

PANDÉMIE A INFLUENZA HxNy

PLAN DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LA RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

«Plan RCJU 2010»

SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ABREVIATIONS

AJIPA	Association jurassienne des institutions pour personnes âgées
AMCS	Association des médecins cantonaux de Suisse
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFV	Commission fédérale pour les vaccinations
CNI	Centre national de référence de l'Influenza
DFAE	Département fédéral des affaires étrangères
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DSA	Département de la santé et des affaires sociales
EMCC	Etat-major cantonal de conduite
EMS	Etablissement médico-social
EPAD	Ecole professionnelle artisanale de Delémont
FMH	Fédération des médecins suisses
FAS	Fondation pour l'aide et les soins à domicile
GRSP	Groupement romand des services de santé publique
GTI	Groupe de travail Influenza
HES-SO	Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale
H-JU	Hôpital du Jura
H-JB	Hôpital du Jura bernois
ILS	Institution de long séjour
ISS	Information et intervention dans le système sanitaire
MC	Médecin cantonal
PCi	Protection civile
PIJ	Pharmacie interjurassienne
PME	Petites et moyennes entreprises
POC-PPS	Police cantonale - Protection de la population et sécurité
OFAE	Office fédéral de l'approvisionnement économique du pays
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Officie fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPI	Ordonnance sur la pandémie
ORCA	Organisation en cas de catastrophe - Jura
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
SEN - CEJEF	Service de l'enseignement / Centre jurassien d'enseignement et de formation
SDI	Service de l'informatique
SIC	Service de l'information et de la communication de la RCJU
SMCJU	Société médicale du canton du Jura
SSA	Service de la santé publique
SSCM	Service de la sécurité civile et militaire

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	7
APERÇU GÉNÉRAL	8
ABRÉVIATIONS	2
1 INTRODUCTION	9
1.1 Situation internationale.....	9
1.1.1 Phases de pandémie selon l’OMS	9
1.1.2 Grippe humaine à virus aviaire A(H5N1)	9
1.1.3 Grippe pandémique à virus A(H1N1) 2009	9
1.1.4 Conséquences pour la Suisse	10
1.2 Le plan suisse de pandémie Influenza 2009 (Plan suisse).....	10
1.2.1 Institutions impliquées dans le Plan suisse et leurs missions.....	10
1.2.2 Hypothèses de travail.....	11
1.3 Modèle épidémiologique (impact)	11
1.3.1 Population du canton	11
1.3.2 Malades attendus.....	12
1.4 Stratégie nationale.....	13
1.4.1 Objectifs généraux.....	13
1.4.3 Stratégie cantonale.....	14
1.5 Bases légales.....	14
1.5.1 Droit international.....	14
1.5.2 Droit fédéral	14
1.5.3 Droit cantonal.....	15
2 ORGANISATION ET CONDUITE	16
2.1 Préparation en phase 3	16
2.2 Organisation cantonale de conduite en phases 4 à 6	17
2.2.1 Organisation	17
2.3 Organisation intercantonale	18
2.4 Organisation transfrontalière.....	18
3 SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	19
3.1 Introduction	19
3.1.1 Objectifs	19
3.1.2 Stratégie	19
3.2 Problématique.....	19
3.3 Systèmes de surveillance	20
3.3.1 Surveillance en phase 3.3 d’alerte pandémique : cas sporadiques sans transmission interhumaine	20
3.3.2 Surveillance en phase 4.3 d’alerte pandémique : premier foyer de transmission interhumaine.....	21
3.3.3 Surveillance en phase 5.3 d’alerte pandémique : nombreux foyers de transmission interhumaine.....	21
3.3.4 Surveillance en phase 6 de pandémie	21
3.3.5 Surveillance en phase postpandémique	21
3.4 Surveillance au niveau cantonal.....	21
3.4.1 Surveillance cantonale en phase 3.3-4.3	22
3.4.2 Surveillance cantonale en phase 5.3-6.2.....	22
3.5 Communication	22
3.6 Coordination de la surveillance.....	23
4 PREVENTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE	24
4.1 Introduction	24
4.2 Stratégie et objectifs	24
4.3 Problématique.....	24
4.4 Mesures préventives en fonction des phases pandémiques.....	25
4.4.1 Prévention en phase 3 de pandémie	25
4.4.2 Prévention en phase 4 de pandémie	25
4.4.3 Prévention en phase 5 de pandémie	25
4.4.4 Prévention en phase 6 de pandémie	25
4.5 Mesures de prévention individuelle	25
4.5.1 Mesures générales, hygiène et port du masque	25
4.5.2 Isolement et quarantaine.....	28
4.6 Mesures de prévention collectives.....	29
4.6.1 Mesures générales.....	29
4.6.2 Eloignement social	29
4.6.3 Organes de décision.....	31
4.7 Rôle des médicaments antiviraux dans la prévention	31
4.8 Communication	32
5 PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE	33
5.1 Introduction	33

5.1.1	Hypothèses de travail	33
5.2	Stratégie.....	33
5.2.1	Stratégie nationale.....	36
5.2.2	Montée en puissance du dispositif cantonal	36
5.2.3	Orientation de la population dans le dispositif	36
5.3	Prise en charge ambulatoire des cas sporadiques	35
5.3.1	Filière ambulatoire à l'hôpital.....	36
5.3.2	Prévention des cas secondaires.....	38
5.3.3	Mesures de protection du personnel.....	36
5.4	Prise en charge ambulatoire des cas multiples.....	36
5.4.1	Prise en charge par les cabinets médicaux	36
5.4.2	Prise en charge à domicile.....	37
5.4.3	Prise en charge dans les EMS	37
5.4.4	Rôle des établissements privés (Clinique Le Noirmont)	37
5.5	Prise en charge dans les pandicentres	37
5.5.1	Organisation des pandicentres.....	37
5.5.2	Fonctionnement des pandicentres	38
5.5.3	Ouverture des pandicentres	37
5.5.4	Recrutement du personnel de soins et astreinte.....	39
5.5.5	Médicaments, masques et matériel	40
5.5.6	Dossier médical	40
5.5.7	Réduction du dispositif	40
5.6	Concept de communication	40
5.7	Coordination de la prise en charge ambulatoire	40
6	PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE	42
6.1	Introduction	42
6.2	Problématique.....	42
6.2.1	L'hôpital, point critique	42
6.2.2	Défis hospitaliers.....	42
6.2.3	Stratégie	43
6.3	Concept hospitalier d'organisation	43
6.3.1	Coordination hospitalière.....	43
6.3.2	Plans de continuité.....	43
6.3.3	Arrêt progressif des activités électives dans les hôpitaux	43
6.3.4	Organisation structurelle de l'hôpital désigné.....	44
6.3.5	Ajustement structurel de l'hôpital désigné	45
6.3.6	Ressources en personnel de hôpital désigné.....	45
6.3.7	Accès à l'hôpital pour les visiteurs	46
6.3.8	Mesures de protection du personnel et prévention de la transmission du virus	46
6.3.9	Mise en pratique des mesures de protection.....	47
6.3.10	Laboratoire hospitalier	48
6.3.11	Autonomie d'exploitation	48
6.4	Concept hospitalier de prise en charge des patients.....	49
6.4.1	Prise en charge des cas en phases 3 et 4	49
6.4.2	Triage et admission des cas en phases 5 et 6	49
6.4.3	Dépistage et prise en charge de la grippe attrapée durant l'hospitalisation	50
6.4.4	Décès et inhumation.....	52
6.4.5	Sécurité	52
6.5	Communication hospitalière.....	52
6.5.1	But	52
6.5.2	Principes généraux.....	52
6.5.3	Principes de communication en fonction des publics cibles	52
6.6	Coordination avec de la prise en charge hospitalière.....	54
7	PRISE EN CHARGE À DOMICILE.....	55
7.1	Introduction	55
7.1.1	Stratégie	55
7.1.2	Impact de la pandémie sur la clientèle	55
7.2	Problématique.....	55
7.3	Ressources en personnel	56
7.3.1	Fondation pour l'aide et les soins à domicile (FAS)	56
7.3.2	Formation et protection du personnel.....	56
7.4	Prise en charge des patients à domicile	56
7.4.1	Cahier des charges des soins à domicile	56
7.4.2	Adaptation des prestations.....	57
7.4.3	Conduite et communication.....	57
7.4.4	Matériel de soins et financement.....	57
7.5	Coordination de la prise en charge à domicile.....	57
8	PRISE EN CHARGE DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX DU CANTON (EMS).....	58

8.1	Introduction	58
8.1.1	Présentation générale des institutions du canton.....	58
8.1.2	Présentation des institutions EMS	58
8.2	Problématique.....	59
8.3	Stratégie.....	59
8.3.1	Préparation stratégique.....	59
8.3.2	Options stratégiques en fonction de la situation épidémiologique.....	59
8.4	Concept d'organisation des EMS	60
8.4.1	Coordination des EMS.....	60
8.4.2	Organisation interne - Plan de continuité	60
8.4.3	Ressources en personnel	60
8.4.4	Formation et protection du personnel.....	60
8.4.5	Protection des résidents contre l'introduction et la propagation du virus	61
8.4.6	Prise en charge des résidents	61
8.5	Communication	62
8.6	Coordination de la prise en charge en institution	62
9	SOINS INTENSIFS ET PROBLÉMATIQUE PÉDIATRIQUE	63
9.1	Introduction	63
9.2	Problématique.....	63
9.3	Prise en charge pédiatrique.....	63
9.3.1	Prise en charge ambulatoire	63
9.3.2	Prise en charge hospitalière	64
9.3.3	Transfert de patients	64
9.3.4	Perspective et développement.....	65
9.4	Coordination de la prise en charge pédiatrique	65
10	VACCINATION CONTRE LA GRIPPE PANDÉMIQUE	66
10.1	Introduction	66
10.2	Problématique.....	66
10.2.1	Vaccins.....	66
10.2.	Vaccination	67
10.3	Vaccins contre les virus pandémiques	67
10.3.1	Vaccins à disposition	67
10.3.2	Emballage, description, étiquetage et traçabilité des vaccins.....	67
10.3.3	Transport, stockage et durée de conservation des vaccins	67
10.3.4	Distribution des vaccins.....	68
10.3.5	Convention de vaccination	68
10.3.6	Personnes prioritaires.....	69
10.3.7	Pharmacovigilance	69
10.4.	Vaccination dans les structures existantes.....	70
10.4.1	Vaccination dans les hôpitaux.....	70
10.4.2	Vaccination dans les cabinets médicaux.....	70
10.4.3	Vaccination dans les institutions de long séjour (ILS) et à domicile.....	70
10.4.4	Vaccination à l'école.....	70
10.4.5	Dossier de vaccination.....	71
10.5	Vaccination dans les Centres de vaccination.....	71
10.5.1	Montée en puissance.....	71
10.5.2	Vaccination à l'EPAD.....	71
10.5.3	Vaccination dans les centres.....	71
10.5.4	Plans des centres de vaccination	72
10.5.5	Convocation à la vaccination.....	72
10.5.6	Recrutement du personnel médical.....	73
10.5.7	Communication	22
10.6	Budget.....	73
10.6.1	Modèle 2009	73
10.6.2	Cadre budgétaire nécessaire.....	74
10.7	Contrôles et notifications.....	74
10.8	Coordination de la vaccination.....	74
11	MATERIEL ET PRODUITS THERAPEUTIQUES	76
11.1	Introduction	76
11.2	Matériel de protection contre l'infection	76
11.2.1	Protection individuelle	76
11.2.2	Protection dans les institutions.....	76
11.3	Antiviraux et médicaments antiinfectieux.....	77
11.3.1	Osetamivir (Tamiflu®).....	77
11.3.2	Zanamivir (Relenza®)	78
11.3.3	Antibiotiques.....	78
11.4	Matériel de vaccination	78
11.5	Circuits de distribution	79
11.6	Coordination du matériel et des produits thérapeutiques	79

12	QUESTIONS TRANSVERSALES	80
12.1	Ressources humaines.....	80
12.1.1	Problématique.....	80
12.1.2	Stratégie	80
12.2	Informatique et télécommunications.....	81
12.2.1	Problématique.....	81
12.2.2	Stratégie	81
12.3	Financement	81
12.3.1	Problématique.....	81
12.3.2	Stratégie	82
12.4	Adaptations législatives.....	82
12.4.1	Problématique.....	82
12.4.2	Stratégie	82
12.4.3	Arrêtés du Gouvernement.....	82
12.5	Sécurité.....	83
12.6	Communication	83
12.6.1	Problématique.....	83
12.6.2	Stratégie	83
12.7	Questions éthiques	85
12.7.1	Problématique.....	85
12.7.2	Stratégie	85

AVANT-PROPOS

Le Plan RCJU 2010 est une version complétée et actualisée des différents plans élaborés jusqu'ici. Il constitue un texte de référence pour tous les partenaires appelés à jouer un rôle au sein du dispositif cantonal de crise.

La RCJU travaille depuis 2006 à la planification sanitaire en cas de pandémie. Le Plan JU 2010 fait suite au rapport d'activité du Groupe de coordination du médecin cantonal qui a opéré durant la pandémie de grippe à virus A(H1N1) 2009.

Le Plan fédéral de pandémie Influenza 2009 (<http://www.bag.admin.ch>) tient lieu de référence au Plan RCJU 2010. Les détails n'en sont repris que pour la bonne compréhension du Plan cantonal.

Le présent document tire parti des travaux préliminaires et de l'expérience acquise dans la gestion de la vague pandémique A(H1N1) 2009. Partant de l'hypothèse du pire - la grippe de 1918 et la grippe aviaire H5N1 -, il a fallu adapter le concept théorique à une réalité différente et gérer l'épidémie au quotidien entre avril et décembre 2009.

- Le présent document est limité au dispositif sanitaire. L'EMCC est compétent pour des aspects spécifiques comme la conduite de crise, la communication, la logistique, le budget, etc. La continuité des services de l'Etat en cas de pandémie et les aspects vétérinaires ne sont pas pris en compte.
- **LIMITES du Plan.** S'agissant des administrations en général, des entreprises ou des institutions sociales et éducatives, le SECO, avec la collaboration de l'OFSP, a publié à un Manuel de préparation ([Plan de pandémie – Manuel pour la préparation des entreprises](#)).

Le Plan RCJU 2010 règle principalement la montée en puissance du dispositif sanitaire et les interactions entre les secteurs de la santé dans le canton.

Comme le Plan fédéral, le Plan RCJU 2010 est évolutif, susceptible d'être révisé en fonction de la situation épidémiologique, des connaissances et des solutions nouvelles ou des modifications structurelles. L'expérience a montré les limites de la planification théorique et la nécessité de rester en contact étroit avec la situation sur le terrain et avec ses acteurs.

- Il sert de référence aux plans de continuité des entreprises et des administrations.
- Il est aussi le précurseur d'un plan adapté à d'autres menaces biologiques ou non, d'origines naturelle (catastrophes, accidents de laboratoire) ou criminelle (terrorisme).

Remerciements et information utiles

Le SSA saisit l'occasion pour remercier les nombreux partenaires publics et privés pour leur participation aux travaux des groupes thématiques du Plan cantonal. Sont également remerciés les services de santé publique des cantons de Neuchâtel, Vaud, Tessin et Valais qui ont partagé avec la RCJU les instruments développés. A la faveur d'un accord de collaboration, des partenaires neuchâtelois ont apporté leur contribution dans l'optique de réaliser en synergie les deux plans cantonaux.

