne, au cours de laquelle des tests de dépistage de la maladie sont mis en œuvre. Les importations d'oiseaux accompagnant leur propriétaire (oiseaux de compagnie) sont soumises à des conditions sanitaires spécifiques.

1.2. b. Mesures « internes »

La prévention passe aussi par des programmes de surveillance chez les volailles et les oiseaux sauvages, afin de détecter précocement toute introduction du virus aviaire sur le territoire communautaire et de déclencher rapidement les mesures de lutte. Depuis janvier 2004, différentes décisions communautaires

harmonisent les modalités de surveillance et fixent le montant de la participation financière de la Commission au coût de cette surveillance. En France, la surveillance et le dépistage, tant des animaux sauvages que des élevages domestiques, sont organisés avec les professionnels de l'agriculture, les chasseurs et l'Office national de la chasse et de la faune sauvage.

L'arrêté du 5 février 2007 définit, en fonction de la situation épidémiologique H5N1 HP dans la faune sauvage, six niveaux de risque épizootique : négligeable 1 ; négligeable 2 ; faible ; modéré ; élevé ; très élevé (cf. annexe 1 de l'arrêté du 5 février 2007). Des mesures particulières graduées sont applicables sur tout ou partie du territoire national en fonction du niveau de risque. En conséquence, des cas d'infection d'oiseaux sauvages sont susceptibles d'engendrer des mesures au-delà des zones délimitées par l'arrêté préfectoral portant déclaration d'infection. Un cahier des charges définissant les mesures de biosécurité applicables aux élevages a également été rendu officiel par arrêté.

1.3. Un plan de lutte contre l'influenza aviaire harmonisé au niveau communautaire

En cas de foyer de l'*Influenza aviaire* à virus hautement pathogène ou à virus faiblement pathogène de type H5 ou H7, un plan de lutte est prévu par des normes communautaires. Ce plan consiste principalement en :

- la mise sous surveillance des élevages suspects,
- la remontée de l'information,
- l'abattage systématique des élevages contaminés et l'élimination des cadavres,
- le nettoyage et la désinfection.

1.4. Les laboratoires de référence

L'ensemble de ces actions s'appuie sur des laboratoires d'analyse dont l'activité est coordonnée par des laboratoires de référence.

Les États membres doivent désigner des laboratoires nationaux de référence responsables de la coordination des normes et des méthodes de diagnostic, de l'utilisation de réactifs et du test des vaccins. En France, c'est le laboratoire de l'AFSSA à Ploufragan qui a été désigné comme laboratoire national de référence.

Un laboratoire communautaire de référence pour l'influenza aviaire, situé au Royaume-Uni à Weybridge, est désigné pour conduire les actions principales suivantes :

- coordonner, en consultation avec la Commission, les méthodes de diagnostic de l'influenza aviaire entre les États membres ;
- aider à l'identification des foyers de la maladie dans les États membres ;
- faciliter la formation ou le recyclage des experts.

2. Sur le plan de la santé humaine : l'application du principe de subsidiarité

2.1. L'application du principe de subsidiarité

En vertu du principe de subsidiarité, les questions de la santé humaine, auxquelles se rattache la préparation à une pandémie grippale, relèvent pour l'essentiel de la compétence des États membres. Néanmoins, une des politiques de la Communauté est la santé publique : elle fait l'objet de l'article 152 TCE.

Dans cet article, le principe de subsidiarité est clairement exprimé puisque l'action de la Communauté «complète les politiques nationales».

Son champ d'action s'étend à :

- « l'amélioration de la santé publique »,
- « la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine »,
- « la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé ».

Dans ces matières, la Commission a principalement un rôle d'encouragement à la coopération et de coordination. La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales.

L'action communautaire doit « respecter pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux » (art. 152 alinéa 5).

Pour autant, s'agissant de menaces de santé à caractère transfrontalier, une action européenne concertée s'avère indispensable, ce qui a conduit les ministres européens et la Commission, en lien avec l'OMS, à travailler de concert au cours des derniers mois, afin de renforcer l'alerte sanitaire européenne et l'articulation des décisions nationales de réponse aux crises. Parallèlement, des réunions bilatérales sont menées avec les pays frontaliers de la France, aux niveaux national et territorial, sur le champ sanitaire comme sur ceux relevant d'autres ministères, pour préparer des mesures de réponse en pandémie les plus harmonisées possibles, ou à défaut partager précocement l'information.

2.2. Les mesures prises au niveau communautaire : un rôle d'encouragement, de coopération et de coordination

2.2.a. Complément aux politiques de prévention et de surveillance

Au sein de l'Union européenne, pour faire face à une telle menace, les États membres disposent d'outils développés dans le cadre des épidémies classiques¹ :

- un comité de réseau pour la surveillance épidémiologique et le contrôle des maladies transmissibles (ESCON) chargé d'adopter des mesures facilitant les travaux du réseau communautaire de surveillance des maladies transmissibles (ex. : définition de cas pour la déclaration des maladies transmissibles au réseau communautaire, conditions de notification au système d'alerte précoce...);
- un système d'alerte précoce et de réaction (réseau Early Warning Rapid System ou EWRS) qui relie électroniquement la Commission, les États membres et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Il permet un échange immédiat d'informations sur l'évaluation des risques, mais aussi sur la gestion des risques, pour les événements de portée européenne susceptibles de constituer des menaces pour la santé publique ;
- un réseau épidémiologique spécifiquement dédié à la surveillance de la grippe humaine (EISS : European Influenza Surveillance Scheme), couvrant 30 pays européens.

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM²), créé en avril 2004, est venu renforcer les capacités communautaires dans le domaine de l'évaluation des risques et notamment la coordination des réseaux européens opérant dans les domaines qui relèvent de sa mission et la gestion des réseaux de surveillance spécialisés (comme EISS par exemple), l'échange d'informations, de compétences et de meilleures pratiques, en facilitant la définition et l'exécution d'actions communes, ou encore l'envoi d'équipes de spécialistes pour enquêter sur un foyer de maladie humaine d'origine inconnue. Dans le

¹ Décision n° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 septembre 1998 instaurant un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans la Communauté, JOCE L 268 du 3.10.1998

² ECDC : European centre for disease prevention and control.

*Plan national « Pandémie grippale »
Fiche A.3 – Coordination européenne*

cadre de ses missions, le CEPCM a élaboré à ce jour une quinzaine de documents techniques et rapports relatifs à la préparation à une pandémie grippale (ex. : conseils aux voyageurs ; détermination des populations à risque ; mesures non pharmaceutiques de protection...). Le CEPCM a également mené, conjointement avec la Commission européenne et l’OMS Euro, des évaluations des dispositifs nationaux de préparation à une pandémie grippale, y compris le dispositif français. Ce travail donne lieu à la publication de rapports de situation³.

La circulation des informations et des alertes entre les membres de l’Union, la Commission européenne (Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs) et le CEPCM doit se faire en harmonie avec le circuit d’alerte prévu par le nouveau règlement sanitaire international (RSI) adopté par l’Assemblée mondiale de l’OMS en mai 2005, qui est entré en vigueur en juin 2007.

2.2.b. Rôle d’encouragement et de coordination entre les États membres

En mars 2004, la Commission européenne a adopté un premier plan communautaire de préparation à une pandémie de grippe qui établit les rôles respectifs de la Commission et des États membres, en lien avec les préconisations de l’OMS :

- les États membres sont tenus de disposer de plans d’action. Les travaux du Comité de sécurité sanitaire (HSC) aident à l’élaboration d’un plan de préparation, susceptible d’assister les États membres dans la préparation de plans nationaux ;
- la Commission, en lien avec les États membres, propose de constituer un partenariat public-privé afin de favoriser la recherche et la fabrication de vaccins à grande échelle par l’industrie. Il s’agit de réduire le délai de fabrication du vaccin à trois mois (au lieu des six à huit mois habituels).

Ce plan a été actualisé par la Commission en novembre 2005⁴. Il présente les principales tâches incombant aux États membres, à la Commission et aux agences communautaires en abordant successivement les principaux thèmes d’un plan de préparation à la lutte contre la grippe aviaire :

- la planification et la coordination,
- l’évaluation et la surveillance,
- la prévention et l’endiguement,
- la réponse des systèmes de santé,
- la communication.

La Commission européenne a également initié des travaux conjointement avec le CEPCM et l’OMS Euro : tenue d’ateliers techniques afin d’étudier la planification de la pandémie en Europe, en vue d’échanger les bonnes pratiques et d’évoquer les principaux éléments de la planification nationale.

Un exercice de simulation (« Common ground »), visant à anticiper les problèmes opérationnels et logistiques pouvant se poser en cas d’épidémie, a eu lieu les 23 et 24 novembre 2005. Prenant en compte le bilan de cet exercice de simulation⁵, la Commission a porté ses efforts principalement sur le volet «communication», et ce, à différents niveaux :

³ www.ecdc.eu.int/pdf/Pandemic_preparedness.pdf

⁴ COM (2005) 607 final « Planification de la préparation et de l’intervention de la communauté européenne en cas de grippe pandémique ».

⁵ http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/common.pdf

Plan national « Pandémie grippale »
Fiche A.3 – Coordination européenne

- identification des « National influenza coordinators »,
- constitution d'une plate-forme des responsables «media» nationaux : coordination des messages-clés ; projets de communiqués de presse ; étude de cas concrets ; bonnes pratiques de communication (atelier coordonné par le CEPCM)...,
- révision du système d'alerte précoce et de réaction EWRS,
- création d'une plate-forme d'analyse situationnelle à l'intention des décideurs (Health Emergency and Diseases Information System - HEDIS) par le Centre commun de recherche.

Par ailleurs, les questions relatives à la gestion des risques sont évoquées au sein du Comité de sécurité sanitaire (« Health security committee » - HSC), créé en 2001, suite aux alertes à l'anthrax. Ses missions ont été étendues à la préparation à une pandémie grippale en juin 2004, et élargies en février 2007 à la planification générale de la préparation et de la réaction aux menaces sanitaires. Une nouvelle gouvernance a été adoptée lors de la réunion des 28-29 juin 2007, impliquant notamment la création d'un sous-groupe spécifiquement dédié à la grippe.

Les Etats-membres coordonnent également leurs actions dans le cadre d'un groupe informel (créé en 2005) des amis de la Présidence sur la grippe aviaire et la grippe pandémique, qui se réunit en marge du Conseil de l'Union. Il s'agit de la seule enceinte de l'UE permettant un échange sur toutes questions relatives à la préparation à une pandémie grippale, y compris celles ne relevant pas des ministères en charge de la santé (ex. agriculture, affaires étrangères, recherche...).

2.2.c. Appui aux politiques de lutte contre une pandémie de grippe humaine

Deux règlements de juin 2003 ont prévu, à titre exceptionnel en cas de pandémie de grippe humaine, la possibilité pour l'autorité compétente concernée, nationale ou communautaire, de modifier la procédure d'autorisation de mise sur le marché de vaccins antigrippaux avant même la fin de la procédure d'évaluation. En mars 2004, deux lignes directrices techniques diffusées par l'Agence européenne des médicaments (EMA) sont venues appuyer ces nouvelles dispositions normatives en définissant le cadre pour la structure, le contenu du dossier et la soumission de demande d'autorisation de mise sur le marché pour les vaccins en cas de pandémie grippale. Après une phase de consultation en 2005, l'EMA a publié un plan de gestion de crise pour l'évaluation des vaccins pandémiques et des antiviraux en cas de pandémie ainsi que des recommandations relatives à la pharmacovigilance. En mars 2007, le résumé des caractéristiques d'un antiviral (Tamiflu®) a été actualisé pour faire état des possibles troubles neuropsychiatriques liés à l'utilisation de ce médicament.

3. La recherche

5^{ème} et 6^{ème} PCRD

Les 5^{ème} et 6^{ème} programmes cadres de recherche et développement technologique financent des projets de recherche en rapport avec l'influenza aviaire et la grippe pandémique, à hauteur de 50 millions d'euros.

Les projets relatifs à la santé humaine portent sur le mode d'action du virus, la préparation à une pandémie, la mise au point de vaccins et de stratégies vaccinales.

Les projets relatifs à la santé animale portent sur la connaissance des virus, les vaccins, l'amélioration du diagnostic, l'élaboration de système d'alerte précoce, le transfert de technologies aux pays tiers et l'établissement d'un réseau de surveillance des oiseaux migrateurs.

Plan national « Pandémie grippale »
Fiche A.3 – Coordination européenne

Il convient de noter que des projets mis en route dans l'urgence à l'occasion du SRAS, ont permis de développer des approches en génétique inverse qui interviennent dans les méthodes envisagées maintenant pour faire face rapidement à des variations de séquence et de structure du virus d'origine aviaire.

7^{ème} PCRD

Dans le programme spécifique « Health », une section spéciale consacrée aux maladies émergentes, qui fait mention explicite de la grippe aviaire, est prévue pour le septième programme cadre de recherche.

Fiche A.4 – Liaisons assurées par les ministères avec les organisations internationales concernées

Principales organisations internationales concernées :

- L'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) ;
- L'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (OAA/FAO) ;
- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) ;
- L'Organisation mondiale du tourisme (OMT) ;
- L'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) ;
- L'Organisation maritime internationale (OMI) ;
- L'Organisation internationale du travail (OIT) ;
- L'Union postale universelle (UPU) ;
- L'Union européenne ;
- L'Organisation du traité de l'Atlantique Nord (OTAN).

1. Liaisons assurées par le ministère chargé des affaires étrangères :

La direction des Nations unies et organisations internationales organise les liaisons avec les organisations concernées :

- Organisation mondiale de la santé à Genève, via la représentation permanente de la France auprès de l'Office des Nations unies à Genève.
- Organisation mondiale de la santé animale à Paris.
- Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (OAA/FAO) à Rome, via la représentation permanente de la France auprès de la FAO.
- Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) à Montréal, via la représentation permanente de la France auprès du Conseil de l'OACI.
- Organisation maritime internationale (OMI) à Londres, via le représentant permanent de la France, conseiller maritime de l'Ambassadeur de France au Royaume-Uni.
- Organisation internationale du travail (OIT) : via un ambassadeur auprès de l'OIT.
- Organisation du traité de l'Atlantique Nord (OTAN) : via la représentation permanente de la France auprès de l'OTAN.

Ces liaisons sont complétées par des liaisons spécifiques assurées par les ministères dans leurs domaines respectifs de compétences et relevant, le plus souvent, de procédures préétablies.

2. Le secrétariat général des affaires européennes assure les liaisons avec l'Union européenne à Bruxelles via la représentation permanente de la France auprès de l'UE. Ces liaisons sont complétées par des liaisons spécifiques assurées par les ministères dans leurs domaines respectifs de compétences et relevant, le plus souvent, de procédures préétablies.

3. Liaisons assurées par le ministère chargé de l'agriculture (prévention et lutte contre les épizooties) :

- Union européenne (Conseil et Commission), dans le champ d'activités du ministère, notamment pour les procédures d'alerte en cas d'épizootie, de retrait concerté de produits alimentaires, d'interdictions d'importation, etc.
- Organisation mondiale de la santé animale à Paris, en coordination avec la direction des Nations unies et organisations internationales du ministère chargé des Affaires étrangères.
- Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (OAA/FAO) à Rome, division de la production et de la santé animale, en coordination avec la Direction des Nations unies et organisations internationales du ministère chargé des Affaires étrangères.

4. Liaisons assurées par le ministère chargé de l'intérieur :

Dans le domaine de la sécurité civile, le ministère chargé de l'intérieur – direction de la défense et de la sécurité civiles (Centre opérationnel de gestion interministérielle des crises - COGIC) assure la liaison avec le Centre européen de suivi et d'information (*Monitoring and Information Center - MIC*) de l'Union européenne.

5. Liaisons assurées par le ministère chargé de la santé :

En cas de confirmation de l'apparition d'un nouveau virus de la grippe en France, et en lien avec la direction des Nations unies et organisations internationales du ministère chargé des affaires étrangères, la direction générale de la santé (DGS/DUS) informe l'OMS via les circuits de notification prévus par le Règlement Sanitaire International révisé en 2005. La DGS et l'Institut de veille sanitaire (InVS) informent également la Commission européenne, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et les autres Etats membres par message *Early Warning Rapid System - EWRS* (décision n° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la mise en place du réseau de surveillance).

Chaque Etat membre doit informer via ce réseau communautaire de la nature et de la portée des mesures de contrôle qu'il envisage de prendre (ou qu'il a prises dans l'urgence). A moins que l'urgence de la situation ne l'en empêche, il lui revient de consulter les autres Etats membres et la Commission sur ces mesures ; cette consultation ne vaut pas obligation d'harmonisation.

Enfin, dans le cadre du Règlement Sanitaire International (RSI 2005) qui est applicable depuis le 15 juin 2007, le département des urgences sanitaires du ministère chargé de la santé a été désigné comme « point focal national », c'est-à-dire correspondant en France de l'OMS pour toute urgence de santé publique de portée internationale.

6. Liaisons assurées par le ministère chargé des transports, en coordination avec la direction des Nations unies et organisations internationales du ministère chargé des affaires étrangères :

- Via la direction générale de l'aviation civile (DGAC) : l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) à Montréal.
- Via la direction chargée des affaires maritimes : l'Organisation maritime internationale (OMI) à Londres.

7. Liaisons assurées par le ministère chargé de la défense :

- Organisation du traité de l'Atlantique Nord (OTAN).
- Etat-major de l'Union européenne.

8. Liaisons assurées par le ministère chargé du tourisme :

- Via la direction du tourisme : l'Organisation mondiale du tourisme (OMT).

9. Liaisons assurées par le ministère chargé du travail :

- Via la direction générale du travail : l'Organisation internationale du travail (OIT).

10. Liaisons assurées par le ministère chargé de l'économie et des finances

- Via la direction générale des entreprises (sous direction des affaires postales) : l'Union postale universelle (UPU), agence spécialisée des Nations Unies.

Fiche A.5 - Organisation de la gestion de crise « Agriculture »

L'organisation de la gestion de crise s'envisage à deux niveaux : gestion de la crise sanitaire associée à la détection d'un foyer d'influenza aviaire et gestion de crise en phase pandémique, liée à l'exécution des missions prioritaires du ministère de l'agriculture et de la pêche durant l'épidémie. (Schéma n°2)

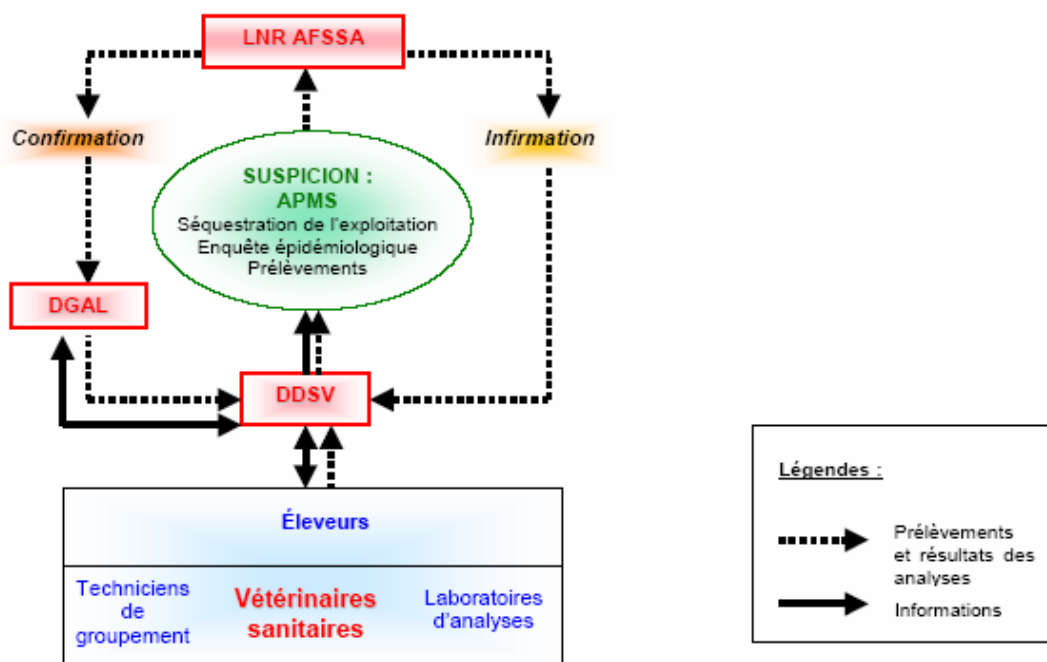
1. Organisation de la gestion de crise en cas de foyers d'influenza aviaire (schéma n°1)

L'efficacité de la gestion d'une crise sanitaire en cas de foyers d'influenza aviaire repose sur :

1.1. La détection précoce d'un foyer d'influenza aviaire par le réseau d'alerte

Un réseau d'alerte permet de détecter précocement les suspicions d'influenza aviaire. Ce réseau rassemble les éleveurs ou détenteurs des animaux susceptibles d'être infectés par l'une de ces maladies concernées, tous les vétérinaires sanitaires, les directions départementales des services vétérinaires (DDSV), le laboratoire national de référence (LNR), les laboratoires départementaux d'analyse et la direction générale de l'alimentation (DGAL).

Schéma n° 1 : Gestion de crise – cas de foyers d'influenza aviaire



APMS : Arrêté préfectoral de mise sous surveillance

1.2. L'activation de tous les services impliqués lors de la confirmation d'un foyer d'influenza aviaire (mise en œuvre du plan d'urgence)

Dès qu'une suspicion de foyer d'influenza aviaire est confirmée, sont mises en place des cellules de crise aux niveaux national et départemental.

Le centre national de crise, localisé à la DGAI, sous l'autorité du CVO (Chef Vétérinaire Officiel), est en liaison avec les COD (centres opérationnels départementaux, cellules de crise départementales sous l'autorité du préfet) de chaque département.

Par ailleurs, un accord permanent est établi avec l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) pour la mise à disposition immédiate d'une équipe d'experts (laboratoire et épidémiologie), en cas de suspicion ou de confirmation de foyers d'influenza aviaire.

Le COD qui rassemble les chefs des services impliqués dans la gestion de la crise, est le centre décisionnel départemental pour la gestion de la crise. Il tient également informé le ministère chargé de l'agriculture de l'évolution de l'épizootie.

Le cas échéant, un (ou plusieurs selon le nombre et l'étendue des foyers) poste de commandement opérationnel (PCO) est mis en place dans la zone de surveillance. Il transmet les instructions du COD aux équipes d'intervention sur le terrain, met à leur disposition les moyens humains et matériels nécessaires et collecte les informations qu'il retransmet au COD.

2. Organisation de la gestion de crise en phase pandémique

2.1. Missions et actions permanentes

Compte tenu de la situation d'urgence grave observée, le ministre chargé de l'agriculture prend en permanence toutes les mesures indispensables d'anticipation, de planification et d'organisation pour garantir l'exécution durant l'épidémie des missions prioritaires : missions vétérinaires et gestion des ressources alimentaires. A cet effet :

- il s'assure de sa capacité à mettre en œuvre les dispositions du plan national et prépare le plan de continuité des activités en cas de pandémie, définissant notamment les activités prioritaires et déterminant leurs effectifs minimaux : chaque direction et service ayant préparé un plan de fonctionnement dégradé avec les effectifs minimaux à maintenir ;
- il prépare les éléments de communication sur ces domaines ou pour des publics ciblés ;
- il définit les indicateurs pertinents de l'état des ressources critiques et de leur disponibilité en situation de pandémie, ainsi que les chaînes d'information pour les renseigner et les transmettre ;
- il détermine les activités qui nécessiteraient la protection par les forces de sécurité, notamment en cas de troubles à l'ordre public en période pandémique.

2.2. Cellule de gestion de crise

Une cellule de gestion de crise est activée ; elle est composée de membres du cabinet, de représentants des directions d'administration centrale et de directeurs des établissements sous tutelle, en tant que de besoin, avec l'appui de la mission de défense disposant des moyens de transmissions protégées.

Il est maintenu une étroite coordination avec le ministère chargé de la santé pour les besoins en moyens prophylactiques de toute nature (vaccins, etc.) de son administration et des secteurs d'activités dont il a la charge et le ministère chargé des transports pour les approvisionnements à maintenir en priorité et le mode de transport recommandé.

Le ministre ou son directeur de cabinet réunit, en tant que de besoin et selon les sujets, tout ou partie de la cellule de gestion de crise.

Composition type de la cellule dirigée par le ministre ou son directeur de cabinet :

- Le directeur adjoint et le chef de cabinet.
- Les conseillers techniques chargés des finances, des affaires internationales, de la communication, des productions agricoles, de la pêche, des industries.
- Le haut fonctionnaire de défense et de sécurité ou son adjoint.
- Le secrétaire général, les directeurs généraux et les directeurs de l'administration centrale.
- Les directeurs d'offices (ONIGC, Office de l'élevage, VINIFLHOR).
- Les directeurs d'établissements sous tutelle (AFSSA, INRA).

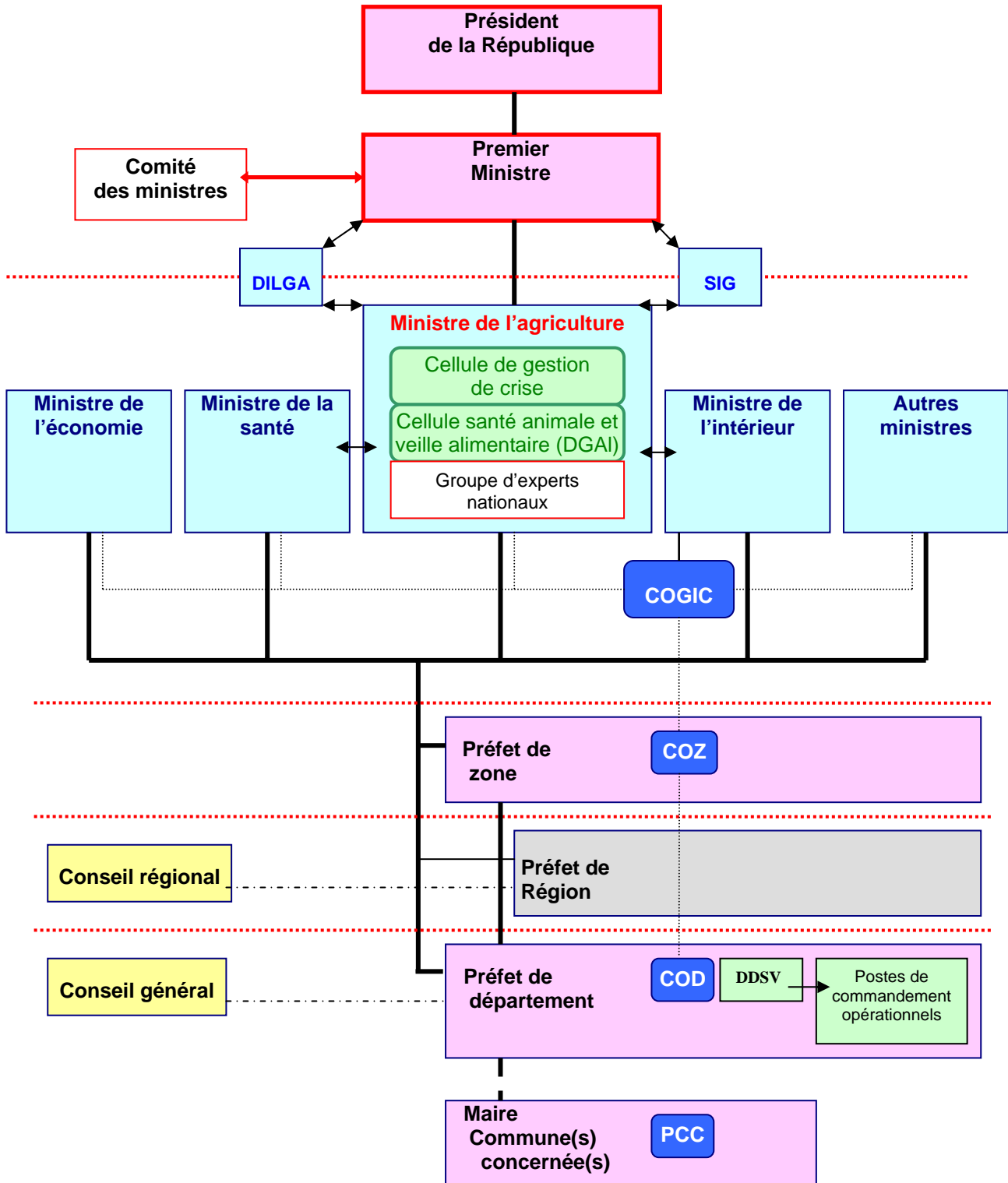
2.3. Centre opérationnel

L'action du ministère s'articule autour du centre opérationnel, permettant :

- d'accélérer et faciliter le partage d'informations entre les acteurs de la crise,
- de disposer d'une structure pour diriger l'action globale,
- de disposer d'une vision claire et précise de la situation.

Le centre opérationnel établit un point de situation quotidien montrant les évolutions notables et les phénomènes exceptionnels.

Schéma n° 2 : Organisation de la gestion de crise « Agriculture »
 (Avant décision d'activer la CIC : Situations 2 - 3 A)



Fiche A.6 - Organisation de la gestion de crise « Santé »

Dès la situation 3, le Premier ministre peut confier la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale **au ministre chargé de la santé**. (Schéma n° 3)

1. Les cellules de crise et centres opérationnels

1. 1. Au niveau national

1.1.a. La Cellule Interministérielle de Crise (CIC)

Elle peut être activée dès la situation 3B (cas humains isolés en France sans transmission interhumaine) par le ministre chargé de la santé sur décision du Premier ministre.

Elle se compose des entités suivantes :

a) Cellule de Décisions

Mis en place auprès du ministre chargé de la santé, elle est formée de représentants des cabinets désignés dans le plan national. Elle donne les orientations et la stratégie globale de réponse :

- suivi d'ensemble de la crise,
- conduite politique de la crise,
- validation des messages à diffuser.

b) Cellule de Situation

La Cellule de Situation est composée de représentants de directions des ministères désignés dans le plan national et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Elle reçoit et analyse les informations émises par les services déconcentrés et les différents centres opérationnels ministériels. Elle met en œuvre les décisions prises par la cellule de décisions.

c) Cellule Expertise

Cette cellule est une aide à la décision auprès de la Cellule de décisions. Elle est composée d'experts et de conseillers techniques.

d) Cellule « International »

Elle a pour missions d'assurer l'interface avec les organismes internationaux (OMS, OIE, Commission Européenne etc.) et d'assurer le suivi de la situation des ressortissants français à l'étranger en lien avec le ministère chargé des affaires étrangères.

Est adjointe à la CIC, la Cellule Communication ; ses missions sont définies par le plan national.

Dès lors que la conduite de l'action gouvernementale est transférée au ministre chargé de l'intérieur, le plan national prévoit que le ministre chargé de la santé conserve auprès de lui une **Cellule de santé publique**.

1.1.b. La Cellule nationale d'évaluation clinico-épidémiologique

Cette cellule est mise en place par l'InVS. Elle a un rôle d'aide aux professionnels de santé, notamment libéraux, dans l'évaluation clinico-épidémiologique des cas de suspicion de grippe aviaire. Elle est composée de représentants de l'InVS, des deux centres nationaux de référence des virus influenzae, de cliniciens.

1.1.c. Les centres opérationnels

La Cellule Interministérielle de Crise, conduite par le ministre en charge de la santé, s'appuie sur le ministère de l'Intérieur qui a activé ses centres de crise.

1.2. Au niveau zonal

La cellule zonale d'appui pour la coordination sanitaire

Elle est activée par le préfet de zone dès la situation 4B pour traiter des aspects sanitaires et sociaux.

Elle est chargée d'appuyer les préfets de zone dans l'organisation de la réponse sanitaire et sociale face à la crise. Elle organise l'interface avec le dispositif de gestion de crise mis en place par le centre opérationnel zonal (COZ).

1.3. Au niveau régional

La cellule régionale d'appui pour la coordination sanitaire

Elle est activée par le préfet de région dès la situation 4B pour traiter des aspects sanitaires et sociaux.

Elle est chargée d'appuyer les préfets de région dans l'organisation de la réponse sanitaire et sociale face à la crise. Elle comprend la DRASS, l'ARH, la CIRE, des directeurs des établissements de santé de la région, dont le centre hospitalier régional universitaire et l'hôpital de référence le cas échéant, des représentants de l'ordre des médecins et de l'ordre des pharmaciens, l'Union régionale des médecins libéraux (URML), ainsi que des fédérations d'établissements sociaux et médico-sociaux et des services d'aide à domicile. Le service de santé des armées et celui du ministère chargé de l'éducation nationale sont invités à y participer.

1.4. Au niveau départemental

1.4.a. Cellule grippe départementale

Elle est activée par le directeur de la DDASS dès la situation 3B. Elle a un rôle de veille sanitaire et de conseil au préfet. Elle est composée du directeur de la DDASS, d'au moins un médecin-inspecteur de la santé publique et des responsables du suivi des établissements de santé et des établissements médico-sociaux et du responsable du pôle social.

1.4.b. Cellule grippe départementale renforcée

Elle est activée dès la situation 4B. Elle a pour mission de préparer localement le passage éventuel à la phase pandémique. Elle est renforcée par les principaux acteurs départementaux concernés et vient en appui du centre opérationnel départemental (COD) dirigé par le préfet.

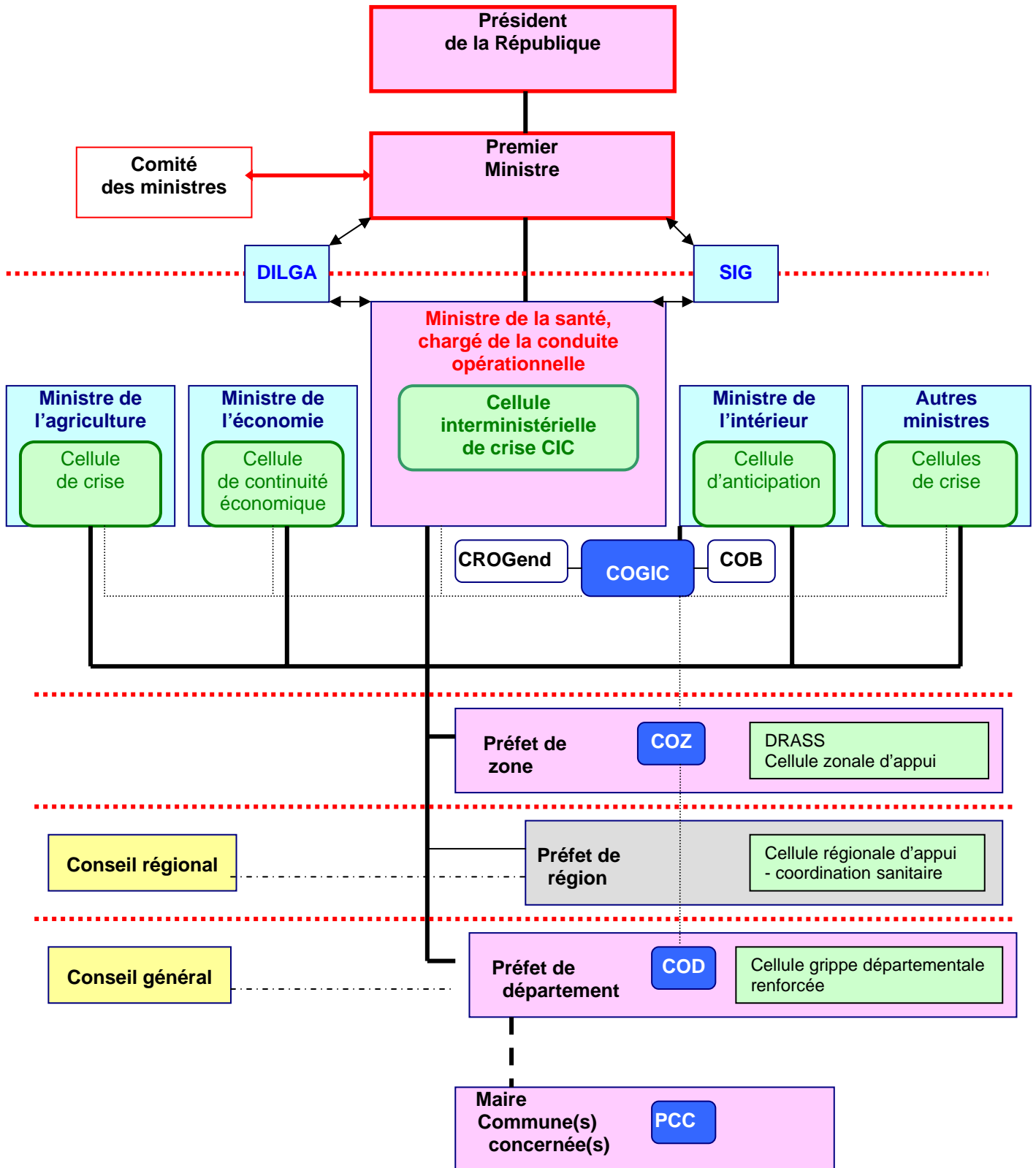
Elle a pour rôles :

- d'analyser les problèmes soulevés par l'organisation et la permanence des soins et de définir les adaptations nécessaires ;
- de veiller à la continuité de la prise en charge des personnes les plus fragiles (institutions hébergeant des personnes âgées et des personnes handicapées, personnes isolées à autonomie réduite, services d'accueil et d'hébergement d'urgence) par des services qui risquent de rencontrer des difficultés du fait de l'absence de leurs personnels touchés par la pandémie.

