

Circulaire interministérielle DGS/DGAS/DHOS/DUS n° 2007-419 du 23 novembre 2007 précisant les actions à mettre en oeuvre au niveau local pour détecter, prévenir et maîtriser les conséquences sanitaires propres à la période hivernale

23/11/2007

Cette circulaire a pour objet de formuler les recommandations pour détecter, prévenir et maîtriser, d'une part, les conséquences sanitaires des pathologies hivernales et infectieuses, d'autre part, l'impact sanitaire d'une vague de froid.

Références :

Circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences dans les établissements publics de santé ;
Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
Décret n° 2004-926 du 1er septembre 2004 pris en application de l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles et fixant les modalités de recueil, de transmission et d'utilisation des données nominatives relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées bénéficiaires du plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels ;
Note DHOS du 2 novembre 2004 aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation relative à la mise en place des serveurs régionaux de veille et d'alerte ;
Circulaire DHOS/O1 n° 2005-214 du 29 avril 2005 relative à la programmation des capacités d'hospitalisation dans les établissements de santé publics et privés ;
Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) ;
Décrets n° 2006-577 et 2006-576 du 22 mai 2006 et la circulaire DHOS/O1 n° 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences ;
Circulaire DHOS/CGR n° 2006-401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis ;
Circulaire DHOS/E2/DGS/SD 5C/DGAS/SD2 n° 2006-489 du 22 novembre 2006 relative à la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses chez les personnes âgées ;
Circulaire DHOS/E4 n° 2006-525 du 8 décembre 2006 relative à la prévention des risques électriques dans des conditions climatiques de grands froids ;
Circulaire DHOS/O1 n° 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences ;
Note DGAS du 14 juin 2007 aux DDASS-DRASS relative à la mise en place de « plans bleus » dans les établissements pour personnes handicapées ;
Lettre-circulaire DGS/DUS n° 2007-354 du 21 septembre 2007 relative au dispositif centralisé de réception et de gestion des alertes par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports : centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) ;
Code de la déontologie médicale figurant dans le [code de la santé publique sous les numéros R. 4127-1 à R. 4127-112](#) ;
Circulaire DGAS/LCE 1A/2007 n° 337 du 19 octobre 2007 relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion - Période hivernale 2007-2008.

Annexe : contexte, les mesures.

Le directeur général de la santé, le directeur général de l'action sociale, la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins à Messieurs les préfets de zone de défense ; Madame et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales (pour exécution).

La présente circulaire a pour objet de formuler les recommandations pour détecter, prévenir et maîtriser, d'une part, les <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-interministerielle-dgsdgdasdhosdus-n-2007-419-du-23-novembre-2007-precisant-les-actions-a-mettre-en-oeuvre-au-niveau-local-pour-detecter-prevenir-et-maitriser-les-co/>

conséquences sanitaires des pathologies hivernales et infectieuses, d'autre part, l'impact sanitaire d'une vague de froid.

L'enjeu est d'optimiser l'organisation de l'offre de soins et de faire face à d'éventuels pics d'activité, notamment en période de congés.

Elle s'adresse aux préfets chargés de s'assurer de la continuité et de la permanence des soins et de la prise en charge médico-sociale, ainsi qu'aux directeurs d'agences régionales d'hospitalisation et directeurs d'établissements de santé chargés d'ajuster l'offre de soins dans des situations de tension liées à la période hivernale.

L'objectif est de garantir au patient la qualité et la sécurité d'une prise en charge adaptée et de ne pas compromettre les missions des établissements de santé et du système de santé dans son ensemble.

Le surcroît d'activité conjoncturel lié aux pathologies hivernales ou à un autre phénomène sanitaire, associé ponctuellement aux périodes de congés, doit faire l'objet d'une démarche opérationnelle et maîtrisée permettant d'activer un ensemble de mesures préventives et de gestion.

Vous trouverez en annexe des éléments complémentaires précisant les modalités pratiques relatives à certains sujets développés dans cette circulaire.

1. Contexte

En hiver, trois facteurs concourent à mettre le système de santé sous tension : la manifestation d'épidémies saisonnières, la possibilité d'épisodes de froid extrême et la baisse des effectifs de professionnels de santé au travail, du fait des périodes de congés.