Rédaction et révision : Dr P.-A. Raeber (SSA 1^{er} auteur), Dr Jean-Luc Baierlé (SSA), Patricia Berdat (SIC), Dr Michel Brünisholz (H-JU), Etienne Cattin (AJIPA), Nicolas Froté (FAS), Dr Jean-Louis Haab (SMCJU), Marielle Jeambrun (SSA), Jean-Paul Moll (H-JU), Nicole Rentrop-Wagner (SSA), Damien Scheder (POC-PPS) et Dr Sid Ali Zoubir (H-JU).

Information : Médecin cantonal, Service de la santé publique, Faubourg des Capucins 20, 2800 Delémont

APERÇU GENERAL

La pandémie d'influenza A(H1N1) 2009 constitue un événement sans précédent dans la mise en œuvre des stratégies de lutte de l'OMS et de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Ces derniers ont assuré le leadership en matière de surveillance épidémiologique et de recommandations propres à servir de cadre aux cantons pour assurer la prise en charge sanitaire. C'est la première fois qu'un tel degré de coopération a été nécessaire. Les thématiques suivantes sont traitées :

- La **situation générale** traite de la problématique grippale, des modèles épidémiologiques, des stratégies et des bases légales;
- La **conduite en situation de crise** est assurée par l'état-major cantonal de conduite (EMCC) sous la tutelle du Gouvernement. Le service de la santé publique (SSA) y est largement représenté, disposant lui-même d'un Groupe de coordination des activités sanitaires dirigé par le médecin cantonal (MC);
- La **surveillance épidémiologique** repose sur le système de déclaration de l'OFSP. Le MC fait appliquer l'ordonnance sur la déclaration des observations médicales et microbiologiques qui lui permettent d'avoir une vue d'ensemble sur l'évolution locale (hôpitaux par exemple) ou régionale de la situation;
- La **prévention individuelle et collective** fait l'objet de recommandations fédérales (hygiène, comportements, masques, etc.). Les mesures contraignantes telles que l'isolement, la mise en quarantaine, la restriction de rassemblement, la fermeture d'écoles et de lieux publics procèdent de la loi sur les épidémies. Elles requièrent une collaboration rapprochée entre l'organe de conduite et le Gouvernement (décisions, arrêtés);
- La **prise en charge ambulatoire** monte en puissance progressivement : les cas isolés sont d'abord orientés vers la consultation hospitalière de H-JU. Les praticiens installés, la Ligue pulmonaire et les soins à domicile interviennent lorsque le nombre de cas augmente et lorsque le système de soins habituel est débordé. Des centres ambulatoires (pandicentres) installés dans des centres prédéfinis offrent soins et médicaments;
- La **prise en charge hospitalière** est assurée par H-JU sur le site de Delémont premièrement qui définit un secteur «grippe» séparé des autres services. H-JU doit renoncer pour ce faire à une partie de son activité électorale;
- Dans la mesure du possible, les patients sont soignés à **domicile** où ils séjournent afin de décharger le secteur hospitalier. Les services de soins à domicile élargissent leurs prestations aux soins respiratoires aigus;
- Les **établissements médico-sociaux** (EMS) jouent aussi un grand rôle de par leur nombre, le caractère fragile des personnes qu'elles accueillent et les soins aigus qu'elles doivent être en mesure de prodiguer afin de décharger le secteur hospitalier;
- La **vaccination** contre la grippe pandémique est effectuée par les médecins praticiens, les institutions de soins ou les soins à domicile. Des centres de vaccination montés dans des bâtiments publics dédiés à cet effet et facilement accessibles permettent de vacciner rapidement une partie de la population;
- Les **produits thérapeutiques** sont acquis de manière centralisée soit par la Confédération, soit par le canton et ses institutions. Leur distribution fait appel à la PIJ, à des grossistes, à la Pharmacie de l'armée et aux pharmacies privées;
- Le **personnel sanitaire** est recruté parmi des volontaires, les retraités et du personnel provenant de secteurs moins touchés. Il peut être réquisitionné par arrêté du Gouvernement. Son instruction est organisée par le SSA.

Diverses questions touchant aux ressources humaines, à la logistique, au budget, à la législation, à la communication et à l'éthique devant le rationnement des soins traversent les phases de pandémie et concluent le Plan cantonal.

1 INTRODUCTION

1.1 SITUATION INTERNATIONALE

1.1.1 Phases de pandémie selon l'OMS

L'OMS déclare l'entrée et la fin des phases de pandémie. Elle a révisé en 2009 les 6 phases afin qu'elles correspondent mieux aux orientations stratégiques requises.

- Une fois déclarée, une phase s'applique à tous les pays, indépendamment de la présence ou non de cas;
- Le temps entre les phases peut varier de quelques jours à plusieurs mois.

1.1.1.1 Description des phases de pandémie¹

PHASE 1	Aucun cas d'infection chez l'homme due à un virus circulant chez les animaux n'a été signalé.
PHASE 2	On sait qu'un virus grippal animal circulant chez des animaux domestiques ou sauvages a provoqué des infections chez l'homme et il est de ce fait considéré comme constituant une menace potentielle de pandémie.
PHASE 3	Un virus grippal réassorti animal ou animal-humain a été à l'origine de cas sporadiques ou de petits groupes de cas de maladie dans la population, mais n'a pas entraîné de transmission interhumaine suffisamment efficace pour maintenir les flambées à l'échelon communautaire.
PHASE 4	La transmission interhumaine d'un virus grippal réassorti animal ou animal humain capable de provoquer des flambées à l'échelon communautaire a été vérifiée.
PHASE 5	Le virus identifié a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins deux pays d'une même Région OMS.
PHASE 6	Outre les critères définis pour la phase 5, le même virus a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins un pays d'une autre Région de l'OMS.
PERIODE SUIVANT LE PIC DE LA PANDEMIE	Le nombre de cas de grippe pandémique a chuté au-dessous de celui observé lors du pic dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.
NOUVELLE VAGUE POSSIBLE	L'activité de la grippe pandémique augmente à nouveau dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.
PERIODE POSTPANDEMIE	L'activité grippale a retrouvé les niveaux normalement observés pour la grippe saisonnière dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.

1.1.2 Grippe humaine à virus aviaire A(H5N1)

Depuis 2003, plusieurs centaines de cas humains de grippe à virus A(H5N1) ont été confirmés par les laboratoires de l'OMS, avec une mortalité supérieure à 60% due à des infections pulmonaires sévères accompagnées de décompensations multiples (*multiple organ failure*). Une quinzaine de pays ont été ou sont affectés, la plupart en Extrême-Orient. On est à l'égard du virus A(H5N1) encore en phase 3 en 2010.

Les enfants et les jeunes adultes sont majoritairement touchés. Dès 2006, quelques transmissions interhumaines ont été observées en Indonésie, sans que soit déclaré le passage en phase 4. On craint alors surtout une mutation qui faciliterait la transmission interhumaine à large échelle.

Le scénario sur lequel se basent l'OMS et l'OFSP est celui de la grippe de 1918, l'une des plus sévères de l'histoire de l'humanité, similaire à bien des égards à la grippe à virus A(H5N1), exception faite de la propagation.

1.1.3 Grippe pandémique à virus A(H1N1) 2009

Le 11 juin 2009, l'OMS a déclaré l'état de pandémie (phase 6), quelques semaines après l'identification d'un nouveau virus appelé *Swine Influenza A (H1N1)* sévissant au Mexique et responsable en mars 2009 de 854 cas dont 59 décès. Sa propagation aux USA, en Espagne, en

¹ Tiré de Préparation et action en cas de grippe pandémique – document d'orientation de l'OMS 2009.
<http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance09FR.pdf>

Grande-Bretagne et au Canada était telle qu'on a craint une vague mondiale durant les mois d'été. Cette dernière a surtout frappé des pays de l'hémisphère Sud, provoquant trois à cinq fois plus de cas que la grippe saisonnière. Contrairement à la grippe aviaire, le virus A(H1N1) 2009 n'affecte pas les animaux.

1.1.4 Conséquences pour la Suisse

Aucun cas humain de grippe aviaire A(H5N1) n'est connu en Suisse. La surveillance en santé vétérinaire est entrée dans la routine. Les dispositifs de phase 3 sont en place. Le seuil épidémique de la grippe A(H1N1) 2009 a été dépassé fin octobre 2009 (semaine 43) et le pic de la vague a été atteint début décembre (semaine 49). Le nombre de cas est estimé à 1-1,5 million, surtout des enfants, avec peu d'hospitalisations (entre 500 et 600 cas) et peu de complications et de décès (18 cas). Le virus A(H1N1) a remplacé les virus saisonniers et le fardeau de la grippe saisonnière en 2009-2010 est au total moins lourd qu'il ne l'a jamais été.

- La différence entre la grippe aviaire à virus A(H5N1) et la grippe A(H1N1) 2009, réside dans le fait que la dernière se propage facilement, mais que sa sévérité est nettement inférieure. Il faut par conséquent adapter le concept théorique à cette diversité virale imprévisible. On parlera plus bas de virus **A(HxNy)**.

Au plan épidémiologique, on doit désormais envisager 3 cas de figure : un virus agressif mais peu contagieux (H5N1-like); un virus peu agressif mais très contagieux (H1N1 2009-like); un virus à la fois agressif et contagieux (1918-like).

Le niveau d'alerte sanitaire dépend de la proximité du foyer de la menace pandémique, selon qu'il s'agit du foyer initial, peu probable en Suisse, d'une extension hors du foyer initial, dans un pays d'Europe par exemple ou de cas observés en Suisse. L'application des phases OMS se décline alors en plusieurs scénarios.

1.1.4.1 Phases OMS 3 à 6 appliquées à la Suisse²

3.1	Cas humains isolés limités au pays d'origine	3.2	Nouveau virus observé en Suisse chez les animaux	3.3	Cas humains sporadiques observés en Suisse
4.1	Premier foyer de transmission interhumaine hors du pays d'origine	4.2	Nombreux foyers de transmission interhumaine hors du pays d'origine	4.3	Premier foyer de transmission interhumaine en Suisse
5.1	Cas plus nombreux, mais encore localisés	5.2	Cas plus nombreux, mais encore localisés	5.3	Foyers plus importants, mais encore localisés
6.1	Transmission soutenue et durable du virus dans le monde mais <i>pas encore en Suisse</i>		6.2	Transmission soutenue et durable du virus dans le monde et en Suisse	

La réponse sanitaire aux cas isolés (phase 3.3) repose sur le système existant déjà bien rodé. Les activités des phases 4 et 5 sont mentionnées dans la mesure où elles interfèrent avec la phase 6.

L'accent principal du Plan RCJU 2010 porte sur la phase 6.2. et décrit la montée en puissance du dispositif de prise en charge en fonction de la sévérité de la crise.

1.2 LE PLAN SUISSE DE PANDEMIE INFLUENZA 2009 (PLAN SUISSE)

1.2.1 Institutions impliquées dans le Plan suisse et leurs missions

L'OFSP est l'auteur du Plan suisse et le coordinateur de la doctrine au plan stratégique et thématique. Le Plan suisse est un document plusieurs fois révisé et appelé à l'être régulièrement. Il est basé sur les recommandations de l'OMS et sert de canevas à la constitution des plans opérationnels cantonaux. Les principaux partenaires et leur mission sont :

- Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE) :

² Tiré du Plan suisse de pandémie Influenza 2009 <http://www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html?lang=fr>

- réserve nationale de Tamiflu® sous contrat avec Roche Pharma Suisse SA,
- réserve d'antibiotiques nécessaires à traiter les surinfections bactériennes de la grippe;
- Swissmedic :
 - homologation accélérée des vaccins antigrippaux et des médicaments antiviraux,
 - accord avec les homologues européens (EMA);
- Pharmacie de l'armée :
 - réserve de Tamiflu® en cas de rupture de stock (à ne pas confondre avec la grande réserve de Roche),
 - entreposage et distribution de vaccins, fourniture du matériel d'injection;
- Département fédéral des Affaires étrangères (DFAE) :
 - questions liées aux frontaliers, aux Suisses vivant à l'étranger et autres non-résidents;
- santésuisse :
 - remboursement des antiviraux, des vaccins et des consultations.

1.2.2 Hypothèses de travail

La sévérité d'une pandémie de grippe tient notamment à son affinité pour l'être humain (contagiosité), sa virulence (capacité de se reproduire), sa pathogénicité (capacité de faire des lésions), sa rapidité de dispersion. Elle est contrée en particulier par la mise en place des mesures de prévention individuelles et collectives, l'efficacité des traitements, l'efficacité et le moment de la vaccination, la réactivité et la capacité des services sanitaires.

Les **hypothèses** utilisées pour la planification cantonale émanent du Plan fédéral. Elles sont inspirées au départ de la pandémie de 1918, puis corrigées à la lumière de la vague pandémique A(H1N1) 2009 :

- La Suisse est affectée plus tardivement que d'autres pays. La probabilité qu'elle soit le foyer original d'un virus pandémique est faible. Elle dispose de quelques semaines avant d'être touchée. Le virus se propage en 2-3 semaines à l'ensemble du territoire;
- Le virus pandémique a le même profil que le virus saisonnier (cible respiratoire, incubation, contagiosité, taux de reproduction, etc.). La transmission se fait par gouttelettes (salive, éternuements et contact des mains);
- La pandémie survient par vagues successives de plusieurs semaines. La première dure environ 12 semaines. Les premiers cas peuvent apparaître en toute saison. Personne n'est immunisé contre le nouveau virus;
- Le virus *infecte* 25% (taux d'attaque) de la population générale, jusqu'à 40% des enfants en âge scolaire et 10-15% des personnes âgées. Si la nouvelle grippe est bénigne, la proportion de personnes *malades*, nécessitant des soins et des médicaments ou atteintes de complications, hospitalisées ou définitives peut être beaucoup moins élevée;
- Les groupes à plus haut risque de faire des complications sont les jeunes enfants, les personnes de tous âges souffrant de maladies chroniques - notamment respiratoires - et les femmes enceintes;
- Le vaccin spécifique n'est pas encore disponible lors de la 1^{ère} vague. Pour l'administrer dans les plus brefs délais, on doit prévoir une vaccination de masse.

1.3 MODELE EPIDEMIOLOGIQUE (IMPACT)

1.3.1 Population du canton

Sur la base des hypothèses formulées au chapitre précédent, on peut calculer l'impact de la pandémie sur la population locale :

- Résidents : **70'000**, dont 12'000 enfants de moins de 15 ans et 12'000 personnes âgées de 65 ans et plus (Office fédéral de la statistique, 2007);

➤ **Frontaliers** : **5'000** personnes (Service des passeports 2010).

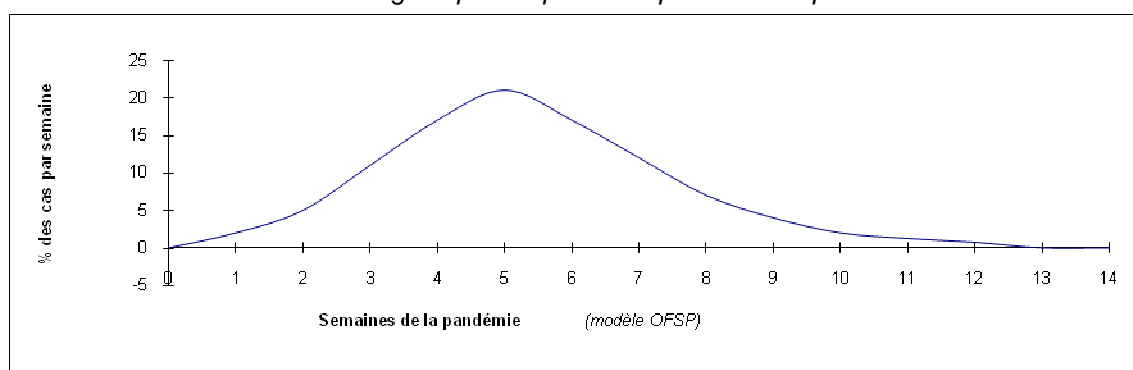
Les conventions internationales prévoient la réciprocité de traitement en matière de soins d'urgence et le rapatriement pour suites de traitement. L'accès transfrontalier aux prestations en cas de pandémie (vaccins, antiviraux, soins médicaux et hospitaliers) pour les frontaliers, touristes, suisses vivant à l'étranger, fonctionnaires internationaux, etc. fait l'objet de discussions avec les pays voisins sous l'égide du DFAE (état en 2010).