Elle comprend notamment des représentants de l'ARH, du SAMU, du SDIS, du conseil général, du conseil départemental de l'ordre des médecins, de l'Union régionale des médecins libéraux, des pharmaciens, des structures de médecine du travail, des médecins de collectivités, en particulier de l'éducation nationale, d'établissements de santé, de services médicaux de visites à domicile (de type *SOS médecins*), éventuellement d'associations médicales humanitaires.

Elle comporte en outre des représentants des institutions suivantes pour les questions relatives à la prise en charge des personnes fragiles : services d'aide à domicile, établissements sociaux et médico-sociaux (maisons de retraites, ...), caisses d'allocations familiales, collectivités territoriales.

Schéma n° 3 : Organisation de la gestion de crise « Santé »
 (En situations 3B à 6, après décision d'activer la CIC)



Fiche A.7 - Organisation de la gestion de crise « Intérieur »

Le ministère de l'intérieur est alors chargé de coordonner les actions des ministères, des préfets, pour faire face à la crise.

Le ministère de l'intérieur, coordonnateur en phase pandémique

En phase d'alerte pandémique ou de pandémie (situation 4B à 6), dès que les questions de sécurité civile, d'ordre public et/ou de continuité de la vie collective, deviennent prédominantes, la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale peut être confiée par le Premier ministre au ministre de l'intérieur. (Schéma n° 4)

Le ministère de l'intérieur coordonne alors l'action :

- des ministères pour organiser la continuité de la vie collective dans le contexte de mise en œuvre des mesures sanitaires. Celle-ci concerne notamment les opérations de secours, le ravitaillement des populations ;
- des préfets auxquels un rôle spécifique est dévolu notamment matière d'information des populations.

Le ministère de l'intérieur incite les collectivités territoriales à se préparer à une pandémie grippale.

1. Les cellules de crise et centres opérationnels

1.1. Au niveau national

1.1.a. La cellule interministérielle de crise (CIC)

Elle est mise en place auprès du ministre de l'Intérieur, sa composition est prévue dans le plan national. Une cellule de communication lui est adjointe.

Elle assure la permanence de la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale.

S'il n'est pas chargé de la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale, le ministre de l'intérieur active auprès de lui une cellule d'anticipation chargée de préparer le transfert éventuel de la conduite opérationnelle et de la cellule interministérielle de crise.

1.1.b. Les centres opérationnels relevant du ministère de l'intérieur

- **Le centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC)**

Le COGIC est un outil stratégique destiné à faciliter l'exercice des pouvoirs publics dans le cadre des missions de défense et de sécurité civiles.

Placé sous l'autorité du directeur de la défense et de la sécurité civiles, haut fonctionnaire de défense, le COGIC est un centre opérationnel activé 24 heures sur 24 qui assure une veille permanente des opérations de défense et de sécurité civiles. Il est le pivot de la chaîne opérationnelle entre l'échelon national et les échelons locaux, tant pour la circulation de l'information qu'en matière de coordination des opérations. Il est activé dans sa forme COGIC élargi dès que la CIC est activée.

- **Le centre opérationnel Beauvau**

Le centre opérationnel Beauvau (COB) est une structure non permanente d'information et de gestion des forces de police. Il est activé, en cas de crise majeure, par le directeur général de la police nationale.

Le COB est chargé de la gestion des forces de police ainsi que de la centralisation des renseignements, de l'analyse, de la diffusion et de la synthèse de l'information dans le domaine relevant de sa compétence.

- **Le centre de renseignements et d'opérations de la gendarmerie nationale**

Le centre de renseignements et d'opérations de la gendarmerie nationale (CROGEND) est un centre opérationnel activé en permanence. Il se positionne comme l'interface primordiale entre la gendarmerie et le système national de gestion de crise. Ses activités sont, à cet égard, très exhaustives, puisqu'il pilote la recherche du renseignement, l'exploite, l'élabore, l'anime et le diffuse. En outre, il opère également dans les missions de maintien de l'ordre ou de défense civile.

1.2. Au niveau zonal

Pour l'exercice de ses compétences zonales, le préfet de zone s'appuie sur son état-major. Celui-ci est organisé autour d'un centre opérationnel de zone (COZ) activé 24 heures sur 24 qui sert d'interface entre l'échelon national et l'échelon départemental.

Lorsque les circonstances l'exigent, le COZ fonctionne en mode renforcé.

1.3. Au niveau départemental

Le centre opérationnel départemental (COD) regroupe l'ensemble des moyens nécessaires à la conduite stratégique d'une crise. Il est activé par le préfet et coordonne l'action des services déconcentrés de l'État. Il réunit leurs représentants ainsi que ceux du conseil général et d'autres collectivités territoriales, éventuellement.

1.4. Au niveau communal

Le poste de commandement communal (PCC) centralise les informations, coordonne et dirige les opérations des acteurs locaux. Mis en place sur l'initiative du maire, il est en relation avec le centre opérationnel départemental.

2. Les missions

L'action des préfets dans ce dispositif s'articule autour de quatre axes :

- la préparation des services préfectoraux, de police, de gendarmerie et des services d'incendie et de secours à gérer une crise longue,
- le fonctionnement en continuité des services déconcentrés,
- la continuité de la vie collective,
- la communication de crise.

Dans le cadre de la coordination des services de l'État, les préfets assurent la liaison avec les collectivités territoriales pour la mise en œuvre de certaines mesures du plan national. Cette phase préparatoire concerne :

- l'organisation communale,
- l'aide aux personnes isolées et fragiles,
- l'évaluation des capacités de stockage et de logistique,
- les opérations funéraires.

2.1. Mesures à prendre pour la protection des populations

Les mesures de protection des populations ont pour objectif de freiner l'apparition de l'épidémie sur le territoire national et de limiter son développement par la mise en place de mesures barrières. Ces mesures comportent principalement sur :

- le contrôle aux frontières,
- la restriction ou la suppression des transports de personnes,
- la limitation ou l'interdiction des déplacements et des rassemblements,
- la fermeture des établissements d'enseignement,
- la mise en quarantaine,
- la sécurisation des moyens de protection (masques, traitements et vaccins) et la protection des sites de stockage.

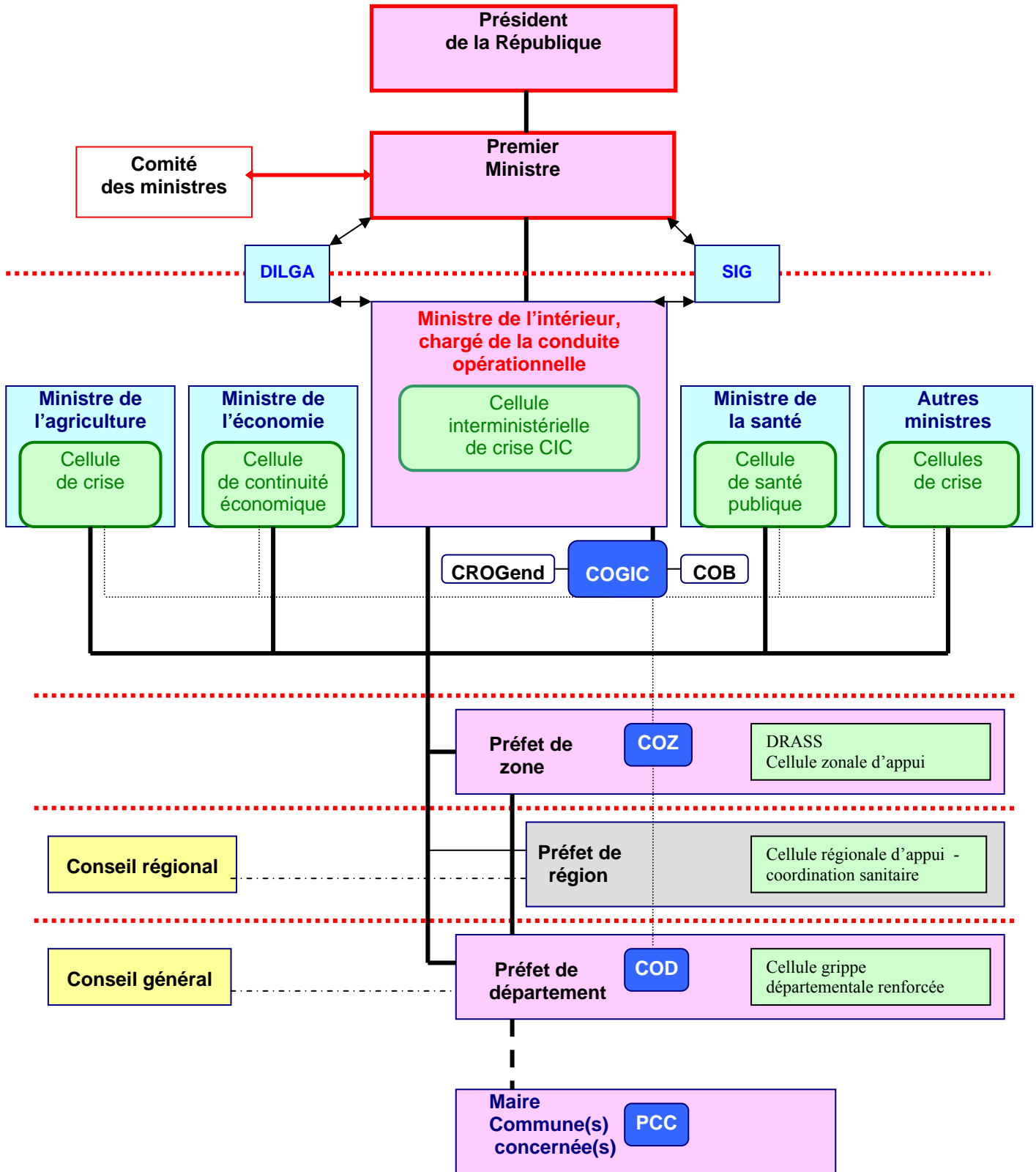
2.2. Organisation des opérations de secours en cas de pandémie

Outre un soutien aux opérations de santé publique, les sapeurs-pompiers recentrent leurs actions sur les secours aux personnes, la lutte contre les incendies et les accidents de circulation.

2.3. Les actions relatives au maintien de la vie économique

Afin de veiller à ce que les acteurs qui concourent à la satisfaction des besoins vitaux de la population puissent continuer de mener leurs missions, des dispositions spécifiques sont prises par chaque ministère dans son domaine de compétence afin d'assurer le ravitaillement des populations, la production et la distribution d'eau potable, d'électricité, le maintien des services bancaires et postaux et la fiabilité des réseaux de communication électronique. Une attention est accordée aux établissements de distribution d'hydrocarbures aux particuliers.

Schéma n° 4 : Organisation de la gestion de crise « Intérieur »
 (En situations 4B à 6, après décision d'activer la CIC)



Fiche A.8 - Organisation de la gestion de crise « Économie et finances »

Le ministre chargé de l'économie et des finances est responsable de la continuité de la vie économique et du maintien des principales ressources. Il apporte son concours au ministre en charge de la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale pour la coordination des mesures de défense économique.

1. En phase d'alerte pandémique

La direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI), la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) et le service de communication du ministère (SIRCOM) appliquent, chacun pour ce qui le concerne, les directives du ministre en charge de la conduite opérationnelle, arrêtées par la cellule interministérielle de crise.

2. Dès la situation 4B voire plus tôt⁶

La cellule de continuité économique est mise en place au sein du ministère chargé de l'économie et des finances, sur le site de Bercy (centre opérationnel de Bercy « COBER »).

La cellule de continuité économique a pour objectif d'apporter au ministre chargé de l'économie et des finances, les informations utiles et les expertises nécessaires pour le pilotage en temps réel de la situation économique et la prise de décisions.

Cette cellule associe :

- les représentants désignés des directions d'administration centrale exerçant la tutelle de secteurs d'activités économiques d'importance vitale, susceptibles de disposer d'informations ou possédant des capacités d'analyse et de prospective dans le secteur économique ;
- les représentants des ministères, en mesure d'apporter les informations indispensables sur les secteurs d'activités qu'ils contrôlent et sur les interdépendances entre les secteurs.

La cellule de continuité économique, dont l'organisation fonctionnelle incombe aux services du haut fonctionnaire de défense et de sécurité du ministère chargé de l'économie et des finances, est structurée en cellules sectorielles, selon le schéma n° 5.

Les cellules sectorielles assurent l'interface avec les opérateurs majeurs des secteurs d'activité d'importance vitale qui sont représentés au sein de ces cellules.

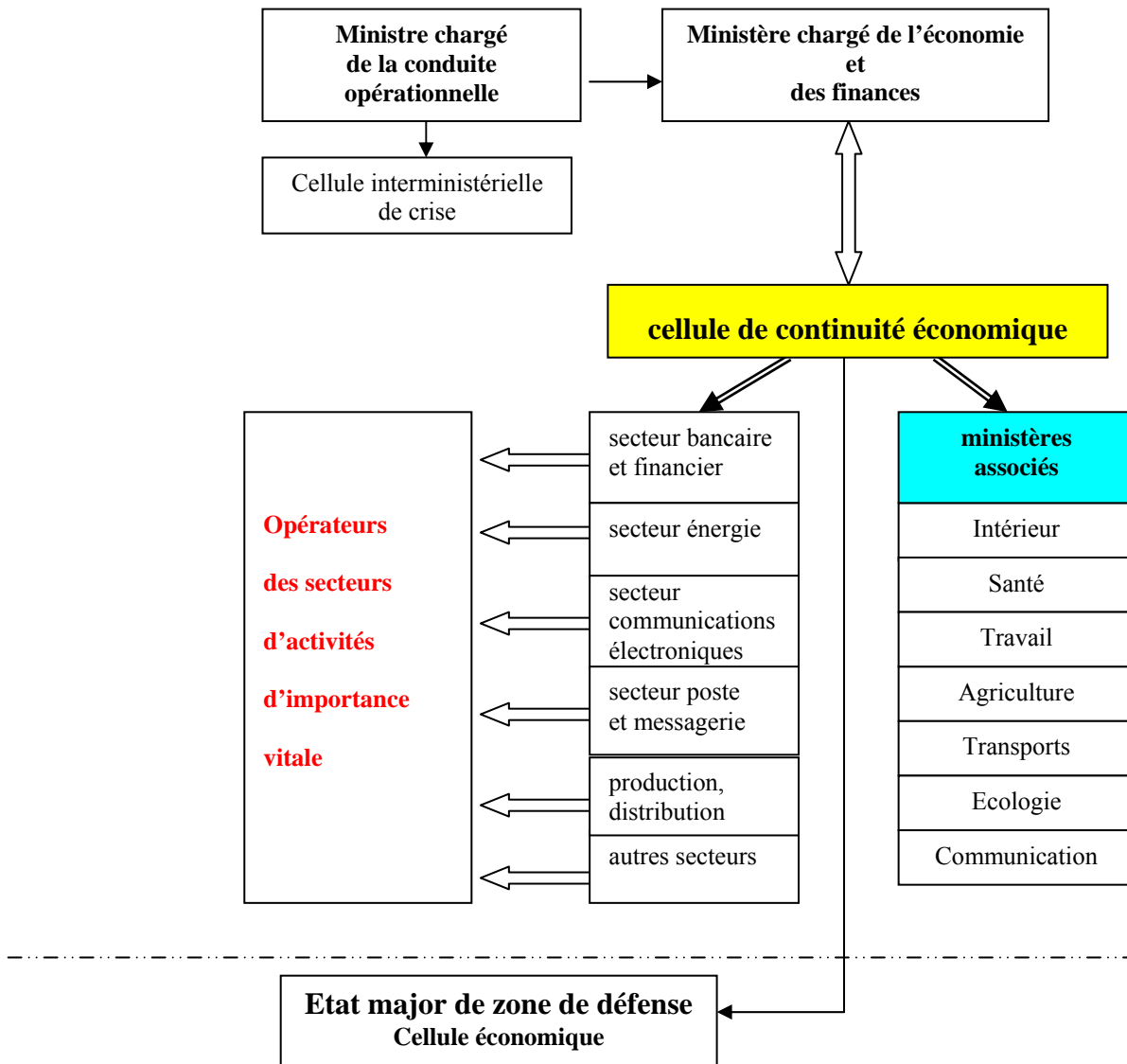
Elles doivent permettre :

- de disposer d'une information fiable et réactive sur l'activité économique sectorielle et générale,
- de s'assurer, par anticipation, de la continuité du fonctionnement des secteurs d'activité d'importance vitale, dans des conditions optimisées, au vu de la situation de crise,
- d'évaluer le fonctionnement et la situation budgétaire et financière des administrations publiques,
- de mesurer la dépendance des activités d'importance vitale pour les produits intermédiaires stratégiques,
- d'évaluer la situation économique à l'étranger et la gestion de crise chez nos principaux partenaires économiques,
- de participer à la maîtrise de la communication.

La cellule de continuité économique est en liaison avec les cellules « économie » des états-majors de zone de défense, par le biais des chargés de mission de défense économique (CMDE) en place au sein de ces états-majors, pour assurer la cohérence dans l'application des mesures par les échelons déconcentrés de l'administration ou des opérateurs (notamment des opérateurs en réseau).

⁶ si une menace de dysfonctionnement affecte un secteur d'activité d'importance vitale.

Schéma n° 5 : Organisation de la cellule de continuité économique



Fiche A.9 - Rôle et actions des services déconcentrés du ministère chargé de la santé en situation de pandémie

Objectifs du plan national	Missions	
Mettre en œuvre les mesures d'urgence prises en application du code de la santé publique	Mise en place des mesures administratives nécessaires. Animation de la cellule grippe départementale renforcée. Participation à la mise en œuvre d'autres mesures entrant dans leur champ de compétence (ex : fermeture de certains établissements), notamment déclinaison de l'arrêté ministériel d'application de l'article L. 3131-1 du code de la santé publique.	DDASS
Faire respecter les mesures d'hygiène	Rappel et mise en œuvre des mesures d'hygiène : - dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, - dans les lieux publics prioritaires (toujours en activité).	DDASS
Organiser la surveillance à partir des indicateurs de morbidité, de mortalité et d'activité sanitaire	Participation à la surveillance épidémiologique, au recueil des données d'activité sanitaire et à l'analyse des données, en coordination avec la CIRE, l'InVS et les ARH (serveurs régionaux).	DDASS, DRASS - CIRE - ARH
Assurer la prise en charge optimale des personnes infectées :	Information des professionnels de santé et de la population. Relais des informations nationales par tout moyen approprié, notamment : - sur les tableaux cliniques et les prises en charge spécifiques des malades, - sur les politiques de protection, de traitement et de vaccination.	DDASS
- à domicile	Participation à l'organisation des soins : - organisation de la permanence des soins en médecine libérale et des transports sanitaires dans le cadre du comité départemental de l'aide médicale urgente (ou de la cellule grippe départementale renforcée), - suivi de l'évolution des capacités de la médecine libérale, - organisation du renforcement des effectifs des médecins libéraux.	DDASS
	Recensement des besoins en produits à visée thérapeutique et matériel de protection pour les professionnels de santé dispensant des soins ambulatoires.	DDASS
- à l'hôpital	Mise en œuvre de l'annexe « pandémie » du plan blanc élargi : - mobilisation graduée en accord avec le plan « pandémie grippale », - identification des services et des structures prenant en charge les patients, - répartition des tâches.	DDASS et ARH
	Recensement des besoins des établissements en produits à visée thérapeutique et matériels de protection.	DRASS
	Suivi de l'évolution des capacités hospitalières.	ARH
	Contrôle des conditions de fonctionnement des structures.	ARH / DDASS
Veiller à la continuité de la prise en charge des personnes les plus fragiles dans les institutions et à domicile	Appui aux préfets pour l'information et la mobilisation des acteurs locaux (conseil général, communes, professionnels de santé, assistantes sociales, associations, bénévoles ...).	DDASS

⁷ URML : union régionale des médecins libéraux ;

⁸ CDOM : conseil départemental de l'ordre des médecins.

Plan national « Pandémie grippale »

Fiche A.9 - Rôle et actions des services déconcentrés du ministère chargé de la santé en situation de pandémie

Mettre en œuvre, si nécessaire, une vaccination	Organisation de la vaccination en fonction de la politique décidée par le gouvernement.	DDASS
Assurer la gestion des décès	Participation à la coordination funéraire départementale et zonale.	DDASS DRASS
Coordination de la réponse	Sous l'égide du Préfet de zone, le délégué de zone santé participe à la coordination de la mobilisation des moyens et de la logistique de réponse en pandémie. Il est destinataire des données agrégées des DDASS et de celles des DRASS de la zone relatives au suivi de l'engagement des moyens sanitaires, à l'évaluation quotidienne de la situation et des difficultés rencontrées, informations et analyses qu'il met à la disposition du Préfet de zone. Cf. articles R* 1311-1 à R* 1311-29 du code de la défense relatifs aux pouvoirs des préfets de zone (anciennement décret 2002-84 du 16 janvier 2002) http://admi.net/jo/20020119/INTX0100164D.html	DRASS de zone (DDASS et DRASS)

Fiche A.10 - Dispositions relatives à la gestion des décès

Anticiper la question des décès n'a pas pour objectif d'éviter une propagation de l'épidémie *post mortem* car la transmission se fait surtout par voie respiratoire. Mais, compte tenu du nombre de décès prévisible, il faut mettre en place précocement un système de prise en charge des patients décédés.

Les procédures de gestion de décès en nombre reposent sur les principes suivants :

1. la préparation des opérateurs funéraires aux situations exceptionnelles ;
2. l'identification et l'analyse des chaînes funéraires départementales afin d'éviter les blocages ;
3. le recensement des équipements et moyens funéraires et des capacités de renforcement ;
4. l'adaptation par le préfet de département de la réglementation et des processus funéraires ;
5. l'adaptation du fonctionnement des services communaux ;
6. la mise en place d'une coordination funéraire départementale, zonale et nationale, comportant un dispositif de remontée quotidienne d'informations ;
7. la mise en place d'un suivi départemental quotidien des décès, destiné :
 - à informer les familles ;
 - à anticiper l'activité de la chaîne funéraire ;
 - à suivre avec précision l'évolution de la situation.

Ces procédures sont répertoriées dans un guide « gestion des décès massifs » de décembre 2005. Ce document est disponible auprès de chaque préfecture de département.

A l'étranger, le consul doit s'assurer, lors de l'établissement du certificat sanitaire et de l'autorisation de transport de corps, qu'ont bien été observées les mesures sanitaires prescrites par le code général des collectivités territoriales et par l'arrêté du 17 novembre 1986 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires.

Les corps devant être rapatriés, sont placés dans un cercueil hermétique d'un modèle agréé par l'autorité compétente en matière d'hygiène. Le cercueil ne doit céder aucun liquide en milieu extérieur, contenir une matière absorbante et être muni d'un dispositif épurateur de gaz. Le cercueil ne peut être ouvert à l'arrivée en France, sauf si le procureur de la République l'autorise.

En cas d'incinération sur place, le transfert des cendres, qui ne comporte aucun risque de contagion, s'effectue librement.

Fiche A.11 - Dispositions particulières du code de la santé publique applicables en situation de pandémie

Dans le domaine sanitaire, l'article L. 3131-1⁹ du code de la santé publique dispose notamment :

« En cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu, afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population. »

« Le ministre peut habiliter le représentant de l'État territorialement compétent à prendre toutes les mesures d'application de ces dispositions, y compris des mesures individuelles. »

Au sens de cet article, une pandémie grippale représente « une menace sanitaire grave ».

Le ministre chargé de la santé pourra prendre des mesures qui pourront concerner notamment :

- l'isolement imposé aux personnes atteintes par un virus grippal hautement pathogène ;
- la mise en quarantaine de personnes bien portantes mais ayant été en contact direct avec des personnes atteintes par un virus grippal hautement pathogène, et de ce fait susceptibles de développer elles-mêmes la maladie ;
- l'obligation de se soumettre, dans certains lieux (aéroports, ...), à un contrôle de température corporelle par caméra thermique ;
- la fermeture des établissements d'enseignement (fiche G.5) ;
- l'obligation de se soumettre à des conditions d'accès à des transports collectifs (fiche G.6) ;
- la réquisition de personnels de santé nécessaires, y compris des personnels retraités et des étudiants en médecine dont la réquisition emporterait inscription temporaire au tableau de l'ordre des médecins ;
- les modalités particulières de distribution de certains médicaments hors des pharmacies d'officine ou des pharmacies à usage intérieur, par dérogation aux dispositions du code de la santé publique concernant la délivrance des médicaments ou l'exercice de la pro-pharmacie ;
- des mesures dérogatoires aux dispositions du code général des collectivités territoriales concernant les opérations funéraires et les chambres mortuaires des établissements hospitaliers.

⁹ En application de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, l'article L.3110-1 est devenu L.3131-1.

Fiche A.12

Dispositions relatives aux ressortissants français à l'étranger

Les dispositions relatives aux ressortissants français à l'étranger font l'objet du « plan affaires étrangères "pandémie grippale" ». Destiné aux postes diplomatiques et consulaires, ce plan est une déclinaison du plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale, dont il reprend les principales orientations.

Il définit un cadre général qui doit être adapté, selon le pays, aux conditions locales dans lesquelles il s'applique (éloignement, isolement de certaines communautés, difficultés de transport, conditions sanitaires médiocres, etc.), et de manière à respecter la législation du pays de résidence et à être en conformité avec le plan pandémie grippale établi par ses autorités gouvernementales.

1. L'information à destination des communautés françaises et de leurs représentants, joue un rôle essentiel dans ce dispositif. Il s'agit de partager l'information disponible sur le risque pandémique, d'évaluer les mesures à envisager localement et de les faire connaître à l'ensemble de la communauté.

La communication doit être une préoccupation constante des postes qui peuvent utiliser les relais que constituent les comités locaux de sécurité et les comités spécialisés, cellule « grippe aviaire » ou cellule de crise.

Tous les moyens de diffusion de l'information sont utilisés, le recours aux médias, le renvoi sur le site Internet du poste ou sur les sites institutionnels. Une attention particulière sera portée aux Français isolés, ainsi qu'à ceux se trouvant dans les écoles, les établissements culturels ou les filiales d'entreprises françaises présentes dans la zone et susceptibles de constituer des foyers de propagation de l'épidémie.

2. Les postes diplomatiques et consulaires doivent se préparer à faire face à la pandémie, de manière à pouvoir réagir très rapidement dès l'apparition des premiers cas de transmission interhumaine du virus.

2.1. Le poste met en œuvre, en les adaptant au besoin, les mesures listées dans le plan du ministère chargé des affaires étrangères et destinées à venir en aide efficacement aux français inscrits dans les consulats, ainsi qu'aux touristes ou aux missionnaires de passage.

Parmi ces mesures, figurent les contacts avec les autorités sanitaires du pays de résidence, la connaissance du plan pandémie grippale local, le recensement de l'offre sanitaire la plus performante de la circonscription, notamment en ce qui concerne le corps médical, les hôpitaux ou les cliniques, la tenue d'un état des matériels de première urgence disponibles localement, la vérification du fonctionnement du réseau de communication avec les chefs d'îlots, la mise à jour régulière du site Internet du poste, etc.

Les postes disposent par ailleurs de stocks de masques anti-projections (masques chirurgicaux) et de protections respiratoires individuelles (FFP2) achetés par le ministère chargé des affaires étrangères, ainsi que de médicaments antiviraux mis à leur disposition par le ministère chargé de la santé.

Ces stocks ont été constitués pour garantir aux ressortissants français à l'étranger un niveau de prestation équivalent à celui offert sur le territoire national. Ils sont entreposés sous la responsabilité

des chefs de poste, dans les ambassades et les consulats généraux. Leur distribution se fera exclusivement dans les postes diplomatiques ou consulaires, ou, si le chef de poste l'estime utile en fonction de la configuration de la circonscription consulaire, dans des antennes délocalisées, seront confiées, avec l'accord du ministère chargé des affaires étrangères, à des responsables présentant les garanties nécessaires.

Pour l'élaboration et la mise en œuvre de ces dispositions, le chef de poste dispose d'un conseiller médical grippe aviaire, dont la mission est d'aider le poste dans sa démarche, de maintenir le contact avec les autorités sanitaires françaises et locales et de superviser, après avis du ministère français chargé de la santé, la distribution des produits antiviraux et des masques.

2.2. Les ambassades et les consulats doivent parallèlement se préparer à devoir fonctionner dans les conditions exceptionnelles qui résulteraient du développement d'une pandémie.

Des plans de rapatriement des familles et des agents jugés non indispensables, sont élaborés par les postes diplomatiques et consulaires et seront mis en œuvre, au cas par cas, en fonction de l'évolution de la maladie, dès l'apparition des premiers cas de transmission interhumaine du virus.

Le fonctionnement des postes étant, en situation de pandémie, limité aux tâches essentielles, celles liées notamment à l'assistance à apporter aux ressortissants français malades ou aux contacts avec les autorités sanitaires locales, les effectifs seront réduits en conséquence au minimum. Ces derniers bénéficieront des équipements de protection adéquats pour leur permettre de remplir leur mission dans les meilleures conditions de sécurité.

Fiche B.1

Conduite à tenir devant un foyer d'influenza aviaire à virus hautement pathogène et à risque établi de transmission humaine lors d'une épizootie en France ou dans les régions limitrophes

Le protocole « *Conduite à tenir devant un foyer d'influenza aviaire à virus hautement pathogène et à risque établi de transmission humaine lors d'une épizootie en France ou dans les régions limitrophes* » est accessible sur le site Internet du ministère chargé de la santé :

(http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe_aviaire/protocole.pdf).

Il décrit la conduite à tenir en distinguant les trois situations suivantes :

- A) Conduite à tenir en présence d'un foyer d'influenza aviaire en élevage ou d'une suspicion sur le territoire national, sans cas humain,
- B) Conduite à tenir en présence d'un foyer d'influenza aviaire en élevage ou d'une suspicion sur le territoire national, avec cas humain,
- C) Conduite à tenir en présence d'un foyer d'influenza aviaire en élevage ou d'une suspicion sur le territoire national, avec cas humain et transmission interhumaine.

Pour chaque situation, il explicite :

- les mécanismes d'alerte ;
- les mesures de protection et d'hygiène ;
- les conditions d'investigation et de surveillance ;
- les modalités de prise en charge des personnes.

Fiche B.2 - Destruction des carcasses de volailles dans le cadre de la lutte contre l'influenza aviaire

Contexte réglementaire :

Ces produits sont classés **matières de catégorie 2** selon le règlement CE 1774/2002 du Parlement européen et du Conseil du 3 octobre 2002 établissant des règles sanitaires applicables aux sous-produits animaux non destinés à la consommation humaine.

La méthode d'élimination sera choisie selon l'ordre de préférence suivant :

1. La destruction dans un atelier d'équarrissage (établissements de transformation de catégories 1 et 2)

1.1. Conditions de transport

- Le véhicule est bâché, étanche, agréé par la DDSV, désinfecté extérieurement au départ de l'élevage ;
- Un plan de route est préétabli, sans arrêt, ni rupture de charge, éventuellement escorté par la gendarmerie nationale ;
- Le transport est accompagné d'un laissez-passer sanitaire délivré par la DDSV ;
- Il est sous le contrôle de la gendarmerie. Si un passage du camion dans un autre département est nécessaire, le DDSV du département concerné est informé au préalable ;
- Le véhicule est nettoyé et désinfecté après le déchargement à l'équarrissage.

1.2. Ateliers d'équarrissage

Ces sous-produits animaux sont dirigés vers des ateliers d'équarrissage (catégories 1 et 2) dont la liste figure ci-après :

Département	Région	Nom et raison sociale	Quantités de sous-produits animaux traités en activité normale (t/jour), toutes espèces
47	Aquitaine	S.A FERSON-BIO "Monbusq" 47520 LE PASSAGE	395
03	Auvergne	SARIA INDUSTRIES SUD EST "Les Bouillots" 03 500 BAYET	450
15	Auvergne	SOPA "Société pour la transformation de sous-produits animaux"-Creste 15150 CROS DE MONTVERT	132
61	Basse-Normandie	Ets CAILLAUD Rte d'Alençon 61400 ST LANGIS LES MORTAGNE	550
22	Bretagne	SIFDDA ZI des Isles 22170 PLOUVARA	600
56	Bretagne	SIFDDA - "Les Vaux" - 56380 GUER	240
39	Franche-Comté	MONNARD JURA, BP 7 chemin de Seillère 39 160 Saint Amour	100 à 200
85	Pays de la Loire	CAILLAUD Route de Soullans 85300 CHALLANS	300
85	Pays de la Loire	SARIA INDUSTRIES CENTRE Route de Niort B.P. 24 85490 BENET	850

02	Picardie	ETS BOUVART - 9, route d'Etreux - 02510 Venerolles	375
83	Provence-Alpes-Côte d'Azur	EMV SA Equarrissage Moderne du VAR Quartier Pierres Blanches 83660 CARNOULES	5 (cat 1-2) 3 (cat 3)
01	Rhône-Alpes	POINT SAS les greffets 01 440 VIRAT	30

2. L'enfouissement

Lieu d'enfouissement

- Le choix du site est réalisé sur avis du service « Santé-Environnement » de la DDASS, de l'hydrogéologue agréé du département, à la demande de la DDSV ;
- L'enfouissement a lieu, selon le nombre d'exploitations infectées, la délimitation des zones d'enfouissement, la disponibilité du matériel d'enfouissement ;
 - sur l'exploitation ou
 - sur un site situé hors de l'exploitation ;
- Il est tenu compte des contraintes de protection de l'environnement, notamment du fait qu'aucune excavation, donc aucune construction, ne pourra être réalisée sur le site pendant 5 ans au moins.

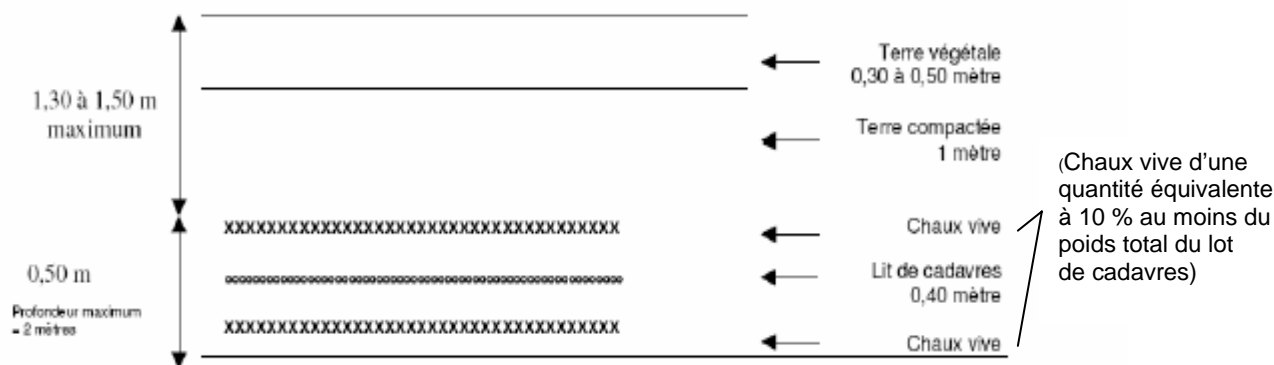
Modalités

L'enfouissement se fait sur autorisation préfectorale.

Outre la DDSV, participent au chantier d'enfouissement :

- La DDE, pour le creusement de la fosse, le transport des carcasses de volailles jusque dans la fosse et la fermeture de la fosse,
- Le SDIS (Service départemental d'incendie et de secours, SDIS), pour l'aspersion de soude et le déversement de la chaux sur les carcasses.

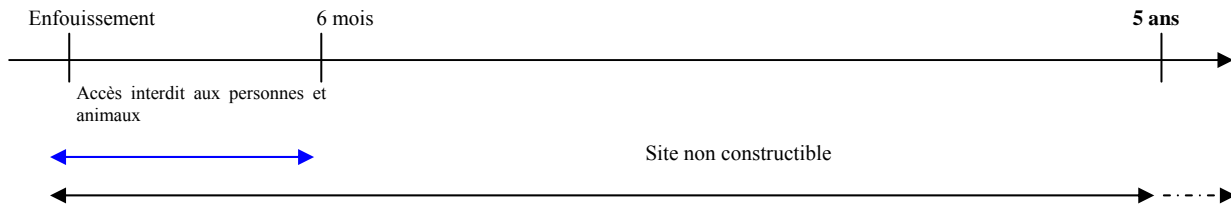
Schéma n° 6 : Vue en coupe d'une fosse¹⁰, donnée à titre indicatif



Après enfouissement, le site d'enfouissement et les abords sont désinfectés.

¹⁰ Cette coupe devra être adaptée au contexte local.
Mars 2008

Schéma n°7 : Devenir de la zone d'enfouissement :



3. L'incinération

L'incinération peut être mise en œuvre si aucune des autres méthodes n'est possible. Elle se fait sous le contrôle permanent du SDIS.