1.1. Les épidémies

La période hivernale est particulièrement propice aux épidémies infectieuses, notamment les infections respiratoires ou digestives. Chaque épidémie, en particulier les syndromes grippaux, les bronchiolites, les gastroentérites, etc., mais plus encore leur survenue simultanément, peut contribuer à augmenter la demande de soins et est susceptible de mettre le système de soins sous tension. La période hivernale est également propice à l'aggravation de pathologies chroniques (cardiaques, respiratoires, etc.).

Le réseau Sentinelles - INSERM prévoit une épidémie de syndromes grippaux relativement forte pour la saison 2007-2008, épidémie qui pourrait atteindre plus de 4 millions de cas de grippe (3,2 à 4,7 millions), en hausse par rapport aux épidémies modérées des deux dernières années.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) coordonne la surveillance de la grippe en France et assure le suivi épidémiologique, essentiel, afin de détecter précocement, alerter dès les premiers signes et suivre la cinétique des épidémies.

1.2. L'impact sanitaire d'une vague de « froid extrême » et les populations vulnérables

Une vague de « froid extrême » a toujours un impact sanitaire fort, notamment sur les populations vulnérables.

L'existence d'un surcroît de mortalité durant l'hiver est davantage imputable aux conséquences du froid qu'à la grippe.

Une des conséquences indirectes du froid est l'intoxication par le monoxyde de carbone, première cause de mortalité par toxique en France.

1.3. Les congés des professionnels

Les fêtes de fin d'année et la période des congés de février sont, pour de nombreux professionnels de santé, aussi bien libéraux qu'hospitaliers, l'occasion de cesser leur activité.

Une telle situation, même en l'absence de toute intensification de l'activité, est de nature à compromettre la réponse aux besoins des patients et la continuité des soins.

2. Les mesures

Cinq grands types de mesures sont à mettre en oeuvre pendant la période hivernale. Ces mesures portent sur :

- le fonctionnement des établissements de santé ;
- la continuité et la permanence des soins en médecine ambulatoire ;
- la prise en charge des personnes vulnérables ;

- les remontées d'informations ;
- la vaccination des professionnels de santé et les mesures barrières et d'hygiène.

2.1. Les établissements de santé

Financement du plan Urgences

Une attention particulière est portée par les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (ARH) à l'attribution et à l'emploi effectif des financements du plan Urgences. Il leur appartient de vérifier que les renforcements de moyens alloués sont opérationnels à la veille de la période hivernale.

Formalisation des relations entre les services des urgences et les autres services

Cette formalisation, au sein du territoire de santé et de l'établissement de santé (par la commission des admissions et des soins non programmés en particulier) est un facteur déterminant pour une bonne gestion en flux de la prise en charge des patients.

Réseau des urgences

Le réseau des Urgences (convention constitutive, répertoire des ressources, fiche de dysfonctionnement) est appelé à devenir un élément clef de l'organisation territoriale des urgences. Les directeurs d'ARH veillent notamment à une mise en place rapide des fiches de dysfonctionnement.

Adaptation du fonctionnement des services d'aide médicale urgente (SAMU/Centres 15)

Le rôle de la régulation médicale est essentiel pour garantir au patient une prise en charge adaptée et optimiser l'utilisation des ressources. Afin de s'assurer du bon fonctionnement technique (téléphonie, télécommunications, informatique, etc.), logistique et humain du centre de réception et de régulation des appels pendant la période hivernale, il est recommandé aux directeurs d'établissements de santé sièges de SAMU/Centres 15, en lien avec les responsables de ces services, d'anticiper en termes d'organisation un surcroît d'activité ou une éventuelle défaillance technique.

Le dispositif « hôpital en tension »

Conformément aux dispositions du guide « plan blanc et hôpital en tension », l'établissement de santé dispose d'une cellule de veille qui analyse quotidiennement la situation dans le territoire de santé, confirme les indicateurs de tension dans l'établissement et croise les informations avec les indicateurs d'activité disponibles sur les serveurs régionaux de veille et d'alerte.

En cas de tension confirmée, le directeur de l'établissement réunit une cellule restreinte, émanation de la cellule de veille, de la commission des admissions et des soins non programmés, ainsi que de la cellule de crise prévue dans le cadre du plan blanc.

Programmation des capacités d'hospitalisation et de la disponibilité des personnels en période de congés

La programmation des capacités d'hospitalisation et de leur adaptation en fonction des fluctuations saisonnières fait l'objet d'une réflexion anticipée et coordonnée au plan régional et au sein de chaque territoire de santé. Il appartient aux directeurs d'ARH de vérifier que les dispositions définies par la circulaire DHOS/O1 n° 2005-214 du 29 avril 2005 relative à la programmation des capacités d'hospitalisation dans les établissements de santé publics et privés sont effectives dans la région ou le département concerné.