1.3.2 Malades attendus

Si aucune mesure n'est prise à temps, la pandémie suit son cours naturel. Elle est alors brève (5-6 semaines) et intense, entraînant le collapsus des services de soins, de nombreuses complications et décès (tableau 1.3.2.2).

Un virus contagieux, fortement pathogène ou non, provoque une première vague avec un pic épidémique à la 5^{ème} semaine comptabilisant 20% de la totalité des malades.

1.3.2.1. Vague épidémique théorique avec son pic à la 5^{ème} semaine



On peut estimer l'impact de la pandémie sur les institutions sanitaires en comparaison avec la grippe saisonnière. Le nombre de cas, de consultations, d'hospitalisations, de complications et de décès dépend de la sévérité du virus grippal **HxNy** :

1.3.2.2. Estimation du nombre de malades et de complications attendus en RCJU (chiffres OFSP 2006 et 2009)

Estimation adaptée des modèles H1N1, H5N1 et 1918 (OFSP)	Total	Maximum par semaine	Semaine
Malades (5-25% des résidents)	3'600 – 17'500	800 – 3'700	5
Consultations (x plus que la grippe saisonnière)	1 - 10 x		5
Hospitalisations (0.2 - 2.5% des malades)	8 - 430	2 - 90	6
Soins intensifs (15% des hospitalisations)	1 – 65	1 - 15	6
Décès (létalité : 0.4%)	0 - 70	0 - 15	7

Contrairement à la grippe saisonnière qui touche une population âgée ou fragilisée, la grippe pandémique peut atteindre massivement les adultes et provoquer un absentéisme au travail allant jusqu'à 25%. C'est la raison pour laquelle chaque entreprise, voire chaque service à l'intérieur d'une entreprise doit développer, à l'instar du Plan JU 2011, un **plan de continuité** qui assure la protection des employés, maintient le fonctionnement de l'entreprise et garantit les produits essentiels. Par «entreprise», il faut comprendre non seulement les secteurs de l'économie, les PME, etc. mais aussi les administrations et les communes. Le SECO avec l'OFSP a publié à cet effet un Manuel de préparation pour les entreprises.³

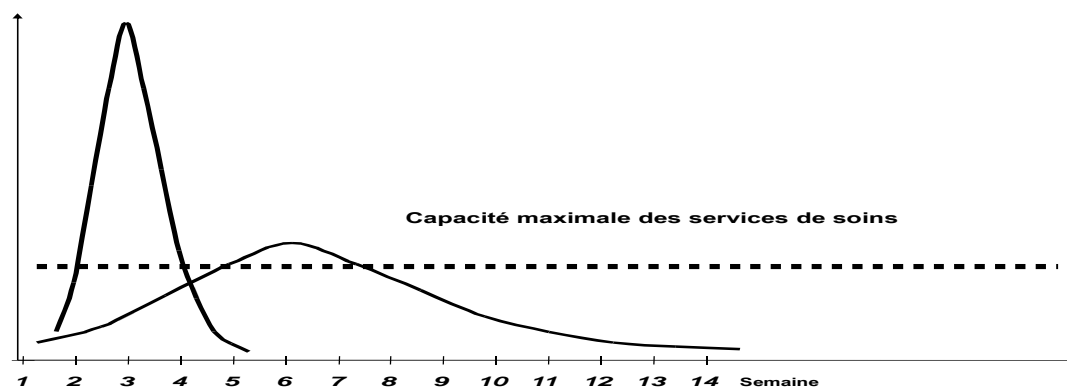
³ Plan de pandémie - Manuel pour la préparation des entreprises :
<http://www.seco.admin.ch/themen/00645/02337/index.html?lang=fr>

1.4 STRATEGIE NATIONALE

1.4.1 Objectifs généraux

L'objectif de la préparation consiste à ralentir la transmission du virus, étaler dans le temps le nombre des malades au plus près des capacités sanitaires, et si possible, faire la jonction avec la vaccination pandémique.

1.4.1.1. *Objectif général : ralentir la propagation du virus afin de maintenir le fonctionnement du système dans ses limites de capacité*



1.4.2 Stratégie générale

La stratégie nationale est de la responsabilité de l'OFSP. Elle correspond à l'évolution temporelle de la situation et se résume comme suit :

- Phases 3-4** Prévention de la propagation de la maladie à partir des cas avérés.
- Phases 5-6** Priorité aux personnes qui courent un risque accru de complications.
- Phase 6** Réduction de l'impact de la maladie sur le système de santé.

1.4.2.1 Principes de base

Phase OMS	Phase 3	Phase 4	Phase 5	Phase 6
Principe	Elimination du virus			Minimisation

L'OFSP a défini 4 piliers stratégiques :

- la prévention médicamenteuse : vaccination et prophylaxie antivirale;
- la thérapie : prise en charge des patients et prescription des traitements antiviraux;
- les mesures économiques : plan de continuité des entreprises et des administrations;
- les mesures populationnelles : prévention individuelle et collective.

Les mesures qui en découlent restent conditionnées à leur efficacité face à la dangerosité du virus. Elles comprennent divers aspects, également pilotés par l'OFSP :

- définitions de cas, tableau clinique, tests de laboratoire;
- recommandations aux malades, aux membres de l'entourage et au personnel soignant;
- prise en charge médicale;
- analyses de laboratoire;
- centrale de renseignements pour les professionnels / la population.

1.4.2.2. Résumé de la stratégie fédérale contre la grippe A(H1N1) 2009

1. Printemps 2009 (phases 3.3, 4.3)

- Prévenir la propagation de la grippe A à partir de cas importés.
- Détecter et gérer les flambées de cas de grippe A.
- Réduire l'impact de la maladie sur le système sanitaire, social et économique.

2. Été 2009 (phase 5.3)

- Maintenir les flambées locales de grippe A à un niveau modéré.
- Protéger les personnes qui courent un risque accru de complications.
- Réduire la morbidité et la mortalité due à la grippe A.

3. Automne 2009 (phase 6.2)

- Adapter le système de surveillance (complications, effets secondaires vaccinaux).
- Maintenir les mesures d'hygiène et de comportement.
- Mettre la vaccination à disposition.

4. Hiver 2010 (post-pandémie)

- Assurer le système de surveillance (2^{ème} vague, grippe saisonnière).
- Conserver l'acquis relatif aux mesures d'hygiène.
- Maintenir l'offre vaccinale.

1.4.3 Stratégie cantonale

Le Plan RCJU 2010 décrit les mesures à prendre progressivement pour permettre au système sanitaire de faire face à une pandémie **sévère**. Les buts sont :

- assurer la prise en charge rapide des malades, sans négliger celle des urgences médicales;
- optimiser les ressources en termes de moyens de lutte et de personnel disponibles;
- assurer le fonctionnement des services publics et d'autres services essentiels.

Le Plan RCJU 2010 suit la stratégie fédérale dans ses choix logistiques, ses directives d'application et recommandations détaillées qui inspirent l'ensemble du dispositif. On peut tirer parti des 4 piliers nationaux dans la mesure où ils sont réalisables (notamment la vaccination, première citée, mais dernière venue pour des raisons de production).

Dans chaque situation nouvelle, il faut concrétiser la stratégie par des mesures cohérentes, des choix logistiques, des directives d'application et des recommandations détaillées, fondées sur les standards de référence et la concertation étroite des acteurs locaux.

En d'autres termes, il faut fixer une ligne stratégique tout en étant prêt à la réviser à la lumière de l'actualité, comme l'a fait la Confédération en 2009-2010 :

1.5 BASES LEGALES

1.5.1 Droit international

- Règlement sanitaire international de l'OMS 2005, entré en vigueur le 15 juin 2007

1.5.2 Droit fédéral

- Loi sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies), du 18 décembre 1970 et sa modification du 6 octobre 2006 (RS 818.101)
- Ordonnance sur les mesures de lutte contre une pandémie d'Influenza (Ordonnance sur la pandémie d'influenza, OPI), du 27 avril 2005 (RS 818.101.23)
- Ordonnance sur la Constitution de réserves obligatoires de médicaments du 6 juillet 1983 et sa modification du 18 avril 2004 (RS 521.215.31)

- Loi fédérale du 4 octobre 2002 sur la protection de la population et sur la protection civile (RS 520.1)
- Loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques, LPT_h) (RS812.21)
- Ordonnance du 17 octobre 2001 sur les autorisations dans le domaine des médicaments (OAMéd) 812.212.1

1.5.3 Droit cantonal

- Loi sanitaire du 14 décembre 1990
- Loi d'organisation du Gouvernement et de l'administration cantonale du 26 octobre 1978
- Loi sur la protection de la population et la protection civile du 13 décembre 2006 (521.1)
- Loi sur l'organisation gériatrique (810.41) du 16 juin 2010
- Arrêté 173 du Gouvernement portant sur la création d'un groupe de coordination des mesures sanitaires en cas de pandémie, du 10 mars 2009
- Arrêté 497 du Gouvernement concernant les mesures d'urgence en cas de pandémie de grippe ou de maladie analogue, du 18 août 2009

Les bases légales internationales, fédérales et cantonales sont sujettes à des adaptations qui doivent être prise en compte au plan cantonal (chapitre 12.4.3).

2 ORGANISATION ET CONDUITE

2.1 PREPARATION EN PHASE 3

En phase 3 de l'OMS, les solutions sont essentiellement conceptuelles, encore que la prise en charge des cas sporadiques (phase 3.3.) soit déjà une réalité.

La phase 3 est le temps favorable au cours duquel doivent être menés les travaux préparatoires de l'Etat et des entreprises. La préparation comprend nombre d'activités parallèles d'ordre stratégique et opérationnel, jusqu'à la réalisation d'exercices de simulation couvrant tel ou tel aspect de la thématique pandémique.

L'OFSP et le SSA sont les initiateurs de la préparation à la pandémie. Cependant, tant de secteurs sont touchés que le Gouvernement doit confronter les directions de services et d'offices de l'Etat à une analyse de leurs risques spécifiques pour qu'ils s'y préparent afin de garantir la continuité des services et la sécurité d'entreprise. Ni l'OFSP, ni le SSA ne sont en mesure, le jour venu, de régler des problématiques telles que les transports en commun, la fourniture de biens de consommation, qui relèvent cependant aussi du champ de compétences de l'Etat.

Dans l'élaboration du Plan cantonal, 10 thématiques **sanitaires** sont identifiées et les compétences attribuées :

- Surveillance épidémiologique (SSA)
- Prévention individuelle et collective (SSA)
- Prise en charge ambulatoire et à domicile (FAS)
- Prise en charge hospitalière (H-JU)
- Etablissements médico-sociaux (AJIPA)
- Cas particulier de la pédiatrie (H-JU, SSA, CDS)
- Produits thérapeutiques : médicaments, vaccins et matériel médical (SSA-Pharm. cantonal)
- Vaccination (SSA)
- Communication (SIC)
- Logistique : ressources humaines, télécommunications, transports, sécurité (SRH-RCJU, POC-PPS, SDI, Protection civile, Police, etc.).

Chaque thématique est structurée en fonction des questions à résoudre, moyennant parfois le recours à un collège d'experts et de professionnels formant un Groupe de travail (GT) mandaté par le Groupe de coordination du MC. A titre d'exemple, le GT «Prise en charge hospitalière» est chargé de :

1. évaluer la charge induite sur H-JU par une pandémie;
2. définir la meilleure réponse possible, sans altérer la qualité des services;
3. déterminer le degré de couverture des nouveaux besoins par les ressources existantes;
4. quantifier les adaptations structurelles à apporter sur un plan logistique et financier.

Les GT sont conduits par un responsable désigné par le SSA avec une délégation de compétence. La coordination est dirigée par le médecin cantonal assisté d'un coordinateur recruté pour cette tâche. Un site intranet protégé permet aux membres des GT d'accéder à l'information mutuelle et de faire circuler rapidement les documents.

Les solutions théoriques sont mises en œuvre à partir de la phase 4 sous l'autorité de l'EMCC qui prend les décisions sur la base d'un arrêté du Gouvernement ou qui les lui soumet. A titre d'exemple, c'est ainsi qu'on arrête la mise en service opérationnelle de bâtiments scolaires préalablement validés sur papier aux fins de vaccination.

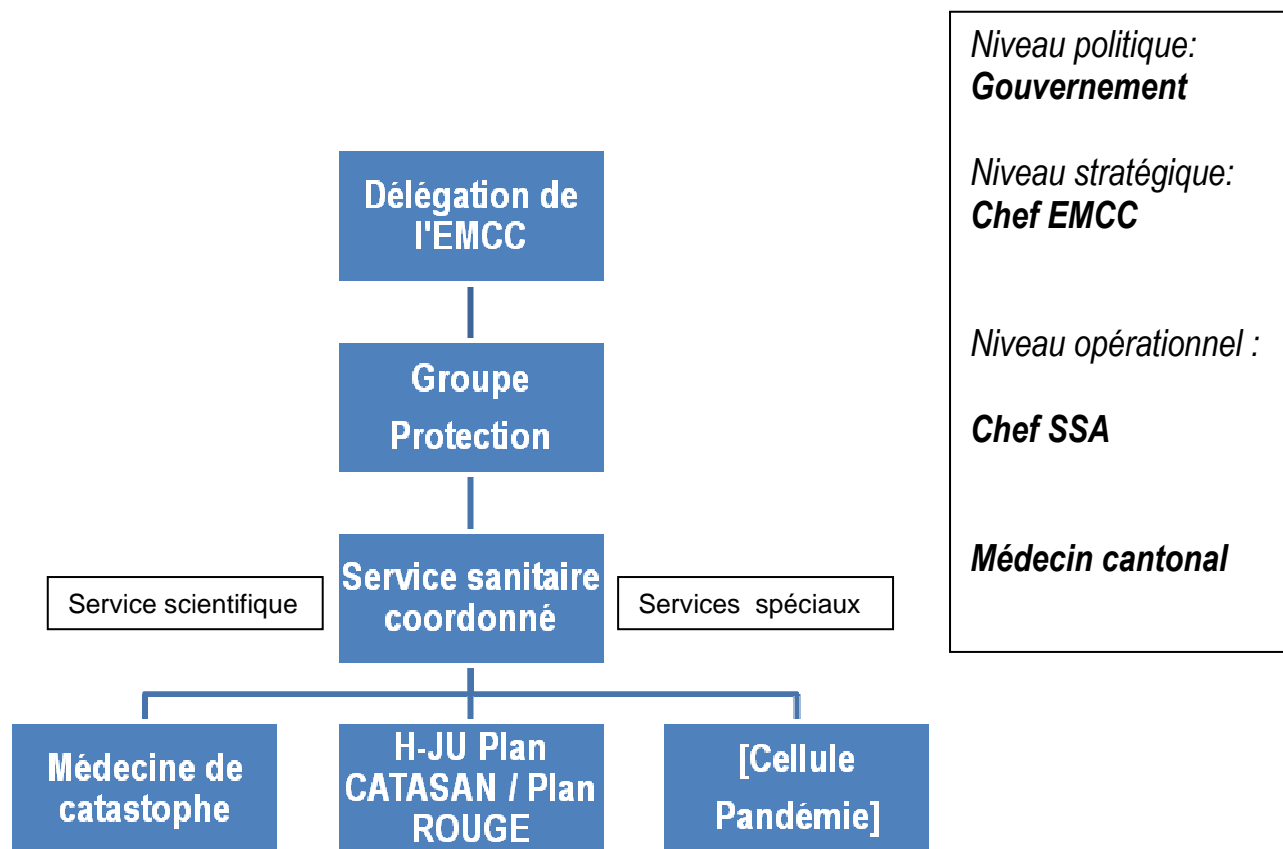
2.2 ORGANISATION CANTONALE DE CONDUITE EN PHASES 4 A 6

2.2.1 Organisation

Dès la phase 4, le "Groupe protection" de l'EMCC placé sous la direction du chef SSA - organe 'santé' de l'EMCC, dirigé par le Commandant de la police cantonale - est réuni. Il propose des solutions au Gouvernement qui prend les arrêtés nécessaires. On passe ainsi à la mise en place de dispositifs planifiés à la gestion de crise proprement dite. Le classeur SSC de la RCJU fait référence. L'EMCC a pour missions de :

- coordonner la réponse sanitaire et logistique;
- assurer la conduite cantonale;
- assurer la communication;
- gérer les ressources.