Lieu du feu : Le choix du site est réalisé par le SDIS, à la demande de la DDSV.

Modalités : Outre la DDSV, la DDE participe au chantier d'incinération pour l'approvisionnement en matériaux de combustion, les travaux d'excavation, le transport des carcasses, l'éclairage nocturne du feu.

Fiche B.3 - Conduite à tenir pour les activités humaines en contact avec la faune sauvage lors de cas d'influenza aviaire à virus H5N1 hautement pathogène sur des animaux sauvages ou des volailles domestiques

Cette fiche présente les mesures relatives aux activités humaines en contact avec la faune sauvage lors de cas d'influenza aviaire à virus H5N1 hautement pathogène sur des oiseaux sauvages ou des volailles domestiques.

A cet effet, on distingue :

- les zones sous arrêté préfectoral portant déclaration d'infection :
 - elles regroupent les « zones de protection » (rayon minimal de 3 km) et les « zones de surveillance» (au moins 7 km au-delà de la zone de protection), soit un rayon minimal de 10 km au total, zones qui peuvent être élargies sur décision préfectorale ;
 - (Remarque : lorsqu'il s'agit de cas affectant les oiseaux sauvages la zone de protection est appelée « zone de contrôle » et la zone de surveillance « zone d'observation »).
- le reste du territoire :
 - L'arrêté du 5 février 2007 définit, en fonction de la situation épidémiologique H5N1 HP dans la faune sauvage, six niveaux de risque épizootique: négligeable 1 ; négligeable 2 ; faible ; modéré ; élevé ; très élevé (voir tableau n° 2).

Des mesures particulières graduées sont applicables sur tout ou partie du territoire national en fonction du niveau de risque (mesures prévues par l'arrêté précité). Cela signifie que des cas d'infection d'oiseaux sauvages sont susceptibles d'engendrer des mesures au-delà des zones délimitées par l'arrêté préfectoral portant déclaration d'infection.

L'arrêté préfectoral portant déclaration d'infection est pris pour une durée minimale de trente jours.

A la demande du ministre chargé de l'agriculture, les préfets peuvent modifier la taille des zones de protection et des zones de surveillance en fonction de facteurs géographiques, écologiques ou épidémiologiques (cf. arrêté du 15 février 2007 fixant des mesures techniques et administratives applicables lors d'une suspicion ou d'une confirmation d'influenza aviaire hautement pathogène causée par un virus de sous-type H5N1 chez des oiseaux vivant à l'état sauvage).

Plan national « Pandémie grippale »

Fiche B.3 – Conduite à tenir pour les activités humaines en contact avec la faune sauvage lors de cas d'influenza aviaire à virus H5N1 hautement pathogène sur des animaux sauvages ou des volailles domestiques

Tableau n° 2 : Niveau de risque épizootique

NIVEAU DE RISQUE épizootique	DÉFINITION DU NIVEAU DE RISQUE en fonction des cas identifiés dans l'avifaune sauvage
Négligeable 1	Absence de cas dans les zones de départ et dans les couloirs migratoires des oiseaux sauvages arrivant ou transitant en France. Absence de cas en France.
Négligeable 2	Présence avérée ou possible de cas dans les zones de départ. Absence de cas dans les couloirs migratoires des oiseaux sauvages transitant en France. Absence de cas en France.
Faible	Présence de cas dans les couloirs de migration des oiseaux sauvages transitant en France, dans des pays non voisins de la France métropolitaine. Absence de cas en France.
Modéré	Présence de cas dans les couloirs de migration des oiseaux sauvages transitant en France, dans des pays voisins de la France métropolitaine. Absence de cas en France.
Elevé	Présence de quelques cas isolés en France ou cas groupés dans une unité écologique
Très élevé	Présence de plusieurs cas isolés en France ou cas groupés dans 2 unités écologiques ou plus.

Les objectifs et les mesures figurant dans cette fiche ont été élaborés sur la base des connaissances actuelles de la dynamique de la maladie dans la faune sauvage et des relations entre la faune domestique et la faune sauvage. *Ces connaissances sont amenées à s'enrichir régulièrement. La fiche sera donc actualisée au fur et à mesure que les observations et la compréhension de la dynamique de la maladie seront complétées.*

1. Mesures applicables dans les zones sous arrêté préfectoral portant déclaration d'infection

Les mesures de limitation sont fixées par l'arrêté préfectoral. Les mesures sont prises pour toute la durée d'application de l'arrêté préfectoral ; elles sont prorogées si nécessaire après analyse locale spécifique du risque épidémiologique.

Les mesures applicables dans ces zones peuvent être adaptées ou levées à l'issue d'une analyse de risques et sur instruction des ministères concernés.

Tableau n° 3 : Mesures applicables en zone sous arrêté portant déclaration d'infection

Objectifs (zone sous arrêté portant déclaration d'infection)	Mesures (zone sous arrêté portant déclaration d'infection)
Disposer des informations pertinentes pour adopter les mesures de gestion appropriées (ex. : maintien des zones de surveillance).	Renforcement de la surveillance et extension à d'autres espèces animales, en zone rurale (réseau SAGIR) et en zone urbaine. Surveillance de la mortalité, y compris oiseaux des villes non captifs.
<p>D'une façon générale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - éviter la contamination des élevages ; - éviter la propagation du virus par les allers et venues des personnes, des animaux de compagnie et des véhicules, et assurer la protection des personnes, en particulier des pratiquants d'activités de toutes sortes dans les espaces naturels ; - tout en évitant des pratiques susceptibles de favoriser la diffusion de la maladie, éviter les surdensités de sangliers (surtout) et de chevreuils susceptibles de favoriser l'émergence de maladies autres et éviter des dommages économiques insupportables ; 	<p>Mesures de biosécurité des élevages (arrêté du 5 février 2007).</p> <p>Restriction de la circulation dans les espaces naturels et de leurs usages, à l'exception de ceux indispensables à titre professionnel.</p> <p>Mesures générales pour les espaces naturels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - limitation de l'accès pour les non résidents ; - restriction des mouvements des animaux de compagnie, notamment des carnivores domestiques ; - confinement des oiseaux des parcs urbains ; - limitation des accès aux parcs et jardins publics ; - interdiction de toute sortie « nature » organisée à l'occasion d'un accueil collectif à caractère éducatif (cf. note conjointe des ministres chargés de l'éducation et de la santé du 17 juillet 2006) <p>Restriction des loisirs et sports de nature et de plein air.</p> <p>Pêche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - interdiction de la pêche de loisir ; - autorisation de la pêche professionnelle sous réserve de prescriptions limitant la possibilité de propagation de la maladie.

Plan national « Pandémie grippale »

Fiche B.3 – Conduite à tenir pour les activités humaines en contact avec la faune sauvage lors de cas d'influenza aviaire à virus H5N1 hautement pathogène sur des animaux sauvages ou des volailles domestiques

Objectifs (zone sous arrêté portant déclaration d'infection)	Mesures (zone sous arrêté portant déclaration d'infection)
<ul style="list-style-type: none"> - éviter la dispersion des animaux susceptibles de porter le virus. 	<p>Chasse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - interdiction de la chasse aux oiseaux et de l'usage et du transport des appelants ; - interdiction de l'élevage non confiné d'oiseaux destinés à la chasse. Interdiction de lâcher de gibiers à plumes. - chasse aux espèces autres que les oiseaux : encadrement strict par l'autorité administrative en fonction des résultats d'une analyse de risques (traçabilité, conditions sur le transport des animaux abattus, nettoyage des véhicules, règles d'hygiène pour la manipulation des animaux abattus, des carcasses et des abats, etc.) : <ul style="list-style-type: none"> - encadrement des chasses individuelles au gros gibier (déclaration préalable, etc.), - autorisation de chasse en battues, - battues administratives. <p>Interdiction du survol des zones humides à basse altitude (deltaplane, ...).</p>
<p>En zone urbaine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - éviter la dispersion de la maladie ; - informer. 	<p>Organisation de la récupération des oiseaux morts.</p> <p>Interdiction de nourrir les oiseaux sauvages.</p> <p>Renforcement de la diffusion des mesures de précaution (cf. circulaire DGAI-DGS du 15 mars 2006 visant à informer les collectivités de leurs obligations d'information du public et de protection des personnels notamment pour la collecte des oiseaux morts dans les jardins et espaces publics).</p>

2. Mesures applicables sur le reste du territoire

Tableau n° 4 : Mesures applicables hors des zones sous arrêté de déclaration d'infection

Objectifs	Mesures
Disposer des informations pertinentes pour adopter les mesures de gestion appropriées.	Renforcement et optimisation de la surveillance .
Préparer les communes urbaines à gérer des cas de mortalité anormale d'oiseaux sauvages en zone urbaine. Contribuer à la surveillance des oiseaux sauvages en zone urbaine.	Formation des personnels des collectivités territoriales aux risques et aux comportements à adopter en cas de mortalité anormale d'oiseaux dans les zones urbaines (cf. circulaire DGA1-DGS du 15 mars 2006).
S'assurer de la diffusion des recommandations déjà arrêtées auprès des publics les plus concernés.	Communication des mesures de précaution et de prévention déjà arrêtées aux personnes susceptibles d'être plus spécifiquement en contact avec la faune sauvage et spécialement avec les oiseaux : - professionnels (forestiers, agents publics de l'environnement, bouchers, restaurateurs, etc.) ; - chasseurs, bagueurs d'oiseaux, pêcheurs, propriétaires d'étangs, piégeurs; Protection individuelle si manipulation.
Éviter que le public scolaire et les personnes qui l'accompagnent ne s'exposent en manipulant les oiseaux.	Interdiction des contacts physiques directs avec des oiseaux provenant du milieu naturel dans le cadre des sorties « nature » organisées à l'occasion d'un accueil collectif à caractère éducatif. Ceci n'exclut pas la visite d'établissements zoologiques, ni les sorties dans les réserves naturelles.

Dès lors qu'un cas d'influenza H5N1 HP serait identifié sur la faune sauvage, le niveau de risque serait considéré au moins comme élevé sur l'ensemble du territoire national.

En cas de foyer sur volailles domestiques et tant que l'origine faune sauvage ne serait pas écartée par une enquête épidémiologique, le niveau de risque serait vraisemblablement considéré par l'Afssa au moins comme élevé sur l'ensemble du territoire national.

Le tableau n° 5 récapitule les mesures qui y seraient mises en œuvre dans ces circonstances.

Tableau n° 5 : Mesures applicables aux oiseaux domestiques et sauvages, sur l'ensemble du territoire en fonction du niveau de risque.

Niveau de risque épidémiologique	Définition du niveau de risque en fonction des cas identifiés en avifaune sauvage	Mesures sur la totalité de la France : 1/ mesures de confinement, 2/ mesures de protection des élevages,	Zones à risque particulier		Mesures particulières pour toute la France			
			Délimitation	mesures dans les zones à risque	lâchers d'oiseaux (pigeons voyageurs)	oiseaux d'ornement (hors parc zoologique)	basses-cours	appelants
Élevé	présence de <u>quelques cas isolés en France</u> ou <u>cas groupés dans une unité écologique</u>	- Confinement <u>pour tous</u> les élevages. Pour les élevages d'oiseaux non confinés et non protégés par des systèmes équivalents au confinement, mise en œuvre d'un système de bio-sécurité renforcée comprenant l'application d'un guide de bonnes pratiques sanitaires (GBPS) et une visite par un vétérinaire à leurs frais afin de s'assurer de la mise en œuvre de ces BPS. - interdiction de tous les rassemblements d'oiseaux (exception pour les espèces d'oiseaux d'ornement réputées comme étant élevées en volière fermée)	Deviennent zones à risque les 98 zones humides définies par l'ONCFS (communes « pieds dans l'eau » et communes voisines)	1/ interdiction des rassemblements, 2/ protection renforcée des élevages de volailles, d'oiseaux d'ornement, et des basses-cours (confinement ou système équivalent). Les élevages ne pouvant répondre à ces conditions devront mettre en œuvre un système de bio-sécurité renforcée comprenant l'application d'un guide de bonnes pratiques et des visites mensuelles par un vétérinaire à leurs frais, avec déclaration en Préfecture, 3/ vaccination dans les zoos et parcs animaliers des oiseaux d'ornement, non confinables et non protégés par filets, 4/ les compétitions de pigeons ne peuvent pas partir d'une zone à risque ou y arriver, 5/ sortie possible des pigeons autour du pigeonnier, par dérogation, sous la supervision directe du détenteur, 6/ surveillance spécifique des élevages de palmipèdes ayant accès à un plan d'eau non protégé.	- interdiction des courses sur tout le territoire, sauf analyse de risque particulière - par dérogation, sortie possible sous la supervision directe du détenteur	- protection renforcée des élevages (confinement ou système équivalent)	- protection renforcée des élevages (confinement ou système équivalent)	- interdiction de l'usage des appelants pour la chasse. Cette interdiction peut être limitée ultérieurement à une partie du territoire ou à certaines catégories d'oiseaux appelants si une analyse du risque permet de conclure que l'interdiction ne s'avère pas nécessaire au regard de la maîtrise du risque sur le reste du territoire
Très élevé	présence de <u>plusieurs cas isolés en France</u> ou <u>cas groupés dans 2 unités écologiques ou plus</u>	Identiques au niveau précédent et - protection renforcée des élevages de volailles (confinement ou système équivalent). Les élevages ne pouvant répondre à ces conditions devront mettre en œuvre un système de bio-sécurité renforcée comprenant l'application d'un guide de bonnes pratiques et des visites mensuelles par un vétérinaire à leurs frais, avec déclaration en Préfecture.			Identiques au niveau précédent	Identiques au niveau précédent	Identiques au niveau précédent	- interdiction totale d'usage des appelants sur toute la France sans dérogation

Fiche C.1 - Mesures générales de protection sanitaire des personnes

Face à un agent infectieux de type épidémique, différentes mesures de protection sanitaire des personnes peuvent être mises en œuvre. Elles dépendent notamment des caractéristiques de l'agent infectieux et du niveau d'exposition des personnes. Ces mesures peuvent relever de démarches de type collectif ou correspondre à des actions individuelles. Le fait de pouvoir ou non procéder à une vaccination efficace, joue un rôle très important dans le choix des mesures retenues.

Concernant le cas d'un virus grippal pandémique, les caractéristiques réelles du virus et ses effets sur la santé ne seront connus qu'à partir du moment où il y aura eu transmission interhumaine. L'extension possible d'une pandémie pourra être rapide alors que la protection sanitaire des personnes demandera des délais pour la production et la distribution de produits et matériels et pour la formation des personnes, il est donc nécessaire d'anticiper notamment par l'identification et l'organisation de mesures générales de protection sanitaires. Une telle démarche doit s'appuyer sur des hypothèses plausibles de situation établies à partir de données historiques ou de constats faits sur des problèmes actuels voisins.

Pour établir les mesures générales de protection sanitaires, sont retenues les hypothèses suivantes concernant les caractéristiques d'une infection par un virus pandémique :

- Incubation : de 1 à 3 jours pouvant aller jusqu'à 7 jours ;
- portage : excrétion virale apparaissant un jour avant le jour (J) de début des signes cliniques ; excrétion maximale à J+3 et persistante jusqu'à J+7 chez l'adulte. Possibilité que l'infection soit asymptomatique pour une part relativement importante des cas comme pour la grippe saisonnière¹¹ ;
- contamination de l'air et de surfaces par des gouttelettes essentiellement et aérosols émis par les malades et de déchets (mouchoirs, masques ...) par des excréments ;
- transmission : essentiellement par voie respiratoire mais aussi par les mains contaminées.

L'exposition d'une personne au virus dépendra de différents facteurs liés aux contextes, aux comportements et à l'état de santé des individus rencontrés.

Vu les caractéristiques possibles de l'infection, il faut tenir compte de l'exposition aux malades mais aussi aux individus pouvant être en phase d'incubation ou malades mais peu symptomatiques, aux surfaces contaminées (objets, mobiliers, vêtements, ...) et aux supports portant des virus : prélèvements naso-pharyngés, déchets contaminés ...

Le niveau de gravité variera selon que l'exposition sera rapprochée ou/et répétée, ou occasionnelle mais aussi selon le fait que l'exposition se fera ou non dans le respect des règles de protection.

Les stratégies préventives ont notamment pour objectifs :

- de protéger les professionnels ayant des contacts avec des malades ou des cas suspects ;
- de protéger le plus possible les personnes au voisinage d'un malade atteint par le virus pandémique ou exposées de façon rapprochée et/ou répétée à des personnes pouvant être en phase d'incubation ou malades mais peu symptomatique ;
- de protéger les professionnels ayant des contacts fréquents ou importants avec des produits potentiellement contaminés par un virus pandémique (déchets, ...) ;
- de réduire les effets d'une contamination par le virus et de la freiner.

¹¹ Des études montrent qu'en moyenne, l'infection est asymptomatique pour de l'ordre d'un tiers des cas de grippe saisonnière.

Si en période de transmission inter humaine, la gestion des risques devra être adaptée aux caractéristiques épidémiologiques de la pandémie et aux situations locales, en période non-pandémique, la préparation à la gestion des risques repose sur une approche de précaution prenant en compte les principaux éléments suivants.

Même si l'évolution des connaissances et des moyens de production de vaccins conduira à des adaptations de la stratégie vaccinale, il faut actuellement se placer dans le contexte où les premiers mois d'une pandémie devront être gérés sans qu'une vaccination permette de protéger la population (fiche C.6). En conséquence, il convient de prévoir de devoir faire appel à une combinaison d'actions collectives et d'actions individuelles de protection :

Des moyens d'action collective, éventuellement sectorisés géographiquement, visant à :

- réduire les possibilités de contacts entre personnes par une diminution des possibilités de présence simultanée au même endroit et par le respect d'une distance de protection sanitaire (2 mètres – avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France) tout en permettant une continuité de la vie socio-économique par la mise en œuvre notamment d' :
 - *un isolement des cas possibles ou confirmés sans exclure la quarantaine des contacts familiaux ;*
 - *une quarantaine pour les personnes-contact des cas possibles ou confirmés ;*
 - *une fermeture des établissements d'enseignement ;*
 - *une fermeture de lieux de rassemblement, une limitation ou une suppression de rassemblements ;*
 - *une réorganisation d'activités professionnelles (ex travail à distance) ;*
 - *une réorganisation des locaux : conditions d'accueil du public ou des clients, aménagement des attentes aux consultations médicales, ...*
 - *un arrêt ou une réorganisation des moyens de transport en commun.*
- réduire les possibilités de contamination par les surfaces et les objets dans des lieux partagés par :
 - *le nettoyage de surfaces contaminées ;*
 - *la suppression des objets non indispensables.*
- limiter l'impact du virus sur la santé par :
 - *une prophylaxie des cas contacts (selon décision) ;*
 - *le port de masques anti-projections (chirurgicaux) ;*
 - *le respect de règles d'hygiène.*

Des moyens d'action de type individuel permettant à chacun :

- de se protéger des expositions possibles ou réelles :
 - *port de masques FFP2 et, dans certaines circonstances, port de vêtements ou de lunettes, (mesures barrières sanitaires) ;*
 - *lavage fréquent des mains ;*
 - *traitement prophylactique par des antiviraux (selon décision) ;*
 - *nettoyage de surfaces contaminées ;*
 - *respect de distances de protection sanitaire entre les personnes.*
- mais aussi de contribuer à réduire l'exposition aux risques d'autres personnes :
 - *isolement des cas possibles ou confirmés ;*
 - *quarantaine des personnes-contact des cas possibles ou confirmés ;*
 - *port de masques anti-projections (chirurgicaux), (mesure barrière sanitaire) ;*
 - *respect de règles d'hygiène qui concernent principalement :*
 - *l'attitude que doit avoir un malade lorsqu'il tousse, éternue, se mouche ou crache ;*
 - *le lavage des mains ;*
 - *la gestion des déchets et l'entretien des objets d'un malade et ceux des personnes de son voisinage.*

Les fiches C.2 et C.3 traitent des règles d'hygiène face respectivement au risque épidémique et au risque épizootique.

La fiche C.4 détaille les mesures barrières sanitaires et les conditions de leur utilisation.

La fiche C.5 aborde la stratégie et les modalités d'utilisation des antiviraux.

La fiche C.6 donne des indications, d'une part, sur la stratégie et, d'autre part, sur les modalités d'organisation d'une vaccination contre un virus pandémique.

Les fiches C.7 et C.8 présentent les modalités de distribution des produits de santé et des protections aux malades sur le territoire national et aux ressortissants français malades à l'étranger.

Fiche C.2 - Principales règles d'hygiène face au risque épidémique

1. Mouchage, éternuements, expectoration, toux

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

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

2. Hygiène des mains

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

3. Nettoyage des objets utilisés par le malade

Dans les établissements accueillant des malades, les règles particulières édictées en fonction de ses moyens et de son organisation doivent être respectées.

A domicile, les objets habituels utilisés par le malade doivent subir un nettoyage rigoureux et régulier. Chaque membre de la famille doit disposer de son propre linge, notamment de serviettes de toilette, et de sa propre brosse à dent. La vaisselle et le linge du malade peuvent être lavés en commun avec la vaisselle ou le linge du reste de la famille dans un lave-vaisselle ou un lave-linge à plus de 60° C.

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

4. Déchets

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

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

Fiche C.3 - Principales règles d'hygiène face au risque épizootique

Il convient de distinguer :

- les particuliers pouvant occasionnellement entrer en contact avec des oiseaux infectés, ou susceptibles de l'être ;
- les professionnels ayant vocation par leur métier à être en contact étroit, répété et prolongé avec les oiseaux domestiques ou sauvages suspects ou infectés.

Les éléments contenus dans cette fiche sont tirés de la note de service DGFAR/SDTE/N2006-5001 (DGAL/SDSPA/N2006-8015) en date du 18 janvier 2006, ayant pour objet la prévention des risques professionnels concernant les travailleurs susceptibles d'être exposés à des volailles ou d'autres oiseaux, vivants ou morts, suspects d'être atteints ou atteints d'influenza aviaire à virus hautement pathogène, ou à tout produit ou sous-produit susceptible d'être contaminé. Cette note de service est consultable sur le site du ministère de l'agriculture et de la pêche (<http://www.agriculture.gouv.fr/spip/IMG/pdf/dgfarn20065001iz-4.pdf>).

1. Règles générales d'hygiène applicables aux particuliers afin de prévenir les risques de contamination

Le respect de règles d'hygiène permet de réduire les risques de contamination possible de personnes amenées de manière fortuite à manipuler des oiseaux ou leurs produits.

Il faut systématiquement se laver les mains (eau potable et savon) en cas de contact direct avec des oiseaux ou volailles, leurs déjections ou les déchets qui en sont issus.

Il est impératif de ne pas toucher les cadavres d'oiseaux trouvés dans la nature. En cas de manipulation de cadavres d'oiseaux ou de volailles, d'œufs, de fientes, de plumes, les consignes à respecter sont les suivantes :

- porter des gants de protection étanches, et résistants aux agressions mécaniques (coupure, déchirure, perforation) ;
- transporter les cadavres d'oiseaux dans une enveloppe étanche identifiée (sac poubelle solidement fermé, éliminé comme déchet contaminé selon les recommandations des services vétérinaires) ;
- retirer les gants et les placer dans un sac poubelle étanche qui sera fermé puis éliminé selon les mêmes modalités que celles décrites pour les cadavres. Les gants non jetables peuvent être réutilisés après désinfection.

Pour des mesures plus précises, se reporter à la fiche B.1.

2. Règles d'hygiène dans le cadre de la prévention des risques professionnels liés à l'influenza aviaire à virus hautement pathogène

En cas de risque d'épizootie, il convient de mettre en œuvre des mesures renforcées de prévention des risques professionnels, notamment des règles d'hygiène adaptées, concernant les travailleurs susceptibles d'être en contact avec des volailles ou d'autres oiseaux atteints d'influenza aviaire à virus hautement pathogènes.

Selon le niveau de risque identifié, les mesures et règles d'hygiène à prévoir et mettre en œuvre dans le cadre de la prévention des risques professionnels sont déclinées dans deux notices distinctes.

Notice 1

Absence de suspicion ou de foyer d'influenza aviaire et prévention des risques professionnels : veille et anticipation

1. Entreprises hébergeant des volailles ou d'autres oiseaux

L'entreprise doit être capable de faire face à toute suspicion et y être préparée.

L'employeur, après avis du médecin du travail, établit, par anticipation, la liste des travailleurs qu'il autorisera à pénétrer dans le lieu d'hébergement d'oiseaux ou de volailles en cas de suspicion ou de foyer d'influenza aviaire à virus hautement pathogène, et s'assure des éléments suivants :

- le travailleur concerné a les connaissances et l'expérience professionnelles lui permettant d'assurer ce poste de travail ;
- il a bénéficié d'une formation renforcée à la sécurité pour ce poste, y compris concernant les risques liés à l'influenza aviaire ;
- il a été informé et formé aux mesures d'hygiène à mettre en œuvre, de façon générale et dans le cas de suspicion ou de foyer d'influenza aviaire ;
- il est formé et entraîné à mettre et à enlever les équipements de protection individuelle selon les procédures. Une importance particulière doit être donnée à la façon de bien ajuster l'appareil de protection respiratoire ;
- il a fait l'objet d'une surveillance médicale adaptée pour ce poste et, en particulier, son aptitude au port d'appareil de protection respiratoire a été vérifiée.

L'employeur prévoit les équipements de protection individuelle suivants en nombre suffisant (considérant que le délai nécessaire à la confirmation ou à l'infirmité d'une suspicion d'influenza aviaire peut nécessiter une dizaine de jours après le prélèvement de l'échantillon animal à analyser, le stock d'équipements de protection individuelle à usage unique doit être adapté pour couvrir les besoins au minimum durant ce délai) :

- appareils de protection respiratoire jetables filtrants contre les aérosols (FFP2 au minimum). L'utilisation d'un appareil muni d'une soupape est préférable pour des activités impliquant une charge physique élevée ou un port prolongé. En effet, la présence d'une soupape expiratoire améliore le confort de ces appareils respiratoires ;
- lunettes de protection contre les poussières. Veiller à la compatibilité avec l'appareil de protection respiratoire ;
- gants de protection étanches résistants aux agressions mécaniques (coupure, déchirure, perforation). Pour des activités n'exposant pas les mains à des agressions mécaniques, des gants de protection étanches à usage unique peuvent convenir ;
- vêtements de protection à usage unique avec capuche intégrée (marquage : type 5 ou type 6). En l'absence de capuche intégrée, prévoir de plus des charlottes à usage unique ;
- bottes étanches.

2. Entreprises dont les travailleurs interviennent en milieu naturel

En milieu naturel, de façon générale, les travailleurs disposent dans leur véhicule de transport :

- d'eau, de savon et de moyens d'essuyage non réutilisables (essuie-tout en papier...), pour nettoyer toute souillure accidentelle, et respecter les règles d'hygiène usuelles (lavage des mains avant tout repas, les pauses, et en fin de journée de travail...);
- d'une trousse de première urgence dont le contenu a été défini avec le médecin du travail.

Ils ont consigne de ne pas toucher des cadavres d'animaux, en l'absence de nécessité professionnelle.

En cas d'obligation de manipulation des cadavres d'oiseaux, d'œufs, de fientes, de plumes..., les consignes sont les suivantes :

- port de gants de protection étanches, et résistants aux agressions mécaniques (coupure, déchirure, perforation) ;
- transport des cadavres d'oiseaux dans une enveloppe étanche identifiée (conteneur fermé et rigide, désinfecté après chaque utilisation, ou sac poubelle solidement fermé, éliminé comme déchet contaminé selon les recommandations des services vétérinaires) ;
- avant de remonter dans le véhicule, retirer les gants et les placer dans un sac poubelle étanche qui sera fermé. Les nettoyer et les désinfecter avant réutilisation.

3. Autres cas

L'employeur peut identifier d'autres situations à risques. Il doit alors se rapprocher des services de santé au travail et de prévention des risques professionnels pour déterminer les mesures de prévention à prendre.

Notice 2

Suspicion ou présence d'un foyer d'influenza aviaire à virus hautement pathogène et prévention des risques professionnels

1. Travailleurs exposés en cas de suspicion ou de foyer d'influenza aviaire

1.1. Dans un établissement hébergeant des volailles ou d'autres oiseaux

Il appartient à l'employeur, en cas de symptômes ou de mortalité anormale et inexplicquée des oiseaux, de demander l'intervention rapide d'un vétérinaire afin que celui-ci apprécie s'il y a suspicion ou non d'influenza aviaire.

Dès lors qu'un vétérinaire prononce une suspicion d'influenza aviaire à virus hautement pathogène, l'employeur doit considérer que les travailleurs amenés à pénétrer dans un bâtiment ou un enclos où sont présents des oiseaux ou des volailles vivants ou morts, ou leurs produits ou sous-produits, sont exposés au risque d'influenza aviaire à virus hautement pathogène.

L'employeur doit alors mettre en œuvre les dispositions de prévention prévues au point 2 de la présente notice.

Il appartient par ailleurs au vétérinaire de prévenir immédiatement la DDSV de cette suspicion d'influenza aviaire.

Après l'enquête menée suite à cette suspicion, la DDSV peut identifier d'autres établissements comme étant également suspects, ce qui place les travailleurs amenés à intervenir dans ces lieux en situation d'exposition au risque d'influenza aviaire.

1.2. Cas des produits et sous-produits animaux issus des volailles ou oiseaux suspects

Dès lors que la DDSV a identifié des produits ou sous-produits animaux susceptibles d'être contaminés (ces produits ou sous-produits pourront alors faire l'objet d'une consigne...), les travailleurs amenés à manipuler, conditionner ou transporter des produits animaux issus des volailles ou oiseaux suspects sont considérés comme exposés au risque d'influenza aviaire à virus hautement pathogène.

1.3. En milieu naturel

De façon générale, l'arrêté du 4 novembre 2002 considère comme déchets contaminés les animaux trouvés morts, et les travailleurs ont toujours consigne de ne pas toucher des cadavres d'animaux, en l'absence de nécessité professionnelle.

En milieu naturel, la situation à risque d'influenza aviaire est définie par le contact direct avec un cadavre d'oiseau, des œufs, des fientes, des plumes...

Les mesures de prévention du point 2 de la notice 1 sont applicables dans tous les cas.

1.4. Autres cas

Un employeur, non contacté par la DDSV, peut s'inquiéter d'un risque d'exposition au sein de son entreprise. Il lui est recommandé de s'informer auprès de la DDSV.

2. Mesures de prévention à mettre en œuvre dans les lieux d'hébergement des volailles et autres oiseaux contaminés ou suspects

2.1. Isolement du lieu d'hébergement des oiseaux ou volailles suspects, et création d'une zone intermédiaire d'hygiène

Avant même la notification de l'arrêté préfectoral de mise sous surveillance de l'élevage, dès que le vétérinaire lui fait part de la suspicion d'influenza aviaire, il appartient au chef d'établissement :

- d'informer les travailleurs sur les nouvelles mesures à mettre en œuvre et de veiller au respect des règles d'hygiène et au port des équipements de protection individuelle des personnes pénétrant dans le lieu d'isolement ;
- d'isoler le lieu d'hébergement des animaux suspects, et de créer une zone intermédiaire d'hygiène permettant aux travailleurs de revêtir ou de quitter les équipements de protection individuelle, et de se laver ; dans le cas de parcs zoologiques, ou d'animaleries, isoler les animaux dans un lieu d'hébergement facile à nettoyer et à désinfecter, séparé de toute autre activité ;
- de restreindre l'accès au lieu d'isolement au personnel indispensable dont il aura au préalable fixé la liste, et de limiter son temps de présence à l'intérieur de celui-ci. L'employeur interdit de plus toute intervention de travailleurs d'entreprises extérieures (équipes d'équarrissage...), sauf après autorisation de la DDSV ;
- d'informer le médecin du travail de la suspicion ou du foyer d'influenza aviaire à virus hautement pathogène et de lui fournir la liste des travailleurs amenés à pénétrer dans le lieu d'isolement des oiseaux ou des volailles infectés.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels, prévu par l'article R 230-1 du code du travail, est actualisé, afin de tenir compte des informations et/ou recommandations supplémentaires concernant le risque de contamination au virus aviaire.

2.2. Respect des consignes de port d'équipements de protection individuelle et d'hygiène

L'employeur veille à ce que les travailleurs, avant de pénétrer dans le lieu d'isolement des animaux suspects, soient équipés des équipements de protection individuelle précisés au point 1 de la notice 1.

Les protections individuelles doivent être retirées dès la sortie du lieu d'isolement des volailles ou d'autres oiseaux. Dans le cas de l'existence d'un sas, elles doivent être retirées dans celui-ci.

Pour ôter les équipements de protection individuelle, l'ordre suivant doit être respecté :

- retrait des bottes après passage au jet d'eau ;
- retrait des gants (laver au préalable les mains gantées, surtout s'il s'agit de gants réutilisables) ;
- retrait de la combinaison (en évitant de toucher les vêtements personnels et les cheveux pour ne pas les contaminer) ;
- lavage des mains ;
- retrait des lunettes ;
- retrait de l'appareil de protection respiratoire ;
- lavage des mains et du visage.

Les protections individuelles à usage unique sont immédiatement jetées dans un sac poubelle qui est hermétiquement fermé et qui est éliminé selon les recommandations des services vétérinaires.

Dès la sortie du lieu d'isolement, les protections individuelles réutilisables (bottes, lunettes...) doivent être nettoyées et désinfectées selon les consignes des services vétérinaires et stockées dans la zone intermédiaire.

3. Cas particulier du ramassage et de l'euthanasie des animaux, du nettoyage et de la désinfection des lieux d'hébergement des volailles ou oiseaux infectés

L'ensemble des opérations liées à l'euthanasie des oiseaux ou volailles infectées, et au nettoyage et à la désinfection de leur lieu d'hébergement expose particulièrement les opérateurs :

- aux poussières et aérosols contaminés par les litières et les déjections animales, ou à l'agitation des volailles lors de leur ramassage ;
- au contact direct avec des volailles ou oiseaux infectés, ou des éléments souillés par eux ;
- à des plaies ou griffures lors des contacts avec les animaux ou le matériel souillé ;
- à des efforts physiques importants, répétés et prolongés (travail en milieu clos, port de charges...) ;

- pour certains d'entre eux (équipes d'euthanasie, de désinfection...), à des produits ou procédés chimiques dangereux.

Il convient donc, de façon générale :

- d'utiliser des procédés de travail qui limitent autant que possible la mise en suspension de poussières et la formation d'aérosols, au sein du lieu d'hébergement des oiseaux ou volailles contaminés (humidification des litières et des cadavres d'animaux, éviter les jets d'eau à haute pression...);
- de favoriser la mécanisation du ramassage et de l'élimination des litières et des cadavres d'animaux ;
- de veiller au choix des produits ou procédés chimiques les moins dangereux ;
- d'adapter les équipements de protection individuelle aux produits de désinfection auxquels sont exposés les travailleurs.

Les produits figurant sur la liste des désinfectants agréés au titre de l'arrêté du 28 février 1957 relatif à la désinfection dans le cas de maladies contagieuses des animaux sont efficaces contre le virus de l'influenza aviaire hautement pathogène.

Ils figurent sur le site public du ministère de l'agriculture et de la pêche à l'adresse suivante :

<http://e-phy.agriculture.gouv.fr>.

Il convient de choisir les produits de désinfection les moins dangereux pour l'homme, en évitant notamment ceux qui contiennent du formaldéhyde, reconnu comme cancérigène avéré pour l'homme par le centre international de recherche pour le cancer (CIRC) en juin 2004.

En complément des mesures détaillées aux points 2.1 et 2.2 de la présente notice, les employeurs des équipes chargées du ramassage des volailles, de l'euthanasie, du nettoyage et de la désinfection des lieux d'hébergement des animaux, ainsi que des services d'équarrissage veillent notamment à l'application effective des mesures suivantes :

- le port d'équipements de protection individuelle durant toute la durée des opérations au cours desquelles sont exposés les travailleurs aux oiseaux ou volailles contaminés ou à leurs déjections. Pour les tâches entraînant un effort physique soutenu, par exemple pour la capture des volailles vivantes (avant euthanasie) ou pour le ramassage manuel des cadavres, un appareil de protection respiratoire à ventilation assistée (de classe TH2P au minimum), est préférable à une protection respiratoire jetable de type FFP2 car il offre davantage de confort et de protection ; toutefois, l'usage des appareils à ventilation assistée nécessite des mesures de nettoyage et de désinfection plus contraignantes ;
- le retrait des équipements de protection individuelle, en conformité avec la procédure précédemment décrite, dès la sortie du lieu d'isolement des oiseaux ou volailles contaminés ;
- l'élimination des équipements de protection individuelle non réutilisables selon les consignes de la DDSV ;
- le nettoyage et la désinfection des équipements de protection individuelle et matériels réutilisables ;
- à la fin de l'ensemble des opérations liées à l'euthanasie des oiseaux ou volailles, et avant de regagner leur domicile, tous les opérateurs prennent une douche.