Le bilan des capacités d'accueil offertes par rapport aux prévisions doit être également réalisé.

L'accueil éventuel des occupants d'un établissement ayant subi des dommages dus aux conditions météorologiques et devant évacuer tout ou partie des résidents

Les conditions climatiques peuvent entraîner des dommages dans une structure impliquant l'évacuation partielle ou totale de celle-ci, et par conséquent la répartition des patients ou résidents entre d'autres établissements. Dans le cadre du plan blanc élargi, chaque établissement de santé est tenu de disposer d'un plan d'accueil ou d'évacuation opérationnel.

Période de grand froid : prévention des coupures EDF

La prévention des risques électriques dans des conditions climatiques de grands froids est assurée selon les dispositions de la circulaire DHOS/E4 n° 2006-525 du 8 décembre 2006.

2.2. La continuité et la permanence des soins en médecine ambulatoire

Le préfet, en lien avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins, s'assure de l'organisation de la continuité et de la permanence des soins en médecine ambulatoire pendant les périodes de fêtes et vacances scolaires de fin d'année et de février.

Une organisation spécifique permet notamment d'organiser la suppléance et l'information nécessaires pour que la fermeture de cabinets médicaux les jours ouvrés, ne laisse pas aux patients comme seule possibilité le recours aux structures d'urgence hospitalières (appel au 15 ou consultations aux urgences).

Cette organisation doit être validée en comité départemental de l'aide médicale d'urgence et de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPTS) avant le 15 décembre 2007 afin que la sectorisation soit adaptée à la demande de la population et à l'offre de soins.

2.3. La prise en charge des personnes vulnérables en établissements médico-sociaux, à domicile ou à la rue

La note DGAS du 14 juin 2007 a étendu aux établissements pour personnes handicapées la mise en place de « plans bleus » détaillant les modalités d'organisation à mettre en oeuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.

En cas de froid exceptionnel, les préfets ont la responsabilité de mettre en oeuvre le plan d'alerte et d'urgence prévu par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Cette loi prévoit notamment la mise en place au niveau des mairies de registres communaux recensant les personnes vulnérables.

La circulaire de la direction générale de l'action sociale (DGAS) du 19 octobre 2007 relative à la mise en place du dispositif hivernal pour la prise en charge des personnes vulnérables prévoit, l'intensification des maraudes des équipes mobiles (SAMU social) pour rencontrer régulièrement les personnes à la rue qui ne souhaitent pas d'hébergement.

Par ailleurs, s'agissant l'intoxication au monoxyde de carbone, cause de nombreux décès chaque année et qui est en relation directe avec des conditions de vie précaires, il est rappelé l'importance de relayer la campagne de prévention annuelle menée par l'INPES.

2.4. Les remontées d'informations et la transmission quotidienne sur l'évolution de la situation

Afin d'anticiper les situations de tension, de favoriser la coordination entre les acteurs concernés (établissements de santé privés/publics, DDASS) et d'adapter l'offre de soins au sein du territoire de santé, une veille quotidienne est exercée par l'ARH pour ce qui est de l'activité dans les établissements de santé, auprès d'établissements sentinelles.

Parallèlement, les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) analysent et communiquent les informations sanitaires et les données épidémiologiques, en particulier dès les premiers signes d'alerte.

Considérant des périodes à risques telles que les périodes de congés scolaires et les épisodes de tension observés, les régions disposent de serveurs permettant d'assurer un suivi quotidien de l'activité des structures d'urgence, des disponibilités en lits hospitaliers d'aval (par discipline) et des décès survenus dans les établissements. La synthèse des données remontées quotidiennement des établissements aux serveurs régionaux des ARH est communiquée par l'institut de veille sanitaire (InVS) à la direction générale de la santé (DGS).

Les échelons régionaux et départementaux (ARH, CIRE, DDASS) se coordonnent afin d'assurer le suivi quotidien et la qualité de ces données dans le but d'identifier les situations de tension.

En cas de tension, l'ARH informe le département des urgences sanitaires (DUS) de la DGS des mesures prises à l'adresse alerte@sante.gouv.fr.

2.5. La vaccination des professionnels de santé et les mesures barrières et d'hygiène standard

Depuis 2000, le comité technique des vaccinations (CTV) et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) ont introduit dans le calendrier vaccinal une recommandation de vaccination annuelle contre la grippe des professionnels de santé et de tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque ou s'occupant de personnes à risque. Cette vaccination a pour objectifs de :

- protéger les patients ;
- limiter la transmission nosocomiale ;
- protéger les personnels ;
- limiter la désorganisation des établissements dans les périodes épidémiques.