2.2.1.1 Organigramme du "Groupe Protection" de l'EMCC appliqué à la pandémie⁴



Le médecin cantonal (MC) est le responsable du secteur médical au sein du "Groupe protection". Il réunit une **Cellule de coordination** ('Cellule du MC') facilement mobilisable réunissant le pharmacien cantonal (chef du matériel de l'EMCC), le directeur médical de H-JU, les représentants de la FAS, de l'AJIPA, de la SMCJU ainsi que le coordinateur pandémie. Il peut s'adjoindre d'autres experts. Il reçoit de la direction du SSA les appuis et les ressources internes nécessaires.

⁴ Référence : Classeur Service sanitaire coordonné – Groupe de protection

2.3 ORGANISATION INTERCANTONALE

La RCJU est membre de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Cet organe de coordination a pour but de promouvoir la collaboration intercantonale, celle entre les 26 cantons et la Confédération, mais aussi celle avec d'importantes organisations du domaine de la santé. Les décisions de la conférence ne sont contraignantes ni pour ses membres ni pour les cantons, mais ont simplement valeur de recommandations (www.gdk-cds.ch).

La RCJU est également représentée dans le Groupe de travail des médecins cantonaux du GRSP. Ce groupe réunit les médecins cantonaux et/ou coordinateurs cantonaux en charge du dossier pandémie des cantons de Genève, Vaud, Valais, Neuchâtel, Jura, Fribourg, Berne et Tessin.

Ces plateformes de coordination sont importantes pour un canton qui ne dispose pas d'un hôpital universitaire, ni du plateau technique qui l'accompagne, en particulier de soins intensifs très spécialisés (chapitre 9).

2.4 ORGANISATION TRANSFRONTALIERE

Les échanges naturels entre la RCJU et la France (travailleurs frontaliers et leur famille, tourisme), impliquent la nécessité d'une harmonisation avec le Plan de pandémie français. On s'achemine vers un accord bilatéral qui entend assurer l'égalité de traitement. La politique régionale est conditionnée par les négociations menées au niveau national par le DFAE.

A l'échelon cantonal, il faut :

- identifier les interlocuteurs du processus informel de collaboration et d'échange avec la Franche-Comté, l'Alsace et le Haut-Rhin;
- identifier les domaines auxquels s'applique l'accord bilatéral en devenir, sachant qu'il est exclu de fermer les frontières en cas de pandémie, la continuité des entreprises et des services de soins dépendant de leur ouverture. Il faut régler les procédures relatives à la circulation des biens et des personnes;
- identifier (listing) le personnel frontalier aux fins de planification cantonale (vaccination, consultations ambulatoires). Sont à régler :
 - a) les catégories d'ayant droit au système de santé du canton;
 - b) les critères d'inclusion et leur contrôle;
 - c) le financement des prestations;
- harmoniser le processus avec les autres cantons concernés et les pays autres limitrophes de la Suisse (Italie, Allemagne, Autriche). Dans ce contexte, il faut assurer la communication des décisions prises de part et d'autre de la frontière.

3 SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

3.1 INTRODUCTION

3.1.1 Objectifs

La surveillance et l'évaluation permanente de la situation sur le front de la grippe saisonnière permettent en tout temps de dépister des cas d'infection par une nouvelle souche virale ou d'identifier des sources animales potentielles et d'en mesurer les risques pour l'humain. En cas de pandémie, la surveillance est l'instrument qui permet en outre de :

- suivre l'évolution de la pandémie et de mesurer son impact sur le système de soins et la société (absentéisme par exemple);
- assurer la gestion quotidienne des moyens à disposition;
- évaluer la nécessité de montée ou descente en puissance du dispositif de prise en charge en fonction de la demande;
- documenter les décisions politiques et informer la population.

3.1.2 Stratégie

Le monitoring de la grippe est basé sur la détection et l'observation des cas, la récolte de données, leur analyse, leur interprétation dans le canton et leur transmission à l'OFSP. Cette procédure classique est conforme à la législation sur les épidémies.

Le monitoring de routine de la grippe est effectué à l'aide du système *Sentinella*⁵, système compatible avec la surveillance internationale pilotée par l'OMS et l'UE (*European Influenza Surveillance Scheme, EISS*).

Le Centre national de l'Influenza (CNI) à Genève examine des prélèvements et isole les virus humains circulants. L'Institut de virologie et d'immunoprophylaxie (IVI) de Mittelhäusern suit l'évolution chez les animaux. Les virus atypiques sont examinés en détail par le laboratoire de référence de l'OMS à Londres.

La stratégie de surveillance en Suisse est fixée par l'OFSP en collaboration avec les partenaires européens. A partir de la phase 3 de pandémie, la déclaration de toute suspicion d'un nouveau sous-type viral est rendue obligatoire sur la base d'une définition de cas, de critères de déclaration et de documents à fournir. Les capacités d'analyses microbiologiques sont adaptées au besoin, avec mise en réseau internationale.

La collaboration avec le secteur vétérinaire est considérée comme acquise au plan cantonal et fédéral, et n'est pas traitée ici.

3.2 PROBLEMATIQUE

Une nouvelle grippe humaine est d'office surveillée par le système *Sentinella*. L'expérience venant, il faut s'attendre cependant à des changements d'approche, de définitions et d'instruments de surveillance en fonction du nombre de cas (cas isolés, cas multiples, poussée épidémique, surmortalité, etc.).

- On doit envisager la surveillance de situations allant à l'extrême d'un virus peu contagieux mais très pathogène (type H5N1) à un virus relativement bénin mais facilement transmissible (type H1N1). A ce titre, les observations systématiques effectuées dans l'hémisphère Sud durant l'hiver austral apportent de précieux renseignements;
- Les virus saisonniers viennent compliquer la surveillance de la nouvelle grippe et représentent une importante source de confusion diagnostique;

⁵ *Sentinella* est un système volontaire assuré par 2-3% des praticiens généralistes, internistes et pédiatre qui déclarent hebdomadairement à l'OFSP le nombre de suspicions de grippe répondant à une définition précise en regard de l'ensemble de leur consultation. Cet échantillon représentatif permet d'extrapoler l'évolution de la maladie au cours de la saison grippale.

- Chaque cas génère des contacts qu'il s'agit de rechercher et d'instruire (*contact tracing*). Cette activité est extrêmement coûteuse en personnel;
- Lorsque le virus circule dans la population, la surveillance des contacts ne fait plus sens. Le système doit se concentrer sur l'ampleur de la vague en termes d'hospitalisations, de complications et de décès et qui ont un impact direct sur la gestion de la crise au quotidien;
- Dans l'idéal, le système de surveillance devrait aussi permettre de mesurer l'impact des actions de lutte et de les adapter.

3.3 SYSTEMES DE SURVEILLANCE

La surveillance est opérée à trois niveaux : les **malades** (cas suspects et/ou confirmés), les **virus** (sous-types, mutants, résistants) et les **contacts** des malades (contacts éloignés, proches, à risques particuliers). Elle évolue en fonction des phases de la pandémie.

3.3.1 Surveillance de la grippe saisonnière et de la grippe pandémique en fonction des phases

	Grippe saisonnière	Phase ⁶	Grippe HxNy	Déclarants
Surveillance des malades	Système <i>Sentinella</i>	3.3	<i>en plus de Sentinella</i> : déclaration systématique des cas suspects et confirmés	médecins, vétérinaires
		4.3-5.3	<i>en plus de Sentinella</i> : déclaration des cas confirmés, des flambées et des cas hospitalisés	médecins, hôpitaux
		6.2	<i>en plus de Sentinella</i> : déclaration des flambées, des cas hospitalisés en soins intensifs et des décès ⁷	médecins, hôpitaux, communes
Surveillance virologique	Echantillon de prélèvements	3.3-4.3	Déclaration des cas positifs et négatifs	Centre national de l'Influenza (CNI)
		5.3-6.2	Déclaration des cas positifs	CNI et laboratoires qualifiés
Surveillance des contacts	Précautions standards	3.3-4.3	Précautions maximales et listes des contacts	médecins, hôpitaux
		5.3-6.2	Abandon progressif du traçage des contacts	médecins, hôpitaux

3.3.1 Surveillance en phase 3.3 d'alerte pandémique : cas sporadiques sans transmission interhumaine en Suisse

La surveillance procède de la stratégie d'endiguement autour des cas importés :

- monitoring de routine *Sentinella* activé aussi en dehors de la saison grippale;
- détection précoce des cas. Pour ce faire, l'OFSP désigne les zones à risque élevé d'exposition et établit des critères d'identification et de confirmation des cas;
- diagnostic biologique accéléré afin de pouvoir prononcer ou lever les mesures de contrainte;
- identification et gestion stricte des contacts, y compris des passagers d'avions;

⁶ Voir chapitre 1.1.4 Conséquences pour la Suisse

⁷ Les systèmes de pharmacovigilance (Vigil et Vigiflow) mis en place par Swissmedic permettent de surveiller respectivement les médicaments antiviraux et les effets indésirables des vaccins.

- investigation d'un lien épidémiologique entre les cas isolés afin de détecter d'éventuelles flambées;
- déclaration obligatoire de tous les cas suspects ou confirmés à l'OFSP via le SSA.

3.3.2 Surveillance en phase 4.3 d'alerte pandémique : premier foyer de transmission interhumaine en Suisse

La surveillance procède de la stratégie de contrôle et d'endiguement des foyers isolés de grippe :

- système *Sentinella* en arrière-plan;
- détection précoce des cas selon les directives de l'OFSP;
- investigation de la source commune afin de la contrôler;
- diagnostic biologique par échantillonnage pour confirmer l'origine grippale (annexe 13.1);
- identification et gestion stricte des contacts;
- déclaration obligatoire de la suspicion et de confirmation de la flambée à l'OFSP.

3.3.3 Surveillance en phase 5.3 d'alerte pandémique : nombreux foyers de transmission interhumaine en Suisse

La surveillance procède de la stratégie de minimisation des dégâts, la pandémie devenant inéluctable :

- système *Sentinella* en arrière-plan;
- abandon de la déclaration des cas isolés. Monitoring des hospitalisations et des complications;
- diagnostic biologique par échantillonnage pour suivre l'évolution virale;
- abandon de la surveillance des contacts, attendu que le virus circule largement dans la population et que les mesures de contrainte sont inopérantes;
- déclaration des hospitalisations et des complications à l'OFSP via le SSA.

3.3.4 Surveillance en phase 6 de pandémie

La surveillance procède de la stratégie qui consiste à freiner la vague pandémique :

- système *Sentinella* en arrière-plan;
- monitoring des hospitalisations et des décès par les communes;
- monitoring des complications nécessitant le recours aux lits de soins intensifs;
- surveillance biologique par échantillonnage de souches mutantes plus virulentes ou résistantes aux médicaments antiviraux.

3.3.5 Surveillance en phase postpandémique

La surveillance procède de la stratégie qui consiste à anticiper une nouvelle vague de grippe ou une mutation virale qui modifierait la gravité de la maladie ou encore une résistance généralisée aux antiviraux :

- prolongement de la surveillance par *Sentinella* au-delà de la période hivernale;
- monitoring des complications grippales (hospitalisations, résistance au traitement);
- échantillon des virus circulants et analyses moléculaires approfondies par le CNI en collaboration internationale.

3.4 SURVEILLANCE AU NIVEAU CANTONAL

L'OFSP est l'organe de surveillance au niveau national. Il produit la quasi totalité des documents nécessaires à la surveillance dans les cantons. L'Office fédéral de la statistique est en charge des relevés de mortalité et prévoit un comptage hebdomadaire des décès en phase 6.

Cependant, une image locale est nécessaire pour la gestion de la crise au quotidien par les organes de conduite : évolution des consultations ambulatoires pour la montée en puissance du

dispositif de prise en charge, activité des pandicentres et de H-JU, logistique du matériel et du personnel, absentéisme, etc.

3.4.1 Surveillance cantonale en phase 3.3-4.3

Le système *Sentinella* offre une image régionale (6 régions suisses) dynamique mais ne transite pas par le SSA (déclarations directes à l'OFSP). Il offre une image imprécise du canton. En revanche, la déclaration des cas isolés transite nécessairement par le SSA.

- La déclaration des cas suspects est effectuée par le médecin traitant par téléphone au médecin cantonal dans la journée. Le SSA remplit une déclaration initiale ([annexe 13.2](#)) et la faxe à l'OFSP.
- L'apparition d'un foyer de 2 ou plusieurs cas suspects est signalée sans délai au SSA (ligne d'urgence) et par écrit sur le formulaire OFSP de déclaration des flambées épidémiques ([annexe 13.3](#)).
- H-JU déclare les cas suspects et probables sur la base d'un fichier informatique transmis une fois par jour ([annexe 13.4](#)) au SSA.
- Le laboratoire déclare les cas positifs dans les 2 heures au médecin cantonal et à l'OFSP. La confirmation écrite suit dans les 24 heures ([annexe 13.1](#)).
- La liste des contacts est établie par le médecin selon le modèle figurant en [annexe 13.5](#). Le suivi des contacts et leur instruction est effectué par le médecin traitant sous la supervision du SSA⁸. Une attention particulière est portée aux contacts étroits⁹.
- Le SSA communique aux cantons concernés les adresses des contacts.
- Si la Confédération organise un système centralisé de surveillance des contacts, le SSA y participe (voir [chapitre 12.2.2](#) relative au SII).

3.4.2 Surveillance cantonale en phase 5.3-6.2

Le nombre de malades augmentant, le monitoring se concentre sur les hospitalisations, les complications et les décès.