4. Équarrissage

Pour le transport :

- s'il s'agit d'une benne d'équarrissage que le chauffeur vient chercher, celui-ci reste dans sa cabine et prend livraison de la benne remplie et fermée. Il n'est pas nécessaire qu'il porte une protection particulière ;
- s'il s'agit d'un camion avec benne solidaire de la cabine, et si le chauffeur participe au chargement, il devra s'équiper comme les autres intervenants (voir les équipements prévus au point 1 de la notice 1). La cabine du camion doit être soigneusement fermée pendant la durée du chargement.

Le retrait des équipements de protection individuelle, en conformité avec la procédure décrite au 2.2. de la présente notice, est effectué avant de pénétrer dans le véhicule de transport.

Les équipements de protection individuelle non réutilisables sont éliminés selon les consignes de la DDSV.

A l'équarrissage :

- lors du déversement des cadavres dans la trémie, le nombre des opérateurs est réduit autant que possible ; ceux-ci sont équipés d'un masque de protection respiratoire jetable FFP2, de lunettes de protection, d'une combinaison de protection, de bottes et de gants étanches, y compris le chauffeur le cas échéant. Ils respectent les consignes d'hygiène du point 2.2 de la présente notice.
- les opérateurs intervenant sur la chaîne de transfert des cadavres ou sur les broyeurs peuvent être exposés à des projections oculaires ; ils doivent donc s'équiper de lunettes de protection avant toute intervention.
- la cuisson du broyat inactive le virus aviaire.

5. Information du médecin du travail

Les employeurs fournissent à leur médecin du travail la liste des travailleurs qui sont intervenus dans un lieu d'hébergement d'oiseaux ou de volailles contaminés, ou ont eu un contact direct avec des cadavres d'oiseaux ou des produits ou sous-produits animaux. A cette occasion, ils précisent tout incident grave ou accident qui aurait provoqué une défaillance de la protection des personnes.

Fiche C.4 – Mesures barrières sanitaires

S'agissant de la contamination de l'animal à l'homme, le virus de l'influenza aviaire hautement pathogène peut se transmettre à l'homme lors d'exposition massive à de fines poussières souillées par les déjections ou les sécrétions respiratoires d'oiseaux contaminés. La transmission se fait essentiellement par voie respiratoire, mais aussi par projection sur les muqueuses oculaires et par contact entre la main contaminée et l'œil.

S'agissant de la contamination de l'homme à l'homme, le virus grippal se transmet par voie aérienne, notamment par l'intermédiaire de gouttelettes respiratoires émises lors des accès de toux. Le virus peut également se trouver sur les mains des malades et sur des surfaces (objets, mobiliers, vêtements, ...).

Le niveau de risque peut varier selon :

- la distance avec le malade (distance de protection sanitaire plausible : deux mètres),
- le nombre de personnes à proximité d'un malade,
- la proportion de personnes infectées ou d'agents infectieux dans un secteur géographique,
- le degré de confinement du lieu,
- l'état de facteurs favorisant comme une atmosphère humide ou une basse température.

1. Les différents types d'équipements

Pour réduire les risques de transmission interhumaine, plusieurs équipements peuvent être utilisés, notamment des masques de différentes natures, des gants, des lunettes, des vêtements de protection (de type sur-blouses). Ces équipements ne constituent qu'une partie des moyens d'action qui doivent être mis en œuvre dans leur ensemble (modalités d'accès, organisation des lieux de vie, comportements à respecter...) (Cf. fiche C1).

Parmi les masques peuvent être distingués :

1.1. Les masques anti-projections

Ces masques correspondent aux masques dits chirurgicaux. Ils sont destinés à éviter la projection, par le porteur, de sécrétions des voies aériennes supérieures ou de salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles par voie de gouttelettes¹² ou par voie aérienne¹³.

Ils protègent celui qui le porte contre la transmission du virus par gouttelettes mais pas par voie aérienne. Ce sont des dispositifs médicaux de classe I relevant de la directive européenne 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux. Leur conformité aux exigences essentielles de la directive est attestée par le marquage CE dont le sigle est porté sur l'emballage.

a) Cas des malades

Porté par le patient contagieux, le masque anti-projections prévient la contamination de son entourage et de son environnement. **Le malade (personne infectée par le virus pandémique ou cas possible) doit donc porter un masque anti-projection dès qu'il est en contact avec un soignant ou avec toute personne l'approchant à moins de deux mètres.**

¹²Transmission par voie de gouttelettes : transmission par des gouttelettes de salive ou des sécrétions des voies aériennes supérieures.

¹³Transmission par voie aérienne : transmission aéroportée par de fines particules (« droplet nuclei », poussières).

b) Cas du public

Le plan national prévoit, dans son chapitre 4 relatif à la stratégie de réponse sanitaire, que pour les personnes indemnes, le port d'un masque anti-projection pourra être préconisé dans les espaces publics à titre de précaution. Le public est encouragé à en faire l'acquisition.

c) Cas des personnes en situation professionnelle

En fonction de l'évaluation des risques, le port du masque anti projections pourra être préconisé pour les salariés, présents sur leurs lieux de travail habituel, exposés au risque environnemental général, notamment du fait du contact avec leurs collègues dans l'entreprise, sans que le risque soit aggravé par une organisation particulière du travail.

1.2. Les protections respiratoires individuelles

a) Caractéristiques

Les masques de protection respiratoire individuelle sont des masques filtrants destinés à protéger le porteur contre les risques d'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie aérienne. Ils le protègent aussi contre le risque de transmission par gouttelettes. Ils sont composés d'une pièce faciale (demi-masque ou masque complet) et d'un dispositif de filtration ; la pièce faciale peut être constituée du matériau filtrant lui-même. Les pièces faciales filtrantes FFP (*filtering face-piece*) sont des demi-masques à usage unique.

Les appareils de protection respiratoire (APR) sont des équipements de protection individuelle (EPI). Ils doivent être fabriqués de manière sûre, conformément à l'article L.235-5 du code du travail, qui dispose également qu'il est interdit de mettre à disposition ou de céder à quelque titre que ce soit des EPI qui ne seraient pas conformes aux règles techniques de conception et aux procédures de certification qui leurs sont applicables (directive 89/686/CEE). Pour être conforme, chaque appareil de protection respiratoire doit avoir le marquage CE, la référence datée de la norme, la classe de protection ainsi que le numéro de l'organisme chargé de garantir l'homogénéité de la fabrication par ex : *CE/EN149 : 2001 / FFP2/0000*

« EN 149 » est la norme européenne suivie pour la conception des APR non réutilisables (jetables) pour la filtration des particules (liquides et solides). Ce masque doit être jeté après chaque utilisation.

La durée de protection de ces masques varie, selon leur conception, entre 3 et 8 heures ; toutefois ils sont difficilement supportés au-delà de quelques heures. De plus, un masque enlevé ne peut pas être réutilisé, l'utilisateur risquant de se contaminer lors de la manipulation. Issus du monde industriel, ils sont habituellement recommandés en milieu médical pour protéger les soignants vis-à-vis des risques sévères liés à une transmission respiratoire (tuberculose bacillifère multi-résistante¹⁴, bioterrorisme, SRAS).

b) Cas des personnes en situation professionnelle

Au vu de travaux conduits par un groupe associant l'INRS, l'Afssaps et la DGS, de recommandations formulées au niveau national par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France et au niveau international, notamment par l'OMS, **le port de masques de type FFP2 est préconisé pour les personnels de soins lors des phases de transmission interhumaine et pandémique et pour les personnes à risque majeur d'exposition (selon la définition des critères d'exposition ci-dessus)** par exemple les salariés exposés régulièrement à des contacts étroits avec le public ou les personnels des établissements de ramassage et de traitement des déchets.

c) Consignes d'utilisation

Pour être efficaces, ces appareils doivent être utilisés dans de bonnes conditions en respectant les règles suivantes :

- consulter les notices d'emploi fournies par les fabricants ;
- ajuster les masques ou appareils de protection respiratoire : dépliage complet, liens bien serrés ou élastiques bien en place, pince-nez ajusté ;

¹⁴ cf. avis du CSHPF du 14 mars 2003 www.sante.gouv.fr/html/dossiers/cshpf/a_mt_140303_tbc_masque.pdf
Mars 2008

- une fois qu'il est en place, ne pas manipuler le masque ou l'appareil de protection respiratoire, car il existe un risque de détérioration de celui-ci et de contamination des mains ;
- se laver les mains avant la mise en place et après avoir enlevé le masque ou l'appareil de protection respiratoire ;
- éliminer le masque ou l'appareil de protection respiratoire utilisé dans la filière des *déchets d'activités de soins à risques infectieux*, ou à défaut selon les règles de précautions énoncées dans la fiche G.8, dans deux sacs plastiques étanches, en évitant la présence d'air, fermés hermétiquement par un lien permettant ainsi d'utiliser la poubelle « ordures ménagères ».

2. Les modalités d'utilisation des équipements en fonction de la situation et de l'exposition au risque

De la situation 3 à la situation 6 du plan national, les équipements de protection employés dépendent des niveaux de risque de contamination.

Le tableau n° 6 indique les niveaux d'équipements recommandés dès lors qu'il y a suspicion ou possibilité de transmission interhumaine :

- pour les malades (C) ;
- pour les activités de type familial (F) ;
- pour les activités de vie collective (V1, V2) ;
- pour les activités de type professionnel (I1, I2, I3). Si des analyses de risques peuvent conduire à retenir des équipements particuliers, il apparaît, en premier examen, que trois types principaux d'activités (qu'elles soient exercées par des employés rémunérés ou par des bénévoles) peuvent être distingués.

Tableau 6 : Niveaux d'équipement possibles selon l'analyse des risques, dès lors qu'il y a suspicion ou possibilité de transmission interhumaine

Cas		Niveaux d'équipement
Malades		
C	Cas possibles ou confirmés	Masque anti-projections
Activités de type familial (a)		
F	Personnes vivant dans l'entourage immédiat d'un cas possible ou confirmé et contribuant à ses soins	Masque anti-projections
Activités de vie collective		
V1	Personnes se rendant dans des lieux publics	Masque anti-projections
V2	Personnes se déplaçant en transport en commun	Masque anti-projections
Activités de type professionnel		
I1	Salariés exposés au risque environnemental général, notamment du fait du contact avec leurs collègues dans l'entreprise, sans que le risque soit aggravé par une organisation particulière de travail	Masque anti-projections
I2	Salariés exposés régulièrement à des contacts étroits avec le public du fait de leur profession (métiers de guichet ou de caisse par exemple), le risque de transmission du virus grippal s'avérant être plus élevé parce que l'activité professionnelle implique une surexposition sur le lieu de travail à des facteurs environnementaux	Masque FFP2 (b)
I3	Salariés directement exposés à un risque, encore aggravé, de transmission du virus grippal en raison même de la nature de leur activité professionnelle habituelle (personnels de santé et de secours exposés à des malades, personnels des établissements de ramassage et de traitement des déchets ...)	Masque FFP2 (b)

(a) Cette situation est actuellement en cours d'analyse

(b) Selon l'évaluation des risques, d'autres équipements de protection pourront être nécessaires notamment gants, lunettes et vêtements de protection

Le tableau n°7 indique les niveaux d'équipements recommandés dès lors qu'il y a suspicion ou possibilité de transmission de l'animal à l'homme, pour les activités, professionnelles ou de loisir, conduisant à des contacts importants ou fréquents avec des oiseaux morts ou vivants, leur environnement, les fientes ou les produits tels qu'œufs ou plumes (O1, O2, O3, O4). Il convient de tenir compte du milieu ouvert ou confiné, de l'activité physique et du risque de projection oculaire.

Tableau n°7 : niveaux d'équipements recommandés dès lors qu'il y a suspicion ou possibilité de transmission de l'animal à l'homme

Contact avec les oiseaux, leurs produits et déchets		
O1	Milieu naturel, manipulation de cadavres d'oiseaux, d'œufs, de fientes, de plumes	- gants de protection étanche et résistante aux agressions mécaniques
O2	Lieu d'hébergement ou de manipulation de volailles suspectes ou contaminées	- masque FFP2 - gants de protection étanche et résistante aux agressions mécaniques - combinaison de protection à capuche ou avec charlotte - bottes
O3	Lieu d'hébergement ou de manipulation d'oiseaux (volailles ou autres espèces) suspects ou contaminés, avec effort physique soutenu	- appareil de protection respiratoire à ventilation assistée - gants de protection étanche et résistante aux agressions mécaniques - combinaison de protection à capuche ou avec charlotte - bottes
O4	Équarrissage au déversement des cadavres dans la trémie, sur la chaîne de transfert et près des broyeurs	- masque FFP2 - lunettes - masque - gants de protection étanche et résistante aux agressions mécaniques - combinaison de protection à capuche ou avec charlotte - bottes

3. Spécificités des mesures barrières en cas de malade au domicile

Dès le début des symptômes :

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

Le respect des règles d'hygiène doit être strict (cf. fiche C.2).

4. Le devenir des équipements

Les lunettes de protection sont réutilisables après nettoyage et désinfection.

Après usage, les autres équipements doivent être éliminés selon les dispositions figurant dans la fiche G.8.

Fiche C.5 - Stratégie et modalités d'utilisation des antiviraux

1. Les médicaments antiviraux

Les médicaments antiviraux sont utilisés pour la prévention et le traitement précoce de la grippe. Administrés le plus tôt possible après le contact avec un sujet grippé ou une source d'infection (prophylaxie post-exposition) ou l'apparition des premiers symptômes de la grippe (traitement curatif), ils peuvent prévenir la maladie dans le premier cas ou atténuer ses symptômes, réduire sa durée et potentiellement les risques de complication dans le second cas. Les antiviraux agissent en réduisant la capacité du virus à se multiplier.

A l'heure actuelle, il existe deux familles d'antiviraux spécifiques pour la prévention et le traitement de la grippe :

1.1. Les inhibiteurs de la protéine virale M2

- Amantadine (AMM et seule molécule commercialisée en France sous le nom de Mantadix®)
- Rimantadine (AMM mais non commercialisé en France)

*Indications de l'amantadine*¹⁵

Utilisation préconisée lors de l'apparition d'un foyer grippal supposé ou prouvé à virus influenza A.

Administration

En traitement de la grippe épidémique, l'emploi de l'amantadine doit être envisagé dans les 24 à 48 heures d'apparition des premiers symptômes lorsqu'il existe une certitude ou une présomption d'activité d'un virus A dans une collectivité.

L'amantadine (comme la rimantadine) donne rapidement lieu à l'apparition de résistances, notamment lors de l'utilisation en curatif. De plus, une proportion importante des virus grippaux humains, ainsi que la majorité des virus A/H5N1 ayant circulé en 2004 et 2005 au Vietnam et en Thaïlande, sont apparus résistants à ces molécules. Aussi, malgré l'évolution génétique des virus H5N1, qui a conduit depuis à ce que la majorité des souches isolées soit sensible à ces antiviraux, il est considéré que ces antiviraux n'auraient que peu de chances d'être efficaces vis-à-vis d'un virus pandémique qui en dériverait, et ils restent à ce jour écartés des options thérapeutiques.

1.2. Les inhibiteurs de la neuraminidase (INA)

Oseltamivir : Tamiflu® 75 mg gélule

ou Oseltamivir PG 30 mg comprimés sécables produits par la Pharmacie centrale des armées (PCA)

Zanamivir : Relenza® 5mg/dose, poudre pour inhalation en récipient unidose

Rappel du mode d'action

Ces molécules sont actives sur les virus de grippe A et B et agissent en inhibant la neuraminidase des virus grippaux, une enzyme de surface nécessaire à leur diffusion.

L'oseltamivir, administré *per os*, inhibe la réplication des virus grippaux et leur diffusion au sein de l'organisme, en agissant par voie systémique.

Le zanamivir, administré en inhalation endobuccale, exerce son action inhibitrice de la multiplication des virus grippaux au niveau topique, c'est-à-dire des voies respiratoires. Des études pharmacocinétiques indiquent que seulement 10 à 20% de la dose de zanamivir inhalée sont absorbés par voie générale ; il n'agit donc pas ou peu au niveau systémique.

Résumé des caractéristiques principales (voir tableaux 8 et 9)

Indications :

- o Tamiflu® : traitement curatif et en prophylaxie de la grippe chez l'adulte et l'enfant à partir de l'âge de 1 an,
- o Relenza® : traitement curatif et en prophylaxie de la grippe chez l'adulte et l'enfant à partir de l'âge de 5 ans.

¹⁵ L'indication principale de cette molécule est le traitement de la maladie de Parkinson.

Posologie : (voir tableau 8)

Le traitement curatif (et prophylactique post-exposition) doit être débuté le plus vite, si possible dans les 12 heures et au plus tard dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes ou après le contact. Chez l'enfant, le zanamivir doit être débuté dans les 36 heures après l'apparition des premiers symptômes.

Présentations disponibles :

- Tamiflu® : gélule à 75 mg chez les adultes et les enfants de plus de 40kg ;
- Tamiflu® : gélule à 30 et 45 mg à usage pédiatrique pour les enfants de plus de 1 an. La posologie est adaptée au poids corporel de l'enfant ;
- Tamiflu® : poudre pour suspension buvable à 12 mg/ml permettant d'adapter la posologie au poids de l'enfant de plus de 1 an.
- Relenza® : poudre (5 mg/dose) pour inhalation orale à l'aide d'un système d'inhalation (Diskhaler).

Et pour un usage exclusif en période de pandémie grippale :

- Oseltamivir PG 30 mg comprimés sécables réservé prioritairement à un usage pédiatrique permettant d'adapter la posologie au poids de l'enfant de plus de 1 an (soit 30mg ; 45mg et 60mg) **disponible en période de pandémie grippale ;**
- Oseltamivir PG 75 mg comprimés réservé à l'adulte **disponible en période de pandémie grippale.**

Cette formulation est en cours de développement par la Pharmacie centrale des armées.

Effets indésirables (cf la notice ; le Résumé des caractéristiques du produit (RCP) sur les sites <http://afssaps.sante.fr> ou <http://www.emea.europa.eu>)

- Tamiflu® : troubles gastro-intestinaux (traitement à prendre de préférence au cours du repas), pour les troubles les plus fréquents. Rares réactions cutanées, réactions d'hypersensibilité, manifestations hépatobiliaires dont hépatites fulminantes et/ou insuffisances hépatiques, troubles neuropsychiatriques¹⁶.
- Relenza® : réactions cutanées, réactions d'hypersensibilité, bronchospasmes, dyspnée, sensation d'oppression ou de constriction au niveau de la gorge.

Les phénomènes de résistance sont inéluctables. Leur délai d'apparition serait probablement plus rapide en cas de mauvaise utilisation de ces produits (prescription inappropriée, mauvaise observance, mésusage...). D'autre part, en cas de mise en évidence d'une efficacité moindre des INA sur la souche pandémique, l'utilisation de doses plus élevées ou d'un traitement prolongé ou l'association oseltamivir /- zanamivir pourrait s'avérer nécessaire pour la prise en charge des malades.

Précaution d'emploi : L'utilisation du Tamiflu® n'est pas recommandée en cas d'insuffisance rénale sévère.

2. Stratégies d'utilisation des antiviraux

Ces stratégies peuvent évoluer selon la disponibilité des produits et les données épidémiologiques de pathogénicité de la souche ou d'émergence de résistance aux antiviraux. Les modalités d'utilisation des antiviraux pour les enfants de moins d'un an, seront définies dans une analyse bénéfice/risque notamment en fonction des caractéristiques épidémiologiques du virus.

Le traitement curatif et la prophylaxie post-exposition doivent être mis en œuvre le plus tôt possible dans les 12h et au plus tard dans les 48 heures après le début des signes ou le contact exposant.

¹⁶ Des cas d'événements neuropsychiatriques graves ont été rapportés (essentiellement chez des enfants et adolescents japonais). Il a été cependant difficile d'établir la relation causale avec la prise de Tamiflu® compte-tenu de ce que les complications de la grippe elle-même peuvent également conduire à ce type de réactions.

2.1. Traitements curatifs¹⁷ (d'après l'avis du CSHPH 22 septembre 2006)

Le stock national d'INA doit être utilisé **en priorité en traitement curatif** dans les conditions suivantes:

- Oseltamivir en traitement par voie orale ;
- Zanamivir en traitement par inhalation.

Le Conseil supérieur d'Hygiène publique de France (CSHPF) dans son avis du 16 février 2004, recommande que :

- l'oseltamivir soit utilisé préférentiellement au zanamivir en curatif (sauf données nouvelles concernant la résistance du virus à l'un de ces deux antiviraux).
- le zanamivir, compte tenu de son mode d'administration, soit utilisé par des personnes n'ayant pas de difficultés de compréhension et pour lesquelles on peut garantir une certaine observance au traitement. De plus, l'inhalation peut être difficile chez des personnes présentant des symptômes respiratoires même lorsqu'elles comprennent bien les conditions d'utilisation du produit.

Du fait du signalement de bronchospasmes et de détériorations parfois aiguës de la fonction respiratoire, l'oseltamivir devra être préféré au zanamivir chez les patients asthmatiques ou atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

2.2. Traitements en prophylaxie

En l'état actuel des connaissances, l'utilisation d'une prophylaxie est recommandée dans les situations suivantes :

- **En coopération internationale :** pour contenir/éradiquer la pandémie à sa source, en appui aux pays où un début de transmission inter humaine est déclaré ;
- **En prophylaxie post exposition des contacts étroits qui hébergent et soignent des malades infectés par la grippe :** les autres contacts identifiés conformément à la définition des cas seront invités à observer une quarantaine¹⁸ volontaire et suivis quotidiennement. Un traitement curatif précoce leur sera donné dès l'apparition de signes cliniques.
 - **En situation 4B :** dans l'hypothèse d'une faible transmissibilité du virus¹⁹, tous les contacts identifiés pourraient bénéficier d'une prophylaxie et d'un suivi quotidien pendant les 7 jours qui suivent le dernier contact potentiellement contaminant avec le cas.
 - **A partir de la situation 5B :** par définition, le virus est adapté à l'homme. Il existe une transmission interhumaine très efficace. Puisque la prophylaxie post exposition précédera l'utilisation large des antiviraux en curatif, un stock pertinent est réservé *a priori* à cet usage.

Lorsque les critères conduisant à cesser l'administration des antiviraux du stock national en prophylaxie post – exposition seront réunis, l'arrêt de l'indication en prophylaxie sera annoncé par le Ministère chargé de la santé. Un des critères retenus sera l'atteinte d'un taux d'incidence significatif du virus grippal dans la communauté.

- **Prophylaxie ante exposition des professionnels de santé²⁰ dès la situation 5B :**
En complément de recommandations de strict respect des mesures barrières (dont le port d'un masque FFP2), les professionnels de santé pourront se voir proposer une prophylaxie ante exposition sur décision du Ministère chargé de la santé, en phase 5B, et région par région, dès lors que la circulation significative du nouveau virus en communauté aura été documentée par l'Institut de veille sanitaire et la cellule d'aide à la décision. Ils seront invités à user, sauf contre indication documentée, du Relenza®, pour les raisons suivantes :
 - son maniement nécessite une bonne compréhension des modalités d'utilisation,
 - il possède une activité essentiellement sur le tractus broncho pulmonaire et non systémique,

¹⁷ Pour chaque stratégie, les doses sont indiquées dans le tableau 8.

¹⁸ Maintien à domicile de ces personnes qui sont ainsi coupées du reste de la communauté.

¹⁹ La transmissibilité du virus et sa virulence devraient être connues grâce aux données internationales.

²⁰ La prophylaxie ante exposition s'applique aux professionnels de santé et aux professionnels amenés à intervenir après régulation par le centre de réception des appels du SAMU/centre 15 (circulaire DDSC/DHOS/DGS n°2006-26 du 13/02/06).

- son usage en prophylaxie (pendant 28 jours) ne compromet pas pour le bénéficiaire l'utilisation ultérieure qui pourrait être requise cette fois à visée curative de l'Oseltamivir.

3. Modalités de surveillance et de pharmacovigilance

3.1. La pharmacovigilance

En complément de la déclaration obligatoire des effets indésirables graves ou inattendus par les professionnels de santé, s'ajoutera un suivi national assuré par les centres régionaux de pharmacovigilance désignés.

3.2. Suivi de la sensibilité

La sensibilité in vitro du virus aux inhibiteurs de la neuraminidase sera suivie par les deux centres nationaux de référence des virus influenza.

Tableau 8 : Antiviraux inhibiteurs de la neuraminidase : indications, mode d'administration et posologies usuelles²¹

	Chez l'adulte			Chez l'enfant	
	Curatif	Prophylaxie post-exposition	Prophylaxie ante exposition	Curatif	Prophylaxie post-exposition
OSELTAMIVIR	Indication AMM <i>Voie orale</i> 75 mg x 2/jour pendant 5 jours	Indication AMM <i>Voie orale</i> 75 mg/jour pendant 10 jours	Dans des circonstances exceptionnelles (non correspondance entre la souche vaccinale et la souche circulante) <i>Voie orale</i> Voir posologies prophylaxie post-exposition (jusqu'à 6 semaines)	Indication AMM chez l'enfant > 1 an <i>Voie orale</i> 1-12 ans : ≤ 15 kg : 30 mg x 2/j 15-23 kg : 45 mg x 2/j 23-40 kg : 60 mg x 2/j > 40 kg : 75 mg x 2/j pendant 5 jours 13 ans et plus : 75 mg x 2/jour pendant 5 jours	Indication AMM chez l'enfant > 1 an <i>Voie orale</i> 1-12 ans : ≤ 15 kg : 30 mg x 1/j 15-23 kg : 45 mg x 1/j 23-40 kg : 60 mg x 1/j > 40 kg : 75 mg x 1/j pendant 10 jours 13 ans et plus : 75 mg x 1/jour pendant 10 jours
ZANAMIVIR	Indication AMM <i>Voie inhalée</i> 2 inhalations (2 x 5 mg) x 2 /jour pendant 5 jours	Indication AMM <i>Voie inhalée</i> 2 inhalations (2 x 5 mg) x 1/jour pendant 10 jours	Dans des circonstances exceptionnelles (non correspondance entre la souche vaccinale et la souche circulante) <i>Voie inhalée</i> Voir posologies prophylaxie post-exposition (jusqu'à 28 jours)	Indication AMM chez l'enfant > 5 ans <i>Voie inhalée</i> 2 inhalations (2 x 5 mg) x 2 /jour pendant 5 jours	Indication AMM chez l'enfant > 5 ans <i>Voie inhalée</i> 2 inhalations (2 x 5 mg) x 1/jour pendant 10 jours

²¹ Les durées de traitement et posologies ont été définies sur l'expérience de la grippe saisonnière et il est possible qu'elles doivent être adaptées face à un virus pandémique.
Mars 2008

Tableau 9 : Principales caractéristiques des antiviraux inhibiteurs de la neuraminidase

NB : Dans la mesure où l'information contenue dans les AMM des deux spécialités ci-dessus mentionnées est susceptible d'évoluer, il convient de s'assurer, au moment de leur prescription, du respect des contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi. *Se référer à l'information en vigueur relative à la sécurité d'emploi de ces spécialités, disponibles sur les sites internet de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) : <http://afssaps.sante.fr> et de l'Agence européenne des médicaments (EMA) : <http://www.emea.europa.eu>*

	Formes pharmaceutiques	Précautions d'emploi	Principaux effets indésirables rapportés après commercialisation
OSELTAMIVIR	<p>Tamiflu® (oseltamivir), gélule à 75 mg</p> <ul style="list-style-type: none"> - boîte de 10 gélules - péremption 5 ans <p>Osetamivir PG 30 mg, comprimés sécables (péremption en cours d'évaluation) Osetamivir PG 75mg comprimés (en cours de développement)</p> <p>Disponible uniquement en période de pandémie grippale</p>	<p>Adaptation à la fonction rénale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de modification au-dessus de 30 mL/mn de clairance de la créatinine - doses divisées par 2 entre 10 et 30 mL/mn de clairance de la créatinine - non recommandé au-dessous de 10 mL/mn de clairance de la créatinine et chez les dialysés <p>Grossesse et allaitement : Innocuité non établie</p> <p>Contre-indications : hypersensibilité à l'un des composants de la spécialité</p>	<p>Troubles gastro-intestinaux (traitement à prendre au repas)</p> <p>Réactions cutanées</p> <p>Réactions d'hypersensibilité</p> <p>Perturbation de la fonction hépatique</p> <p>Troubles neuropsychiatriques</p>
ZANAMIVIR	<p>Relenza® (zanamivir), poudre pour inhalation orale à 5mg/dose</p> <ul style="list-style-type: none"> - système Diskhaler - péremption 5 ans 	<p>Précautions : En cas de bronchospasme et/ou d'altération des fonctions respiratoires</p> <p>Grossesse et allaitement : Innocuité non établie</p> <p>Contre-indications : hypersensibilité à l'un des composants de la spécialité</p>	<p>Réactions cutanées</p> <p>Réactions d'hypersensibilité</p> <p>Bronchospasmes, dyspnée, sensation d'oppression ou de constriction au niveau de la gorge</p>

Fiche C.6 - Stratégie et modalités d'organisation de la vaccination contre une grippe à virus pandémique

1. Éléments de la stratégie vaccinale

Il est impossible de savoir à l'avance quelles seront les caractéristiques antigéniques d'un virus grippal responsable d'une pandémie et donc de développer dès aujourd'hui un vaccin pandémique dont les délais de production dépendront :

- de la date de mise à disposition, par l'Organisation mondiale de la santé, de la souche virale pandémique ;
- de la durée de développement d'une souche vaccinale par l'industrie pharmaceutique ;
- de la durée des phases d'essai dont certaines étapes pourront être soit raccourcies, soit menées en parallèle, tout en maintenant les exigences de qualité et de sécurité ;
- de la durée des phases administratives dont certaines pourront être accélérées pour l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) par une procédure centralisée auprès de l'agence européenne des médicaments (EMA).

Le vaccin actuellement développé par les firmes pharmaceutiques est un vaccin **pré pandémique H5N1**.

Afin de permettre d'accélérer la production et la mise à disposition d'un vaccin pandémique, les laboratoires ont été incités à développer, dès 2004, un vaccin prototype « H5N1 » réalisé à partir des souches virales en circulation.

Un groupe d'experts a été constitué pour assurer la veille sur les données scientifiques concernant les vaccins pré pandémiques H5N1 et les perspectives de développement d'un vaccin pandémique, et pour analyser les avancées des laboratoires pharmaceutiques producteurs.

Dans l'état actuel des données disponibles, aucune stratégie vaccinale, notamment celles incluant l'utilisation d'un vaccin pré pandémique H5N1, n'est validée ni privilégiée à ce jour. Parmi celles-ci, deux options pourraient être envisagées :

- Vaccination, en situation 5 ou au début de la situation 6, avec un vaccin pré pandémique H5N1 selon un schéma de vaccination comportant deux doses puis un rappel ultérieur avec le vaccin pandémique dès que celui-ci sera disponible. Cette stratégie pourrait également être proposée dès la situation 4 selon les mêmes modalités ;
- Vaccination au début de la phase pandémique (situation 6), avec une dose de vaccin pré pandémique H5N1 puis une seconde dose avec le vaccin pandémique (servant de rappel) dès que celui-ci sera disponible.

Au plan international, l'OMS recommande l'acquisition d'un stock de vaccins pré pandémiques H5N1 destiné à la vaccination des personnes exposées au virus H5N1 aviaire dans les pays et les régions touchées par l'épizootie.

2. Catégories de personnes à vacciner

2.1. Considérations relatives aux stratégies possibles de vaccination

Au cours du 20^{ème} siècle, les grandes campagnes d'éradication des maladies infectieuses par vaccination ont été menées dans le souci premier d'influer sur l'immunité collective de la population, notamment en vaccinant en priorité les catégories possédant le pouvoir infectieux le plus élevé, en général les enfants. Dans le cas de la grippe, les travaux publiés ont montré par exemple que la charge virale des enfants est particulièrement élevée et que leur période de forte contagiosité est une fois et demie à deux fois plus longue que celle du reste de la population.

2.2. Les catégories de personnes

En situation d'approvisionnement progressif en vaccin, son utilisation optimale pourrait nécessiter de combiner la logique de protection individuelle, en priorité pour les personnels de santé et certaines populations, avec une logique de protection collective visant à atteindre le plus rapidement possible une immunité collective susceptible de casser la dynamique de l'épidémie. On tiendra compte de ce qu'une partie de la population aura été immunisée du fait de l'infection.

Il conviendrait donc d'assurer en premier lieu la vaccination :

- des populations particulièrement vulnérables au virus pandémique (au vu des données épidémiologiques et virologiques observées) et de celles les plus susceptibles de diffuser l'épidémie. Il pourrait s'agir notamment des enfants, des personnes âgées, des malades et des femmes enceintes ... ;
- des professionnels de santé et de secours de toutes origines, amenés à assurer le maintien de l'organisation des soins, ainsi que les personnels nécessaires à la fabrication des produits de santé permettant de lutter contre la pandémie ;
- de professionnels des activités indispensables au fonctionnement du pays (approvisionnement, énergie, transmissions, services de sécurité, ...).

3. Orientations sur les modalités d'organisation de la vaccination

3.1. Disponibilité des vaccins

3.1.a. Vaccins pré pandémiques H5N1

Une quantité de vaccins pré pandémiques H5N1 permettant de vacciner 2 millions de personnes a été commandée, par le ministère chargé de la santé.

Une réflexion sur l'opportunité de la réservation de stocks nationaux complémentaires de vaccins pré pandémiques H5N1 est en cours.

3.1.b. Vaccins pandémiques

Le ministère de la santé a conclu une réservation conditionnelle auprès de deux producteurs :

- pour une première tranche de livraison permettant de vacciner 20 millions de personnes avec une ou deux doses ;
- pour plusieurs tranches de livraison complémentaires, permettant de vacciner 20 millions de personnes supplémentaires avec une ou deux doses.

Le nombre théorique de personnes pouvant être vaccinées serait, sur cette base, de 40 millions.

A ce stade, il est prévu une présentation en flacons multi doses faisant privilégier l'organisation de la vaccination sur des sites collectifs.

Le rythme et la périodicité de mise à disposition des vaccins dépendent directement de la capacité de production des firmes pharmaceutiques.

Compte tenu des délais de développement et de production à partir de l'isolement de la souche du nouveau virus pandémique, et selon la cinétique de la pandémie à l'échelle mondiale, la mise à disposition des premiers lots de vaccins pandémiques pourrait intervenir après que la première vague pandémique ait touché la France. De ce fait, une partie de la population sera déjà naturellement immunisée à cette date.

3.2. Matériel d'injection

Pour une partie des vaccins (6 puis 12 millions de personnes vaccinées), le producteur fournit les seringues et aiguilles (soit 12 et 24 millions d'aiguilles, ainsi que les conteneurs de DASRI).

Pour l'autre partie, le matériel d'injection et les conteneurs sont acquis par l'Etat et font l'objet d'un marché distinct. Ils seront acheminés sur les lieux de vaccination concomitamment aux vaccins.

3.3. Organisation de la vaccination

3.3.a. Principes généraux

La vaccination antigrippale est organisée par les pouvoirs publics selon des modalités qui prennent en compte les contraintes suivantes :

- étaler la vaccination sur plusieurs semaines ou mois ;
- organiser la vaccination par ordre de priorité pour des groupes de population divers ;
- tenir compte d'un schéma vaccinal pouvant nécessiter plusieurs injections espacées d'au minimum trois ou quatre semaines.

La réparation des éventuels accidents attribuables à la vaccination organisée par les pouvoirs publics se ferait dans le cadre de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

3.3.b. Acheminement des vaccins sur les sites de vaccination

Les modalités d'acheminement et de distribution des vaccins tiendront compte des capacités et du rythme de mise à disposition des vaccins par les laboratoires, ainsi que des choix retenus concernant les sites de vaccination.

Des contrats ont été passés avec des opérateurs nationaux pour assurer la distribution vers des sites locaux prédéfinis.

3.3.c. Personnels effectuant ou concourant à la vaccination

Médecins : la présence d'au moins un médecin par site de vaccination est obligatoire, indépendamment de la réalisation de l'injection vaccinale :

- tout médecin en exercice inscrit à l'ordre des médecins, quel que soit son statut, sa qualification et son mode d'exercice, peut être médecin vaccinateur ;
- des médecins non inscrits à l'ordre (retraités, médecins exerçant une activité administrative...) peuvent être réquisitionnés ; la réquisition l'emporte alors sur l'inscription à l'ordre des médecins ;
- s'agissant de séances collectives de vaccination dans des institutions, les médecins et les personnels paramédicaux et de secrétariat de ces institutions sont prioritairement affectés à la vaccination ;
- les étudiants en médecine peuvent être amenés à effectuer des vaccinations conformément à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique.

Sages-femmes : les sages-femmes peuvent être amenées à prescrire la vaccination aux femmes enceintes et peuvent réaliser l'acte de vaccination.

Infirmiers et infirmières généralistes ou spécialisés (puéricultrices notamment) : tout(e) infirmier(e) diplômé(e) d'État est autorisé(e) à effectuer des injections vaccinales sur prescription médicale.