Depuis plusieurs années, une note du ministère chargé de la santé rappelle ces recommandations aux directeurs d'établissement de santé et d'établissement médico-social.

Les mesures barrières et d'hygiène standard doivent être scrupuleusement mises en oeuvre. Il s'agit de gestes simples pouvant limiter au quotidien la diffusion des agents infectieux.

Ces différentes mesures s'appliquent pendant une période indicative du 15 décembre 2007 au 15 mars 2008.

3. Evaluation du dispositif

Afin d'analyser l'impact de ces mesures :

3.1. Cellule de veille permanente des établissements de santé

La cellule de veille permanente de l'établissement de santé, fournit quotidiennement un bilan pour l'établissement (contenant notamment les passages aux urgences, les admissions dans les services, les lits disponibles, le nombre d'affaires SAMU).

La cellule de veille de l'établissement de santé transmet à la commission des admissions et des soins non programmés, après chaque période « à risque », un bilan de l'activité, avec une analyse des seuils qui ont entraîné éventuellement la prise de mesures telles que la déprogrammation, les transferts, le rappel de personnels, etc. Un bilan de la période hivernale sera transmis à l'ARH pour le 15 avril 2008.

3.2. Coordination de l'évaluation du dispositif par l'ARH

L'ARH organise une réunion de travail avec les DDASS, la CIRE, l'union régionale de médecine libérale (URML), les directeurs d'établissements sentinelles, les médecins des services les plus exposés (pédiatrie, SAMU/Centres 15, urgences, etc.) afin de définir, sur la base des bilans, des pistes d'améliorations.

L'ARH communiquera un bilan global par territoire de santé aux DDASS pour le CODAMUPS ainsi que pour le ministère chargé de la santé pour le 31 mai 2008.

ANNEXE

1. Contexte

1.1. Les épidémies

La grippe est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, due aux virus Influenzae. Les virus grippaux se répartissent entre trois types : A, B et C. Les virus A et B sont à l'origine des épidémies saisonnières mais seul le virus A est responsable des pandémies. Le virus C occasionne des cas sporadiques.

En France métropolitaine, sur la base des données historiques depuis 1984, le réseau Sentinelles estime qu'entre 700 000 et 4,6 millions de personnes consultent pour syndrome grippal lors d'une épidémie de grippe. En moyenne, 2,5 millions de personnes seraient touchées chaque année.

Entre 25 % et 50 % des consultations concernent des jeunes de moins de quinze ans. L'épidémie survient entre les mois de novembre et d'avril et débute le plus fréquemment fin décembre-début janvier. L'épidémie dure en moyenne neuf semaines. La grippe peut entraîner des complications sévères chez les sujets à risque (personnes âgées ou sujets fragilisés par une pathologie chronique sous-jacente). La mortalité imputable à la grippe saisonnière concerne essentiellement les sujets âgés (plus de 90 % des décès liés à la grippe surviennent chez des personnes de soixante-cinq ans et plus).

Le grand nombre de malades chaque année, les complications parfois mortelles de la maladie et les possibles changements génétiques majeurs du virus grippal font de la grippe un problème important de santé publique.

Les systèmes de surveillance mis en place permettent de suivre l'évolution de l'épidémie ainsi que son éventuelle gravité.

La survenue de l'épidémie de grippe concomitamment à d'autres épidémies virales saisonnières (infections à virus respiratoire syncytial (VRS) ou gastro-entérites à rotavirus), peut contribuer à augmenter la demande de soins. Le réseau Sentinelles - Inserm estime pour la saison 2007-2008, en faisant l'hypothèse que le virus prédominant sera du A/H3N2 et que l'oscillation climatique prévue entre septembre et décembre 2007 sera entre neutre et froide modérée, que 4 millions de cas pourraient être concernés, avec une fourchette allant de 3,2 à 4,7 millions, soit une épidémie relativement forte, comparée aux épidémies modérées des deux dernières années.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-interministerielle-dgsdgdhosdus-n-2007-419-du-23-novembre-2007-precis-ant-les-actions-a-mettre-en-oeuvre-au-niveau-local-pour-detecter-prevenir-et-maitriser-les-co/>

L'Institut de veille sanitaire (InVS) coordonne la surveillance de la grippe en France. Les objectifs de la surveillance épidémiologique sont les suivants : la prévision, la détection précoce et le suivi des épidémies grippales en France, la surveillance des souches grippales en circulation et l'identification des populations les plus sévèrement touchées. Les pics épidémiques pour la grippe surviennent habituellement fin janvier et en février.