- La déclaration des cas isolés continue de faire sens pour le monitoring de la situation cantonale. Les médecins faxent au SSA la page diagnostique du dossier médical standard ([annexe 13.6](#));
- H-JU déclare les cas hospitalisés sur la base du fichier informatique transmis une fois par jour ([annexe 13.4](#));
- H-JU déclare au MC les cas séjournant en soins intensifs ([annexe 13.7](#));
- Les pandicentres notifient quotidiennement leur activité au SSA au moyen du réseau informatique mis en place par le SDI sur la base du dossier médical standard ([chapitre 5.4.11](#), [annexe 13.13](#));
- H-JU effectue un pointage régulier des ressources en soins intensifs à l'attention du SSA;
- La recherche et le suivi des contacts sont abandonnés;
- Le diagnostic biologique est réservé aux cas suspects et à un échantillonnage en cas de flambée ([annexe 13.1](#))¹⁰.

3.5 COMMUNICATION

Le Conseil fédéral a la compétence de modifier l'ordonnance sur la déclaration des maladies transmissibles. L'OFSP communique les modifications aux autorités sanitaires cantonales et aux partenaires concernés. Le SSA met ces directives en application et relaie les messages fédéraux. Il communique en outre aux hôpitaux, aux médecins praticiens et aux laboratoires sa

⁸ L'expérience montre que la gestion des contacts est laborieuse mais efficace lorsque les cas sont isolés et qu'il n'existe pas de vaccin disponible. Des renforts temporaires au SSA peuvent être envisagés, comme la délégation à un organisme tiers (Ligue pulmonaire).

⁹ Contacts étroits : personnes vivant sous le même toit, ayant donné des soins, embrassé ou partagé couverts ou vaisselle avec le malade, durant 1-7 jours après la survenue des symptômes.

¹⁰ Le diagnostic biologique doit répondre aux critères de l'OFSP, faute de quoi il n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire de soins et imputé à la surveillance d'intérêt public.

stratégie locale de surveillance. La population et la presse sont également mises au courant de la situation par des communiqués objectifs visant à neutraliser la circulation d'éventuelles rumeurs (en collaboration avec le SIC, [chapitre 12.6](#)).

3.6 COORDINATION DE LA SURVEILLANCE

Partenaires	Tâche ou activité	Chapitre
OFSP	Stratégie, définitions, critères, documents	3.1.2, 3.2, 3.3
SDI	Dossier médical standard, monitoring de l'activité des pandicentres	3.4.2
H-JU	Déclaration des cas hospitalisés, des complications	3.3, 3.4.1, 3.4.2
Médecins	Déclaration des cas et des flambées	3.3, 3.4.1, 3.4.2
Laboratoires	Déclaration des tests	3.3, 3.4.1, 3.4.2

4 PREVENTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

4.1 INTRODUCTION

La prévention au sens du présent chapitre ne comprend pas la vaccination (chapitre 10). Pour mémoire, les vaccins apparaissent tardivement dans l'arsenal préventif d'une pandémie, si bien que les mesures non médicales revêtent une importance stratégique considérable. La prévention représente l'ensemble des mesures visant à éviter la propagation de la maladie à partir de personnes, d'animaux ou de matériel infectieux.

Il n'y a pas de prévention spécifiquement cantonale. Ce thème générique est coordonné par l'OFSP et fait l'objet de recommandations fédérales harmonisées au plan international, relatives à l'hygiène individuelle, aux comportements responsables, à l'usage de masques, etc. par la population dans des situations à risque de contamination. Ce chapitre aborde également la question des mesures contraignantes telles que l'isolement, la mise en quarantaine, la restriction de rassemblement, la fermeture d'écoles et de lieux publics.

La prévention de la grippe n'est pas une nouveauté. Chaque année, les bases de la prévention sont rappelées par l'OFSP s'agissant de la grippe saisonnière, en collaboration avec le Groupe de travail Influenza (GTI) et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV).

4.2 STRATEGIE ET OBJECTIFS

La prévention de la propagation de la maladie à partir des cas avérés est un des 4 piliers de la stratégie nationale (chapitre 1.4.2), en particulier durant les phases 3 à 5 d'alerte pandémique.

La stratégie de prévention poursuit 2 objectifs combinés.

- *Au plan individuel*, les mesures préventives permettent d'éviter la propagation de la maladie à partir des cas primaires et, jusqu'en phase 6, de protéger les personnes fragilisées, à risque de faire des complications en cas de grippe pandémique.
- *Au plan collectif*, les mesures préventives visent à maintenir les flambées locales à un niveau modéré. A partir du moment où la pandémie est inéluctable, on cherche principalement à diminuer son impact sur le système de soins et à gagner du temps jusqu'à la mise à disposition des vaccins.

4.3 PROBLEMATIQUE

La pertinence de chaque mesure qu'on entend faire suivre à la population et aux collectivités doit être explicitée et communiquée de manière à convaincre et à rencontrer un consentement éclairé. La responsabilisation individuelle conditionne leur succès.

- Les mesures de prévention sont la principale contribution du citoyen lambda à la lutte contre la pandémie. Elles répondent à la question : que puis-je faire pour me protéger ?
- Les mesures de prévention forment un tout et c'est le respect de l'ensemble qui en garantit le succès.
- Elles en appellent au sens de la responsabilité et à une discipline d'application qui n'est pas forcément populaire. Les limites de l'observance sont atteintes lorsque les mesures deviennent contraignantes (isolement, quarantaine, perte de gain, etc.) et/ou contestées.
- Elles requièrent une collaboration rapprochée entre l'organe de conduite en cas de pandémie et le Gouvernement. Elles doivent être fondées au plan législatif (lois, ordonnances, arrêtés) et applicables.

4.4 MESURES PREVENTIVES EN FONCTION DES PHASES PANDEMIQUES

4.4.1 Prévention en phase 3 de pandémie

Outre les publications habituelles relatives à la grippe saisonnière, la population doit recevoir des consignes spécifiques concernant la menace pandémique, notamment des recommandations relatives au comportement envers les animaux susceptibles de transmettre le virus, notamment dans les cadres ou contextes suivants: marchés, foires, expositions, importation d'animaux.

- Si un foyer animal est identifié, il est éliminé;
- Les mesures vétérinaires définissent les zones de protection et de surveillance;
- Les personnes chargées de lutter contre l'épizootie sont protégées en accord avec le Plan suisse;
- Dès le moment où des cas animaux ou humains sont connus, la recherche active et la prise en charge des personnes contacts est mise en œuvre.

4.4.2 Prévention en phase 4 de pandémie

Aux mesures qui précèdent s'ajoutent des restrictions de voyage et de participation à des manifestations dans et en provenance des pays touchés.

- La population est instruite sur les mesures de protection personnelle.
- Le recours aux médicaments antiviraux dans la gestion des contacts, l'isolement et la quarantaine sont réglés.
- Si les manifestations internationales sont autorisées, elles sont soumises à autorisation et sous certaines conditions.
- Lorsqu'un foyer s'est déclaré, une zone de surveillance est aménagée et les mesures de protection individuelle et de distance sociale mises en œuvre, par exemple la fermeture d'une école.
- Les personnes malades et leurs contacts sont recherchées activement (*active case finding*).

4.4.3 Prévention en phase 5 de pandémie

On cherche à empêcher dans la mesure du possible la propagation de l'infection à d'autres régions ou pays et à identifier les cas si cette propagation a néanmoins lieu.

- Si la pandémie devient inévitable (phase 5.3), on doit se contenter de limiter les dégâts. L'accent porte sur les mesures collectives : réduction des contacts sociaux par la fermeture des écoles, des cinémas et autres lieux publics et l'interdiction des manifestations.

4.4.4 Prévention en phase 6 de pandémie

En dehors des établissements de soins, les mesures collectives ne font plus grand sens. L'effort se concentre sur la protection individuelle des personnes à risques de complications en cas d'infection grippale pandémique. On vise ainsi une réduction des complications et de la mortalité.

- Les mesures de protection individuelle, hygiène, masques, etc. demeurent pertinentes.

4.5 MESURES DE PREVENTION INDIVIDUELLE

4.5.1 Mesures générales, hygiène et port du masque

Les mesures de prévention individuelles contribuent à empêcher la transmission du nouveau virus Influenza de l'animal à l'humain ou entre humains. Elles partent du constat que les personnes infectées éliminent et transmettent directement ou indirectement les virus depuis le jour qui précède les symptômes jusqu'au 7^{ème} jour après.

- Une transmission directe a lieu lorsque les gouttelettes (sécrétions respiratoires) émises par une personne infectée atteignent directement les muqueuses d'une personne non infectée; possible sur une distance de +/- 1 mètre;

- Une transmission par contact indirect a lieu lorsque qu'une personne non infectée touche des objets ou une surface contaminée par des sécrétions respiratoires d'une personne infectée, ou par exemple lui serre la main, puis porte ses doigts à sa bouche, son nez ou ses yeux.

Les mesures de prévention individuelles : lavage des mains, mouchage, nettoyage des objets et des surfaces, traitement des déchets et règles de conduite en public. Ces comportements sont détaillés à l'annexe 13.8.

4.5.1.1 Vue d'ensemble des recommandations relatives aux masques, Plan suisse 2009 (cf. annexe 13.9)

Groupe de personnes	Phase 3	Phase 4	Phase 5	Phase 5	Phase 6 (Pandémie)	Source
			Elimination ^a	Minimisation ^a		
Personnel médical hospitalier et malades hospitalisés	FFP2/3 sans soupape	FFP2/3 sans soupape	FFP2/3 sans soupape	Masque d'hygiène ^b	Masque d'hygiène ^b	Hôpitaux
Personnel médical ambulatoire ^c	FFP2/3 ^d sans soupape	FFP2/3 ^d sans soupape	FFP2/3 ^d sans soupape	Masque d'hygiène	Masque d'hygiène	Employeur
Malades à domicile et les personnes ayant été en contacts avec eux	^e	^e	^e	Masque d'hygiène	Masque d'hygiène	Réserves personnelles
Population en bonne santé	-			-	Masque d'hygiène ^f	Réserves personnelles

Masque d'hygiène : masque chirurgical de type II ou IIR

^a Concepts d'élimination et de minimisation, voir chapitre 5.1

^b Masques FFP2/3 sans soupape lors de tâches susceptibles de générer des aérosols

^c Inclus le personnel soignant d'établissements et de centres médico-sociaux (EMS, homes, Spitex, ...)

^d En cas de contact rapproché avec un-e patient-e suspect-e (transport, soins, examen clinique, etc.)

^e Les malades étant hospitalisés durant cette phase, il n'y a pas de recommandation concernant le port du masque pour la personne en contact au domicile.

^f Le port d'un masque d'hygiène n'est pas recommandé de manière générale mais uniquement dans certaines situations définies par l'Office fédéral de la santé publique (rassemblements ou transports publics, etc.).

4.5.1.2 Mesures de prévention individuelle en fonction des phases de pandémie

Phase	A éviter	A faire
3	Toucher les animaux malades ou morts, ou leurs excréments.	Utiliser des gants ou un sac en plastique pour se protéger. Avertir les autorités vétérinaires.
	En cas de contact à mains nues, porter les mains au nez, à la bouche ou aux yeux, ou sur une autre personne.	Laver soigneusement les mains à l'eau chaude et au savon, éventuellement utiliser un désinfectant pour les mains.
4 - 5	Importer le nouveau virus.	Informar les voyageurs sur les risques et leurs devoirs. Ordonner en fonction des circonstances l' isolement ou la quarantaine .
	Entrer en contact avec des personnes suspectes.	En cas de contact, évaluer le risque, informer les personnes contacts en conséquence. Observer chez soi et chez ses proches les éventuels signes de la grippe.
	Usage en ménage commun, avec un malade, de la vaisselle, des couverts ou du linge de maison.	Laver ces objets au préalable, utiliser du linge de maison séparé. Nettoyer soigneusement les objets et les surfaces domestiques pouvant avoir été contaminés. Utiliser un désinfectant à base d'alcool ou d'eau de Javel.
	Serrer la main, puis se toucher le nez, la bouche ou les yeux.	Se laver fréquemment et soigneusement les mains à l'eau et au savon ou avec un désinfectant.
	Contacts physiques tels que serrer des mains, embrasser, enlacer, etc.	Réduire au minimum les contacts sociaux présentant des risques.
	Rassemblements d'une certaine importance.	Rester à la maison dès l'apparition de symptômes. Utiliser uniquement des mouchoirs en papier, à jeter après usage dans une poubelle fermée.
6	<i>En plus</i>	Réduire les sorties au minimum (achats par exemple).
		Reporter tout voyage qui ne constitue pas une urgence.

4.5.2 Isolement et quarantaine¹¹

Selon la définition, l'isolement consiste à écarter une personne ou un animal *malade*, la quarantaine à écarter une personne ou un animal en *bonne santé*.

Les recommandations qui figurent ci-après à titre de modèle ont été adoptées dans la situation A(H1N1) 2009 et doivent dans tous les cas être adaptées à une nouvelle situation HxNy.

4.5.2.1 Recommandations relatives à l'isolement et à la quarantaine

Isolement du cas suspect ou confirmé	<p>L'isolement peut se faire à domicile, si cela est possible. Durée : jusqu'à 7 jours après le début des symptômes ou au minimum jusqu'à 24 heures après la fin des symptômes (la durée la plus longue d'isolement prévaut).</p> <p>L'isolement peut être levé si les résultats sont négatifs (RT-PCR matrix swine : nég ; RT-PCR Influenza A human : pos ou nég).</p> <p>Un traitement d'oseltamivir (Tamiflu®) est à considérer. Il peut être en tous les cas introduit, même 48 heures après le début des symptômes.</p>
Identification des contacts étroits* d'un cas suspect	<p>Un contact (asymptomatique) est une personne qui a eu un contact étroit* avec la personne malade au cours de la période s'étendant de 1 jour avant jusqu'à 7 jours après la survenue des symptômes.</p> <p>Il s'agit d'évaluer si le cas suspect ou ses contacts étroits ont pu ou peuvent exposer des personnes à risque accru de complications** ou des groupes à risque élevé de transmission (garderies, écoles, casernes...). Les contacts étroits sont identifiés en conséquence.</p>
Information des contacts étroits* d'un cas suspect	<p>L'opportunité d'informer les contacts étroits* d'un cas suspect (autres que les personnes vivant sous le même toit) est à évaluer au cas par cas (dans un but de protection des personnes à risque accru de complications**). Le cas échéant ils doivent observer les mesures d'hygiène pour éviter la transmission et surveiller leur état de santé durant les 7 jours qui suivent l'exposition, notamment mesurer leur température 1 fois par jour (cf. fiche Menace de pandémie: Recommandations pour les personnes ayant été en contact avec un cas suspect). Ils doivent contacter leur médecin dès l'apparition de symptômes.</p> <p>Les contacts qui vivent sous le même toit que le cas suspect sont invités à rester à domicile dans l'attente des résultats de laboratoire (24-48h).</p> <p>Ces mesures peuvent être levées si les résultats sont négatifs chez le cas suspect (RT-PCR matrix swine : nég ; RT-PCR Influenza A human : pos ou nég).</p>
Contacts étroits* d'un cas confirmé au laboratoire	<p>Les contacts étroits* d'un cas confirmé (RT-PCR matrix swine : pos) sont invités à éviter tout contact avec des personnes à risque accru de complications** (éviction professionnelle le cas échéant) et avec des groupes à risque élevé de transmission (garderies, écoles, casernes...) durant les 7 jours suivant l'exposition. Ils doivent observer les mesures d'hygiène pour éviter la transmission et surveiller attentivement leur état de santé durant les 7 jours suivant l'exposition, notamment mesurer leur température 1 fois par jour et contacter leur médecin dès l'apparition de symptômes (cf. fiche Menace de pandémie : Recommandations pour les personnes ayant été en contact avec un cas suspect).</p> <p>Les indications à la prophylaxie post-expositionnelle figurent ci-dessous.</p>
Autres types de contacts d'un cas confirmé	<p>Personnes potentiellement exposées qui ne répondent pas à la définition de contact étroit (ex : salle de classe, rangs concernés dans un avion, réunion ...): si celles-ci peuvent être identifiées et contactées, elles sont informées et observent leur état de santé durant les 7 jours suivant l'exposition et contactent leur médecin dès l'apparition des symptômes (mesures à prendre alors cf. cas suspects).</p>

* *Contacts étroits : définition valable pour la pandémie A(H1N1) 2009 - personnes vivant sous le même toit, ayant donné des soins, ayant embrassé ou ayant partagé couverts ou vaisselle avec le malade au cours de la période s'étendant de 1 jour avant jusqu'à 7 jours après la survenue des symptômes.*

¹¹ Tiré de « Recommandations provisoires concernant la prise en charge d'une personne avec suspicion d'infection au nouveau sous-type d'Influenza A(H1N1) », OFSP, état au 15.06.2009

- Les proches d'un cas suspect sont rapidement recensés, listés et transmis au MC dans la journée.
- La mise en quarantaine à domicile avec des mesures prophylactiques peut être ordonnée par le MC.