Autres auxiliaires paramédicaux : les aides soignants, les auxiliaires de puériculture et les secrétaires peuvent concourir à la mise en œuvre de la vaccination (accueil, préparation des locaux et du matériel et remise en état, aide au remplissage des documents).

D'autres personnels peuvent être nécessaires : traducteurs, personnels assurant la sécurité des sites de vaccination, notamment si cette dernière n'est possible qu'en période de circulation virale.

3.3.d. Sites de vaccination

Le préfet détermine les sites de vaccination en liaison avec les maires.

La vaccination préalable des professionnels de santé chargés d'assurer la vaccination du public au niveau des sites sera assurée dans les locaux d'établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur.

Pour les autres populations, l'organisation privilégie une ou plusieurs des solutions suivantes :

1) Sites de proximité, au plus près des populations à vacciner

L'objectif est d'affecter des équipes et du matériel vaccinal sur les sites fréquentés habituellement par les groupes particulier à vacciner, dans la mesure où ces sites disposent des installations requises. Il s'agit :

- des institutions où elles vivent : maisons de retraite, EPHAD, établissements de soins de longue durée ;
- des institutions qui les accueillent, si leur activité est maintenue : pour les nourrissons et les jeunes enfants, crèches, écoles maternelles ; pour les enfants et adolescents : écoles, collèges et lycées ; pour les personnes âgées, foyers d'accueil de jour... ;
- des lieux de travail, pour des populations particulières, dont les professionnels de santé travaillant en établissement de santé : dans les services de médecine du travail lorsqu'ils existent, ou en réservant des locaux collectifs existant sur place ou à proximité ;
- des consultations de PMI.

2) Site collectifs permettant de vacciner un nombre important de personnes

L'objectif est de déplacer les personnes à vacciner vers des sites collectifs dédiés qui peuvent être :

- des locaux collectifs retenus pour l'implantation des unités de vaccination de base du plan variole. Ces sites dotés d'une grande capacité d'accueil, peuvent être sécurisés, disposent d'une aire de stationnement à proximité et permettent le tri des personnes symptomatiques et l'information préalable à l'acte vaccinal.
- des centres de vaccination et des centres de consultation dédiés temporairement à la vaccination contre la grippe ;
- dans les zones à faible densité de population non équipées de locaux médicaux : locaux publics tels que mairies, écoles, voire unités mobiles (camions PMI ou de médecine du travail ou de services de lutte antituberculeuse).

3) Locaux et équipements

Les sites de vaccination doivent :

- disposer de pièces distinctes permettant respectivement l'accueil et l'enregistrement, l'acte de vaccination, le rhabillage, la prise en charge d'une personne présentant des effets indésirables immédiats ;
- en cas d'impossibilité, cloisonner les locaux existants afin de séparer les différentes étapes ;
- assurer une marche en avant et la séparation des circuits « propre » et « sale ».

Les locaux doivent comprendre un point d'eau potable, des sanitaires pour le public.

Des capacités de stockage des vaccins respectant les conditions de température doivent être présentes sur les sites de vaccination (réfrigérateurs ou glacières).

Les lieux de stockage des vaccins doivent être fermés, sécurisés, et leur accès doit être limité aux seules personnes autorisées.

Le matériel de base nécessaire à l'utilisation du site de vaccination doit comprendre, notamment : tables, chaises (la vaccination est un geste qui se réalise assis), formulaires (« fiches navette »), stylos, tablettes d'écriture, papeterie, téléphone, poubelles, badges d'identification pour le personnel, matériel de ménage.

Les autres matériels nécessaires à l'organisation d'une vaccination collective : désinfectant pour la peau, coton, gants latex (gants vinyle pour les personnes allergiques), solution hydro-alcoolique pour friction désinfectante des mains, eau de javel pour désinfection des surfaces.

Si la vaccination est réalisée en période de circulation virale : vêtements de protection à usage unique pour le personnel (gants, casques, blouses, masques FFP2 ou masques chirurgicaux).

Le matériel médical de réanimation doit être disponible sur place, de façon à assurer les premiers secours en cas de choc anaphylactique ou d'effet secondaire grave immédiat après la vaccination.

En période de circulation virale, des locaux séparés sont réservés au sein des sites collectifs de vaccination pour les personnes présentant des symptômes grippaux. Ces personnes doivent respecter les règles d'hygiène et porter un masque chirurgical. Le traitement curatif et/ou préventif adapté à leur état est prescrit par un médecin. L'équipe médicale dédiée amenée à prendre en charge ces personnes dispose de moyens de protection adaptés.

3.3.e. Chaîne vaccinale

Les étapes successives nécessaires au déroulement d'une vaccination collective contre la grippe sont :

- l'information des personnes concernant la vaccination ;
- le tri à l'entrée, notamment en période de circulation virale :
 - o les personnes se présentant doivent être triées de façon à ce que seules celles non symptomatiques (fièvre, toux) pénètrent dans le site de vaccination ;
 - o les autres personnes sont orientées vers des locaux ou des sites spécifiques ;
 - o la file d'attente doit être organisée à ce niveau, et le maintien de l'ordre assuré par du personnel de sécurité ou par les forces de l'ordre. Ce personnel, lui-même préalablement vacciné, doit être protégé par des masques FFP2 ;
 - o seules les personnes ayant été filtrées au tri peuvent pénétrer dans les locaux ;
- l'accueil et l'enregistrement des personnes à vacciner (éventuellement enregistrement informatique) ;
- l'information et le remplissage du questionnaire médical :
 - o information sur la vaccination (indications, contre-indications, effets secondaires, précautions après vaccination), donnée de façon passive (plaquettes distribuées à l'accueil) ou interactive (personnel paramédical formé et traducteurs à disposition) ;
 - o signature de l'attestation d'information relative à la vaccination ;
 - o dans tous les cas, orientation vers la consultation médicale ;
- la consultation médicale :
 - o le médecin évalue l'existence ou non d'une contre-indication et oriente ou non vers la vaccination ;
 - o le cas échéant, il prescrit des examens complémentaires ou indique à la personne présentant une contre-indication temporaire, la date à laquelle elle devra se représenter ;
 - o les personnes ne pouvant être vaccinées sont orientées vers un poste où elles reçoivent des conseils et des explications (sur les raisons de leur non-vaccination, sur les examens à faire...) ;
- l'injection du vaccin et les conseils en cas d'effets indésirables ;
- l'étape administrative :
 - o remplissage du certificat de vaccination ou du carnet de santé et remplissage du registre de vaccination (enregistrement informatique recommandé) ;
 - o explications sur la conduite à tenir en cas d'effets indésirables ;
 - o rendez-vous pour la deuxième dose.

3.3.f. Pharmacovigilance

Un suivi de pharmacovigilance en cas de pandémie est prévu au plan européen dans le cadre d'un plan de gestion de risque.

Au plan national, en complément de la déclaration obligatoire des effets indésirables graves ou inattendus par les professionnels de santé, s'ajoutera un suivi national assuré par les centres régionaux de pharmacovigilance désignés.

Fiche C.7 - Distribution des produits de santé et des protections aux malades

Face à la menace d'une pandémie grippale, le ministère chargé de la santé a constitué des stocks de médicaments, vaccins et autres produits prévus par le plan national.

Les présentes dispositions sont susceptibles d'évoluer et seront actualisées lorsque nécessaire.

1. Principes généraux

Les produits acquis et stockés par l'État sont placés sous sa responsabilité et ne sont mis en circulation que sous son contrôle.

Les produits des stocks nationaux de l'État sont délivrés gratuitement aux malades.

2. Stocks

2.1. Médicaments antiviraux

Les médicaments antiviraux acquis au niveau national représentent l'équivalent de 33 millions de traitements adultes, répartis comme suit :

- 7,2 millions de boîtes de 10 comprimés de Tamiflu® 75mg gélule (Oseltamivir) ;
- 5,2 millions de boîtes de 5 comprimés d'Oseltamivir PG 30mg sécables destinés en priorité aux traitements pédiatriques ;
- 16 tonnes d'Oseltamivir en poudre équivalent à 16 millions de traitements pour adultes ;
- 9 millions de traitements de Relenza® poudre pour inhalation (Zanamivir).

2.2. Masques

Un stock d'un milliard de masques chirurgicaux (ou masques anti-projections) est constitué par l'État, afin que chaque malade puisse en disposer gratuitement en même temps que son traitement antiviral afin de protéger son entourage pendant la durée de sa maladie.

3. Acheminement et répartition

En cas d'alerte pandémique (à partir de la situation 4), les produits de santé (antiviraux et masques chirurgicaux) seront acheminés, à partir des stocks nationaux, par un dépositaire agréé. Après préparation des commandes, ils seront livrés aux pharmacies d'officine et aux pharmacies d'usage interne (PUI), par le réseau des grossistes répartiteurs ou, en cas de nécessité impérieuse, aux points de centralisation locale du réseau de distribution spécifique établi sous la responsabilité de l'État.

Les officines sont approvisionnées au moins une fois par jour par les grossistes répartiteurs, de sorte que le stock d'antiviraux et de masques chirurgicaux détenu par chaque pharmacie reste limité.

En cas de rupture durable du circuit de distribution pharmaceutique en raison de troubles graves à l'ordre public, les préfets, sur directive conjointe des ministres chargés de l'Intérieur et de la Santé, prennent les dispositions d'urgence qui s'imposent.

4. Délivrance aux malades

La délivrance aux malades des médicaments et des masques chirurgicaux est assurée dans le respect de la réglementation en vigueur par les pharmacies d'officine, sur prescription médicale nominative.

Pour les malades isolés, handicapés ou vivant en zone rurale loin d'une pharmacie d'officine :

- soit un pharmacien assure la livraison à domicile du traitement prescrit ;
- soit les médicaments et masques anti-projection peuvent être livrés dans un paquet scellé opaque au nom du patient.

Les modalités de délivrance en pharmacie sont identiques dans les départements d'outre-mer.

Dans les collectivités d'outre-mer, ces modalités sont adaptées en fonction des pratiques localement en vigueur.

Pour les ressortissants français à l'étranger, on se référera à la fiche C.8.

Fiche C.8 - Distribution des produits de santé et des protections aux ressortissants français malades à l'étranger

Les ressortissants français à l'étranger sont soumis à la législation du pays dans lequel ils résident, y compris en ce qui concerne la santé publique. Néanmoins, les ambassades et les consulats généraux s'efforceront d'étendre à tous les ressortissants français à l'étranger l'ensemble des mesures de prévention et de traitement applicables en France dans des conditions similaires.

Les postes diplomatiques et consulaires veilleront à diffuser, à l'intention des ressortissants français, une information très complète sur la situation du pays au regard de l'évolution de la maladie, sur les règles d'hygiène à respecter, l'isolement des malades, les mesures de précaution à prendre, la priorité donnée aux soins sur place.

Les recommandations porteront également sur les mesures barrières sanitaires à mettre en œuvre. En situation de transmission interhumaine d'un nouveau virus grippal et en situation de pandémie, les postes assureront la distribution de masques anti-projections à tout ressortissant français malade grippé ou se trouvant dans l'entourage d'un malade. Ils assureront de même la distribution des protections respiratoires individuelles (FFP2) à toutes les personnes appelées à être en contact étroit avec des malades (personnels soignants) ou agents des ambassades et des consulats en contact avec le public. Ces équipements pourront être complétés, selon les risques d'exposition, par des lunettes, des gants ou des blouses, fournis par les postes. La distribution se fera sous la responsabilité du chef de poste et la supervision du conseiller médical grippe aviaire.

Les ressortissants français à l'étranger pourront bénéficier, dès l'apparition des premiers signes d'une infection par le virus de la grippe et dès lors que le virus pandémique aura été clairement identifié, d'un traitement antiviral, selon les modalités définies par le ministère français chargé de la santé. Les traitements stockés dans les ambassades et les consulats généraux ont été calculés sur la base d'un taux de 30 % des effectifs recensés, correspondant au coefficient maximum d'exposition de la population à une éventuelle pandémie grippale selon l'Institut de veille sanitaire. Ils permettent de garantir un niveau de prestations équivalent à celui de la France.

La distribution sera effectuée au vu d'une ordonnance médicale, sous la responsabilité du chef de poste et la supervision du conseiller médical grippe aviaire, en s'appuyant sur les installations sanitaires du pays et le réseau de médecine privée.

Elle se fera exclusivement dans les postes diplomatiques ou consulaires, ou, si le chef de poste l'estime nécessaire en fonction de la configuration de la circonscription consulaire, dans des antennes délocalisées, confiées, avec l'accord du ministère chargé des affaires étrangères, à des responsables présentant les garanties nécessaires. La stratégie de mise en œuvre de ces médicaments sera celle définie par le ministère français chargé de la santé.

Les décisions d'utiliser, notamment pour les personnels les plus exposés, les traitements en prophylaxie ne s'appliqueront qu'avec l'accord du ministère français chargé de la santé.

Une attention particulière sera portée aux ressortissants français soumis à un plus grand risque du fait de leurs activités collectives (élèves, étudiants, salariés d'entreprises).

Le ministère chargé des affaires étrangères élaborera, en liaison avec le ministère chargé de la santé, un plan de vaccination, dès lors que les vaccins seront disponibles en France. L'objectif est que tous les ressortissants français à l'étranger puissent bénéficier de la vaccination dans les conditions les plus proches de celles de leurs compatriotes résidant en territoire français.

Fiche D.1 - Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée en période d'alerte pandémique

Cette fiche ou les modalités de sa mise en œuvre pourront évoluer en fonction des connaissances sur la situation épidémiologique.

1. Dispositions générales

Cette fiche vise les situations d'alerte pandémique :

- 3A et 3B : cas humains isolés à l'étranger ou en France sans transmission interhumaine,
- 4A et 4B : cas humains groupés, limités et localisés à l'étranger ou en France, transmission interhumaine limitée due à un virus mal adapté à l'homme,
- 5A : larges foyers de cas groupés non maîtrisés à l'étranger,
- 5B : larges foyers de cas groupés non maîtrisés en France.

Au cours de la situation 5B, on passera selon les secteurs géographiques d'une gestion individuelle à une gestion "populationnelle"²² de la situation sur décision de la **cellule interministérielle de crise (CIC)** qui considérera notamment les éléments suivants : le nombre de cas incidents, les capacités hospitalières, les capacités d'investigations épidémiologique et virologique et la quantité d'antiviraux disponibles.

Les principes à mettre en œuvre en période d'alerte pandémique sont les suivants :

- La notification et la gestion locale des cas sont coordonnées par le **SAMU-Centre 15**, et associent la médecine ambulatoire, les établissements de santé et les autorités sanitaires (InVS/CIRE, DDASS/Préfet, administration centrale du ministère chargé de la santé (DGS)), afin d'assurer à la fois la prise en charge du cas et le pilotage adapté de l'action publique et de l'information de la population en respectant les obligations de notification du Règlement Sanitaire International qui est entré en vigueur le 15 juin 2007 ;
- En plus de son activité de soins, le médecin en charge du patient recueille les informations cliniques sur les symptômes et les caractéristiques du cas ainsi que des informations additionnelles à visée épidémiologique destinées à faciliter l'action de l'InVS/CIRE et de la DDASS concernant le cas et son entourage ; le questionnaire sera ensuite complété par la DDASS/CIRE.
- En situations 4 et 5 débutante, les personnes sont, de préférence, hospitalisées pour éviter une diffusion dans la population générale et assurer des investigations détaillées.

Dès que les investigations ont permis de recueillir les informations suffisantes sur les caractéristiques de l'infection et sur son évolution clinico-épidémiologique ou dès que le nombre de cas devient trop important, et sur décision de la CIC, les patients sont traités à domicile (ou sur leur lieu de séjour ou

²² Classement des cas assurés par le niveau local, arrêt du suivi individuel des contacts et de leur traitement prophylactique.

de résidence au moment où se déclare la maladie). L'hospitalisation est alors réservée aux patients dont l'état le nécessite.

2. Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée en phases 3A et 3B (absence de transmission interhumaine mise en évidence)

Les principes de la conduite à tenir sont résumés dans le tableau n° 10.

- a) Pour effectuer l'évaluation clinique et épidémiologique, le praticien hospitalier ou le praticien intervenant hors établissement hospitalier, qui est face à un cas suspect, prend contact sans délai avec le SAMU-Centre 15²³.
- b) Si le cas suspect d'infection par le virus H5N1 répond à la définition de cas possible, le SAMU-Centre 15 appelle l'InVS pour information et validation de la classification.

<ul style="list-style-type: none">- cas possibles : un cas suspect devient un cas possible s'il entre dans la définition des cas possibles établie et actualisée par l'InVS²⁴. Tant qu'un cas possible n'est ni exclu ni confirmé, il est considéré comme « cas en cours d'investigation » ;- cas exclus : un cas suspect est exclu s'il n'entre pas dans la définition des cas possibles. Un cas possible est exclu, sauf circonstances exceptionnelles, si les résultats de l'investigation biologique sont négatifs (absence d'infection à virus H5N1) ;- cas confirmés : un cas possible est confirmé si l'investigation biologique conclut à une infection par un virus grippal de type H5N1.
--

- c) Si l'InVS valide la classification en cas possible, le **SAMU-Centre 15** organise la prise en charge du cas et le prélèvement naso-pharyngé qui permettra de confirmer ou d'exclure le diagnostic.
- d) L'InVS/CIRE informe sans délai les services centraux (DGS) et locaux (DDASS) du ministère chargé de la santé, de l'identification d'un cas possible et des mesures prises vis-à-vis du patient.
- e) Une enquête épidémiologique est conduite par la DDASS, en liaison avec la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE), à la recherche de sujets ayant été soumis à la même exposition potentielle au virus H5N1 que le cas possible. Ces personnes feront l'objet d'un suivi clinique pendant une période allant jusqu'à 7 jours après la fin de l'exposition (fiche F.1).
- f) La mise en quarantaine des sujets contacts et co-exposés n'est pas utile à ce stade.
- g) Les prélèvements naso-pharyngés sont à réaliser rapidement, dès confirmation du classement en « **cas possible** » du patient, et avant toute mise sous traitement antiviral. Les prélèvements sont effectués par un des praticiens responsables de la prise en charge initiale du malade (GROG, SMUR, service d'urgence, service d'hospitalisation). Ils nécessitent le strict respect des mesures

²³ Le document « Conduite à tenir devant des cas possibles de grippe à nouvelle souche de virus grippal sans transmission inter humaine / Actualisation au 25/11/2005 » est accessible sur le site Internet grippe aviaire (<http://www.grippeaviaire.gouv.fr/>) et sur celui du ministère chargé de la santé (<http://www.sante.gouv.fr>), puis cliquer sur dossiers, puis sélectionner le dossier grippe aviaire)

²⁴ Définition des cas possibles : http://www.invs.sante.fr/surveillance/grippe_dossier/default.htm

d'hygiène et de protection détaillées dans le kit de prélèvement naso-pharyngé (fiche D.4). Les prélèvements sont transférés à un laboratoire L3 spécialisé ou à un des deux centres nationaux de référence.

- h) La décision de mise sous traitement antiviral anti-neuraminidase à posologie thérapeutique chez les **cas possibles symptomatiques en cours d'évaluation** est du ressort du clinicien. Cependant, le délai entre l'apparition des premiers signes et la mise sous traitement devant être le plus court possible et ne pas excéder 48 heures, il est souhaitable que ce traitement soit prescrit après réalisation du prélèvement naso-pharyngé, sans attendre la confirmation virologique. Une prophylaxie antivirale présomptive pourra être proposée dans les 48h après l'exposition aux sujets co-exposés asymptomatiques en fonction de l'appréciation de la probabilité d'infection au virus H5N1.
- i) En cas de résultat positif, le cas est déclaré « **cas confirmé** ». Pour confirmation définitive du résultat, le laboratoire L3 transmet au CNR, l'intégralité du prélèvement en sa possession accompagné de la fiche d'information.
En cas de résultat négatif, le cas est déclaré « **cas exclu** ».
- j) Circuit de l'information :
Le laboratoire ayant effectué l'analyse (laboratoire L3 ou CNR) transmet les résultats au médecin en charge du patient (nom indiqué sur la fiche de renseignement accompagnant le prélèvement), et informe l'InVS et, le cas échéant, le CNR.
L'InVS est en charge d'informer la DGS et la DDASS qui contactera ensuite le SAMU à l'origine du signalement.
Quel que soit le résultat, le patient et son entourage en sont informés par le médecin soignant, en relation avec la DDASS qui transmet l'information aux autres personnes identifiées comme des cas co-exposés. En cas de résultat négatif, l'arrêt du traitement antiviral spécifique, s'il a été instauré, est envisagé.

3. Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée en situation 4A /4B et 5A / 5B avec transmission interhumaine

Les principes de la conduite à tenir sont résumés dans le tableau n° 10.

Les dispositions présentées ci-dessus restent valables. S'y ajoutent les mesures suivantes :

- a) L'investigation autour du **cas possible** devra inclure également les sujets ayant été au contact du cas dans les 24 heures précédant le début des signes du cas ou après le début des signes du cas ;
- b) Ces sujets ainsi que les personnes co-exposées pourront être placés en quarantaine à domicile pendant une période allant jusqu'à une semaine après leur dernier contact avec le cas ou la source d'exposition, ou jusqu'à l'exclusion du cas possible en cas de résultats négatifs des prélèvements virologiques ;
- c) Un suivi clinique de ces personnes sera mis en place ;
- d) Des conseils leurs seront donnés sur les modalités de la quarantaine et l'attitude en cas d'apparition de symptômes ;

- e) Une prophylaxie antivirale pourra leur être proposée, en fonction de la situation épidémiologique et des quantités d'antiviraux disponibles au plan national ;
- f) Si, compte tenu de l'évolution de la situation, le nombre de « cas possibles » crée dès ce stade des problèmes de gestion des hospitalisations, la prise en charge du patient pourra être réalisée à son domicile s'il n'y a pas de critère de gravité et si le suivi médical à domicile est possible, y compris sur le plan social.

Dans le cas où la personne est maintenue à domicile ;

- un prélèvement naso-pharyngé peut être réalisé, (tant que le nombre de cas le permet) par :
 - le médecin traitant qui se verra indiquer par le SAMU-Centre 15, comment se procurer le matériel de prélèvement,
 - un médecin du réseau GROG, disposant du matériel adéquat, envoyé par le SAMU.

Le SAMU-Centre 15 organise le transfert du prélèvement naso-pharyngé vers un laboratoire L3 ou un CNR, en faisant appel à un transporteur agréé (*fiche D.4*) ;

- la mise sous traitement antiviral du cas est réalisée sans délai ;
- une prophylaxie antivirale est proposée aux personnes vivant sous le même toit que le cas ;
- des conseils de protection lui sont donnés ainsi qu'à son entourage (*fiche C.4* - chapitre 3) ;
- un suivi médical est organisé ; la DDASS est informée des résultats de ce suivi.

Tableau n° 10 : Conduite à tenir en présence d'un malade ou d'une personne suspectée d'être contaminée

Situations		Confirmation diagnostique		Isolement/quarantaine	Thérapeutique Antivirale	Suivi sanitaire Information autorités
		Evaluation épidémioclinique	Prélèvement naso-pharyngé			
Absence de transmission humaine 3A et 3B	Cas possible	SAMU-Centre 15 et InVS	Oui Voir fiche D4 <i>Cas confirmé</i> ou Cas exclu	Isolement, de préférence à l'hôpital	Curatif <u>précoce</u> (le plus tôt possible et avant 48h après le début des signes)	Coordination par la DDASS
	Co-exposés	Enquête épidémiologique (DDASS / CIRE /InVS)	Non	Pas de quarantaine	Prophylaxie selon l'instruction de la DDASS	DDASS et CIRE/InVS Suivi clinique (⇒ J7 post-exposition)
Avec transmission humaine 4A à 5B (1)	Cas possibles	SAMU-Centre 15 InVS	Oui Voir fiche D4 <i>Cas confirmé</i> ou Cas exclu	Hôpital en isolement en lit dédié	Curatif <u>précoce</u> (le plus tôt possible et avant 48h après le début des signes)	Coordination par la DDASS
	Co-exposés Contacts	Enquête épidémiologique (DDASS / CIRE /InVS)	Non	Quarantaine à domicile (jusqu'à exclusion du cas ou une semaine après le dernier contact)	Prophylaxie	DDASS et CIRE/InVS Suivi clinique (⇒ J7 post-exposition)

(1) : En situation 5B, on passera d'une gestion individuelle à une gestion « populationnelle » (Cf. chapitre 1 de la présente fiche) ; les indications de conduite à tenir pourront être adaptées par la CIC en particulier en fonction des capacités hospitalières et de la quantité d'antiviraux disponibles

Fiche D.2 - Prise en charge des malades détectés sur le trajet de leur arrivée en France (voies aériennes et maritimes)

L'Association internationale du transport aérien (IATA) a diffusé le 28 juillet 2005 des recommandations aux personnels de cabine pour les cas où se trouveraient à bord des avions des personnes suspectées de développer une maladie contagieuse. Dans le contexte d'une menace de pandémie grippale, il s'agit des personnes revenant de zones où sévit l'épizootie et répondant à la définition d'un cas possible.

En situation 3, la mise en œuvre des dispositions figurant en italique (ci-dessous), pour tous les vols directs se dirigeant vers la France à partir des zones où existent des cas humains de grippe aviaire, est à la discrétion des compagnies ou des services aéroportuaires, au regard notamment de la situation épidémiologique. En situations 4 et 5, ces dispositions sont obligatoires.

1. En absence de transmission interhumaine (situation 3)

En l'absence de diagnostic, les mesures de protection respiratoire recommandées sont celles à prendre devant toute pathologie infectieuse respiratoire.

1.1. Voyage par avion

Si un passager présente pendant le vol des symptômes évoquant une infection grippale, le commandant de bord doit être immédiatement prévenu. Ce dernier alerte aussitôt l'aéroport de destination afin que le passager soit pris en charge à son arrivée.

Un masque chirurgical doit être porté par le passager malade. *Si possible, celui-ci est isolé et une cabine de toilette²⁵ est réservée à son usage exclusif.*

Le personnel de cabine qui s'est occupé du passager avant la survenue des signes évocateurs s'en occupe de façon exclusive et est muni de masques FFP2.

Les déchets infectieux du passager et les masques du personnel sont placés dans un contenant approprié, et traités selon les bonnes pratiques d'élimination des déchets médicaux.

A l'arrivée, le SAMU ou le service médical intervenant sur l'aéroport monte à bord et prend en charge le passager de manière sécurisée (protections).

Les services sanitaires, informés par les services aéroportuaires, distribuent les fiches de traçabilité à chacun des autres passagers et les récupèrent une fois remplies, ceci conditionnant le débarquement des passagers et de l'équipage qui auront été informés de la conduite à tenir²⁶ en cas de survenue de signes évocateurs de grippe dans les sept jours suivants.

Le passager est ensuite pris en charge selon les dispositions de la fiche D.1. Le prélèvement nasopharyngé sera effectué soit par le service médical intervenant, soit aux urgences de l'établissement de santé le plus proche (fiche D.4)

²⁵ A défaut, les toilettes seront nettoyées à l'eau et au savon ou avec une solution désinfectante, si possible après chacune des utilisations par le cas.

²⁶ Appel du SAMU-Centre 15 en France ou consultation médicale en fonction des modalités prévues dans le pays où ils se trouvent.

1.2. Voyage maritime

Le capitaine du navire se met en relation avec le Centre de consultation médicale maritime (CCMM) de Toulouse (unité fonctionnelle du SAMU 31). Les mesures à prendre, inspirées des recommandations faites pour les cas détectés à bord d'un avion, sont adaptées en fonction de la localisation du navire par rapport au prochain port d'escale.

Dans le cas d'un navire arrivant dans un port français, il appartient au CCMM de Toulouse, en liaison avec le SAMU-Centre 15 le plus proche du port d'arrivée, de prendre l'avis de l'InVS afin de définir les modalités de prise en charge. La capitainerie du port est informée et se met en relation avec les services de contrôle sanitaire aux frontières (DDASS) et avec les médecins du service de prévention des gens de mer du ministère chargé des transports.

2. En cas de transmission interhumaine (situations 4 et 5)

En cas de transmission interhumaine signalée dans le pays de provenance, lorsque la France est encore indemne (situation 4A et surtout situation 5A), les mesures à mettre en œuvre sont les mêmes. Les dispositions figurant ci-dessus en italique pour la situation 3 sont systématiquement appliquées.

2.1. Voyage par avion

Ces mesures pourront être complétées par la mise en quarantaine des passagers et de l'équipage.

2.2. Voyage maritime

Dans le cas particulier d'un navire, compte tenu des temps d'incubation et de trajet, la mesure de quarantaine sera discutée au cas par cas et pourrait être organisée à bord du navire. L'instauration d'un traitement curatif pourrait se discuter également au cas par cas.

Fiche D.3 - Prise en charge médicale des malades atteints de grippe et de leurs contacts en situation de pandémie

En période de pandémie, la saturation du système de soin est vraisemblable. La prise en charge des autres pathologies par l'ensemble des professionnels de santé risque d'être perturbée.

La prise en charge des malades atteints de grippe et de leurs contacts repose sur :

- la gravité de la maladie ;
- la disponibilité des traitements ;
- les moyens de prévention ;
- le taux d'attaque.

1. Principes

La prise en charge de la grippe pandémique répond à plusieurs principes :

- Les soins à domicile délivrés par le médecin traitant sont privilégiés ;
- Les prescriptions de médicaments doivent rester strictement adaptées à la pathologie ;
- Aucun examen complémentaire n'a de place dans les formes simples. Des examens complémentaires (en priorité : numération formule sanguine, protéine C réactive, examens cyto bactériologiques des urines, radiographie thoracique, hémoculture) aident à préciser le diagnostic de surinfection ou d'une autre pathologie bactérienne indépendante de la grippe ;
- Certains symptômes peuvent être dus à d'autres maladies voire à des effets indésirables des traitements spécifiques de la grippe ;
- Les pathologies chroniques (cardiovasculaire, respiratoire, métabolique, immunologique, néphrologique, hématologique) sont des facteurs de risque de complication et de décès. Leur prise en charge spécifique ne doit pas être mise au second plan ;
- L'expression clinique, les tranches d'âge, la répartition des complications dans la population, peuvent être différentes de celles constatées dans les épidémies de grippe saisonnière. Des populations sans facteur de risque (jeunes par exemple) peuvent être particulièrement touchées lors d'une pandémie (cf. pandémie de 1918) ;
- En période de pandémie, les signes cliniques peuvent être différents des signes développés lors d'une épidémie annuelle.

Pour mémoire, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), dans son avis en date du 19 mai 2006, souligne l'intérêt d'augmenter la couverture vaccinale antipneumococcique des personnes exposées à des infections invasives à pneumocoque (cf. calendrier vaccinal), en anticipant la survenue d'une possible pandémie grippale ; en effet, l'application de ces recommandations en pleine pandémie pourrait se heurter à des difficultés logistiques.

2. Diagnostic

Les premiers cas observés risquent d'être difficiles à rattacher au virus grippal²⁷

En établissement de soin, l'intérêt des tests diagnostiques spécifiques de la grippe A auprès du malade sera réévalué dans le contexte. Leur utilisation, limitée à la période initiale, peut aider les médecins à identifier le tableau clinique jusqu'à ce qu'il soit bien décrit et à orienter des patients vers les secteurs à haute densité virale.

²⁷ Il est probable que la valeur prédictive positive du diagnostic clinique sera ensuite identique à celle habituellement observée en période épidémique.

3. Traitements

Les traitements comprennent les traitements antiviraux, les traitements symptomatiques et les traitements de complications. Seules sont abordées ici les modalités des traitements de la fièvre et des traitements des surinfections bactériennes. L'utilisation des traitements antiviraux est détaillée dans la fiche C.5.

3.1. Principe

A la lueur des données disponibles, le traitement médicamenteux, lorsqu'il est préconisé, doit rester minimal. Le plus souvent symptomatique, il est guidé par la clinique (fièvre, toux sèche, catarrhe des voies aériennes supérieures, encombrement bronchique, traitement d'une crise d'asthme, troubles digestifs notamment chez l'enfant).

Il convient de ne traiter par antibiotique que les infections bactériennes patentes dont les plus fréquentes sont, chez l'adulte, les surinfections bactériennes broncho-pulmonaires et chez l'enfant, l'otite moyenne aiguë.

3.2. Traitement de la fièvre

a) Chez l'enfant

Le traitement des symptômes de la grippe et notamment de la fièvre, symptôme majeur potentiellement grave avant 4 ans (risque de convulsion et d'hyperthermie majeure), comporte deux volets :

- Les mesures physiques :
Ces mesures doivent être privilégiées, elles associent le repos au lit, le déshabillage, l'aération et le contrôle de la température de la chambre, le bain, la ventilation du visage, la compensation des pertes d'eau par une hydratation adaptée.
- Les traitements médicamenteux :
 - L'administration d'un antipyrétique est systématique pendant les trois premiers jours de la maladie chez les enfants de 4 ans et moins ;
 - Le paracétamol est la molécule de choix. La posologie est de 60 mg/kg/24 h répartie en quatre prises de 15 mg/kg toutes les six heures chez l'enfant de 3kg ou plus ;
 - En cas de réponse insuffisante à la dose optimale de paracétamol, le deuxième choix sera l'ibuprofène, chez l'enfant de plus de 3 mois. La posologie recommandée est de 20 à 30 mg/kg/24 h, répartie en trois ou quatre prises, soit 6 à 7 mg/kg toutes les six à huit heures ;
 - L'usage de l'aspirine est déconseillé dans les fièvres d'origine grippale chez l'enfant.

b) Chez l'adulte

- Les mesures physiques :
Pour lutter contre les symptômes de la grippe, il convient de privilégier les traitements non médicamenteux (boissons abondantes, repos).
- Les traitements médicamenteux :
Concernant les traitements médicamenteux, la littérature ne permet pas de privilégier le paracétamol, les salicylés ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans la lutte contre la fièvre et les douleurs. Les AINS, en raison des risques d'effets secondaires, ne doivent être utilisés qu'en traitements alternatifs (en cas de pénurie) en respectant les règles habituelles.

3.3. Traitement des complications bactériennes de la grippe lors de la pandémie

Prenant en compte l'impact qu'aurait une pandémie sur la vie économique et sur le système de soins, il a été estimé qu'il était nécessaire de limiter le choix des antibiotiques à quelques molécules. L'approche retenue prend cependant en compte les recommandations de bonne pratique (RBP) de l'Afssaps « Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires » actualisées en octobre 2005.

Dans le contexte particulier de la pandémie, les traitements oraux sont à privilégier mais si l'état du patient le nécessite, le recours à une voie injectable doit être envisagé.

a) Chez l'enfant

Cas général

- amoxicilline par voie orale : 80 à 100 mg/kg/jour en 3 prises (sans dépasser 3 g/jour) ;
- amoxicilline-acide clavulanique par voie orale : 80 mg/kg/jour en 3 prises (sans dépasser 3 g en amoxicilline /jour).

Cas particulier : contre-indications aux bêta-lactamines²⁸

- si allergie bénigne à la pénicilline sans contre-indication aux céphalosporines :
 - cefpodoxime proxétel par voie orale : 8 mg/kg/jour en 2 prises (sans dépasser la dose adulte de 400 mg/jour) ;
 - pour les cas relevant d'un traitement injectable : CIIIG injectable (IM/IV) : ceftriaxone : 50 mg/kg/jour en une seule injection (sans dépasser la dose adulte) ;
- si contre-indication aux bêta-lactamines : **du fait de l'évolution de la résistance bactérienne, les traitements ci-après listés risquent d'être moins efficaces que les bêta-lactamines** :
 - pristinamycine par voie orale : 50 à 100 mg/kg/jour en 2 ou 3 prises (sans dépasser la dose adulte de 3g/jour), à partir de 3-4 ans (chez l'enfant qui ne peut pas avaler le comprimé, écraser le comprimé dans un peu de lait ou dans un aliment sucré comme la confiture ou une pâte chocolatée) ;
 - érythromycine-sulfisoxazole par voie orale : 50 mg/kg/jour d'érythromycine et 150 mg/kg/jour de sulfisoxazole en 3 prises, avant 3-4 ans.

Durée de traitement : 10 à 14 jours.

b) Chez l'adulte

Cas général

- amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) par voie orale : 3 g d'amoxicilline/jour en 3 prises ;
- ou fluoroquinolone anti-pneumococcique :
 - lévofloxacine par voie orale : 500 mg à 1 g/jour en 1 à 2 prises,
 - ou
 - moxifloxacine par voie orale : 400 mg en une prise par jour ;
- pour les cas relevant d'un traitement injectable : CIIIG injectable : ceftriaxone : 1 à 2 g/jour en une seule injection ;
- télithromycine par voie orale (peu active sur les bactéries à Gram négatif) : 800 mg/jour en 1 prise.

Cas particulier : lorsque les médicaments cités ci-dessus ne peuvent être utilisés

- pristinamycine par voie orale : 3g/jour en 2 ou 3 prises.

Durée de traitement : 7-14 jours (10 jours en moyenne).

NB : Dans la mesure où l'information contenue dans les Autorisations de Mise sur le Marché des spécialités recommandées est susceptible d'évoluer, il convient de s'assurer, au moment de la prescription de l'antibiotique, du respect des contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi, en ayant un regard sur les interactions médicamenteuses.