Le dispositif de surveillance clinique de la grippe saisonnière comprend trois niveaux :

- la surveillance dans la communauté, assurée par deux réseaux de médecins libéraux en métropole : le réseau Sentinelles de l'Inserm et le réseau des Grog qui comptabilisent chaque semaine le nombre de consultations pour syndromes grippaux et infections respiratoires aiguës respectivement ;
- la surveillance des formes sévères de grippe, qui s'appuie sur le suivi des passages aux urgences et des hospitalisations pour grippe clinique transmis quotidiennement à l'InVS par 32 établissements hospitaliers en France métropolitaine du réseau organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour) ;
- la surveillance réactive des décès pour grippe clinique à partir d'un réseau de 22 DDASS rapportant à l'InVS chaque semaine, d'octobre à avril, le nombre de certificats de décès attribuables à la grippe. Un modèle statistique est utilisé pour détecter toute augmentation anormale des décès par grippe clinique sur la base des données historiques fournies par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales des décès (CépiDC).

1.2. L'impact sanitaire d'une vague de « froid extrême » et les populations vulnérables

L'existence d'un surcroît de mortalité durant l'hiver est imputable davantage aux conséquences de l'hypothermie qu'à la grippe, qui représenterait 2,4 % des causes de décès durant cette période.

Une des conséquences indirectes du froid - mais la première cause de mortalité par toxique en France - est l'intoxication par le monoxyde de carbone due au dysfonctionnement des appareils de chauffage. En moyenne, plus de 2 000 personnes sont hospitalisées chaque hiver après intoxication au monoxyde de carbone, dont 200 décèdent.

2. Les mesures

2.1. Les établissements de santé

Formalisation des relations entre les services des urgences et les autres services

La formalisation des relations entre les services d'urgence et les autres services de l'établissement de santé d'une part, avec les autres établissements d'autre part, est un facteur déterminant pour la bonne gestion en flux de la prise en charge des patients.

Au sein de l'établissement, la commission des admissions et des soins non programmés est réunie afin de favoriser en amont l'élaboration de contrats définissant, entre la structure des urgences et les autres services, les modalités d'admission des patients non programmés.

La commission dispose d'indicateurs sur la gestion des lits par spécialité (programmés et non programmés, fermeture des lits, durée moyenne de séjour, etc.), et analyse l'activité de l'établissement sur la base des profils des années précédentes, faisant valoir les fluctuations, et les difficultés rencontrées lors des pics d'activité. En articulation avec la cellule de veille de l'établissement, elle formalise et/ou ajuste les mesures à mettre en oeuvre en situation de tension.

Réseau des urgences

Afin de mesurer l'efficacité des mesures du plan urgences et leur impact sur la qualité de la prise en charge, le décret n° 2006-576 et la circulaire DHOS/01/2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences prévoient la mise en place d'une fiche de dysfonctionnement.

Il appartient à chaque établissement concerné de mettre en place une procédure spécifique de signalement des événements indésirables qui interviendraient dans la filière de la prise en charge de l'urgence. Cette fiche a vocation à relever les dysfonctionnements au sein de l'établissement et dans son environnement dans le cadre de l'organisation territoriale afin d'évaluer le fonctionnement des urgences, l'organisation du réseau, et d'apporter des mesures correctives au fur et à mesure.

L'adaptation du fonctionnement des SAMU

Centres 15

Le rôle de la régulation médicale est essentiel. Aussi, afin de s'assurer du bon fonctionnement des Centres 15 pendant la période hivernale, il est recommandé d'anticiper le fonctionnement en :

- vérifiant les contrats de maintenance et les délais d'intervention ;

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-interministerielle-dgsdgdhosdus-n-2007-419-du-23-novembre-2007-precis-ant-les-actions-a-mettre-en-oeuvre-au-niveau-local-pour-detecter-prevenir-et-maitriser-les-co/>

- établissant une procédure de délestage vers l'autocommutateur de l'établissement de santé, voire d'un SAMU à un autre en cas de panne ;
- élaborant des procédures dégradées pour faire face à une surcharge d'activité ;
- adaptant le temps de travail des personnels des SAMU / Centres 15.