4.6 MESURES DE PREVENTION COLLECTIVES

4.6.1 Mesures générales

Les mesures de prévention individuelles mentionnées sous chiffre 4.5.1 conservent leur pertinence au plan collectif. Elles doivent être rendues accessibles à la collectivité, par exemple sous la forme des modèles élaborés pour la grippe pandémique A(H1N1) 2009 figurant à l'annexe 13.10.

4.6.1.1 Mesures de prévention collective en fonction des phases de pandémie

Phase	A éviter	A faire
3	Importer le nouveau virus dans les populations animales suisses.	Appliquer les règlements de l'Office fédéral vétérinaire relatif au commerce d'animaux, aux expositions, foires et autres concours avec animaux.
	Exposer la population au nouveau virus.	
4 - 5	Importer le nouveau virus.	Interdire la participation de personnes en provenance de zones affectées à des manifestations en Suisse.
	Disséminer le nouveau virus dans la population.	Annuler les manifestations internationales. Soumettre les autorisations à certaines conditions. Limiter, voire interdire les manifestations comme les offices religieux, mariages, enterrements, cinémas, etc. durant une période déterminée.
	Perdre le contrôle des premiers foyers.	Fermer les écoles ou les crèches dès l'apparition de cas.
6	Explosion de la vague pandémique.	Limiter les dégâts, protéger les personnes à risques de complications.

4.6.2 Eloignement social

L'objectif de l'éloignement social est de prévenir ou de limiter dans la mesure du possible les contacts étroits favorables à la transmission du virus par gouttelettes de salive. Il s'agit à la fois d'une mesure individuelle et collective qui concerne notamment les manifestations et les écoles, connues pour accélérer la propagation de la grippe par le brassage de population qu'elles occasionnent.

- Par manifestation, on entend tout rassemblement organisé supérieur à 50 personnes (définition OFSP), qu'il soit public ou privé;
- Par école, on entend toute institution publique ou privée en charge des enfants et des adultes, y compris les crèches, les jardins d'enfants, les écoles maternelles jusqu'aux écoles professionnelles et universitaires;

- Les restrictions ou interdictions relatives aux manifestations ont pour but de limiter le fardeau de la maladie en freinant sa progression et en étalant la vague pandémique.

La fenêtre d'opportunité pour empêcher une pandémie ou ralentir de manière appréciable sa propagation se situe entre les phases 4 et 5. Au-delà, les mesures d'éloignement social se bornent à limiter les dégâts et à protéger les personnes à risques de complications.

L'éloignement social doit être conjugué avec toute la gamme des mesures d'endiguement pour atteindre un effet de synergie.

4.6.2.1 Mesures à prendre dans une école – modèle de la grippe A(H1N1) 2009

La décision est basée sur des critères liés au fonctionnement de l'institution : absentéisme des élèves ou des enseignants.

Scénario	Conduite à tenir
1. Un écolier est suspecté (fièvre + symptômes grippaux) en classe	Mettre l'écolier à l'écart de la classe en évitant les contacts étroits, lui mettre un masque et l'informer des précautions à prendre selon la fiche de l'OFSP. Le renvoyer à la maison. Les parents prendront contact par téléphone avec le médecin traitant ou H-JU selon les directives destinées à toute la population.
2. Un cas confirmé de grippe HxNy est signalé dans une classe	Les parents informent l'enseignant qui prend contact avec la personne de liaison. Cette dernière apprécie la situation avec le médecin scolaire qui juge de la nécessité d'informer le médecin cantonal si des mesures de santé publique doivent être prises.
3. Une flambée de cas est observée dans un établissement scolaire	Des contacts sont établis entre le médecin cantonal et la personne de liaison. La cellule de crise est activée. Elle apprécie la situation et prévoit des mesures en fonction du contexte épidémique.
4. Pic pandémique avec absentéisme	Le Département de la Formation, de la Culture et des Sports et l'EMCC apprécient la situation et formulent des propositions de mesures au Gouvernement. La question de la fermeture partielle ou totale d'un établissement est à considérer. Les autorités scolaires (directions, inspecteurs scolaires) sont consultées.

4.6.2.2 Mesures à prendre dans une crèche – modèle de la grippe A(H1N1) 2009

La décision est basée sur la nécessité de protéger le groupe à risques et sur des critères liés au fonctionnement de l'institution : absentéisme des enfants ou des responsables.

Scénario	Conduite à tenir
1. Un enfant est suspecté (fièvre + symptômes grippaux)	Mettre l'enfant à l'écart des autres enfants en évitant les contacts étroits, lui mettre si possible un masque et l'informer des précautions à prendre selon la fiche de l'OFSP. Organiser avec les parents son retour à la maison. Les parents prendront contact par téléphone avec le médecin traitant ou H-JU selon les directives destinées à la population.
2. Un cas confirmé de grippe H1N1 est signalé	Les parents informent la direction de la structure. La personne de liaison apprécie la situation avec le médecin répondant qui juge de la nécessité d'informer le médecin cantonal si des mesures de santé publique doivent être prises.

3. Une flambée de cas est observée dans une structure	Des contacts sont établis entre le médecin cantonal et la personne de liaison. La cellule de crise est activée. Elle apprécie la situation et prévoit des mesures en fonction du contexte épidémique.
4. Pic pandémique avec absentéisme	Le DSA et l'EMCC apprécient la situation et font des propositions au Gouvernement. La question de la fermeture partielle ou totale d'une structure est à considérer. Les instances concernées (SEN, CEJEF) sont consultées.

4.6.2.3 Mesures à prendre en cas de manifestation publique

La décision est basée sur la nécessité de protéger le(s) groupe(s) à risques et sur des critères liés au déroulement de la manifestation.

Situation	Conduite à tenir
Situation normale	Procédures habituelles.
Situation critique	Le SSA suit les recommandations de l'OFSP, notamment les critères de définition de situation critique. Le Gouvernement arrête les mesures et la procédure relative aux manifestations publiques.
Procédure	<p>Obligation d'aviser : selon la procédure en vigueur : annonce à la Recette de district qui donne son préavis → préavis de la Commune → Service des Arts et Métiers → annonce aux Pompiers, à la Police, etc.</p> <p>La Protection de la population dispose de la liste des manifestations autorisées et la soumet au SSA.</p> <p>Le SSA préavise positivement ou négativement les autorisations de manifestation. Il fixe les éventuelles conditions accompagnant un préavis favorable.</p> <p>L'EMCC autorise ou interdit la manifestation et rend publique sa décision¹².</p>

4.6.3 Organes de décision

- Dans une situation de nécessité, le MC est compétent pour la fermeture d'une institution de soins, d'une école ou d'une crèche. Il en informe l'EMCC, voire le Gouvernement.
- Dans les autres situations (fermeture élargie d'institutions, interdiction de manifestation), l'EMCC en réfère au Gouvernement qui statue et prend au besoin un arrêté.

4.7 RÔLE DES MÉDICAMENTS ANTIVIRAUX DANS LA PRÉVENTION

La place des médicaments antiviraux comme l'oseltamivir (Tamiflu®) ou le zanamivir (Relenza®) en indication prophylactique est à redéfinir devant tout nouveau virus Influenza HxNy. Les indications et modalités d'application de ces médicaments doivent faire l'objet de recommandations et de mises à jour par les sociétés de spécialistes¹³ et bénéficier tant que possible d'un consensus national et international. L'enjeu est crucial : l'émergence des résistances.

- Du 1.8. au 31.12.2009, le Tamiflu® a figuré sur la liste des médicaments remboursés par l'assurance obligatoire des soins sous certaines conditions énumérées par l'OFSP;
- Ce type de médicament est à retirer sur ordonnance en pharmacie;

¹² Par exemple la Braderie de Porrentruy

¹³ Par exemple : Recommandations de la Société suisse d'infectiologie publiées dans le Bulletin OFSP du 17.08.2009

- La prescription d'une prophylaxie antivirale pour le personnel soignant de l'hôpital relève de la compétence des cadres médicaux de l'hôpital et se base sur les recommandations nationales;
- La prophylaxie de l'entourage d'un cas suspect ou confirmé est coordonnée par le médecin cantonal et se fonde sur les mêmes recommandations.

4.8 COMMUNICATION

Les messages de prévention sont favorisés par la crédibilité des mesures. La coordination s'établit entre l'OFSP, les sociétés de spécialistes, le SSA et le SIC (chapitre 12.6).

5 PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

5.1 INTRODUCTION

Ce chapitre est la synthèse des dispositifs élaborés en 2006¹⁴ (H5N1) et 2009¹⁵ (H1N1). La différence entre la grippe à virus aviaire A(H5N1), sur laquelle repose jusqu'ici la planification cantonale, et la grippe A(H1N1) 2009, réside dans le fait que cette dernière se propage beaucoup plus facilement, tandis que sa sévérité est nettement moindre.

5.1.1 Hypothèses de travail

Comme toute la population est par définition sensible au virus inconnu, on s'attend à un afflux de malades égal, voire 5 fois supérieur à celui de la grippe saisonnière. Si la sévérité de la maladie est faible, on observe moins de consultations, de complications, d'hospitalisations, de traitement antiviraux et de décès, ces derniers étant concentrés sur les patients présentant des risques accrus (chapitre 1.3.2). **Le défi est de créer un dispositif opérationnel suffisamment souple pour absorber tous les cas de figure.**

On s'attend à passer en quelques semaines de cas isolés, suspects ou avérés, à des cas multiples et confirmés, débordant les moyens ordinaires de prise en charge.

En revanche, une épidémie étant par nature imprévisible, le passage du seuil épidémique, les pronostics en termes de *timing*, de sévérité, d'impact sur la population et sur le système sont difficiles à quantifier.

5.2 STRATEGIE

5.2.1 Stratégie nationale

La stratégie nationale (chapitre 1.4.2) correspond à l'évolution temporelle de la situation et se résume comme suit :

- Phases 3-4** Prévention de la propagation de la maladie à partir des cas avérés.
- Phases 5-6** Priorité aux personnes qui courent un risque accru de complications.
- Phase 6** Réduction de l'impact de la maladie sur le système de santé.

Le dispositif cantonal opérationnel reflète ce développement en termes de choix logistiques, de directives d'application et recommandations détaillées.

5.2.2 Montée en puissance du dispositif cantonal

Partant de l'hypothèse du pire (1918), il a fallu d'une part adapter le concept théorique à la réalité épidémiologique en suivant le principe de proportionnalité et d'autre part gérer le développement critique de l'épidémie entre avril et décembre 2009. L'expérience montre que la planification de la prise en charge ambulatoire doit prévoir une **montée en puissance** du dispositif cantonal en partant des structures et des ressources sanitaires existantes.

La montée en puissance du dispositif d'accueil ambulatoire prévoit **quatre étapes principales** :

5.2.2.1 LATENCE : Pandémie déclarée au niveau mondial - quelques cas isolés dans le Jura (personnes de retour d'un pays infecté par exemple). A ce stade, les consultations se font uniquement à l'hôpital afin de limiter les risques de transmission.

- Le patient ne doit pas consulter en cabinet médical mais prend contact avec H-JU Delémont et se rend au site des urgences dédié à la grippe pandémique.
- L'EMCC envisage l'entrée en fonction du ou des pandicentres.

¹⁴ RCJU – Service de la santé - Plan de pandémie de grippe HxNy – Décembre 2006

¹⁵ Plan de pandémie – Prise en charge ambulatoire : consultations médicales en "Pandicentres " et soins à domicile – Rapport du GT2 – Mars 2010

- Le personnel de soins réquisitionné est informé et le tournus des médecins de piquet est établi.

5.2.2.2 PREPARATION : Les cas augmentent – l'offre de consultation s'élargit aux cabinets médicaux.

- H-JU prévient le SSA que ses limites seront atteintes dans les jours qui suivent.
- Le SSA donne le mandat au corps médical installé d'ouvrir sa consultation aux cas de grippe et en informe la population.
- Cette étape donne le signal de la réquisition et de la préparation du pandicentre principal par la PCi dans les 4-5 jours.
- L'horaire de travail du personnel de soins et de l'encadrement médical est fixé.

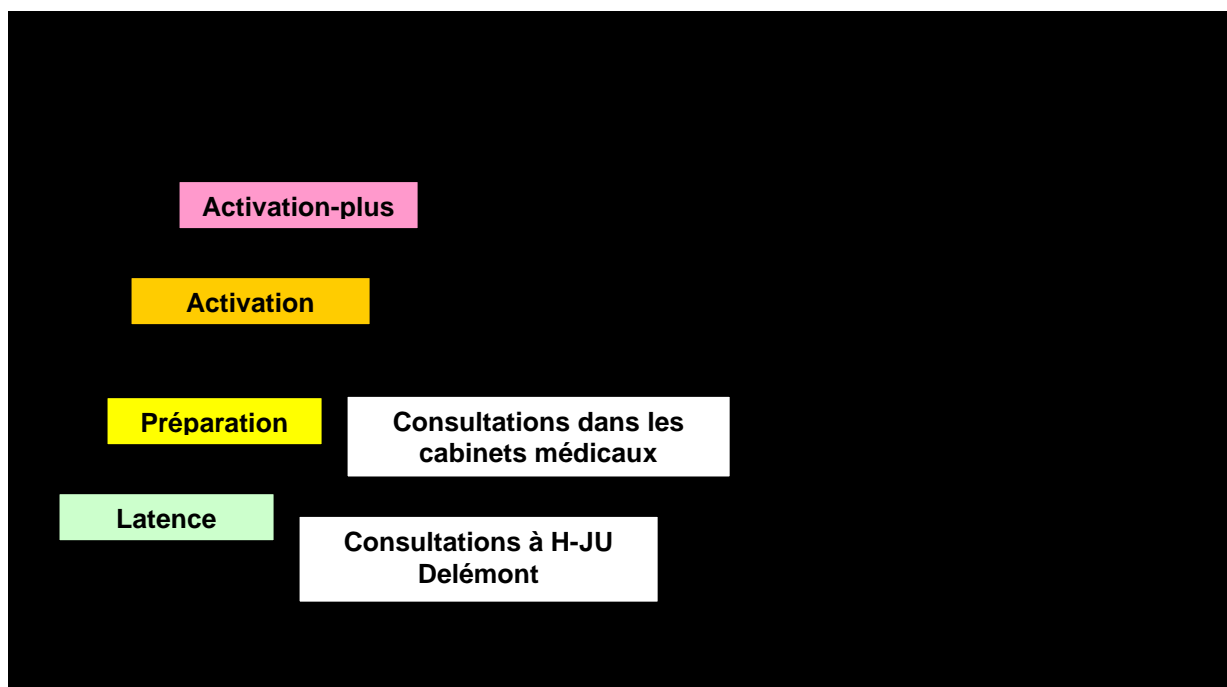
5.2.2.3 ACTIVATION : Les cas augmentent massivement - le pandicentre principal est ouvert et la hotline SSA est mise en place.