Se référer aux recommandations et à l'information en vigueur relatives à la sécurité d'emploi de ces spécialités, disponibles sur les sites Internet de :

- L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) : www.afssaps.sante.fr
- L'Agence européenne des médicaments (EMA) : www.emea.europa.eu

²⁸ Cf. annexe à cette fiche sur l'allergie à la pénicilline et aux céphalosporines

4. Critères d'hospitalisation

Afin d'éviter la saturation des hôpitaux en période de pandémie, les indications d'hospitalisation doivent être strictement limitées aux cas présentant des signes de gravité. Seule l'existence de signes de gravité conduit à une hospitalisation.

4.1. Chez l'enfant

La présence d'un seul des signes suivants suffit à justifier l'hospitalisation :

- Difficultés alimentaires chez un nourrisson de moins de six mois (moins de la moitié des biberons sur 12 heures) ;
- Tolérance clinique médiocre de la fièvre, malgré les mesures adaptées ;
- Signes de déshydratation aiguë associée ;
- Existence de troubles de la vigilance ;
- Signes de détresse respiratoire, apnées ;
- Contexte particulier : très jeune âge (inférieur à 3 mois), antécédents de prématurité et/ou situations à risque connues.

4.2. Chez l'adulte

- Troubles de la vigilance, désorientation, confusion ;
- Pression artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ;
- Température inférieure à 35°C ou supérieure ou égale à 40°C ;
- Fréquence respiratoire supérieure à 30/min ;
- Fréquence cardiaque supérieure à 120/mn.

5. Groupes à risques

L'appartenance du patient à l'un des groupes à risque (voir ci-après) ne doit pas conduire systématiquement à l'hospitalisation, mais nécessite un renforcement de l'attention du médecin (généraliste, pédiatre...) à la recherche de signes de gravité présents ou à venir.

5.1. Enfant à risque

Enfant ayant une pathologie respiratoire chronique :

- asthme ;
- mucoviscidose, maladie ciliaire bronchique ;
- dysplasie broncho-pulmonaire dans le contexte d'une prématurité ;
- bronchites à répétition ;
- séquelles graves de virose (adénovirus, rougeole).

Enfant ayant une co-morbidité associée :

- cardiopathie congénitale ;
- drépanocytose ;
- immunodépression ;
- insuffisance rénale et/ou syndrome néphrotique ;
- maladies neuromusculaires.

5.2. Adulte à risque

- Sujets âgés de plus de 65 ans ;
- Patients vivant en institution ;
- Pathologie broncho-pulmonaire ou cérébro-vasculaire sous-jacente ;
- Insuffisance cardiaque ;

- Néoplasie sous-jacente ;
- Hépatopathie ;
- Insuffisance rénale chronique ;
- Diabète ;
- Immunodépression (y compris les transplantés) ;
- Grossesse (en particulier au 3^e trimestre) ;
- Mucoviscidose et hémoglobinopathies.

6. Mesures préventives dans l'entourage d'un malade

6.1. Mesures d'hygiène:

- Eviter le contact avec le malade ;
- Port de masque anti-projections dit masque chirurgical par le patient à chaque contact avec un tiers ;
- Port d'une protection individuelle (masque) par toute personne en contact rapproché avec le malade ;
- Lavage soigneux des mains avec du savon ou désinfection avec une solution hydro alcoolique en sortant de la chambre du malade.

6.2. Traitement antiviral : voir fiche C.5

6.3. Traitement antibiotique préventif

Il n'y a pas lieu de proposer une antibiothérapie prophylactique chez les patients à risque dans le contexte d'une pandémie grippale en l'absence de bénéfice démontré.

ANNEXE

Allergie à la pénicilline et aux céphalosporines

L'allergie à la pénicilline et aux céphalosporines est très souvent surestimée avec 80 à 90% des patients qui signalent une allergie sans l'être véritablement. Si l'allergie vraie est rare, elle peut être sévère voire létale. Il convient donc de répondre aux questions : allergie ou non, possibilité ou non de prescrire une bêta-lactamine dont une céphalosporine en cas d'allergie à la pénicilline et inversement ? Le diagnostic repose avant tout sur l'interrogatoire, la réalisation de tests cutanés, et le test de provocation sous surveillance hospitalière.

Quelles sont les questions à poser à l'interrogatoire devant toute suspicion d'allergie à la pénicilline ?

Il faut au minimum connaître : la durée entre la prise et l'apparition des symptômes (recherche notamment d'une réaction immédiate dans l'heure suivant la dernière prise), les caractéristiques des manifestations cliniques (recherche notamment de signes évocateurs d'anaphylaxie : malaise, hypotension, signes digestifs à type de diarrhée, vomissements, érythème diffus, prurit, urticaire, angio-œdème, bronchospasme, trouble du rythme cardiaque..., recherche de réactions cutanées graves telles que décollement cutané, atteintes muqueuses, atteintes multi-organes), les autres médicaments prescrits de façon concomitante avec l'historique de l'administration (prise au long cours, prescription récente en même temps que l'antibiotique...), l'évolution à l'arrêt de l'antibiotique (guérison à l'arrêt lors d'allergie véritable), l'existence d'une nouvelle prise (après ou avant la réaction) d'antibiotique de la famille des bêta-lactamines comme l'amoxicilline, une céphalosporine et si oui quel en a été le résultat, la raison de la prescription d'antibiotique (afin de savoir si les manifestations cliniques ne sont pas liées à la maladie elle-même, exemple : éruption sous amoxicilline lors d'une angine à EBV, infection à mycoplasme), l'âge de survenue.

Quels sont les signes en faveur d'une allergie IgE dépendante aux pénicillines ?

- Antécédent de prise de la même molécule sans problème,
- Une réaction immédiate, survenant moins d'1 heure après la nouvelle prise,
- L'association à des signes d'anaphylaxie avec urticaire et/ou un angio-œdème.

Il existe une contre indication à la prescription de pénicillines dont l'amoxicilline chez ces patients. Une consultation en allergologie est recommandée.

Une allergie aux céphalosporines se manifeste par les mêmes symptômes.

Quel est le signe le moins évocateur d'allergie ?

- La réaction « morbilliforme », notamment chez les enfants, qui survient à la fin d'un traitement (7 à 8 jours) associant amoxicilline et acide clavulanique.

L'examen attentif du carnet de santé met souvent en évidence des prises antérieures de pénicilline, qui ne se sont accompagnées d'aucun effet indésirable. Toutefois, rarement de vraies allergies de type IV peuvent s'exprimer ainsi.

Les tests cutanés à lecture immédiate

Les tests cutanés recommandés quand la réaction a été immédiate et/ou cliniquement anaphylactique, sont les « prick tests » et les tests intradermiques à lecture immédiate. Ils ne sont validés que pour les pénicillines. Ces tests ont une bonne valeur prédictive surtout s'ils sont positifs. Dans une étude récente, sur 290 patients, la sensibilité de ces tests étaient de 70% avec une spécificité de 97% en utilisant quatre déterminants antigéniques. Leur pratique et interprétation répondent à des recommandations de l'Académie Européenne d'Allergologie et d'Immunologie. Tout test cutané à lecture immédiate positif fait dans les règles de l'art, même si la réaction initiale était peu intense, est une contre-indication à la réintroduction de la molécule.

Allergie à la pénicilline et prise de céphalosporine (figure 1)

Une publication récente indique que le risque d'allergie croisée entre pénicillines et céphalosporines semble plus faible que ce qui était décrit il y a quelques années (1 à 10%), et encore moins importante pour les céphalosporines de 2^{ème} et 3^{ème} générations que pour celles de 1^{ère} génération.

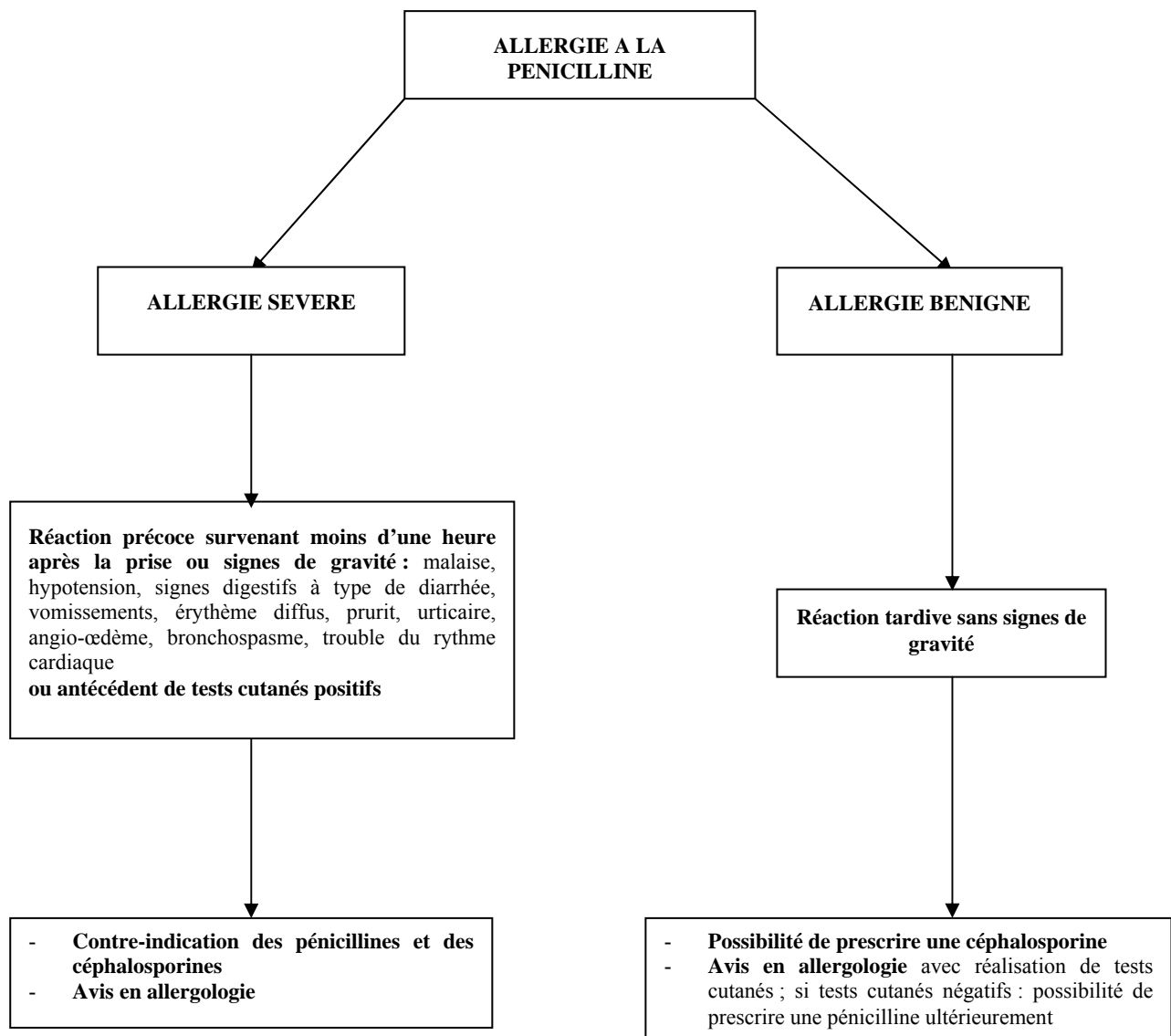
Il n'existe pas à ce jour de consensus véritable sur la prise en charge d'un patient allergique aux pénicillines justifiant d'une prescription de céphalosporine. Toutefois, il semble légitime, malgré l'absence de preuves dans la littérature, de contre-indiquer en ambulatoire cette classe d'antibiotique en cas d'allergie sévère à la pénicilline (et/ou s'il existe des tests cutanés positifs pour les pénicillines). Dans tous les autres cas et notamment, lors d'allergie à la pénicilline sans signe de gravité, la prescription de céphalosporine de 2^{ème} ou 3^{ème} génération peut être proposée.

Allergie aux céphalosporines

Les allergies aux céphalosporines avec signes de gravité sont rares (< 0,02%). Le risque est encore plus faible avec les céphalosporines de 3^{ème} génération. Les réactions cutanées à type de rash, exanthème et prurit sont évaluées entre 1 à 3%. A ce jour, il n'existe pas de tests cutanés validés pour les céphalosporines.

Sur un plan pratique, un patient qui a eu une réaction sévère ou précoce à type de rash urticarien, angio-œdème et/ou signes évocateurs d'anaphylaxie, ne doit pas prendre une nouvelle fois une céphalosporine. Le risque de réaction croisée entre les différentes générations de céphalosporine est inconnu. La prescription de pénicilline chez un patient aux antécédents d'allergie sévère aux céphalosporines est possible si les tests cutanés à lecture immédiate pour la pénicilline sont négatifs, ce qui suppose de les avoir réalisés. Pour les réactions dites tardives et bénignes, certains auteurs proposent la prescription d'une pénicilline ou d'une céphalosporine d'une autre génération. Cependant, ces recommandations restent controversées.

Figure 1 : Allergie à la pénicilline et prise de céphalosporine



Fiche D.4 - Prélèvement naso-pharyngé Utilisation du kit de prélèvement viral et fiche d'information

1. Utilisation du kit de prélèvement viral ²⁹

Le kit de prélèvement viral est destiné aux professionnels de santé réalisant des prélèvements sur des patients classés « cas possibles » d'une grippe due à un virus grippal d'un nouveau sous-type. Les prélèvements seront systématiques en situations 3, 4 et 5 débutant, mais deviendront limités aux besoins de suivi de l'évolution du nouveau virus en situations 5 installée et 6.

Le kit de prélèvement se compose :

- d'un équipement de protection du soignant : un masque de protection respiratoire jetable répondant à la norme EN149, de type FFP2 ; une paire de lunettes de protection ; une paire de gants jetables non stériles ; une casaque de protection ;
- d'un kit de prélèvement viral avec mode d'emploi pour le prélèvement naso-pharyngé ;
- d'un triple emballage normalisé classe 6.2 de l'OMS (à moins qu'il ne soit fourni par le transporteur) ;
- de cinq masques chirurgicaux à laisser au malade ;
- d'un sac pour le recueil des déchets de type DASRI (masque, gants usagés...).

Le professionnel réalisant le prélèvement doit :

- s'équiper avec le matériel de protection avant d'entrer en contact avec le patient et bien adapter le masque de type FFP2 à son visage afin de supprimer toute fuite d'air ;
- réaliser le prélèvement, de préférence nasal et à défaut pharyngé : bien frotter les parois nasales (suffisamment haut dans chaque narine) ou pharyngées avec l'écouvillon puis placer ce dernier dans le milieu ou le tube de transport, casser la tige (si nécessaire) et bien refermer le tube. Contacter le CNR en cas de difficulté. Ne pas expédier d'écouvillons secs ;
- placer le prélèvement dans le triple emballage normalisé classe 6.2 de l'OMS. Les références et les informations concernant le malade doivent être claires et lisibles. Ce prélèvement doit être transporté au SAMU-Centre 15 pour être ensuite acheminé vers un laboratoire L3 ou vers le centre national de référence de la zone géographique concernée³⁰. Ce prélèvement sera accompagné de la fiche d'information figurant ci-après et le CNR devra être prévenu de cette réception. Le transport se fait à température ambiante, la conservation à +4° C ;

²⁹ Transport et prise en charge des prélèvements : cf. fiche 4.11, p.96 du guide « organisation des soins en situation de pandémie » publié par la circulaire n°DHOS/CGR/2007/130 du 26 mars 2007 du ministre de la santé et des solidarités.

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 chargé des transports. Le virus H5N1 est classé catégorie B. Dans le contexte actuel, la société retenue devra 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. Les établissements de santé peuvent, s'ils le souhaitent, se regrouper à un niveau territorial dont le choix leur appartient et passer un marché pour ce type de transport qui n'est pas limité au virus H5N1.

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 influenza pour confirmation diagnostique.

³⁰ CNR France nord : Institut Pasteur, Unité de génétique moléculaire des virus respiratoires, 25 rue du docteur Roux, 75724 Paris cedex 15 - tél. : 01 45 68 87 25 ou 01 40 61 33 54.

CNR France sud : Laboratoire de virologie, Domaine Rockefeller, 8 rue Rockefeller, 69373 Lyon cedex 08 - tél. : 04 78 77 70 29.

- fournir des masques chirurgicaux au patient pour que celui-ci en porte un dès qu'il est en contact avec un tiers et ce jusqu'aux résultats de l'analyse. Le patient pourra s'approvisionner en masques si nécessaire ;
- une fois qu'il n'est plus en contact avec le patient, enlever, dans l'ordre suivant : masque, casaque, gants (les mettre dans le sac pour recueil de déchets qui devra ensuite être détruit selon les règles d'hygiène en vigueur - cf. fiche G.8) et lunettes ;
- laver les lunettes avec du savon puis se laver les mains avec du savon ou avec une solution hydro-alcoolique.

2. Fiche d'informations sur le patient suspect de grippe à virus hautement pathogène

(à envoyer au CNR et au laboratoire L3 en accompagnement du prélèvement)

Prélèvement : nasal pharyngé

1. Caractéristiques du malade

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F Date de naissance : / ___ / ___ / ___ / (ou âge : ___)

Profession : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

2. Exposition au risque

Pendant les sept jours précédant les premiers signes, le patient :

* A-t-il habité ou revient-il d'une région ou d'un pays affecté(e) par une épizootie connue : oui non

si oui lequel : _____

* A-t-il été en contact avec un élevage ou un marché de volailles de porcs

d'autres oiseaux - préciser : _____

* A-t-il travaillé dans un laboratoire manipulant des souches grippales ? oui non

* Durant la même période, le patient a-t-il eu un contact avec une personne ayant :

un syndrome grippal

une autre infection respiratoire aiguë préciser : _____

des contacts avec des poules ou des oiseaux avec des porcs

* Lieu (code postal ou nom) de l'exposition : _____

3. État clinique

Date des premiers signes cliniques : / ___ / ___ / ___ /

fièvre toux courbatures autres symptômes - préciser : _____

Date du dernier vaccin grippal : / ___ / ___ / ___ /

Chimio prophylaxie antivirale : oui - date de début : / ___ / ___ / ___ / non nsp

Date du prélèvement : / ___ / ___ / ___ /

Nom et institution du déclarant : _____

Fiche E.1 – Organisation des soins

Un guide « Organisation des soins en situation de pandémie grippale » a été publié par la circulaire n°DHOS/CGR/2007/130 du 26 mars 2007 du ministre de la santé et des solidarités.

Il fixe les orientations et pistes de travail que doivent suivre les services déconcentrés, les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les établissements de santé dans le cadre de la préparation du dispositif de soins à une pandémie grippale.

Ce guide est subdivisé en 5 parties principales, analysant les différents secteurs de prise en charge :

- l'organisation générale des soins ;
- l'organisation des soins ambulatoires ;
- l'organisation pré-hospitalière ;
- l'organisation des établissements de santé ;
- les prises en charge spécifiques.

Les dispositifs à préparer et à mettre en œuvre en situation de pandémie grippale doivent être intégrés :

- soit dans le plan blanc élargi ;
- soit dans l'annexe biologique « pandémie grippale » des plans blancs des établissements de santé.

1. Le plan blanc élargi, adapté au risque de pandémie grippale

Le plan blanc élargi, tel que défini par la circulaire du 14 septembre 2006, porte sur :

- l'organisation du secteur ambulatoire et pré-hospitalier ;
- l'organisation du secteur médico-social ;
- la coordination entre les établissements de santé.

En situation de pandémie grippale, l'organisation des soins ambulatoires est fondée sur le maintien à domicile des patients grippés tant que leur état de santé le permet. Cet objectif nécessite une bonne coordination intra et interprofessionnelle. Il revient aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) d'encadrer et de coordonner les travaux à conduire (mise en place des centres de coordination sanitaire et sociale, des centres de consultations, etc.).

Le secteur pré-hospitalier doit être animé par une volonté de renforcement des capacités de régulation, afin de répondre de manière adaptée aux demandes de la population. Une coordination entre les différents acteurs est également essentielle dans ce secteur d'activité.

Dans ce contexte, le volet social et médico-social doit également être pris en compte. La mise en place de structures intermédiaires, « domicile de substitution » pour les patients ne pouvant rester à leur domicile, est à organiser dès à présent.

Enfin, la coopération et la coordination entre les établissements de santé doivent être effectives, celles-ci devant permettre de répartir équitablement la pression exercée sur les établissements de santé pendant la crise mais également au sortir de celle-ci.

2. L'annexe biologique « pandémie grippale » au plan blanc de l'établissement

Les établissements de santé ont la charge de l'adaptation de leur organisation habituelle et doivent élaborer des dispositions à inscrire dans l'annexe biologique « pandémie grippale » de leur plan blanc. Il s'agit notamment de travailler à la mise en place :

- de la sécurisation du site ;
- d'une zone de tri ;
- de la sectorisation de l'établissement ;
- d'un plan de déprogrammation ;
- d'une cellule d'aide à la décision médicale ;
- de l'augmentation des capacités de prise en charge dans différents services clés en situation de pandémie (urgences, réanimation, etc.) ;
- de toutes les adaptations nécessaires concernant l'organisation de l'établissement de santé (logistique, personnel, etc.).

Les établissements sociaux et médico-sociaux doivent travailler dans une démarche analogue, en particulier en ce qui concerne l'accueil et la sectorisation.

Il convient de rappeler l'importance des formations à mettre en place et à poursuivre dans ces différents secteurs d'activité ainsi que la nécessité d'une réalisation régulière d'exercices, dans un souci d'évaluation du dispositif.

3. Les modélisations et chiffres de référence

La préparation de la programmation nécessite, à certaines étapes, de pouvoir préciser l'ampleur des moyens nécessaires afin d'adapter les organisations. Il est difficile de pouvoir déterminer les caractéristiques précises d'une pandémie due à un nouveau virus dont la virulence, notamment, ne peut être connue à l'avance. Face à une telle incertitude, la démarche retenue dans le plan national et dans certaines des fiches annexées, consiste à formuler des hypothèses telles que celles portant sur la durée de la pandémie ou sur les taux d'absentéisme.

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a publié :

- en juin 2005 : un document sur l'estimation de l'impact d'une pandémie grippale en France, sans action préventive particulière ;
- en février 2006 : un document complémentaire prenant en compte les effets possibles de la stratégie de lutte (vaccination et utilisation d'antiviraux) sur cet impact, présentant plusieurs scénarios associés à différentes hypothèses.

Ces modélisations s'appuient en partie sur des données recueillies en particulier lors de l'analyse de pandémies historiques ou d'épidémies de grippe.

Sur ces bases, comme l'indique en introduction le plan national, différents scénarios peuvent être établis notamment celui d'une pandémie se déroulant en deux vagues, mais un déroulement en une seule vague peut aussi être envisagé.

Actuellement, la priorité porte sur la cohérence des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements sur l'ensemble du territoire. En conséquence et afin de faciliter ce travail, la circulaire de diffusion du guide indique que l'orientation retenue est de privilégier l'hypothèse d'une pandémie se déroulant en deux vagues. Si l'évolution de l'état des connaissances et des réflexions conduit à modifier ou compléter cette orientation dans le futur, les bases organisationnelles déjà établies seront adaptées.

Aussi, en tenant compte notamment des travaux conduits par l'InVS et par des équipes dans plusieurs pays, la circulaire précitée a demandé de travailler sur le référentiel d'hypothèses ci-dessous :

- La pandémie grippale se répartit en 2 vagues de 12 semaines chacune, séparées de quelques mois ;
- La première vague regroupe 1/3 des patients et la seconde vague 2/3 ;
- Le taux d'attaque cumulatif moyen, c'est-à-dire la proportion de personnes touchées à la fin de l'épidémie, est de 25% ;
- Le taux d'hospitalisation moyen est de 3%. Ce taux résulte d'une estimation faite par l'InVS qu'une diminution de 30% du nombre d'hospitalisations et de décès pourrait résulter du traitement curatif par antiviraux de 100 % des cas ;
- La durée moyenne de séjour dans les établissements de santé des personnes hospitalisées du fait de complications grippales, est de 10 jours ;
- 15 % de ces patients hospitalisés nécessitent une prise en charge en réanimation ;
- 7,5% de ces patients hospitalisés nécessitent une ventilation assistée en service de réanimation ;
- Les capacités de régulation des SAMU / Centres 15 doivent pouvoir être triplées.

Fiche F.1 - Investigation autour d'un cas possible ou confirmé de grippe à nouveau sous-type viral

1. Objectifs

En situation 3 : détecter précocement des cas pour une prise en charge thérapeutique rapide de grippe potentiellement sévère et s'assurer qu'il n'y a pas de cas secondaires.

En situations 4A, 5A et 6 (pandémie en dehors de la France) : limiter la propagation de la maladie en identifiant rapidement les contacts des cas infectieux pour leur proposer les mesures recommandées.

En situation 6 ou dès que la diffusion du virus n'est plus contrôlée en France, arrêt des investigations autour des cas.

2. Définition des cas

Ces définitions tiennent compte des connaissances actuelles du virus grippal et peuvent évoluer en fonction des connaissances sur le nouveau virus. L'InVS les actualise alors (cf. site internet www.invs.sante.fr).

2.1. Cas possible

Patient présentant un tableau clinique compatible avec le nouveau virus en circulation (syndrome grippal, éventuellement conjonctivite...) et ayant été exposé, dans les sept jours précédant l'apparition des signes :

- soit à des animaux infectés (volailles, porcs...) en cas d'épizootie à virus hautement pathogène ;
- soit à un cas possible ou confirmé biologiquement de grippe pandémique dès qu'une transmission interhumaine efficace s'installe (situation 4 du plan) ;
- soit dans un laboratoire, à des prélèvements biologiques infectés par le nouveau virus en circulation.

2.2. Cas confirmé

Cas possible chez qui le nouveau virus en circulation a été détecté.

2.3. Personne contact

Toute personne ayant eu un contact direct ou s'étant trouvée dans la même pièce qu'un cas possible ou confirmé de grippe pandémique, la veille de l'apparition de ces symptômes et / ou pendant la phase symptomatique.

3. Conduite à tenir autour des cas détectés en France

3.1. En situation 3

Rechercher la source d'exposition des cas possibles et les cas confirmés :

- si la source d'exposition est identifiée, rechercher les personnes contact ayant été soumises à la même exposition ;
- si le dernier contact de ces personnes avec la source remonte à moins de sept jours, les aviser de consulter rapidement si elles présentent un tableau clinique compatible avec le nouveau virus en circulation, en faisant état de cette exposition et de l'existence d'un cas confirmé de grippe à nouveau sous-type viral. Une chimio-prophylaxie sera éventuellement prescrite en fonction de l'ancienneté du dernier contact avec la source, de la sensibilité du nouveau virus aux antiviraux et de leur disponibilité ;
- s'assurer qu'il n'y a pas de cas secondaire en interrogeant l'entourage du patient et en demandant de signaler les cas possibles qui surviendraient.

3.2. En situations 4 et 5

a) Rechercher les personnes contact des cas possibles ou confirmés :

Si elles présentent un tableau clinique compatible avec le nouveau virus en circulation, les considérer comme cas possibles et les prendre en charge selon les recommandations d'isolement, de traitement spécifique éventuel et d'hospitalisation si critères de gravité.

Dans le cas contraire, et si le dernier contact avec la source d'exposition remonte à moins de sept jours :

- les mettre en quarantaine à domicile jusqu'à ce que le dernier contact avec la source remonte à sept jours révolus ;
- les aviser d'appeler rapidement leur médecin ou le SAMU-Centre 15 si elles présentent un tableau clinique compatible avec le nouveau virus en circulation, en faisant état de cette exposition et de l'existence d'un cas possible ou confirmé de grippe pandémique ;
- une chimio-prophylaxie sera éventuellement prescrite en fonction du délai écoulé depuis le dernier contact avec la source, de la sensibilité du nouveau virus aux antiviraux et de leur disponibilité.

b) Rechercher la source d'exposition des cas possibles ou confirmés :

Si la source d'exposition est identifiée, rechercher les personnes ayant été soumises à la même exposition. Pour les personnes identifiées, intervenir comme indiqué au paragraphe 3.2.a.

3.3. En situation 6

a) Tant que la diffusion du virus est contrôlée :

Procéder comme indiqué précédemment. Éventuellement l'unité ne sera plus l'individu mais le foyer d'individus touchés et les mesures de contrôle ne s'appliqueront plus aux individus contact mais à la population résidant ou travaillant dans la zone entourant les foyers.

b) Quand la diffusion du virus n'est plus contrôlée en France :

Arrêt des investigations autour des cas et levée des mesures de contrôle autour des cas.

4. Organisation de l'investigation

Les DDASS sont chargées de l'investigation et du suivi autour des cas. Elles mobilisent les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) si nécessaire.

Des fiches d'investigation sont proposées ci-après.

Questionnaire « Cas possible »

N° Identifiant Cas : |_____|

Enquêteur : _____

Institut et téléphone : _____

Fiche initiale - date : /__/__/__/
Mise à jour - date : /__/__/__/

1. Caractéristiques du malade

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F Date de naissance : /__/__/__/ (ou âge : ____)

Profession : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

2. Exposition au risque

Pendant les sept jours précédant les premiers signes, le patient :

* A-t-il habité ou revient-il d'une région ou d'un pays affecté(e) par le nouveau virus grippal : oui non
si oui lequel : _____

* A-t-il été en contact avec un élevage ou un marché de volailles de porcs
d'autres oiseaux - préciser : _____

* A-t-il travaillé dans un laboratoire manipulant des souches grippales ? oui non

* Durant la même période, le patient a-t-il eu un contact avec une personne ayant :

- un syndrome grippal
- une autre infection respiratoire aiguë préciser : _____
- des contacts avec des poules ou des oiseaux avec des porcs

* Lieu (code postal ou nom) de l'exposition : _____

3. État clinique

Date des premiers signes cliniques : /__/__/__/
fièvre toux myalgies autres symptômes - préciser : _____

Date du dernier vaccin grippal : /__/__/__/

Chimio prophylaxie antivirale : oui - date de début : /__/__/__/ non nsp

Hospitalisé oui - date /__/__/__/ - lieu : _____ non nsp

Cas dans l'entourage : oui non nsp

4. Diagnostic biologique

Prélèvements effectués : oui - date prélèvement : /__/__/__/ non nsp

Résultat : positif - tests positifs : _____ négatif nsp

5. Notes (évolution lors du suivi)

Classement du patient en : cas confirmé cas possible cas exclu

Évolution : guéri décès « en cours » nsp

Cas dans l'entourage : oui non

Questionnaire « Sujet contact »

N° Identifiant Contact : |_____| N° Identifiant Cas : |_____|

Enquêteur : _____ date de l'entretien : / __/ __/ __/

Nom du contact : _____ **Prénom** : _____

Sexe : M F Date de naissance : / __/ __/ __/ (ou âge : ____)

Profession : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : _____

Date ou période des contacts	Circonstances de l'exposition	N° Cas Index
du _____ au _____		_____
du _____ au _____		_____

Le sujet contact a-t-il reçu une chimio prophylaxie : oui - date de début : __/__/__/ non nsp

Le sujet contact a-t-il présenté un (plusieurs) des signes suivants :

Fièvre ≥ 38° C : oui non

Toux : oui non myalgies : oui non

Autres signes, précisez : _____

Si un ou plusieurs signes, date de début : |_____|

Classement du contact en : cas possible non-cas

Si cas possible, remplir la fiche « cas possible » et suivre les recommandations du plan.

Information pour le suivi (premier jour de suivi = J1 ; dernier jour du suivi = date du dernier contact avec l'exposition + 7 jours)

Date du dernier contact avec l'exposition : / __/ __/ __/

	État de santé		
	date	asymptomatique	symptomatique
J1			
J2			
J3			

Notes (évolution lors du suivi, etc.)

Fiche F.2 - Suivi de la situation sanitaire lors d'une pandémie grippale

Le suivi de la situation sanitaire est assuré par l'Institut de veille sanitaire (InVS ; cf. site internet www.invs.sante.fr).

1. Période inter-pandémique

La surveillance de la grippe se fait à partir :

- des médecins du réseau Sentinelles qui, chaque semaine et tout au long de l'année, déclarent les syndromes grippaux à l'unité 707 de l'Inserm ;
- des groupements régionaux d'observation de la grippe (GROG), qui fonctionnent d'octobre à avril : il s'agit de médecins libéraux répartis sur le territoire qui notifient les infections respiratoires aiguës et procèdent à des prélèvements aux fins de surveillance des virus circulants. Leurs données, ainsi que les résultats des prélèvements qui sont analysés par les deux centres nationaux de référence de la grippe, sont regroupés par la coordination nationale des réseaux GROG ;
- des deux centres nationaux de référence de la grippe (France nord et France sud) qui, en particulier, caractérisent les souches de virus en circulation et évaluent leur sensibilité aux antiviraux.

Afin de détecter des modifications de la sévérité d'une grippe saisonnière ou pandémique, l'InVS a complété ce dispositif par la surveillance :

- des passages aux urgences et des hospitalisations pour grippe, à partir des services d'urgence (31 services participent à ce réseau, en cours d'extension) ;
- de la mortalité spécifique par grippe, à partir des certificats de décès dénombrés dans 22 directions départementales des affaires sanitaires et sociales (une par région).

Les deux réseaux (GROG et Sentinelles) publient leurs données chaque semaine et les transmettent à l'InVS et à la DGS. En saison grippale, l'InVS rédige un bulletin hebdomadaire à partir des données de ces deux réseaux, des CNR et des réseaux de surveillance des services d'urgence et des DDASS.

2. Période d'alerte pré-pandémique (à partir de la situation 3)

La surveillance de la grippe continue de se faire à partir des réseaux GROG et Sentinelles de médecins libéraux, au besoin en activant le réseau GROG si une transmission interhumaine efficace démarre en dehors d'une période épidémique saisonnière. Un système de surveillance des cas dus à un nouveau sous-type viral est mis en place à partir des SAMU-Centres 15. Des fiches de signalement sont disponibles.

3. Période pandémique

Le suivi épidémiologique de la situation sanitaire s'appuie sur le dispositif préexistant de surveillance de la grippe. Compte tenu de l'incidence, donc de la surcharge très importante de l'activité des médecins généralistes libéraux pendant ces périodes, il n'est pas envisageable d'accélérer le rythme de remontée des informations à partir des deux réseaux de médecins libéraux.

3.1. Confirmation du début d'une pandémie hors France

a) Objectifs

Surveiller la dynamique de la pandémie hors de France.

Anticiper l'arrivée de la pandémie sur le territoire.

Détecter l'apparition sur le territoire des premiers cas liés au virus responsable de la pandémie et mettre en place rapidement des mesures de contrôle autour de chacun des cas.

Identifier les populations à risque.

Décrire cliniquement les cas et préciser les facteurs de risque de sévérité.

Suivre l'impact des premières mesures de contrôle.

b) Indicateurs

Morbidité :

- nombre de syndromes grippaux et d'infections respiratoires aiguës ;
- nombre de formes sévères de syndromes grippaux chez l'enfant et chez l'adulte ;
- nombre de cas possibles et de cas confirmés de grippe à nouveau sous-type par âge, par sexe et par département ;
- nombre et taille des foyers de cas secondaires.

Mortalité / létalité :

- nombre de décès par grippe par âge et par sexe ;
- nombre de décès toutes causes.

Virologie humaine :

- caractérisation antigénique et génétique des nouveaux sous-types viraux ;
- sensibilité des nouveaux sous-types viraux aux antiviraux ;
- caractérisation antigénique et génétique des souches virales en circulation.

Virologie animale, le cas échéant :

- nombre de virus isolés chez l'animal, espèces atteintes ;
- caractérisation antigénique et génétique ;
- résistance et durée de vie du virus dans l'environnement.

Indicateurs d'évaluation des mesures de contrôle :

- réactivité de la surveillance pour détecter les cas et les foyers ;
- taille des foyers et proportion de cas secondaires ;
- proportion de cas et de foyers ayant bénéficié des mesures prophylactiques ;
- estimation de l'impact des traitements antiviraux curatif et préventif.

Symptomatologie :

- distribution des symptômes ;
- facteurs de risque de sévérité.

Dans les zones affectées hors France :

- taux d'attaque et létalité en fonction de l'âge et du sexe ;
- extension géographique ;
- données virologiques ;
- distribution des symptômes ;
- facteurs de risque de sévérité.

c) Sources de données

Indicateurs épidémiologiques :

- réseau des GROG et réseau Sentinelles ;
- centres nationaux de référence de la grippe et leurs partenaires nationaux et internationaux ;
- Afssa et direction générale de l'alimentation ;

- services des urgences des hôpitaux (surveillance des formes sévères) ;
- directions départementales des affaires sanitaires et sociales ;
- SAMU-Centres 15 ;
- Institut de veille sanitaire ;
- médecins des aéroports ;
- OMS, *European Influenza Surveillance Scheme*, ministères de la santé des pays affectés.

d) Période et fréquence de collecte des données

Période de collecte : de l'annonce de la situation 6 à la fin de la pandémie.