Le dispositif « hôpital en tension »

Comme recommandé dans le guide « plan blanc et hôpital en tension », l'établissement dispose d'une cellule de veille qui analyse quotidiennement la situation dans le territoire de santé, confirme les indicateurs de tension dans l'établissement et croise les informations avec les indicateurs d'activité disponibles sur les serveurs régionaux de veille et d'alerte.

En situation de tension confirmée, le directeur réunit une cellule restreinte, émanation de la cellule de veille, de la commission des admissions et des soins non programmés, de la cellule de crise Plan blanc.

Cette cellule prend connaissance de l'activité programmée, vérifie la disponibilité effective en lits, incite à organiser des sorties anticipées.

Elle communique la situation au sein de l'établissement et informe quotidiennement la DDASS et l'ARH de l'évolution de la conjoncture jusqu'au retour à la normale.

Si la situation se prolonge, elle adapte la capacité en lits, organise le rappel des personnels et assure le pilotage de la déprogrammation dans un ordre qualitatif et quantitatif établi.

Programmation des capacités d'hospitalisation
et des personnels disponibles en période de congés

La programmation des capacités d'hospitalisation et de leur adaptation en fonction des fluctuations saisonnières doit faire l'objet d'une réflexion anticipée et coordonnée au plan régional et au sein de chaque territoire de santé. Elle concerne tous les établissements de santé publics et privés, sous l'égide de l'ARH.

Les ARH vérifient que les dispositions définies par la circulaire DHOS/O1/2005-214 du 29 avril 2005 relative à la programmation des capacités d'hospitalisation dans les établissements de santé publics et privés sont effectives dans leur région ou leur département.

Le maintien des capacités d'hospitalisation nécessaires est évalué afin de répondre en urgence aux demandes de soins non programmés et d'éviter aux patients toute perte de chance.

Compte tenu des pathologies hivernales, une attention particulière est portée aux unités de soins intensifs et de surveillance continue, aux services de grands brûlés, aux services de réanimation adulte, pédiatrique et néonatale, aux services de pédiatrie et aux services de soins de suite et de réadaptation.

De même, une attention spécifique est portée aux lits de gériatrie aiguë, secteur particulièrement sollicité en période de fêtes de fin d'année. Les établissements organisent une capacité d'accueil maximum pour les personnes âgées, y compris dans les services de médecine de spécialité.

Les ARH sont aussi particulièrement attentives aux capacités d'accueil dans les services de médecine polyvalente pour l'aval des urgences, notamment dans les grandes agglomérations. Une diminution des capacités d'hospitalisation dans les unités de réanimation chirurgicale peut toutefois être envisagée, proportionnellement à la réduction de l'activité chirurgicale programmée.

Les moyens matériels et humains supplémentaires sont mobilisés de façon graduée et adaptée en fonction de la situation.

Lorsque les différents éléments préconisés sont mis en oeuvre, et si la situation de tension persiste, le déclenchement éventuel d'un plan blanc se décide en de telles circonstances, de façon concertée entre le directeur de l'établissement de santé concerné et l'ARH.

Période grand froid :

prévention des coupures EDF

La prévention des risques électriques dans des conditions climatiques de grand froid est rappelée dans la circulaire DHOS/E4/2006-525 du 8 décembre 2006.

Afin de prévenir les conséquences de coupures électriques liées à des conditions climatiques exceptionnelles sur une période prolongée, les établissements de santé vérifient leur inscription au service prioritaire, la fiabilité des installations

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-interministerielle-dgsdgdhosdus-n-2007-419-du-23-novembre-2007-precis-ant-les-actions-a-mettre-en-oeuvre-au-niveau-local-pour-detecter-prevenir-et-maitriser-les-co/>

de secours, les délais de ré-alimentation en cas d'avarie électrique sur les tronçons d'alimentation, les conditions de maintenance, etc. Ils procèdent également à des tests périodiques de leur source de remplacement.

2.2. *La continuité et la permanence des soins en médecine ambulatoire*

Une attention accrue est portée par le préfet pour assurer, en lien avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins, l'organisation de la permanence des soins pendant les périodes de fêtes et de vacances scolaires.

Le préfet s'appuie sur les CODAMUPS pour que la sectorisation soit adaptée à la demande de la population et à l'offre de soins, en prenant en compte les congés des médecins libéraux et la fermeture de cabinets médicaux.