- H-JU et les médecins installés signalent au SSA que leurs limites sont atteintes.
- Les nouveaux malades sont orientés vers le pandicentre principal par la *hotline* du SSA, H-JU et les secrétariats de médecins installés.
- L'EMCC ordonne la réquisition et la préparation par la PCi des 2 pandicentres régionaux prévus dans les 4-5 jours.

5.2.2.4 ACTIVATION_PLUS : La vague épidémique est à son sommet - le pandicentre principal ne fait plus face aux demandes.

- Les deux pandicentres régionaux sont activés.
- Suivant l'ampleur de la vague pandémique, les étapes **Activation** et **Activation_plus** sont fusionnées.

5.2.1.1 Evolution d'une vague pandémique et montée en puissance de la prise en charge ambulatoire



5.2.3 Orientation de la population dans le dispositif cantonal

Pas de fièvre (moins de 38 °C) mais les **symptômes suivants** :

- mal de gorge
- nez qui coule
- nez bouché

Décision :

Pas de mesure particulière si ce n'est prendre du repos

Plus de 38 °C de **fièvre** et les **symptômes suivants** :

- toux
- douleurs musculaires / courbatures
- maux de tête
- fatigue importante
- mal de gorge
- nez bouché / nez qui coule

Décision :

*Prendre du **repos** et **rester à domicile***

Si les symptômes persistent :

***Appeler le médecin traitant** pour être conseillé adéquatement (en dehors des heures d'ouverture, appeler le médecin de garde)*

Plus de 38 °C de **fièvre + symptômes de grippe** chez une **personne à risque** de développer des complications

OU

Fièvre + symptômes de grippe et **symptômes suivants** :

- essoufflement
- difficulté à respirer
- douleur quand je respire
- vomissements depuis plus de 4 heures
- fièvre chez un enfant qui est trop calme et moins énergique que d'habitude ou qui refuse de jouer ou est agité

Décision :

***Se rendre sur rendez-vous** chez le **médecin traitant** (en dehors des heures d'ouverture, appeler le médecin de garde), mais pas à l'hôpital.*

Si le médecin traitant est indisponible ou surchargé :

*Se rendre au **pandicentre** de sa région (lorsqu'il est en fonction)*

Plus de 38 °C de **fièvre ET symptômes suivants** :

- difficulté à respirer
- lèvres bleues
- difficulté à bouger
- raideur importante au cou
- confusion, désorientation, difficulté à être réveillé
- convulsions
- absence d'urine depuis 12 heures

Décision :

*Se rendre sans attendre **aux urgences pandémie** du site H-JU de Delémont ; au besoin appeler l'ambulance (144)*

5.3 PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DES CAS SPORADIQUES

5.3.1 Filière ambulatoire à l'hôpital

Les cas de nouvelle grippe ne sont pas examinés en cabinet médical, mais isolés à domicile ou dirigés vers les hôpitaux. Canaliser les cas de grippe vers un ou plusieurs centres de soins équipés permet de concentrer les risques, de réduire la propagation par le système de soins et de faciliter le triage des cas, l'apprentissage de la nouvelle maladie, l'accès au laboratoire, la surveillance en temps réel, le bon usage des médicaments antiviraux (Tamiflu®), l'accès 24x7 aux soins, etc.

- Le site H-JU de Delémont est le centre désigné du canton.

Cependant H-JU Delémont a une capacité limitée de fournir des soins ambulatoires, tant que son activité élective n'est pas volontairement ralentie. H-JU Delémont doit en outre observer une séparation stricte entre les secteurs «grippe» et «non grippe».

La filière ambulatoire ne décharge donc pas complètement les médecins praticiens :

- La population est informée par voie de presse de la procédure de prise en charge, mais les sites de H-JU ne sont pas «les centrales d'information» du canton. Une ligne téléphonique «pandémie» ouverte à la population est assurée par le SSA à partir du stade 'Activation' (5.2.2.3) en collaboration avec le SIC (chapitre 12.6).
- Les patients contactent leur/un médecin praticien par téléphone, qui les consigne à la maison ou les adresse à la consultation de l'hôpital désigné.
- Le corps médical connaît la procédure de prise en charge centralisée et d'annonce des cas.
- Il veille à ce que les patients n'arrivent pas sans s'annoncer ou sans tri préalable.
- Il se prépare malgré tout à soigner des états grippaux atypiques, potentiellement contagieux.

5.3.2 Prévention des cas secondaires

La surveillance des sujets contacts est névralgique pour prévenir la survenue de cas secondaires. Les personnes concernées doivent être inventoriées, placées en quarantaine à la maison, être éventuellement traitées et contrôlées. La liste des contacts est établie par le médecin de famille/traitant et transmise au médecin cantonal (annexe 13.5).

- Leur suivi est assuré par la Ligue pulmonaire. Pertinent en phases 3 et 4 de l'OMS, le suivi de tout les sujets contacts se concentre sur les contacts étroits. En phases 5 et 6, il devient illusoire et doit être abandonné.

5.3.3 Mesures de protection du personnel

Le personnel au front de la maladie est particulièrement exposé, alors que son absentéisme est un des points critiques du dispositif. Les mesures de protection à prendre sont les mêmes que celles décrites au chapitre 6.3.8 et dans ses annexes pour les établissements de soins¹⁶. Elles visent à prévenir la transmission de la grippe du patient au personnel, entre les patients et du personnel au patient.

5.4 PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DES CAS MULTIPLES

5.4.1 Prise en charge par les cabinets médicaux

Lorsque le seuil épidémique est atteint, le virus de la grippe circule sans barrière et le nombre de malades croît exponentiellement. D'une part, la consultation ambulatoire de H-JU est débordée, mais le fait de canaliser les malades dans des lieux précis ne fait plus de sens.

Cette situation conduit à la **transition** du dispositif centré sur l'hôpital vers une offre élargie comprenant les cabinets médicaux. Les médecins généralistes et internistes sont mandatés à prendre en charge les patients atteints ou suspects de maladie à virus pandémique.

- Les médecins sont formés à la prise en charge de la nouvelle grippe par les documents de l'OFSP et la formation post-grade organisée par le SSA et les spécialistes.

¹⁶ Recommandation de SwissNOSO concernant la protection du personnel de santé contre la grippe pandémique (H1N1) 2009, selon les caractéristiques actuelles du virus - 10 août 2009 (Annexe 13.14)

- Ils reçoivent des recommandations relatives à l'accueil des patients dans leur cabinet et aux mesures de précaution, à la prescription de médicaments antiviraux et aux recommandations à donner aux patients.

5.4.2 Prise en charge à domicile (cf. chap. 7)

Le maintien des malades à domicile vise à soulager les capacités des hôpitaux. Les malades qui doivent garder le lit recourent à leur médecin traitant et aux services de soins à domicile.

La FAS assure la coordination des instances qui collaborent à la prise en charge à domicile (Croix-Rouge, Ligue pulmonaire, infirmières indépendantes) et adapte ses prestations vers les soins respiratoires sur mandat médical.

- Les patients sont visités en fonction des besoins par leur médecin traitant ou par un médecin désigné.
- La FAS applique les mesures de protection établies pour son personnel et pour sa clientèle.
- Les infirmières indépendantes sont associées à l'organisation de la FAS par arrêté du Gouvernement. Le personnel soignant qui n'est plus en activité ou travaille partiellement peut être mobilisé sur cette base.
- La FAS dispose d'un plan de continuité spécifique.

5.4.3 Prise en charge dans les EMS (cf. chap. 8)

Les EMS contribuent à éviter les hospitalisations en soins aigus et à faciliter le retour.

- Ces établissements disposent d'un plan de crise détaillé spécifique.¹⁷
- Le personnel est remis à niveau en matière de soins respiratoires aigus avec le concours du SSA.

5.4.4 Rôle de la Clinique du Noirmont

En qualité de clinique privée, la Clinique du Noirmont est réquisitionnée en phase 6, voire fermée aux prestations électives, aux fins de servir par exemple de site pour convalescence de H-JU qui se consacre principalement aux pathologies aiguës.

5.5 PRISE EN CHARGE DANS LES PANDICENTRES

Les pandicentres sont des centres de consultations médicales ambulatoires qui prennent le relais du système habituel lorsqu'il est saturé. Ces centres de soins ont été sélectionnés par exemple dans la halle de gymnastique attenante à l'EPAD et réquisitionnée à cet effet.¹⁸

- Est activé en priorité l'EPAD à Delémont dont les locaux ont été utilisés avec succès lors de l'action de vaccination collective contre la pandémie en 2009 (chapitre 10).
- Ils sont réquisitionnés et équipés par la Protection civile (PCi).

Ces structures ont été définies et validées par le SSA, la PCi et le SDI. Les plans sont disponibles, l'organisation réglée et les compétences attribuées. De même, le matériel et le personnel nécessaires sont chiffrés (annexes 13.11 A et B).

- Ces structures demandent plusieurs semaines de préparation technique.

Ouverture des pandicentres

L'ouverture est décidée par l'EMCC en fonction de la situation épidémiologique et en collaboration avec H-JU et la SMCJU. Elle prévoit aussi plusieurs étapes de montée en puissance :

- ➔ 4 heures par jour : 1 médecin +1 infirmière + 1 secrétaire.
- ➔ 2 x 4 heures par jour : 2 équipes se relaient.
- ➔ 2 x 8 heures par jour (07h00 – 22h00) : 2 équipes assurent des plages horaires de 8 heures.

¹⁷ Plan cadre en cas de pandémie à l'intention des institutions et foyers jurassien. Document AJIPA. Septembre 2009

¹⁸ Plan de pandémie – Rapport final du GT2 Prise en charge ambulatoire : Consultations médicales en pandicentres et soins à domicile – N. Renthrop-Wagner, Dr J.-L. Haab, N. Froté 26.03.2010

A ce stade, chaque équipe médicale traite plus de 100 patients par jour. Au-delà, des équipes peuvent être appelées en renfort.

5.5.2 Organisation des pandicentres

Les locaux réquisitionnés sont mis à disposition par les communes et les pandicentres travaillent sous l'autorité des commandants de région de la PCi. Ils abritent une cellule de conduite liée à l'EMCC, chargée d'assurer l'appui en équipements, les communications, les transports, l'approvisionnement, les renforts, la signalétique, la sécurité, etc.

Les pandicentres sont organisés pour une première phase d'activité de 4 semaines.

- L'environnement informatique et la liaison avec le nœud informatique cantonal sont assurés par le SDI.
- Les locaux sont suffisamment pourvus de lignes téléphoniques fixes. Les médecins engagés sont joignables par le personnel du centre sur leur mobile privé.
- La sécurité des pandicentres n'est pas assurée par la police, mais confiée à des entreprises privées par la PCi.
- La Cellule du MC assure la coordination avec les pandicentres, la FAS et l'AJIPA.

5.5.3 Fonctionnement des pandicentres

Les pandicentres sont ouverts 7 jours/7, mais pas la nuit. Leur accès est libre, mais il est conseillé à la population d'appeler en premier lieu le centre avant de s'y rendre. Les horaires et les lieux de consultation sont communiqués à la population par le SIC.

- En dehors des heures d'ouverture, les patients grippés ne se rendent pas aux urgences des sites hospitaliers, mais s'adressent au médecin de garde de leur district. A ce titre, il faut prévoir de doubler la garde médicale, a fortiori si les médecins doivent assumer le suivi de personnes grippées à domicile.
- Les enfants de moins de 4 ans et les femmes enceintes ne sont pas pris en charge dans les pandicentres mais par les pédiatres, la pédiatrie de H-JU et les médecins obstétriciens en respectant la séparation 'grippe' – 'non-grippe'.
- Les horaires sont communiqués à la population par le SIC.
- Les pandicentres disposent d'un plateau technique simple, sans laboratoire ni radiologie.
- Les patients sont revus au centre de soins ou suivis à domicile par un praticien désigné (par ex. le médecin de famille).
- Le recours aux transports en commun est à éviter (privilégier le transport par la famille par exemple).

5.5.4 Recrutement du personnel de soins et astreinte

Le SSA assure le recrutement du personnel de santé - médecins, infirmier-ère-s, secrétaires - pour les pandicentres, en collaboration avec le Service des ressources humaines (SRH-RCJU), la SMCJU, l'AJIPA et les cercles de la garde médicale du canton.

- L'obligation de piquet fait partie intégrante du dispositif, en vertu de la loi sanitaire et de l'arrêté de réquisition du Gouvernement (chapitre 12.4.3).
- Le service habituel de garde médicale est maintenu, sous l'égide des cercles de garde du canton;
- Le tournus des médecins et des infirmier-ère-s est assuré principalement sur une base volontaire, au besoin par réquisition, et organisé par le SSA. A quelques exceptions (radiologues, psychiatres) près, la garde médicale incombe à toutes les disciplines médicales et pas seulement aux cercles habituels;
- Une assistante en pharmacie est prévue dans chaque pandicentre durant les semaines de forte activité.

Le personnel de santé est recruté par le SSA, aux conditions édictées par le SRH pour l'engagement du personnel occasionnel dans l'administration (annexe 13.28).

5.4.8.1 Répartition hebdomadaire des malades par district (modèles OFSP – 5% pour A(H1N1) et 25 % pour A(H5N1))

	Canton % de la population	District de Delémont 51%	District de Porrentruy 34%	District des Franches- Montagnes 15%	Médecins engagés en pandicentre¹⁹
	Cas /semaine	Cas/sem.	Cas/sem.	Cas/sem.	
Semaine	69'500	35'175	24'012	9'865	
1	144 - 345	58 - 176	39 - 120	17 - 49	2
2	177 - 898	90 - 457	61 - 312	26 - 128	4
3	301 - 1933	153 - 985	103 - 672	44 - 276	6
4	498 - 2969	254 - 1513	171 - 1033	73 - 424	8
5	732 - 3660	374 - 1864	252 - 1273	107 - 523	10
6	771 - 2969	393 - 1513	265 - 1033	113 - 424	8
7	472 - 2072	241 - 1055	162 - 720	69 - 296	5
8	265 - 1243	135 - 633	91 - 432	39 - 178	4
9	165 - 691	84 - 352	57 - 240	24 - 99	3
10	135 - 345	69 - 176	46 - 120	20 - 49	2
11	109 - 207	56 - 106	37 - 72	16 - 30	1
12	119 - 138	61 - 70	41 - 48	17 - 20	1

¹⁹ Tiré du Concept pour l'évaluation des besoins en ressources médicales dans les policliniques et les pandicentres – SCSP Neuchâtel, juin 2009

Total	3'600 - 17'500			
--------------	-----------------------	--	--	--

5.5.5 Médicaments, masques et matériel (chap.11.3)

- La liste du matériel nécessaire aux pandicentres figure à l'[annexe 13.12](#);
- Le stockage et la distribution des médicaments antiviraux sont réglés par le SSA (pharmacien cantonal)²⁰;
- Le stockage et la distribution des masques d'hygiène pour les centres sont assurés par la PCi;
- Le matériel autre est fourni par la PIJ (sous tutelle de H-JU et H-JB) sur commande et financé par le budget de l'Etat;
- Chaque patient reçoit un kit de 5 masques d'hygiène;
- Les autres médicaments prescrits sont livrés par les pharmacies.
- Les déchets médicaux sont considérés comme spéciaux infectieux.