Fréquence de collecte modulée en fonction du nombre de nouveaux cas :

- en début de période, information quotidienne sur la détection de nouveaux cas ;
- données hebdomadaires des systèmes de surveillance de morbidité (GROG et réseau Sentinelles) ainsi que des formes sévères et mortalité (DDASS).

e) Analyse des données

Par le réseau GROG, le réseau Sentinelles, les CNR, les DDASS, l'InVS.

f) Information professionnelle

Information quotidienne en début de période, puis information hebdomadaire par le bulletin de l'InVS.

3.2. Confirmation du début de la pandémie en France (situation 6)

a) Objectifs

Rechercher et / ou confirmer les groupes à risque.

Décrire la pandémie en France.

Évaluer des mesures de contrôle mises en place.

b) Indicateurs

Mêmes indicateurs que pour la situation « 6 - France non touchée », tant que la diffusion du virus reste contrôlée. Éventuellement, l'unité ne sera plus l'individu mais le foyer d'individus touchés et les mesures de contrôle ne s'appliqueront plus aux individus contacts mais à la population résidant ou travaillant dans la zone entourant les foyers.

Dès que la diffusion du virus n'est plus contrôlée :

Morbidité :

- nombre de formes sévères de syndromes grippaux chez l'enfant et chez l'adulte ;
- nombre de syndromes grippaux et d'infections respiratoires aiguës.

Mortalité / létalité :

- nombre de décès par grippe par âge et par sexe ;
- nombre de décès toutes causes.

Virologie humaine :

- caractérisation antigénique et génétique des virus grippaux ;
- sensibilité des virus aux antiviraux.

Virologie animale, le cas échéant :

- nombre de virus isolés chez l'animal, espèces atteintes ;
- caractérisation antigénique et génétique.

Mesures de contrôle :

- estimation de l'impact des antiviraux en traitements curatif et préventif ;
- estimation de l'impact du vaccin spécifique (si disponible) ;
- estimation de l'impact des masques.

c) Sources de données

Mêmes sources que pour la situation 6 - France non touchée.

Pour les décès : données de mortalité spécifique issues des DDASS et données d'état civil électroniques quotidiennes.

d) Période et fréquence de collecte des données

Période de collecte : de l'annonce de la situation 6 à la fin de la pandémie.

Fréquence hebdomadaire.

e) Analyse des données

Par le réseau des GROG, le réseau Sentinelles, les CNR, les DDASS, l'InVS.

f) Information professionnelle

Information hebdomadaire par le bulletin de l'InVS.

4. Fin de la première vague en France (situation 6)

a) Objectifs

Évaluer l'impact de la première vague.

Estimer l'immunité de la population.

Adapter, si nécessaire, les modalités de prise en charge des patients.

Anticiper l'arrivée d'une éventuelle seconde vague.

Maintenir la surveillance renforcée.

Suivre l'évolution de la pandémie dans les autres pays.

b) Indicateurs

Mêmes indicateurs que ceux de la période d'alerte pandémique, complétés par des études séro-épidémiologiques si des tests sont disponibles.

c) Sources de données

Mêmes sources que celles de la période d'alerte pandémique.

d) Période et fréquence de collecte des données

Mêmes période et fréquence que celles de la période d'alerte pandémique.

e) Analyse des données

Analyse des données recueillies lors de la première vague :

- description de l'épidémie, impact socioéconomique...
- analyse des données virologiques et immunologiques ;
- études de séro-épidémiologie ;
- impact des mesures de contrôle.

f) Information professionnelle

Information hebdomadaire par le bulletin de l'InVS.

g) Recommandations

Élaboration de recommandations dans la perspective d'une éventuelle seconde vague : interventions, groupes à risque ...

5. Seconde vague éventuelle en France

Même dispositions que celles concernant la situation 6 - France touchée.

6. Période post-pandémique

Retour à la phase inter-pandémique.

Analyse globale de la pandémie.

Fiche G.1 - Recommandations aux entreprises et aux administrations pour la continuité des activités économiques et des services publics et la prévention sanitaire en période de pandémie

Les perturbations susceptibles d'affecter les services publics et les activités économiques en cas de pandémie peuvent être limitées par des actions de préparation en amont et, si la pandémie survient, par des adaptations demandant souplesse et réactivité en fonction de la situation sanitaire et du contexte local. La réponse optimale à ce défi appelle un effort collectif et concerté des chefs d'entreprise ou de service et de leurs employés.

L'approche méthodologique de la présente fiche se veut très large, afin que chacun y trouve des pistes de réponse à ses préoccupations et aux questions qui se poseraient en cas de pandémie. Son application doit être modulée en fonction de la taille de l'organisme (PME, TPE, ...), de son secteur d'activité et de circonstances locales.

1. Évaluation de l'enjeu

Par l'ampleur de ses conséquences, la grippe pandémique peut constituer une menace redoutable non seulement sur le plan humain mais aussi sur le plan de l'organisation de la société et de la vie économique. Due à un nouveau type de virus contre lequel la population n'a pas développé d'immunité, elle peut affecter une très grande proportion de la population, l'expérience des pandémies passées montrant que les classes jeunes sont souvent beaucoup plus touchées que lors des épidémies saisonnières.

Un objectif fondamental sera alors de concilier la continuité des activités du secteur privé comme du secteur public, et la protection de la santé des salariés des entreprises et des agents de la fonction publique, dans l'intérêt du bon fonctionnement de la société dans son ensemble.

Au-delà des établissements déjà soumis à l'application des règles de prévention du risque biologique en milieu professionnel, il est de l'intérêt de l'ensemble des entreprises et administrations, collectivités ou établissements publics de prendre les mesures d'organisation et de prévention adéquates pour permettre la poursuite ou l'adaptation de leur activité ou la continuité du service.

Face à une pandémie dont les conséquences sanitaires seraient limitées, l'objectif sera d'assurer un fonctionnement de l'entreprise ou de l'administration le plus proche possible des conditions normales. Il appartiendra à chacun, du chef d'entreprise ou de service à l'ensemble des employés, d'adopter un comportement solidaire afin que l'activité soit aussi peu perturbée que possible.

Si la pandémie fait de nombreuses victimes, la priorité de sauvegarde des vies humaines imposera probablement une interruption temporaire des activités non essentielles de manière à limiter les contacts qui aggraveraient l'épidémie. Le devoir de chacun sera alors de respecter strictement les consignes qui seront données par les pouvoirs publics et relayées par les employeurs.

Au-delà des consignes possibles de maintien à domicile dans les périodes les plus critiques, plusieurs raisons conduiront vraisemblablement à une forte réduction des effectifs présents sur le lieu de travail : maladie ou convalescence, présence à assurer au chevet d'un malade, « quarantaine familiale » des membres du foyer, garde des enfants dont les crèches et les écoles seront fermées, missions bénévoles indispensables au niveau local...

2. Conséquences d'une pandémie pour une entreprise ou une administration

On redoute aujourd'hui que le virus aviaire H5N1 hautement pathogène, qui est le virus influenza le plus meurtrier connu à ce jour, mute et acquière une capacité de transmission interhumaine soutenue. Fondées sur

les pandémies passées, les évaluations de l'Institut de veille sanitaire chiffrent le bilan possible en l'absence d'intervention sanitaire à 9 à 20 millions de malades, 455 000 à 1 000 000 d'hospitalisations, 91 000 à 212 000 décès.

Les principales conséquences d'une pandémie, conduisant à une perturbation sensible de l'activité, pourraient être les suivantes :

- la diminution des effectifs présents sur le lieu de travail ;
- l'indisponibilité simultanée de plusieurs dirigeants ou responsables ;
- des difficultés d'approvisionnement et la défaillance de fournisseurs et de sous-traitants ;
- la dégradation de services particulièrement sensibles (énergie, communications, transports...) ;
- la perturbation des circuits financiers et la réduction des disponibilités financières ;
- l'annulation de commandes et l'impossibilité d'en satisfaire d'autres ;
- des mesures de contrôle aux frontières et d'interruption des liaisons internationales, de restriction voire d'interruption temporaire des transports collectifs avec, en corollaire, la perturbation des importations et des exportations, une interruption des déplacements à l'étranger, voire des restrictions de circulation sur le territoire national ;
- une réduction de la consommation (à quelques exceptions près dont les produits alimentaires et les produits d'hygiène) ;
- l'interruption d'activités affectant des secteurs professionnels particuliers (spectacles, manifestations sportives, culturelles ou festives, tourisme, loisirs, restauration, ...).

3. Objectif du plan de continuité : maintenir l'activité au niveau le plus élevé possible tout en protégeant les personnels exposés

Le plan national « Pandémie grippale » préconise une démarche d'anticipation, passant par l'élaboration de « plans de continuité » en phase pandémique, dont l'activation sera préparée dès les situations 4B ou 5A. Ils visent à préparer au mieux les administrations et les entreprises à affronter la pandémie. Cette démarche doit prévoir à la fois des modes d'organisation spécifiques et la protection des personnels présents sur les lieux de travail. Elle concerne aussi bien les grandes entreprises que les PME et les TPE, d'autant que les petites entreprises seront souvent plus sensibles à un environnement perturbé.

L'élaboration du plan de continuité est obligatoire pour les administrations de l'État. Elle est fortement recommandée pour les collectivités territoriales et pour les entreprises.

La préparation d'un plan de continuité impose de partir d'hypothèses de travail réalistes. L'Organisation mondiale de la santé recommande de se baser sur un taux d'absentéisme de 25 %, mais cette évaluation ne tient compte que de l'effet direct de la maladie.

Il est suggéré d'élaborer les plans de continuité sur la base de plusieurs scénarios, le principal pouvant être :

- un taux moyen d'absentéisme de 25 % tout au long de la vague pandémique (8 à 12 semaines) ;
- un taux d'absentéisme de 40 % sur les deux semaines de pointe de la vague pandémique³¹.

Le plan de continuité doit être fondé sur un examen des conséquences vraisemblables de la pandémie sur l'activité habituelle, sur l'identification et la hiérarchisation des missions devant être assurées en toutes circonstances, de celles pouvant être interrompues pendant une à deux semaines et de celles pouvant l'être de 8 à 12 semaines. Les ressources nécessaires à la continuité des activités indispensables seront ensuite évaluées : moyens humains (en termes d'effectifs et de compétences) et moyens matériels, affectations financières, conseil juridique, etc.

Une part essentielle du plan sera consacrée aux mesures de protection de la santé des personnels. En conséquence, dans la mesure où l'employeur aura mis en œuvre les dispositions requises pour protéger la

³¹Ces taux sont cohérents avec ceux retenus par d'autres pays. Ainsi, en tenant compte de tous les facteurs d'absence, les autorités américaines demandent aux entreprises de préparer leur plan sur la base d'un taux d'absentéisme de 40 % pendant deux semaines. Les services canadiens, retenant l'hypothèse de 15 à 35 % des employés tombant malades simultanément, préconisent aux employeurs de prévoir un taux d'absentéisme atteignant 50 % pendant environ deux semaines à la pointe de la vague et un taux plus faible pour les semaines les entourant.

santé et assurer la sécurité de son personnel, le droit de retrait ne devrait être exercé que dans des cas ou des circonstances exceptionnels. (cf. annexe 2).

La réquisition du personnel sur son lieu de travail habituel restera une mesure exceptionnelle, qui n'a donc pas à figurer comme une mesure régulière du plan de continuité.

Le ministère chargé du travail a publié la circulaire modifiée DGT 2007/18 du 18 décembre 2007 relative à la continuité de l'activité des entreprises et aux conditions de travail et d'emploi des salariés du secteur privé en cas de pandémie grippale. Elle apporte des précisions sur l'élaboration et le contenu attendu du plan de continuité de l'entreprise et sur la manière d'adapter le dispositif existant de protection de la santé des personnels (document unique, programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail) en associant à cette démarche les instances représentatives du personnel compétentes en matière d'hygiène et de sécurité. Elle indique également les conditions dans lesquelles les services déconcentrés du ministère chargé du travail doivent contribuer à la mobilisation des entreprises afin de favoriser la mise en place de mesures d'organisation, de prévention et de protection adaptées aux difficultés qu'elles pourraient rencontrer face à une pandémie grippale.

Des documents disponibles sur internet peuvent faciliter l'élaboration des plans de continuité des entreprises³².

Un exemple de trame d'un plan de continuité est donné en annexe 1.

4. Protection de la santé du personnel

En application de l'article L. 230-2 du code du travail, le chef d'établissement est tenu d'assurer la santé et la sécurité de tous ses employés, avec une obligation de résultat confirmée par une jurisprudence constante. Dans ce cadre, il doit procéder à une évaluation générale et a priori des risques pesant sur la santé et la sécurité des travailleurs. Cette évaluation, actualisée, s'effectue par unité de travail, en vue de déterminer les mesures de prévention appropriées. Ces mesures comprennent aussi des actions, d'information et de formation des salariés ainsi que l'adaptation de l'organisation du travail. L'actualisation du document unique permet de tenir compte du changement des circonstances afin d'améliorer la protection du personnel. A partir du document unique actualisé, les mesures de prévention sont définies dans le programme annuel de prévention. Cette démarche est conduite selon une procédure faisant intervenir les instances représentatives du personnel (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et/ou délégués du personnel). Le médecin du travail ou le médecin de prévention apporte sa compétence médicale.

Ce dispositif général de prévention et de protection doit être étendu aux risques pouvant survenir en période de pandémie. Si la situation de pandémie grippale constitue principalement un risque environnemental concernant l'ensemble de la population, toutes les entreprises devront affronter les conséquences plus ou moins directes (absentéisme, baisse de la production..) y compris en termes d'organisation du travail. Si chaque situation est spécifique : quatre grands types de situation peuvent être identifiés dont deux à risques particulièrement élevés (les deux derniers) :

- les salariés travaillent à distance et ne sont donc pas exposés à des contacts humains variés et nombreux du fait de leur activité professionnelle. Dans ce cas, l'employeur n'a pas à prendre de mesure de protection des salariés ; ces derniers devant alors se référer aux consignes des autorités sanitaires valables pour la population générale ;
- les salariés sont présents sur leur lieu de travail habituel (hors domicile privé) et sont donc exposés au risque environnemental général, notamment du fait du contact avec leurs collègues dans l'entreprise, sans que le risque soit aggravé par une organisation particulière du travail (*situation qui sera la plus fréquente, a priori*). Les consignes élémentaires d'hygiène et de sécurité destinées à la population générale sont applicables à l'entreprise de manière renforcée, en fonction de l'évaluation des risques actualisée ;
- pour les salariés exposés régulièrement à des contacts étroits avec le public du fait de leur profession (métiers de guichet ou de caisse par exemple), le risque de transmission du virus grippal pandémique

³²Fiches du Medef à l'adresse http://www.medef.fr/staging/site/page.php?pag_id=46616 ; guide de planification de la continuité pour les entreprises canadiennes à l'adresse http://www.cme-mec.ca/national/template_na_f.asp?p=23.

s'avère être plus élevé parce-que l'activité professionnelle implique une surexposition, sur le lieu de travail, à des facteurs de risque d'origine environnementale. Dans ce contexte particulier, il est donc vivement recommandé à l'employeur, entre autre, de fournir et d'imposer le port d'équipements de protection individuelle et de mettre en place les mesures d'hygiène renforcées appropriées ;

- pour les situations dans lesquelles les salariés sont directement exposés à un risque, encore aggravé, de transmission du virus grippal en raison même de la nature de leur activité professionnelle habituelle, la réglementation propre au risque biologique s'applique alors avec d'autant plus de vigilance du fait de la pandémie grippale.

Par ailleurs, doivent être pris en compte les risques concernant les changements de poste ou de modalités de travail, ceux liés au manque de pratique d'employés remplaçant les titulaires habituels des postes, au manque de moyens ou d'énergie, à des déficiences de systèmes d'information... Il convient également de considérer les conditions particulières d'utilisation des transports publics collectifs pour se rendre sur les lieux de travail.

Ainsi, la préparation à la survenue d'une pandémie comprendra :

- l'adaptation du dispositif existant de protection de la santé des personnels à la situation particulière de la pandémie (document unique, programme de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail), à travers des mesures proportionnées au risque effectivement encouru. Des exercices ou des simulations peuvent être réalisés pour s'assurer de la pertinence des mesures envisagées et adapter, si nécessaire, certaines mesures ;
- l'association à ce dispositif des instances représentatives du personnel compétentes en matière d'hygiène et de sécurité ;
- l'élaboration de mesures destinées à freiner la contagion (consignes au personnel et visiteurs, gestion des entrées des personnes, des flux de produits de la ventilation et de la climatisation, des déchets contaminés...);
- la mise en œuvre des mesures préparatoires, notamment :
 - l'acquisition de stocks suffisants de masques respiratoires et autres équipements de protection individuelle en fonction des risques liés aux postes occupés, et préparation d'une information garantissant leur utilisation efficace ;
 - la vérification de l'aptitude du personnel au port des équipements de protection ;
 - la mise à disposition des moyens d'hygiène (eau savon liquide, moyen d'essuyage à usage unique, vestiaires séparés...) et la formalisation des consignes d'hygiène spécifiques (lavage des mains, port de masques, nettoyage des surfaces...)
 - l'élaboration de consignes de sécurité et de protection spécifiques au risque de pandémie grippale ;
 - l'information et la formation du personnel à l'ensemble des mesures prévues pour garantir une application correcte des consignes de sécurité et de protection, en tenant compte des personnes qui devront accomplir des tâches qui ne sont pas les leurs habituellement.

L'acquisition des équipements relève de la responsabilité de chaque employeur. Les dispositions relatives à l'acquisition des masques sont détaillées dans la fiche technique G.4 du plan national « Pandémie grippale » (site internet www.grippeaviaire.gouv.fr). Deux types de masques peuvent être employés :

- **les masques anti-projections tels les masques chirurgicaux, destinés à protéger les personnes à qui l'on fait face.** Ils peuvent être achetés en quantité importante auprès de l'Union des groupements d'achats publics (UGAP), ou en quantité plus limitée auprès des fournisseurs habituels du monde hospitalier ou de l'industrie agroalimentaire ;
- **les masques FFP2, destinés à protéger les personnes qui les portent.** Ils sont notamment destinés aux personnes exposées aux malades, à leurs prélèvements ou à leurs effluents, aux personnes en contact répété et rapproché avec le public, à celles chargées de la gestion des déchets ou des ordures ménagères.

L'organisme utilisateur est le payeur. Toutefois pour tous les professionnels de santé et assimilés (y compris les sapeurs-pompiers intervenant dans la prise en charge des malades), les stocks du ministère de la santé seront distribués gratuitement en situation de pandémie.

L'implication directe des organisations professionnelles doit être encouragée pour faciliter des achats groupés à destination des petites entreprises et des commerces, en s'appuyant éventuellement sur la logistique de centrales d'achat.

Par dérogation aux règles habituelles, tous les organismes privés ayant des personnels exposés, y compris les commerces, sont autorisés à acheter les masques FFP2 ou chirurgicaux, auprès de l'UGAP³³, qui vérifie l'acceptabilité des demandes auprès du délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire.

³³ Les commandes ou les intentions d'achat doivent être adressées à : UGAP - Agence Ile-de-France - Champs-sur-Marne - 77444 Marne-la-Vallée cedex 2 ; mél : agenceiledefrance@ugap.fr

Annexe 1 - Exemple de trame d'un plan de continuité
--

Les mesures prévues et les éléments inscrits dans le plan de continuité doivent être conformes aux dispositions et recommandations du plan national « Pandémie grippale ».

1. Analyse des missions assurées par l'organisme - Continuité des fonctions de direction

- Désignation d'une personne responsable (et d'un remplaçant) pour coordonner la préparation et la mise en œuvre du dispositif de gestion de crise.
- Détermination des conséquences possibles de la pandémie ; examen de la situation prévisible du secteur d'activité de l'entreprise ou de l'administration ; élaboration de scénarii ; évaluation des conséquences financières ; adaptation de l'activité à l'évolution des besoins des clients et consommateurs en situation de pandémie ; cas particuliers où la fermeture pourrait être décidée.
- Identification et hiérarchisation des missions devant être assurées en toutes circonstances ; fonctions à assurer.
- Cas particulier des missions nécessaires à la sécurité des populations et de l'environnement (dans les installations classées pour la protection de l'environnement, par exemple).
- Identification des missions pouvant être interrompues pendant une à deux semaines et de celles pouvant l'être de 8 à 12 semaines.
- Identification des ressources nécessaires à la continuité de l'activité indispensable : moyens humains (en termes d'effectifs, de postes clés et de compétences) et matériels, affectations financières (évaluer la baisse des commandes, le coût des journées de travail perdues, les stocks complémentaires pour faire face aux pénuries d'approvisionnement, le coût des mesures de protection et d'hygiène, des moyens de communication...), conseil juridique...
- Extension des délégations de signature et des principes de suppléance, dans l'hypothèse de l'indisponibilité simultanée de plusieurs responsables.

2. Ressources humaines

- Établissement d'un état des effectifs indiquant notamment :
 - o la nécessité d'un maintien à domicile durant la période pandémique en raison d'un handicap ou d'un facteur médical ;
 - o la proximité domicile-lieu de travail et la disponibilité d'un véhicule personnel ;
 - o leur compétence au regard des missions et fonctions prioritaires à assurer ;
 - o leur disponibilité prévisible en cas de fermeture des crèches et des établissements d'enseignement ;
 - o leur possibilité de travailler depuis leur domicile ;
 - o les postes qu'ils pourraient occuper dans une situation dégradée ;
 - o leur perception du volontariat.
- Vérification des possibilités de suppléance pour les postes essentiels.
- Possibilités de renforcement (réservistes, jeunes retraités, intérimaires, etc.).
- Formation de certains personnels aux tâches prioritaires.
- Principes d'enregistrement des jours et horaires de présence sur le lieu de travail, afin de retracer *a posteriori* les contagions possibles et de prendre, le cas échéant, des mesures de maintien à domicile des personnes qui ont été exposées.

- Règles spécifiques applicables en situation pandémique, relatives :
 - o à la rémunération des employés ;
 - o aux congés de toutes natures ;
 - o à la médecine du travail ;
 - o aux expatriés (plan d'évacuation notamment).
- Dispositifs de « sas sanitaires » pour la relève des personnels possédant des compétences indispensables.

3. Méthodes et moyens de protection et d'information des personnels

La première mesure à mettre en œuvre est l'actualisation du document unique d'évaluation des risques pour intégrer les nouveaux risques liés à la situation de crise sanitaire majeure et définir, à partir de ce document, les mesures de prévention dans le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Parmi celles-ci figureront :

- l'application des mesures d'hygiène ;
- la réduction des contacts entre personnes ;
- le suivi médical des personnels, y compris un contrôle éventuel (température par exemple) ;
- la dotation en moyens de protection (masques notamment).

Il est nécessaire d'identifier les personnels les plus exposés au virus et de déterminer les modalités particulières de leur protection, par :

- l'évaluation des besoins (personnes exposées et types de masques ; autres équipements de protection individuelle en fonction des postes occupés) ;
- la vérification, par le médecin de prévention ou le médecin du travail, de l'aptitude au port des équipements, en incluant les personnels susceptibles de changer de poste ;
- la constitution du stock d'équipements de protection et les modalités de distribution ;
- la formation aux règles d'hygiène renforcée et à l'emploi des masques.

L'information des personnels et l'aide sociale en situation de pandémie doit porter :

- sur la maladie et les règles d'hygiène ;
- sur l'organisation de l'entreprise face à la pandémie, en y associant les instances représentatives du personnel compétentes en matière d'hygiène et de sécurité des conditions de travail ;
- sur l'aide sociale lors de la pandémie.

Il doit être noté que, si les entreprises et les administrations doivent prévoir l'acquisition de moyens de protection tels que masques, gants, etc., elles n'ont pas à acquérir préventivement des médicaments, qui seront délivrés aux malades sur prescription médicale à partir des stocks constitués par l'État.

4. Modes d'organisation pour le maintien de l'activité

- Identification de fournisseurs alternatifs ;
- Constitution ou renforcement de stocks ;
- Solutions alternatives de transport pour les approvisionnements et les produits fabriqués ;
- Procédures de remplacement du courrier ;
- Détermination de solutions à la problématique financière : paiement des salaires, attitude vis-à-vis des clients demandant des facilités de paiement, assurances, etc.
- Établissement d'une liste des moyens techniques et logistiques à prévoir en fonction des activités identifiées comme essentielles (téléphones, postes internet, ordinateurs portables, etc.) ;

- Mesures visant à limiter la contagion : renforcement des mesures d'hygiène et de protection, suppression de réunions, constitution d'équipes de réserve, ventilation de certaines salles voire purification d'atmosphère, etc.
- Modalités de restauration collective ;
- Moyens alternatifs de transport ou d'hébergement (mise à disposition de véhicules, covoiturage, taxis, logement sur place, etc.) ;
- Réorganisation du travail : audioconférences et téléconférences, travail à domicile, etc.
- Aménagement des horaires et du temps de travail pour remédier aux perturbations liées à l'absentéisme ;
- Outils d'information collective du personnel à domicile (site internet et répondeurs, etc.) ;
- Utilisation du courrier électronique et de la télécopie plutôt que du courrier classique (papier) ;
- Plan de communication, notamment vis-à-vis des clients et des consommateurs ;
- ...

5. Acquisitions préalables

- Produits d'hygiène, masques et autres moyens de protection ;
- Équipements nécessaires au travail à domicile (prévoir la sécurisation des informations confidentielles pour le télétravail) ;
- Équipements nécessaires à l'adaptation des postes les plus exposés (hygiaphones par exemple) ;
- Passation de contrats pour l'organisation de téléconférences ;
- ...

6. Reprise des opérations à l'issue de la phase aiguë

7. Suivi de situation et comptes rendus

8. Exercices

Annexe 2 - La problématique du droit de retrait lors d'une pandémie grippale

1. Rappel sur les conditions générales d'exercice du droit de retrait

Le droit de retrait, qui s'exerce sous le contrôle du juge judiciaire ou du juge administratif, est très encadré. En vertu des articles L. 231-8 et suivants du code du travail et des décrets n° 82-453 du 28 mai 1982 et n° 85-603 du 10 juin 1985 définissant l'organisation de l'hygiène, la sécurité au travail et la médecine de prévention dans les fonctions publiques de l'État et territoriale, les salariés et les agents publics bénéficient d'un droit d'alerte et de retrait s'ils ont un motif raisonnable de penser qu'une situation de travail présente un danger grave et imminent pour leur vie et leur santé, c'est-à-dire si une menace à court terme est susceptible de provoquer une atteinte sérieuse à leur intégrité physique.

Sur la notion de danger grave et imminent, il convient de préciser que le degré de gravité du danger doit être distingué du risque « habituel » du poste de travail et l'imminence du danger suppose qu'il ne soit pas encore réalisé mais qu'il est susceptible de se concrétiser dans un bref délai.

L'appréciation des éléments de cause pouvant faire penser que le maintien dans le poste de travail présente un danger grave et imminent relève des tribunaux judiciaires ou administratifs qui vérifient le caractère raisonnable du motif qu'à le travailleur, à un moment donné, de croire en l'existence d'un danger grave et imminent.

L'exercice de ce droit n'est qu'une faculté et non une obligation.

Le droit de retrait ne peut s'exercer sans utiliser, au préalable ou simultanément, la procédure d'alerte qui consiste, pour le salarié ou l'agent public, à signaler à l'employeur l'existence d'un danger grave et imminent, directement ou par l'intermédiaire d'un représentant du personnel ou, dans le cas des agents publics, d'un membre du comité d'hygiène et de sécurité. Le retrait peut intervenir à la suite d'une information donnée, oralement ou par écrit, par l'employé à l'employeur ou à son représentant.

Lorsqu'il est justifié, le droit de retrait doit être exercé de manière telle qu'il ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent.

2. Exercice du droit de retrait en cas de pandémie grippale

Qu'il s'agisse du secteur privé ou du secteur public, l'exercice du droit de retrait en situation de pandémie grippale doit demeurer exceptionnel dès lors que l'employeur aura pris toutes les mesures de prévention et de protection individuelle visant à réduire les risques de contamination auxquels les salariés ou agents peuvent être exposés.

Dans l'hypothèse où le recours à la réquisition³⁴ est rendu nécessaire et dès lors que toutes les mesures de prévention ont été prises par l'autorité requérante, l'exercice du droit de retrait ne serait alors pas fondé s'il était exclusivement motivé par la crainte que représente la mesure de réquisition.

³⁴ Les modalités de mise en œuvre de la réquisition ne doivent pas excéder les mesures imposées par l'urgence et doivent être proportionnées aux nécessités de l'ordre public ou de l'intérêt de la nation.

Dans la fonction publique, certaines missions sont incompatibles par nature avec l'usage du droit de retrait. Il s'agit de missions générales assurant la sécurité des biens et des personnes exercées par les services et unités des douanes, de la police, de l'administration pénitentiaire ou de la sécurité civile³⁵

³⁵ Les missions d'ordre public et de sécurité incompatibles avec l'exercice du droit de retrait sont définies par arrêtés interministériels : arrêté du 10 avril 1997 pour le personnel pénitentiaire (*Journal officiel* du 18 avril 1997), arrêté du 26 avril 2002 pour le personnel diplomatique (*Journal officiel* du 3 mai 2002), arrêté du 15 mars 2001 pour les personnels de la fonction publique territoriale (*Journal officiel* du 24 mars 2001).

Fiche G.2 - Comportement civique et mobilisation sociale

Historiquement, les grandes épidémies ont toujours bouleversé les sociétés qu'elles ont touchées. L'apparition d'une pandémie pourrait, en conséquence, engendrer des phénomènes sociaux diversifiés. Différents types d'attitudes pourront ainsi coexister ou se succéder chez certains : repli sur soi, sur son entourage proche, panique selon l'importance de la mortalité ou comportements pouvant mettre en danger la sécurité publique, voire à l'opposé générosité consciente et soutien aux autres.

Face à la survenue d'une pandémie grippale, l'Etat a défini un ensemble de mesures préparatoires déclinées dans le plan national de prévention et de lutte « Pandémie grippale ». Ces mesures correspondent à ses responsabilités et aux capacités mobilisables mais elles ont des limites. Ainsi, l'Etat n'a pas pour mission de gérer au quotidien tous les problèmes de la population. De même, si la fiche G.1 annexée au plan national, recommande aux organismes publics et privés de se préparer, leurs mesures d'organisation et de prévention, si élaborées soient-elles, ne permettront pas non plus de couvrir l'ensemble des situations auquel chacun devra faire face dans sa vie professionnelle en situation de pandémie.

Ainsi, en situation de pandémie, chacun devra être conscient des limites des interventions des pouvoirs publics et des actions d'organismes privés et, en conséquence, se prendre en charge en s'adaptant au contexte existant. Le moment venu, cette prise en charge sera d'autant plus facile que la population aura été sensibilisée au préalable.

Il est donc important qu'en situation pré-pandémique l'Etat, les collectivités territoriales, les organismes publics, les entreprises et les associations ayant une organisation structurée, contribuent à la sensibilisation progressive de la population qu'ils touchent aux risques liés à une pandémie et aux attitudes pertinentes de prise en charge individuelle et collective, en insistant sur les aspects éthiques. Dès le début de la situation pandémique, l'évolution de la situation nécessitera de passer d'une sensibilisation à une mobilisation active, adaptée au contexte réel, à partir notamment des indications qui seront données par l'Etat³⁶.

Le travail de sensibilisation progressive, à engager dès maintenant, puis de mobilisation sociale des personnes en pandémie, doit porter principalement sur les points suivants :

1) Un comportement civique individuel de respect des règles et recommandations :

Que ce soit pour accéder aux soins ou pour réaliser des actes de la vie quotidienne, comme le ravitaillement alimentaire ou les transports, différentes dispositions spécifiques seront mises en place en situation de pandémie notamment en application du plan national. Pour faire face aux risques de contamination, des règles adaptées s'appliqueront. Chacun pouvant être contaminé mais aussi être transmetteur de la maladie, il sera essentiel que chacun respecte les règles et recommandations de base édictées.

Le contexte sanitaire, notamment le niveau de mortalité, peuvent à juste titre créer des angoisses dans la population ; la communication devra en tenir compte pour expliquer le bénéfice relatif que peut apporter le respect des règles et recommandations.

2) Une mobilisation pour une contribution à la vie économique et sociale par :

Une poursuite de la participation à la vie économique : Ainsi que l'indique le plan national, un des objectifs sera de concilier la continuité d'une activité économique avec une protection de la santé des populations. De nombreuses activités sont dépendantes d'autres ; le dysfonctionnement de certaines peut avoir des répercussions cruciales sur des activités essentielles pour les soins ou pour la poursuite

³⁶ Les citoyens seront appelés à suivre les informations et annonces des pouvoirs publics nationaux et locaux via les médias, les sites officiels et les antennes locales de France Bleu.

de la vie quotidienne. Par ailleurs, la société fonctionne comme un organisme pour lequel le maintien d'une activité économique contribuera à renforcer ses capacités de défense, voire sa survie. Ainsi, les plans de continuité des activités, s'ils doivent permettre d'assurer le minimum de fourniture de produits et de services (fiche G.1), ne peuvent être élaborés sans avoir intégré les mesures de protection individuelles et collectives nécessaires pour leurs salariés car ceux-ci sont les acteurs indispensables du maintien de l'activité. Aussi, sauf cas de maladie, de soutien à des personnes malades dans le proche entourage, ou de besoin de garde d'enfants, il est important que les professionnels continuent à travailler dans le cadre du plan de continuité de chaque organisme même si des évolutions temporaires de métier ou de responsabilités pourront intervenir. Le dialogue social doit être un des moyens de sensibiliser les employeurs et les employés à un tel comportement.

Une contribution à la solidarité familiale et de voisinage (aide de proximité) : Une situation sanitaire grave demande que chacun fasse un effort pour porter attention aux personnes de son entourage proche, qu'il soit familial ou de voisinage. Prendre simplement des nouvelles par téléphone, rendre visite aux personnes vulnérables ou isolées peuvent être d'un grand soutien, voire d'un grand secours. Il faudra cependant observer des règles et les distances de protection sanitaire adaptées pour éviter de se contaminer les uns les autres.

Une participation sociale : La participation sociale pourra s'opérer de plusieurs façons : par une inscription préalable aux corps de réserve existants, ou par des actions de bénévolat. Le bénévolat pourra revêtir de nombreuses formes : aide à des personnes seules ou en difficulté qui ne nécessiteront pas l'admission en structure intermédiaire, soutien du fonctionnement d'associations ... Le bénévolat pourra permettre notamment à des personnes dont les activités professionnelles ou étudiantes seront momentanément réduites, voire suspendues, d'apporter une contribution à l'action globale de la société en situation de pandémie.

Pour qu'ils soient efficaces tout en étant protégés, il sera conseillé aux bénévoles de s'inscrire dans le cadre d'associations qui se seront préparées dans ce sens, notamment par un plan de continuité, et qui agiront et seront organisées en relation avec les pouvoirs publics.

En situation de pandémie, les préfetures et les collectivités territoriales devront informer la population des lieux où les personnes souhaitant apporter une aide, pourront se faire connaître.

Fiche G.3 – Travail à distance

Le travail à distance constitue une modalité d'organisation pouvant figurer parmi celles retenues par les entreprises dans le cadre de leur plan de continuité. Il vise à maintenir, en totalité ou partiellement, la production par les salariés qui ne peuvent pas se rendre sur leur lieu de travail, salariés qu'il est souhaitable de maintenir à leur domicile ou dont la mobilité sera réduite du fait de la situation engendrée par la pandémie.

La plupart du temps, le travail à distance ne suffira pas, seul, à pallier l'absence physique des salariés de leur lieu de travail.

Combiné à d'autres moyens d'adaptation de l'organisation du travail (*cf. annexe 1 de la fiche G.1*), le travail à distance permettra, en mobilisant notamment, mais pas seulement, les technologies de l'information disponibles (Internet, audio-conférences, vidéo-conférences – et dans ce cas on parlera de télétravail), d'éviter le déplacement de certains salariés de leur domicile à leur lieu de travail ou entre différents sites de leur entreprise, tout en leur permettant de poursuivre tout ou partie de leur activité.

Le travail à distance n'implique pas nécessairement l'utilisation des technologies de l'information. Il peut dans certains cas s'agir de la réalisation de travaux à domicile impliquant la mise en œuvre d'une logistique ad hoc pour le transport de dossiers ou de matériaux par exemple. Il peut également se traduire par une limitation des déplacements de certains salariés qui se rendront exceptionnellement sur un site de leur entreprise, plus proche de leur lieu d'habitation que celui où ils exercent habituellement leur activité.

Lors de l'élaboration de son plan de continuité, le chef d'entreprise ou le chef de service devra identifier les fonctions pouvant être exercées à distance, en déterminer les modalités et prévoir les moyens matériels devant être mis en œuvre à cet effet. Lorsqu'il met en place le télétravail, le chef d'entreprise doit se conformer aux dispositions prévues par l'accord national interprofessionnel du 19 juillet 2005 étendu par un arrêté du 30 mai 2006 du ministère chargé du travail.

Des travaux en cours confiés à l'ANACT par le ministère chargé du travail sur le plan d'action de l'entreprise permettront d'apporter un éclairage plus complet sur l'utilisation qui peut être faite du travail à distance pour contribuer au maintien de l'activité.