Il est recommandé que des solutions soient étudiées au sein des CODAMUPS et en lien avec les établissements de santé afin que la permanence des soins soit assurée, y compris dans les secteurs qui ne disposeraient pas d'un médecin inscrit au tableau de garde, notamment en deuxième partie de nuit. Cette possibilité est toutefois limitée aux secteurs dans lesquels aucune solution n'a pu être mise en oeuvre dans le cadre de la permanence des soins.

Enfin, les CODAMUPS veillent à renforcer la permanence des soins en cas d'épidémie impactant le système de soins dans son ensemble.

Chaque organisation départementale est présentée au CODAMUPS avant le 15 décembre 2007.

2.3. *La prise en charge des personnes vulnérables*

Les registres communaux

Afin de guider l'action des services sanitaires et sociaux en faveur des personnes fragiles et isolées à domicile, les mairies disposent de registres nominatifs, conformément aux dispositions du décret n° 2004-926 du 1^{er} septembre 2004.

Les préfets rappellent aux maires cette obligation d'ouverture et de publicité des registres communaux recensant les personnes vulnérables. En cas de froid exceptionnel, les préfets invitent les maires à leur faire connaître les renforts dont ils ont besoin, au-delà de leurs moyens propres, pour mener à bien l'ensemble de ces actions avec toutes les garanties et l'efficacité nécessaires.

En cas de déclenchement du dispositif d'assistance aux personnes, les maires sont autorisés à communiquer directement aux services opérationnels de proximité les données relatives aux personnes inscrites sur le registre, mais en demandant que cette transmission soit limitée aux éléments strictement nécessaires au regard du champ de compétence technique et géographique des intervenants. Il convient en effet, quel que soit le contexte, de veiller au respect de la confidentialité des données et de leur utilisation dans le seul cadre des actions de soutien et d'assistance telles que prévues par l'article L. 116-3 du code de l'action sociale et des familles.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées et personnes handicapées

Ces établissements ont l'obligation de réaliser un « plan bleu » détaillant les modalités d'organisation à mettre en oeuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, en application du décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005. L'un des éléments essentiels de ce plan est la convention conclue avec un établissement de santé à proximité.

L'organisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) doit favoriser l'accès des personnes habilitées aux dossiers médicaux et aux dossiers de soins. En particulier, lorsque l'état d'un résident rend nécessaire l'intervention urgente d'un médecin, celui-ci doit pouvoir accéder 24 h/24 au dossier individuel de ce résident afin de disposer des informations indispensables à un diagnostic précis et à une prise en charge adaptée. Dans le respect de la confidentialité des dossiers, le médecin coordonnateur s'assure que ceux-ci comportent notamment des renseignements médicaux, des éléments concernant les soins paramédicaux et les aides à la vie quotidienne régulièrement mis à jour en collaboration avec les médecins traitants des résidents. En dehors des situations d'urgence, le médecin coordonnateur a accès au dossier médical personnel d'une personne hébergée sous réserve de l'accord de celle-ci ou de son représentant légal (article L. 161-36-2-1 du code de la sécurité sociale).

Les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation s'assurent de la coopération des établissements de santé et interviennent, en tant que de besoin, pour faciliter la signature des conventions non encore conclues entre les EHPAD et les établissements de santé. Ils peuvent, à cet égard, prendre l'attache des directeurs de DDASS.

2.4. **Les remontées d'informations et la transmission quotidienne de la situation**

Afin d'anticiper les situations de tension et de favoriser la coordination entre les acteurs concernés (établissements de

santé privés/publics, DDASS), une veille quotidienne est exercée au niveau de l'ARH auprès d'établissements sentinelles, afin d'adapter en cas de tension l'offre de soins au sein du territoire de santé.

Des mesures de rappel des personnels doivent être prêtes en cas de situation de tension confirmée.

Les ARH se dotent des moyens nécessaires au suivi des capacités de prise en charge des patients potentiels pendant les périodes à risques. Un état des lieux des lits disponibles peut en particulier être mis en place. Le bilan des lits effectivement ouverts par rapport aux prévisions peut être réalisé, mais, comme en 2006, il n'y a pas lieu de faire remonter ces bilans au ministère chargé de la santé.

Les régions disposent de serveurs régionaux permettant d'assurer un suivi quotidien notamment de l'activité des structures d'urgence, des disponibilités en lits hospitaliers d'aval (par discipline) et des décès survenus dans les établissements.

La synthèse des données remontées quotidiennement des établissements aux serveurs régionaux des ARH sont communiquées par l'institut de veille sanitaire à la direction générale de la santé.

Les échelons régional et départemental (ARH, CIRE, DDASS) se coordonnent afin d'assurer le suivi quotidien et la qualité de ces données pour identifier les situations de tensions avérées. L'ARH est responsable des actions à conduire en cas de situation de tension ; elle en informe le DUS.

Parallèlement, les informations sanitaires sont analysées quotidiennement dans chaque département à partir des premiers signes d'alerte.

Les CIRE assurent le recueil de données épidémiologiques auprès des fournisseurs de données en les complétant des données d'activité des établissements de santé issus des serveurs régionaux de veille et d'alerte des ARH et des informations des services déconcentrés.

Si la tension dans les établissements de santé dépasse la capacité d'adaptation territoriale, malgré le déclenchement gradué de mesures conjuguées, telles le rappel de personnels, des transferts, la déprogrammation des activités, la réouverture ou l'ajout de lits supplémentaires, un bilan de la situation de la dégradation de l'offre de soins fait l'objet d'un message électronique au ministère de la santé à l'adresse suivante : alerte@sante.gouv.fr. Par souci d'unité et de simplification, l'adresse courriel est désormais unique.

2.5. Vaccination des professionnels de santé et mesures barrières et d'hygiène standard

Chaque hiver, la circulation du virus de la grippe a un impact négatif dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux auprès :

- d'une part, des personnes hospitalisées ou hébergées (personnes âgées de soixante-cinq ans et plus et personnes atteintes de pathologies cardiaques, broncho-pulmonaires, métaboliques, rénales ou immunologiques), qui sont particulièrement fragiles et chez lesquelles l'infection grippale peut être la cause de complications, voire de décès ;
- d'autre part, des professionnels de santé qui sont au contact régulier des personnes à risque car, outre le fait qu'ils peuvent être eux-mêmes malades, ils peuvent contribuer à l'introduction et à la diffusion de la grippe dans l'établissement.

Vaccination

Les personnes à risque sont invitées chaque année à se faire vacciner gratuitement par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés qui met en place, à cet effet, une campagne annuelle de vaccination.

Depuis plusieurs années, une note du ministère chargé de la santé, adressée aux directeurs d'établissements de santé et d'établissements médico-sociaux, rappelle que le comité technique des vaccinations et le conseil supérieur d'hygiène publique de France ont introduit dans le calendrier vaccinal une recommandation de vaccination annuelle contre la grippe aux professionnels de santé et à tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risques. Bien qu'en progression, la couverture vaccinale des professionnels de santé, quel que soit le secteur d'activité, demeure insuffisante pour limiter la transmission nosocomiale et la saturation de l'offre de soins dans les établissements de santé. Cette note recommande de prévoir dans chacun des établissements, les mesures actives et nécessaires à la protection du personnel de veiller notamment à mettre en place des campagnes de promotion de la vaccination et des séances de vaccination (en effet la couverture vaccinale contre la grippe est nettement meilleure dans les établissements qui offrent cette vaccination à leur personnel et si cette vaccination se fait au sein des services avec une implication importante du chef de service).

Les mesures barrières et d'hygiène

Les mesures barrières et d'hygiène standard reposent essentiellement sur :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-interministerielle-dgsdgdhosdus-n-2007-419-du-23-novembre-2007-precis-ant-les-actions-a-mettre-en-oeuvre-au-niveau-local-pour-detecter-prevenir-et-maitriser-les-co/>

- l'hygiène des mains (friction avec une solution hydro alcoolique ou à défaut, lavage avec un savon antiseptique), essentielle et qui doit être réalisée après chaque contact avec un malade ou avec le matériel utilisé par lui ou avec ses effets ;
- le port d'un masque anti-projection par tout malade porteur d'une infection respiratoire, en particulier en cas de toux, dès qu'il est en contact avec un soignant ou toute autre personne ;
- l'utilisation de mouchoirs à usage unique, la désinfection du matériel en contact avec le malade avec des lingettes alcoolisées, etc. ;
- la limitation des contacts physiques (poignées de mains, etc.) en période de forte diffusion virale ;
- un circuit bien identifié d'élimination des déchets (DASRI).

Différents documents décrivant ces mesures ont été réalisés notamment par l'Institut de prévention et d'éducation à la santé (INPES) et l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) (cf. note 1) .

NOTE (S) :

(1) Documents disponibles sur les sites Internet suivants : <http://www.sante.gouv.fr>, <http://www.inpes.sante.fr>, <http://www.inrs.fr>.

Source : BO n° 2007-12 du 15 janvier 2008