Cadre juridique du télétravail

Selon l'accord national interprofessionnel du 19 juillet 2005 sur le télétravail³⁷ qui transpose en droit français l'accord cadre européen du 16 juillet 2002, le télétravail est une forme d'organisation ou de réalisation du travail, utilisant les technologies de l'information dans le cadre d'un contrat de travail et dans laquelle un travail, qui aurait également pu être réalisé dans les locaux de l'employeur, est effectué hors de ces locaux de façon régulière.

1. Nécessité d'un accord

Tous les salariés, dès lors qu'ils disposent du matériel nécessaire pour exécuter le travail par télétransmission et que leur travail s'y prête, peuvent être concernés par le télétravail. L'accord national interprofessionnel stipule que des accords de branche ou d'entreprise peuvent préciser les catégories de salariés concernés.

³⁷ Cet accord ne concerne pas les agents de la fonction publique
Mars 2008

En toute hypothèse, le télétravail en tant que mode d'exécution du contrat de travail est soumis à l'accord du salarié. Cet accord peut être révisé voire annulé par l'une ou l'autre des parties. Le refus par le salarié ne peut constituer une faute.

Il n'y aura que des avantages à mentionner les conditions d'exécution du télétravail dans le contrat de travail. La possibilité pour un salarié d'exercer ses fonctions dans le cadre du télétravail doit être formalisée par un accord écrit :

- pour des raisons liées à la sécurité juridique des parties ;
- pour des raisons pratiques liées au nouveau mode d'organisation qui implique le respect de la réglementation du travail ou des modes d'organisation particuliers (travail à domicile, temps partiel).

Quel que soit le lieu d'exécution de son travail, le salarié doit continuer à bénéficier des services collectifs et des prestations sociales. S'agissant d'un mode d'organisation du travail, le comité d'entreprise, à défaut les délégués du personnel, doivent être consultés préalablement à sa mise en œuvre. Cette consultation préalable précise également les conditions de contrôle de l'activité des salariés en télétravail. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est consulté au titre des conditions de travail et des incidences sur la santé des travailleurs.

En situation de pandémie grippale, les conditions d'exécution de l'activité de télétravail telles que précisées dans le cadre juridique ci-dessus pourront faire l'objet d'adaptations afin de tenir compte de ces circonstances exceptionnelles. Dans l'intérêt de l'entreprise comme dans celui du salarié, il est souhaitable que ces adaptations proposées par l'une ou l'autre des parties fassent l'objet d'un avenant au contrat de travail. A défaut, le juge pourrait être conduit à apprécier leur portée a posteriori s'il était saisi par le salarié concerné.

2. Protection des droits du télétravailleur

Lorsque le télétravail est exécuté à domicile, l'employeur ne peut y avoir accès qu'après accord exprès du télétravailleur car le domicile est un lieu privé. Le domicile du télétravailleur doit rester un local d'habitation à titre principal pour lui et sa famille ; il ne peut se voir imposer de recevoir ni clientèle ni public.

Aucun contrôle, quelle qu'en soit la nature, ne peut être effectué à l'insu du télétravailleur.

Le télétravailleur devra fournir des prestations correspondant à la durée du travail prévu.

La protection des données utilisées et traitées par le télétravailleur incombe à l'employeur conformément aux prescriptions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Le règlement intérieur de l'entreprise peut prévoir les limites à l'utilisation du matériel et les sanctions encourues. Son éventuelle modification se fait dans les conditions habituelles de consultation du comité d'entreprise et de décision de l'inspecteur du travail.

3. Le matériel nécessaire au télétravail

L'accord national interprofessionnel stipule clairement que l'employeur fournit, installe et entretient les équipements de travail. Dans le cas où le travailleur utilise son propre équipement, l'employeur en assure l'adaptation et l'entretien.

Si le matériel nécessaire au télétravailleur est fourni par l'employeur, ce matériel ne peut être utilisé à des fins personnelles, sauf accord. Dans ce dernier cas, le télétravailleur est responsable du matériel installé chez lui : il en a la charge et répond de sa détérioration. En cas de vol, il doit avertir immédiatement sa hiérarchie.

Le matériel ainsi mis à disposition constitue un prêt. Sauf dispositions particulières définies d'un commun accord, il ne peut être conservé par l'agent à l'issue de l'engagement.

Il importe de veiller à ce que ce mode de travail ne se traduise pas par une charge financière indue pour le salarié.

NB : une brochure sur le télétravail est éditée par la Documentation française.

G.4 – Modalités d'acquisition des masques

En fonction du niveau de risque de contamination, différents équipements sont recommandés notamment des masques (fiche C.4).

1. Masques pour le public

Différents types de masques sont en vente dans le commerce ; ils présentent des caractéristiques variables. Dans l'état actuel des connaissances et des produits disponibles, le plan national indique dans le chapitre 4 consacré à la stratégie de réponse sanitaire, au point 2 (mesures d'hygiène et de protection individuelle) que pour les personnes indemnes, le port d'un masque anti-projections pourra être préconisé dans les espaces publics à titre de précaution. Le public sera encouragé à en faire l'acquisition.

2. Masques chirurgicaux (masques anti-projections) pour les malades, leur entourage et l'accès à certains locaux

Les masques anti-projections jetables (masques chirurgicaux) seront distribués gratuitement aux malades et à leurs familles (par boîte de 50 unités).

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en place de leur plan de continuité, les organismes peuvent prévoir d'en mettre à disposition des personnes qui fréquenteront leurs locaux ou certains d'entre eux.

3. Masques spécialisés (appareils de protection respiratoire FFP2) pour les activités particulièrement exposées au risque pandémique – constitution de stocks.

Les pouvoirs publics ont évalué, pour 12 semaines de pandémie, les besoins en appareils de protection respiratoire de type FFP2 pour les personnels suivants :

a) Face au risque épizootique

- Les professionnels ayant vocation, de par leur métier, à être en contact étroit, répété et prolongé avec les oiseaux domestiques ou sauvages reconnus suspects ou infectés (éleveurs d'oiseaux reconnus suspects ou infectés, vétérinaires, agents des DDSV et toutes autres personnes exposées et notamment celles impliquées dans les opérations de surveillance des élevages reconnus suspects ainsi que dans les opérations d'euthanasie et de destruction des volailles reconnues suspectes ou infectées ou de nettoyage et de désinfection des lieux d'élevage reconnus infectés) ;
- Les personnes qui, de par leur profession ou leur situation, sont en contact étroit, répété et prolongé avec des oiseaux domestiques ou sauvages susceptibles d'être contaminés mais non reconnus suspects ou infectés (éleveurs en charge des élevages situés dans les zones de restriction constituées autour des foyers par exemple).

b) Face au risque pandémique

- Les personnels dont l'emploi justifie un contact étroit et répété avec les malades, les prélèvements issus des malades ou les effluents et déchets infectés, y compris les ordures ménagères. Il s'agit :
 - o des personnels de santé exposés, y compris en pratique libérale, ainsi que les personnels exposés lors d'un travail dans les lieux de soins ou en contact avec des matières et/ou effluents contaminés ;
 - o des personnels des associations de sécurité civile et des bénévoles exposés ;
 - o des personnels des services de secours, des armées, des douanes et des forces de l'ordre (police et gendarmerie), du ministère de la justice, dès lors que leur fonction les met en contact étroit et

répété avec les malades, notamment ceux exerçant des missions de sécurisation du dispositif sanitaire.

- Les personnels en contact répété et prolongé avec le public. Il s'agit, notamment, dès lors que leurs missions impliquent de tels contacts :
 - o des autres personnels des services de secours, des armées, des douanes, des forces de l'ordre (police et gendarmerie), du ministère de la justice, du ministère de l'agriculture ;
 - o d'employés d'autres ministères, des collectivités et des opérateurs ;
 - o des employés des commerces et de certains services.
- Certains personnels travaillant dans des installations ou établissements dont le fonctionnement nominal est indispensable pour garantir la sécurité de la population, par exemple dans des entreprises classées *Seveso*, peuvent faire l'objet d'une attribution prioritaire sur décision de leur ministère de tutelle.

En parallèle, des négociations menées par le ministère chargé de la santé avec des industriels ont permis d'engager la création d'ateliers, sur le territoire national, pour fabriquer des appareils de protection respiratoire FFP2 en grande quantité. Depuis 2006, des appareils de protection respiratoire FFP2 nécessaires pour affronter le risque de pandémie grippale sont donc fabriqués en France, pour garantir la sécurité d'approvisionnement et faire face à la situation dans laquelle la pandémie interdirait les importations depuis des pays éloignés.

4. Acquisition des appareils de protection respiratoire FFP2 et des masques chirurgicaux

Les modalités d'accès aux appareils de protection respiratoire FFP2, au prix négocié par l'État et aux masques chirurgicaux sur le marché UGAP issu d'appel d'offres par les collectivités, organismes et administrations sont les suivantes :

- le principe adopté est que l'organisme utilisateur est le payeur. A noter cependant que, pour tous les professionnels du monde de la santé, les stocks constitués par le ministère chargé de la santé seront distribués gratuitement, en situation de pandémie, à tous les professionnels libéraux, hospitaliers et assimilés notamment les sapeurs pompiers intervenant dans la prise en charge des malades;
- par dérogation aux règles habituelles, tous ces organismes utilisateurs sont autorisés à acheter des appareils de protection respiratoire FFP2 auprès de l'UGAP ;
- l'UGAP vérifie auprès du délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire (DILGA) l'acceptabilité des demandes ;
- les demandes de propositions ou les intentions d'achat doivent être formulées à l'adresse suivante :
UGAP – Direction du Réseau – Champs-sur-Marne – 77444 Marne la vallée cedex 2,
mél :masques@ugap .fr

Fiche G.5 – Gestion du service public de l'enseignement

1. Vulnérabilité des enfants et rôle dans la diffusion de la grippe au sein de la population

Les épidémies de grippe saisonnière montrent que le taux d'enfants atteints est toujours plus élevé que celui des adultes. Les enfants portent une quantité de virus relativement beaucoup plus importante que les adultes et pendant une durée plus longue (10 jours en moyenne contre 3 à 5 jours). A ce titre, leur pouvoir d'infection est élevé et ils constituent un vecteur très important de dissémination du virus de la grippe, notamment au sein de leur famille. Des études réalisées aux Etats-Unis, en Israël et en Nouvelle-Zélande à l'occasion de pandémies grippales antérieures ont démontré qu'il existait une nette corrélation entre l'extension de l'épidémie et l'ouverture ou la fermeture des écoles.

2. Fermeture des établissements à l'enseignement

En phase d'alerte pandémique, la fermeture des établissements d'enseignement scolaire ou d'enseignement supérieur, quel que soit leur ministère de tutelle, pourra être décidée par le ministre chargé de la santé dans le cadre de l'article L. 3131-1 du code de la santé publique. Les préfets pourront également agir soit pour assurer l'application des mesures décidées par le ministre chargé de la santé, soit en faisant usage de leurs pouvoirs de police dans les conditions prévues par le code général des collectivités territoriales.

En phase pandémique, les décisions de fermeture pourront s'étendre à l'ensemble du territoire. Ces décisions relèvent de la compétence du ministre chargé de la santé qui en informera les ministres chargés de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche ainsi que les ministres ayant la tutelle d'établissements d'enseignement.

Il faudra alors faire appel à la solidarité familiale ou de voisinage pour garder les enfants, spécialement les plus jeunes en évitant de reconstituer des groupes pouvant favoriser une contamination.

Durant la fermeture des établissements, il faudra s'efforcer d'assurer une continuité pédagogique, grâce à la radio et la télévision si possible voire Internet.

La réouverture des établissements sera décidée, en fonction de l'évolution du risque sanitaire, par les mêmes autorités que celles qui sont compétentes pour la fermeture.

3. Fonctionnement des établissements

Dans tous les établissements du second degré et de l'enseignement supérieur, un personnel de permanence permettra d'assurer les fonctions primordiales suivantes, liées à la sécurité des biens et des personnes : direction et communication, logistique matérielle, maintenance des réseaux et fonctions financières. Chaque établissement aura établi une fiche « de continuité » recensant les personnels indispensables à l'exercice de ces fonctions et ceux susceptibles d'être mobilisés.

4. Maintien de la continuité pédagogique

Dans l'enseignement scolaire : Il sera assuré par le centre national d'enseignement à distance (CNED) qui utilisera les média (télévision et TSF) pour diffuser des programmes pédagogiques et par les enseignants des zones affectées par la pandémie :

- Au niveau national, une convention-cadre a été signée d'une part entre le Centre national de documentation pédagogique (CNDP) et le Centre national d'enseignement à distance (CNED) et, d'autre part, le ministère chargé de l'éducation nationale pour la réalisation de modules pédagogiques. Deux conventions ont également été signées, respectivement avec France 5 et Radio France, pour assurer la diffusion de ces modules pédagogiques.

L’ensemble des modules pédagogiques correspond à 264 heures d’émissions télévisées et 288 heures d’émission radiophoniques. Il est donc prévu une diffusion pendant 12 semaines à raison de 6heures radiophoniques et 5heures30 télévisées, 4jours par semaine (pas de diffusion le mercredi).

- Au niveau local, des enseignants « référents » (un ou deux au minimum) assureront des permanences légères dans chaque établissement. Ils serviront d’intermédiaires, en utilisant Internet ou le téléphone, entre les élèves et leurs enseignants, pour le suivi et l’aide aux devoirs et exercices. Les enseignants qui souhaiteront maintenir un lien pédagogique avec leurs élèves, seront autorisés à accéder à l’établissement, dans le respect des dispositions arrêtées par le chef d’établissement en matière d’organisation.

Dans l’enseignement supérieur : le site internet <http://www.canal-u.fr> sera utilisé pour assurer la continuité pédagogique.

5. Examens et concours

Des scénarios différents seront mis en œuvre par le ministère en fonction de la date d’apparition de la pandémie et de la fraction des programmes étudiés. Si nécessaire, un report d’examen sera décidé avec ou sans aménagement des épreuves écrites, orales ou pratiques.

6. Personnels et moyens pouvant être mobilisés

En complément des personnels de permanence, d’autres agents du système éducatif pourront être mobilisés en tant que de besoin (personnels de santé, assistants sociaux, psychologues, personnels d’éducation, personnels administratifs, personnels techniques, ouvriers et de service avec l’accord des collectivités territoriales pour ceux qui en dépendent...) notamment pour lutter contre l’isolement des élèves, des étudiants et des personnels.

Les personnels de santé pourront être mobilisés en dehors de leur établissement d’affectation pour renforcer le dispositif de soins.

Des bâtiments scolaires ou universitaires pourront être utilisés pour diverses opérations de santé publique (vaccinations, accueil de populations fragiles etc.).

Chaque fiche de continuité des établissements et des services locaux de l’éducation nationale précisera les moyens et biens susceptibles d’être mobilisés.

Fiche G.6 – Dispositions relatives aux transports collectifs

1. Transports collectifs terrestres

1 – En situations 4B ou 5B, pour les régions touchées, et en situation 6, caractérisée par une forte transmission interhumaine, le Premier ministre, ou le ministre chargé de la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale, peut décider d'aménager ou d'interrompre les services de transports collectifs terrestres, afin de limiter les risques de propagation de la pandémie tout en veillant au maintien de la continuité de la vie économique et sociale.

2 – Ces mesures sont mises en œuvre par les autorités suivantes, en fonction de leur appréciation de la situation :

- le ministre chargé des transports (directeur général de la mer et des transports) pour les services nationaux et internationaux (articles 5 et 6 du cahier des charges de la SNCF pour ce qui concerne le trafic ferroviaire) ;
- le préfet de zone en liaison avec le préfet de région, après concertation avec l'autorité organisatrice compétente³⁸, pour les services régionaux ;
- le préfet de zone en liaison avec le préfet de département, après concertation avec l'autorité organisatrice³⁹, pour les services départementaux et urbains (les transports scolaires peuvent être interrompus avant la décision de fermeture des écoles).

Pour Paris et la Région Ile-de-France, les mesures d'aménagement ou d'interruption des transports collectifs sont mises en œuvre par le préfet de police, préfet de la zone de défense de Paris.

3 – Les opérateurs de services de transports collectifs sont invités à mettre en place des « plans de continuité » destinés à définir un service répondant aux besoins de continuité de la vie sociale et économique en situation 4B, et un service minimum (à définir avec l'autorité organisatrice) permettant de répondre aux exigences de sécurité en situation 5B.

Les opérateurs élaborent ces plans en liaison avec les autorités organisatrices. Les opérateurs sous tutelle les font valider par les représentants de l'État désignés au paragraphe 2 ; les autres opérateurs les adressent à ces mêmes représentants pour observations éventuelles.

Lors de la préparation des plans de continuité, les opérateurs tiennent compte des dispositions de la fiche G1 notamment pour ce qui concerne la protection des personnels exposés.

4 – Dès la situation 4B, les opérateurs peuvent prendre des mesures de limitation d'accès aux services de transport, notamment le port de masques anti projection visés dans la fiche C4.

5 – Dès la situation 4B, les opérateurs mettent à disposition leurs systèmes d'information aux voyageurs, de manière à permettre une information précise sur la situation et sur les services disponibles.

6 – En cas d'interruption du trafic, les opérateurs prennent les dispositions d'entretien, de maintenance et de sécurité nécessaires pour préparer la reprise de leurs services le moment venu.

2. Transports aériens

A partir de la situation 4, le Premier ministre, ou le ministre chargé de la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale, peut décider d'interrompre certains vols en fonction de la situation référencée par l'Organisation mondiale de la santé dans le pays d'origine et dans le pays de destination de ces vols.

³⁸ Désignée au niveau de chaque région ou département. Exemple : pour la région Ile-de-France : Syndicat des transports d'Ile-de-France (STIF).

³⁹ Idem

Ces décisions sont mises en œuvre par le ministre chargé des transports (directeur général de l'aviation civile) après concertation avec les pays de l'Union européenne.

Les opérateurs, transporteurs et aéroports, sont invités à préparer un plan de continuité de leurs services dans les situations 4, 5 et 6.

3. Transports maritimes

A partir de la situation 4, le Premier ministre, ou le ministre chargé de la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale, peut décider de suspendre les liaisons maritimes en provenance ou à destination de l'étranger et/ou des collectivités territoriales d'outre-mer.

Ces décisions sont mises en œuvre par le ministre chargé des transports (directeur général en charge de la mer et des transports).

Les dispositions concernant les navires à quai, au mouillage en rade foraine ou demandant à accoster, sont mises en œuvre par les préfets de département en liaison, le cas échéant, avec les préfets maritimes.

Fiche G.7 – Dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux

Les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux et sociaux peuvent utilement se référer aux fiches de recommandations mises en ligne à leur attention sur le site du ministère chargé de la santé : WWW.sante.gouv.fr

Ce document comporte les 9 fiches suivantes :

- 1 - Etablissements pour personnes âgées ;
- 2 - Etablissements pour personnes handicapées ;
- 3 - Centres d'hébergement et de réinsertion sociale, centres d'accueil pour demandeurs d'asile, structures d'accueil temporaire, centres provisoires d'hébergement, maisons relais ;
- 4 - Structures pour personnes sans domicile fixe : centres d'accueil de jour, centres d'hébergement d'urgence ;
- 5 - Structures intermédiaires « GE » : pour personnes en situation de grande exclusion ;
- 6 - Résidences sociales : foyers de travailleurs migrants, foyers de jeunes travailleurs ;
- 7 - Organismes assurant des interventions de rue auprès des personnes vivant en situation précaire, équipes mobiles ;
- 8 - Organismes assurant des fonctions d'aide ou d'accompagnement à domicile ;
- 9 - Organismes intervenant auprès des gens du voyage.

Conformément à la stratégie unique de prise en charge appliquée en période pandémique, les patients sont traités à domicile ou sur leur lieu de séjour ou de résidence au moment où la maladie se déclare, tant que leur état le permet. L'hospitalisation est réservée aux patients dont l'état de santé le nécessite.

Ceci concerne tous les établissements d'hébergement médico-sociaux et sociaux à l'exclusion des structures recevant des personnes sans domicile fixe ou en situation de grande exclusion pour lesquelles les malades seront pris en charge dans des structures ad hoc mises en place par les préfets de département (DDASS) pour la durée de la pandémie.

Dans les structures d'hébergement et de réinsertion sociale et les structures pour demandeurs d'asile, il est possible, en situation de pandémie, de maintenir dans les lieux les résidents pour des raisons médicales quelle que soit leur situation administrative.

Fiche G.8 - Mesures spécifiques relatives au traitement des déchets

1. Gestion des déchets ménagers

Une information des collectivités locales, responsables de la collecte des déchets ménagers, doit être faite notamment sur l'importance de préparer un plan de continuité comme le recommande la fiche G1.

Des équipements de protection (masques, gants, lunettes) seront mis à disposition des agents chargés de la collecte et de l'élimination des DASRI et des ordures ménagères.

Le nettoyage des camions de collecte ne devra pas se faire par jet d'eau sous pression. Une désinfection quotidienne est recommandée.

En fonction de l'évolution de la situation :

- la collecte sélective et le tri des emballages pourront être supprimés,
- pourront être dirigés vers des centres d'enfouissement, les déchets ménagers qui ne pourront plus être incinérés en cas de priorité accordée aux déchets infectieux sur les incinérateurs.

2. Gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)

2.1. Objectif

S'agissant de l'élimination des DASRI (collecte, transport, traitement), les dispositions réglementaires en vigueur visent à protéger les patients hospitalisés, le personnel de soins, l'entourage du patient et les agents chargés de la collecte et de l'élimination des déchets à risques résultant de la prise en charge d'un patient atteint par un germe infectieux.

C'est le même objectif qui est visé en situation de pandémie grippale, et les modalités de gestion de ces déchets produits dans les établissements de soins ou par les professionnels de santé restent les mêmes : seuls les déchets mous produits par les patients à domicile font l'objet de prescriptions supplémentaires.

2.2. Catégories de déchets d'activités de soins à risques infectieux

Les déchets à prendre en charge sont de deux types :

- déchets perforants produits par le personnel de soins (en établissement ou en ville) ;
- déchets mous :
 - produits par le personnel de soins et par le patient à domicile : masques (patients et personnels de soins), mouchoirs jetables, sondes d'aspiration, poudriers (crachoirs), essuie-tout utilisé après lavage des mains... ;
 - produits exclusivement utilisés par le personnel de soins et assimilés, notamment les sapeurs pompiers intervenant dans la prise en charge des malades : gants et tenues jetables...

2.3. Collecte et élimination des déchets

Les modalités de prise en charge diffèrent selon le lieu de production des déchets. Les modalités rappelées ci-dessous en a, b et c sont identiques en situation normale et en situation de pandémie.

a) Établissement de soins et autres établissements produisant des DASRI (EHPAD et certains établissements pour personnes handicapées)

Les déchets doivent suivre la filière DASRI de l'établissement, qu'elle aboutisse à l'incinération ou au prétraitement par désinfection.

Rappel sur le conditionnement (arrêté du 24 novembre 2003) :

- déchets perforants dans des boîtes à aiguilles (NFX 30-500) ou des fûts à fermer définitivement;

- déchets mous dans des fûts ou des sacs en plastique (NFX 30-501) à fermer définitivement.

L'établissement doit veiller à adapter la fréquence de collecte par le prestataire assurant le transport et l'élimination des DASRI pour ne pas saturer ses locaux d'entreposage.

b) Professionnel de santé en libéral (en exercice à son cabinet ou au domicile d'un patient)

Les déchets doivent suivre la filière DASRI du professionnel, dans les mêmes conditions de conditionnement qu'en milieu hospitalier.

Le professionnel doit obligatoirement avoir une filière DASRI : il peut avoir une convention avec un prestataire de services qui lui fournit les emballages à utiliser pour le conditionnement (boîtes à aiguilles, fûts, sacs) et assure le transport des déchets de son cabinet à l'installation de destruction. Les DDASS disposent d'une liste de sociétés de collecte des DASRI fonctionnant dans leur département.

c) Transport de patients (véhicules d'urgence, ambulances privées)

Les déchets doivent suivre la filière DASRI.

d) Patient à domicile

En situation de pandémie grippale, les déchets mous sont placés dans des sacs en plastique munis d'un lien pour la fermeture. Il est recommandé d'utiliser un double emballage, en évitant la présence d'air, de manière à préserver le contenu du premier sac en cas de déchirure du sac extérieur lors de la collecte.

Les déchets ainsi conditionnés peuvent être jetés dans la poubelle « ordures ménagères » dont l'exutoire est soit un incinérateur, soit un centre de stockage.

2.4. Situation de crise

En cas de désorganisation de la collecte ou du traitement des DASRI, ceux-ci devront pouvoir être entreposés à titre temporaire. Les établissements de santé doivent donc prendre leurs dispositions pour identifier des locaux de stockage adaptés et pour s'assurer de pouvoir disposer rapidement de contenants adaptés en quantité suffisante.

En cas de forte augmentation locale de la quantité de DASRI amenant à dépasser sur une installation la quantité de DASRI à incinérer autorisée sur l'année, l'arrêté préfectoral d'autorisation de l'incinérateur devra être modifié pour prendre en compte cette évolution.

3. Autres mesures de gestion des déchets

3.1. Masques de protection des agents en contact avec le public en situation de pandémie

Élimination dans un sac plastique étanche fermé hermétiquement par un lien. Il est recommandé d'utiliser un double emballage, en évitant la présence d'air, de manière à préserver le contenu du premier sac en cas de déchirure du sac extérieur lors de la collecte.

Les déchets ainsi conditionnés peuvent être jetés dans la poubelle « ordures ménagères » dont l'exutoire est soit un incinérateur, soit un centre de stockage.

3.2. Lunettes

Les lunettes sont réutilisables après désinfection.

3.3. Traitement des déchets infectieux issus d'un foyer d'épizootie

Application des dispositions du plan d'urgence relatif à l'influenza aviaire du ministère de l'agriculture (cf. chapitre 12 du plan national « pandémie grippale » / Fiche B2).

4. Références

- Articles L. 1331-1, L. 1312-1, L. 1312-2, L. 1421-4 et R. 1335-1 à 14 du code de la santé publique ;
- Décret n° 2002-540 du 18 avril 2002 relatif à la classification des déchets ;
- Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine ;
- Circulaire DHOS/DGS/DRT du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés.

Fiche H.1 - Stratégie d'information, de formation et de communication

1. Un enjeu primordial

Les exercices « pandémie grippale » menés ces derniers mois aux niveaux local, national et européen ainsi que les développements médiatiques sur les événements récents ont mis en exergue le besoin d'une stratégie de communication gouvernementale transparente et cohérente pour accompagner les actions de préparation de la société à la perspective d'une éventuelle pandémie.

Conformément aux objectifs fixés par le plan national, le Gouvernement sera l'émetteur principal d'une information complète et ouverte afin d'éviter les risques d'ignorance, de désinformation ou de rumeurs susceptibles de provoquer des comportements irrationnels et de rendre plus difficile la réalisation de l'objectif prioritaire de préservation de la santé humaine.

2. Un contexte spécifique

La stratégie de communication, qui repose sur le maintien d'un lien de confiance fort entre les autorités gouvernementales et la population, doit prendre en compte les contraintes spécifiques de la menace de pandémie grippale :

- une gestion du temps non maîtrisable : on ne connaît ni la date du développement d'une pandémie éventuelle, ni le délai exact nécessaire à la diffusion de traitements efficaces ;
- une primauté des annonces qui relèvent avant tout d'instances internationales (OMS⁴⁰, FAO⁴¹, OIE⁴², OMT⁴³, ECDC⁴⁴, Union européenne) ou qui sont émises par des acteurs étrangers ou internationaux (chacun des États concernés, médias à couverture mondiale...) ;
- une multiplicité croissante des acteurs concernés aussi bien au niveau international qu'au niveau national ou local, à chaque stade de développement de la pandémie.

3. L'objectif : être prêts aujourd'hui

Contrairement à d'autres situations d'urgence où la couverture médiatique est brève et concentrée, la demande d'information durant une pandémie sera large et s'étendra sur une longue période. En l'absence d'une bonne maîtrise du temps, la totalité des procédures et des moyens adaptés aux besoins d'information du public devront être prêts et activés le plus tôt possible, et maintenus opérationnels pendant plusieurs semaines, voire pendant plusieurs mois.

L'impératif de cohérence, condition de crédibilité des messages, conduit au choix d'une communication centralisée et mutualisée, afin d'assurer l'efficacité optimale des moyens mobilisés de l'ensemble des acteurs locaux et nationaux. Elle prendra en compte les acteurs internationaux de la communication « grippe aviaire » (OMS, FAO, OIE, OMT, ECDC, Union européenne...).

Les procédures, voies et moyens permettant de satisfaire à ces exigences, inédites dans leur ampleur et dans leur durée, doivent être complétés afin d'être opérationnels le moment venu. Les actions de communication sur les règles d'hygiène, sur les bons comportements et sur la mobilisation sociale doivent être poursuivies en phase pré-pandémique. Ces actions de communication seront largement intensifiées en période de pandémie.

⁴⁰ OMS : Organisation mondiale de la santé.

⁴¹ FAO : Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture.

⁴² OIE : Organisation mondiale de la santé animale (Office international des épizooties).

⁴³ OMT : Organisation mondiale du tourisme

⁴⁴ ECDC : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

Toutes les opportunités, notamment, les exercices de simulation nationaux et locaux, seront saisies, comme par le passé, pour compléter la formation des acteurs à la communication et pour développer la communication interne des services.

4. Conjuguer au présent le court et le moyen terme

La communication porte en premier lieu sur le renforcement du niveau d'information du grand public d'une part sur les risques infectieux et sur les actions conduites par les organisations internationales, par les États et en particulier par la France, d'autre part sur les efforts d'adaptation de l'industrie et des laboratoires de recherche.

Elle vise à diminuer l'anxiété naturelle devant un phénomène annoncé proche, mais dont l'ampleur demeure incertaine, en informant la population de l'évolution de l'épizootie dans le monde.

La reconnaissance de la mobilisation de l'État et des responsables économiques et sociaux doit contribuer à la confiance envers les institutions, et ainsi à l'efficacité de la politique de santé publique et de maintien des services à la population qui fonde leur action.

L'effort initial d'information porte en priorité sur les relais professionnels de santé et assimilés, la filière avicole, les ambassades, les voyageurs, les expatriés, les médias et le grand public.

Mais il faut également se mettre en position de pouvoir communiquer en cas d'aggravation de la situation, dans une démarche visant avant tout à protéger la population. Le grand public exigera de savoir très précisément quels sont les comportements à adopter pour ne pas contracter la grippe ou pour bénéficier du meilleur accès aux soins.

Dans cette phase, l'information portera bien sûr sur les dimensions médicales et vétérinaires, mais aussi sur les conditions de vie et la préservation des personnes et des biens.

5. Organisation de la communication : des structures adaptées pour une meilleure coordination

L'efficacité de la stratégie générale de préparation et de réponse à une pandémie grippale suppose, pour en garantir la cohérence, une coordination de la communication et une circulation rapide entre tous les acteurs.

Conformément au plan national, le Premier ministre dirige l'action et définit les axes stratégiques de communication gouvernementale. Il détermine les situations du plan dans lesquelles se trouve la France vis-à-vis du risque épizootique et pandémique.

Dans la pratique gouvernementale, chaque ministre fait connaître par ses actions de communication la politique du gouvernement dans son domaine de compétence :

- le ministre chargé de l'agriculture sur les questions de santé animale et de lutte contre les épizooties ;
- le ministre chargé de la santé sur les questions de santé publique ;
- le ministre chargé de l'intérieur sur les questions de sécurité publique et de sécurité civile ;
- le ministre chargé de l'économie sur les questions de continuité économique ;
- etc.

Au stade actuel (Situation 3A) et tant que ne survient pas une crise qui conduirait le Premier ministre à confier la conduite opérationnelle à un ministre, le délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire (Dilga) et le Service d'information du gouvernement (SIG) mobilisent et fédèrent les ressources et les propositions de l'ensemble des acteurs concernés. Ils s'appuient sur un comité de pilotage dédié à la communication. Dès qu'un ministre est chargé de la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale, le comité de pilotage devient la cellule communication définie dans le plan.

En fonction de l'évolution de la situation et conformément au plan, le Premier ministre peut confier la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale à un ministre (santé ou intérieur) qui met en

place auprès de lui une **cellule interministérielle de crise** (CIC). La cellule interministérielle de communication, rattachée à la cellule interministérielle de crise, est associée en amont aux informations reçues et aux projets préparés par la cellule de crise. Elle a pour missions, pour ce qui relève de la communication gouvernementale :

- la veille médiatique nationale et internationale ainsi que la veille de l'état de l'opinion ;
- la communication gouvernementale en direction du grand public, des professionnels de santé, de secours, des autres professions les plus concernées, des entreprises etc.
- la coordination des actions d'information assurées par les ministères ;
- le soutien et la coordination des informations diffusées par les préfets au niveau local ;
- la communication interne en direction des services déconcentrés et des agents de l'État ;
- la coordination avec le réseau des communicants internationaux et européens ;
- le soutien aux relations presse du ministère chargé de la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale.

La cellule de communication est composée :

- de représentants du service d'information du Gouvernement, du Haut-fonctionnaire de défense pour l'information, du DILGA, des ministères chargés de l'intérieur, de la santé, de la défense, des transports, de l'agriculture, des affaires étrangères, de l'économie et des finances, du travail, de la justice et, en tant que de besoin, d'autres ministères ;
- d'équipes dédiées à la veille, aux relations presse, à l'Internet, à l'élaboration d'éléments de langage.

Au niveau local, la communication est assurée par le préfet, en relation avec les collectivités locales. Les préfets doivent transmettre, auprès des populations, les messages nationaux répondant aux objectifs définis ci-dessus. Ils continueront à relayer l'ensemble des messages nationaux tout en répondant à la demande d'information locale. Pour transmettre l'ensemble des messages à la population, ils s'appuieront sur les médias locaux, sur les conventions passées avec Radio France et plus particulièrement France Bleue, la convention nationale avec le groupe France Télévision et les conventions France 2 et France 3. Les préfets disposent du site Internet de la préfecture pourvu des liens avec les sites ministériels concernés (site interministériel www.grippeaviaire.gouv.fr, ministère de l'agriculture, ministère de la santé,...).

A l'étranger, cette mission revient aux ambassadeurs.

6. Actions de communication

A partir de cette stratégie, la communication interministérielle décline l'ensemble des actions à entreprendre selon les différentes phases du plan national.

Les objectifs sont les suivants :

- informer sur la façon dont on peut retarder l'arrivée de l'épidémie sur le territoire français ;
- préparer le pays à la gestion du risque de pandémie ;
- aider à gérer la crise et à maintenir l'organisation de la société pendant la pandémie ;
- entretenir la confiance et la crédibilité ;
- préparer la sortie de crise et la reprise de la vie normale.

Pour parvenir à ces objectifs, et dans un souci de transparence, la communication doit comporter trois volets :

- une *communication informative* sur la situation sanitaire et l'état de la préparation ;
- une *communication pédagogique* sur les comportements : la maladie et sa prévention ;
- une *communication de confiance* dans les pouvoirs publics : suivi des dispositions prises.

Les actions de communication qui seront mises en place auront pour enjeux :

- de répondre aux attentes d'information sur le risque de la grippe, notamment grâce au site Internet grippeaviaire.gouv.fr et à la plateforme téléphonique d'information, Info 'grippe aviaire :
0 825 302 302 ;
- de faire connaître les modes opératoires précis d'utilisation des moyens d'hygiène et de protection aux professionnels concernés ainsi qu'à la population ;
- de favoriser l'adoption de comportements et de gestes adaptés de la part de l'ensemble des publics et de susciter l'adhésion à la logique de gestion de moyens parfois limités ;
- de créer les conditions favorables à la gestion de la crise en cas de pandémie, par une sensibilisation préalable et par une information adaptée, transparente et cohérente ;
- de favoriser la solidarité de proximité et la responsabilisation des individus face au risque.

Ces actions visent à prendre en compte les besoins d'information notamment :

- du grand public ;
- des professionnels de santé et hospitaliers, des pharmaciens et des médecins libéraux, des médecins du travail, de la médecine scolaire ;
- des sapeurs-pompiers et personnels du secours ;
- des médias régionaux, nationaux et internationaux ;
- des préfets ;
- des collectivités territoriales ;
- des voyageurs ;
- des expatriés ;
- des consommateurs ;
- des bénévoles, des associations humanitaires
- des associations des secteurs sanitaires et sociaux ;
- des acteurs économiques ;
- des compagnies aériennes et des agences de voyages ;
- des professions avicoles et des vétérinaires ;
- des acteurs de l'éducation nationale ;
- des chasseurs.

Portail d'informations

Site interministériel

www.grippeaviaire.gouv.fr

Ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables

www.ecologie.gouv.fr

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

www.interieur.gouv.fr

Ministère de l'agriculture et de la pêche

www.agriculture.gouv.fr

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

www.sante.gouv.fr

www.inpes.sante.fr

www.invs.sante.fr

Info'Grippe aviaire

0 825 302 302 (0,15 € TTC/mn)

du lundi au samedi

8 h - 19 h