5.5.6 Dossier médical

Toute personne se présentant dans un pandicentre est enregistrée aux fins de déclaration, de surveillance et de suivi. Chaque patient dispose d'un dossier informatisé préétabli, administratif et médical.

La partie générique du dossier et la partie finale servant à la déclaration et au suivi sont saisies sur le site protégé du SDI et accessible à l'organisation. Les données cliniques ne sont **pas** saisies. La sphère privée est ainsi respectée, tandis que le tourisme médical, l'abus au Tamiflu®, etc. sont sous contrôle. Cette modalité est convenue avec le préposé cantonal à la protection des données.

- Le dossier vide ([annexe 13.13](#)) est imprimé sur place.
- L'en-tête du dossier (nom, adresse, etc.) procède du registre cantonal de la population. Les personnes de passage remplissent cet entête qui est conservé dans le répertoire.
- Le dossier est saisi dans le système informatique, données cliniques mises à part.
- Le patient reçoit une photocopie du dossier. L'original est traité comme un dossier médical habituel.

5.5.7 Réduction du dispositif

Sur préavis du Groupe de coordination du MC, l'EMCC prend la décision de réduire le dispositif en place. Le SIC en informe la population.

5.6 CONCEPT DE COMMUNICATION (CF. 12.6)

Le SIC assure l'information de la population en matière de localisation et d'ouverture des pandicentres, en collaboration avec le MC et l'EMCC.

- Des projets type de communiqués de presse correspondant aux scénarios-clés sont prêts à servir.
- Différentes lignes de téléphone répondant aux questions du public sont activées via la Centrale téléphonique du canton, elle-même renforcée.
- Des pages spéciales d'information sont accessibles sur internet.

5.7 COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Partenaires	Tâches ou activités	Chapitres
Confédération	Définition de cas, approvisionnement en Tamiflu®	5.1, 5.4.1, 5.5.5
EMCC	Activation, montée en puissance et réduction du dispositif	5.5.2, 5.5.1, 5.5.7

²⁰ Après épuisement du Tamiflu® disponible sur le marché libre, la réserve cantonale (2'500 traitements – état en 2009) est distribuée dans les pandicentres qui en deviennent les distributeurs agréés. A l'épuisement du stock cantonal, la réserve fédérale suit la même filière.

PCi	Direction et équipement logistique des pandicentres	5.5, 5.5.1, 5.5.2, 5.5.5, 5.5.7
SDI	Environnement informatique et bureautique	5.5, 5.5.2, 5.5.6
H-JU	Consultations et expertise	5.3.1, 5.3.2, 5.4.4, 5.5.2
FAS	Transferts à l'hôpital et à domicile	5.4.2
Professionnels santé	Garde et piquet, volontariat, réquisition	5.3.1, 5.4.1, 5.5.4
Bénévoles de la santé	Samaritains, Croix-Rouge, Pro Senectute, Ligue Pulmonaire, transports	5.4.2
Communication	Communication-information à la population, hotlines	5.5.3, 5.6
EMS	Maintien en institution, retour d'hospitalisation	5.4.3
SEN + Communes	Halles de gymnastiques – solutions de remplacement	5.5

6 PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

6.1 INTRODUCTION

Le Plan suisse de pandémie Influenza 2009²¹ consacre un important chapitre à la prise en charge hospitalière. Il propose une liste de points à considérer dans la planification des besoins hospitaliers de la population résidente, soit 2,5% de 70'000 personnes. Les accords internationaux qui garantissent l'égalité de traitement ne prévoient pas l'hospitalisation systématique des malades étrangers, sous réserve de la prise en charge des cas urgents.

La prise en charge hospitalière concerne, selon qu'on applique le scénario de la grippe A(H1N1) 2009 ou celui de 1918, entre **10 et 400 malades** au cours de la première vague (chapitre 1.3.2), avec un pic maximum à la 6^{ème} semaine.

6.1.1 Estimation du nombre de malades hospitalisés et de complications attendues dans la RCJU

Modèles H1N1 et H5N1 de l'OFSP	Total	Maximum par semaine (20%)	Semaine
Malades (5%-25% de la population)	3'600 – 17'500	720 - 3'700	5
Hospitalisations (0,2 – 2,5% des malades)	8 - 430	2 - 90	6
Soins intensifs (15% des hospitalisations)	1- 65	0 – 15	6
Décès (létalité : 0,4% des malades)	0 - 70	0 - 15	7

6.2 PROBLEMATIQUE

6.2.1 L'hôpital, point critique

Dans le scénario du pire, les soins hospitaliers aigus sont la ressource la plus limitée du système de soins. Les hôpitaux fonctionnent normalement déjà en flux tendu. C'est donc un point critique de la prise en charge des malades, avec risque de collapsus.

Le dispositif général vise à réserver l'hospitalisation aux patients nécessitant des soins spécialisés. Il s'agit par conséquent d'épuiser d'abord les capacités de soins à domicile (chapitre 5.4.2) et dans les EMS (chapitre 5.4.3).

- L'accueil de plus de 400 patients répartis sur 3 mois impose le renoncement à des activités électives, sans mettre en péril les admissions urgentes et les interventions inévitables pour la survie d'autres patients.
- Certains soins sont limités ou non disponibles temporairement dans le canton, comme les soins intensifs, notamment en pédiatrie (chapitre 9).

6.2.2 Défis hospitaliers

Le principal défi pour l'H-JU est de mettre en place un dispositif assez souple pour monter ou diminuer en puissance la prise en charge stationnaire en fonction de l'évolution des besoins et partant de réguler l'activité élective des services et de leur personnel attribué.

- Dans le scénario du pire, le transfert du personnel à partir des services non essentiels ne suffit peut-être pas à couvrir les besoins.
- Assurer le meilleur usage des lits hospitaliers et des ressources en personnel requiert une étroite coopération publique et privée.

²¹ <http://www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html?lang=fr>

- Un taux élevé d'absentéisme est probable vu la forte proportion de personnel féminin avec charge d'enfants en même temps que l'afflux massif de patients.
- Le risque d'infections nosocomiales est important, sachant que l'afflux important de patients grippés augmente le risque de transmission.

6.2.3 Stratégie

La stratégie nationale (chapitre 1.4.2) correspond à l'évolution temporelle de la situation et se résume comme suit :

- Phases 3-4 Prévention de la propagation de la maladie à partir des cas avérés.**
- Phases 5-6 Priorité aux personnes qui courent un risque accru de complications.**
- Phase 6 Réduction de l'impact de la maladie sur le système de santé.**

Le dispositif cantonal opérationnel reflète ce développement en termes de choix logistiques, de directives d'application et de recommandations détaillées.

6.3 CONCEPT D'ORGANISATION HOSPITALIERE

6.3.1 Coordination hospitalière

L'**Organisation en cas de catastrophe du Canton du Jura (ORCA)** s'applique dès les phases 4-5 de pandémie de l'OMS à tous les établissements de soins de la RCJU. Le site principal de prise en charge hospitalière est celui de Delémont.

- H-JU Delémont optimise ses ressources avec les 2 autres sites (Porrentruy et Saignelégier), voire avec la Clinique du Noirmont (convalescence). Sont attribuées à ces derniers les missions définies par l'EMCC, en fonction du plateau médico-technique attendu.
- Face à l'absentéisme de 10-25% (personnel malade, charges de famille) une règle de base : les jours de repos sont respectés, les vacances renvoyées.
- Lorsque **4 patients** grippés sont hospitalisés simultanément sur le site de Delémont, le plan ORCA (6.3.2) entre en force.

6.3.2 Plans de continuité

Comme chaque entreprise, les établissements hospitaliers conçoivent un plan détaillé de continuité en cas de pandémie en vue d'assurer les missions qui leur sont confiées. Le Plan de continuité de H-JU²² comprend la réaffectation des locaux sur tous les sites en cas de pandémie, le catalogue des risques, l'analyse de ces derniers et les solutions proposées.

- Cellule de crise. Le plan H-JU prévoit une cellule centrale de crise (CCHJU). Le directeur général de H-JU en est chef. La cellule comprend :
 - les chefs du Département médical, du Département des soins, du Service technique, du Service des ressources humaines, de la Communication;
 - un médecin interniste;
 - un membre du Secrétariat.
- Coordination. La Cellule du MC assure la coordination avec les pandicentres, la FAS et l'AJIPA.

6.3.3 Arrêt progressif des activités électives dans l'hôpital

Quand le seuil critique est atteint, l'activité médicale et chirurgicale élective des établissements hospitaliers est suspendue progressivement dans l'ensemble des sites H-JU sur décision de la CCHJU et communiquée par la voix du SIC.

- Les services désignés du site H-JU Delémont prennent en charge les cas de grippe à virus HyNy, les autres assurent les admissions classiques et les urgences.

²² Prise en charge hospitalière – Rapport du Groupe de travail Hôpitaux 3/2010

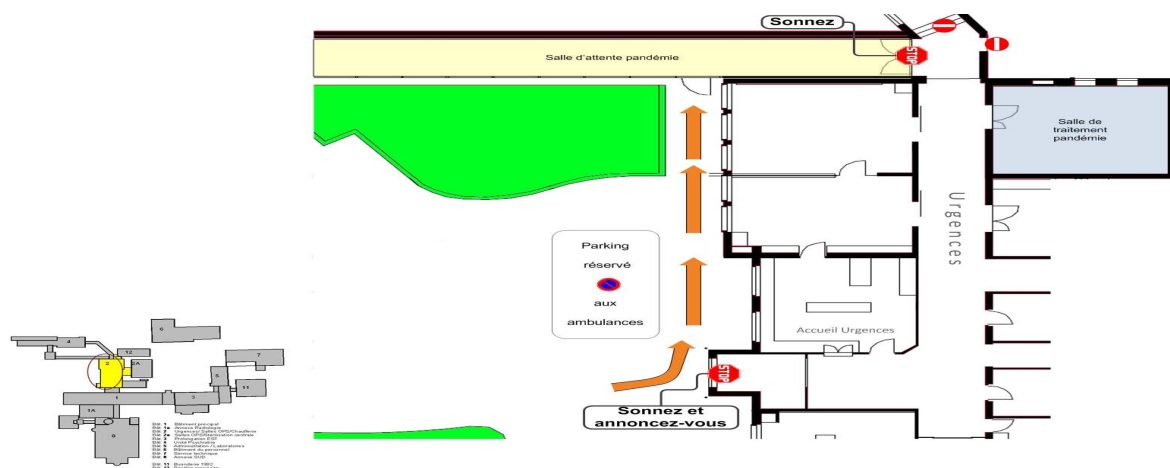
- La CCHJU organise l'annulation et le renvoi des interventions non urgentes.
- Le personnel des services mis 'en veilleuse' est attribué à la prise en charge des malades de la pandémie.
- L'arrêt de la chirurgie électorale permet l'utilisation des 2/3 des lits chirurgicaux. Les chambres à 1 lit sont converties en chambres à 2 lits;
- Les sites H-JU de Porrentruy et de Saignelégier continuent de recevoir les **urgences** habituelles, assurant à leur arrivée un tri rigoureux entre patients atteints et non atteints de grippe pandémique.

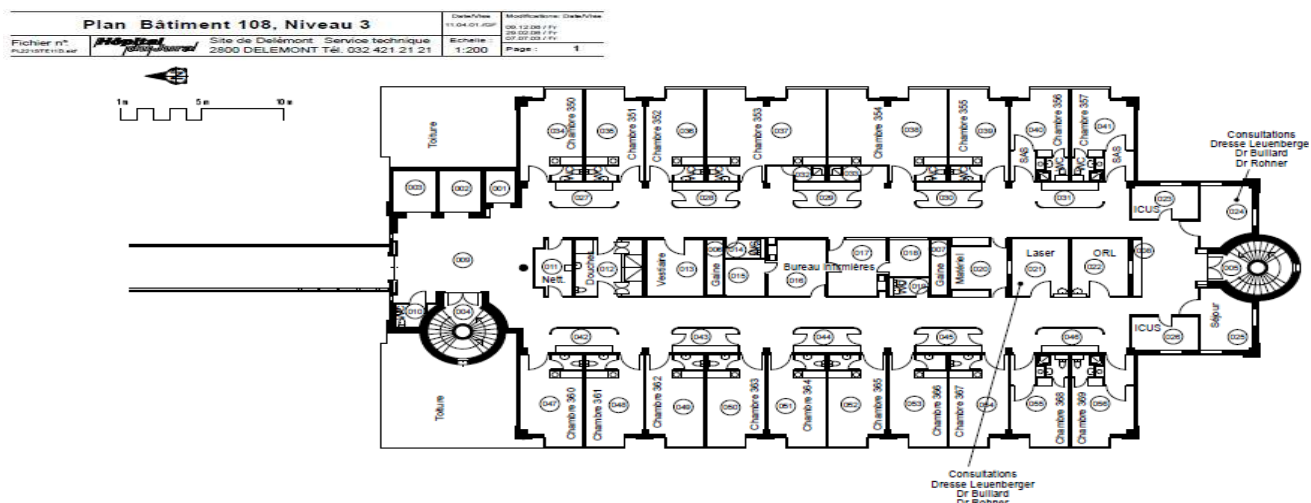
6.3.4 Organisation structurelle de l'hôpital

L'accès des patients atteints de grippe pandémique envoyés à l'hôpital est aménagé de façon à être séparé de celui des autres patients. L'organisation intra-hospitalière permet de limiter au maximum les zones de contacts entre secteurs pour grippés et non-grippés.

- Des services entiers sont dédiés au traitement des patients grippés. Les premiers utilisés sont les services de médecine interne. L'objectif est de libérer à la fois les lits et le personnel.
- Le site de Delémont dispose d'un plan d'occupation des locaux qui figure de manière détaillée dans son plan de continuité.
- Les cas pédiatriques (0 à 10 ans) sont hospitalisés en Pédiatrie en respectant la séparation 'grippe' non-grippe'.

6.3.4.1 H-JU site de Delémont : prévision des secteurs dédiés à la pandémie





6.3.5 Ajustement structurel de l'hôpital désigné

Calculée pour le pic de la première vague de pandémie, l'infrastructure en lits et en matériel sur le site H-JU de Delémont est considérée en l'état comme suffisante.

- Au pic de la pandémie, 14 personnes devraient pouvoir être ventilées mécaniquement simultanément et idéalement dans l'Unité des Soins intensifs (état en mars 2009). Les recommandations de la Société suisse de médecine intensive sont applicables²³.
- La collaboration avec les soins intensifs universitaires de l'hôpital pédiatrique des deux Bâle (Universitäts-Kinderspital beider Basel, UKBB) doit être réglée par contrat pour le transfert des cas de pédiatrie (chapitre 9). Un concept national de prise en charge des enfants en soins intensifs est à l'étude.
- Les hôpitaux désignés tiennent à jour leurs capacités en termes de nombre de lits disponibles, de lits de réserve, de places en soins intensifs et d'unités de ventilation. En 2010, l'H-JU Delémont dispose, moyennant d'augmenter la capacité des soins intensifs de 2 unités et de rapatrier les ventilateurs de Porrentruy, des places et du matériel nécessaire. L'approvisionnement en **oxygène** sur les sites est suffisant.
- La dotation en personnel correspondante doit être complétée le moment venu. Ce renfort concerne **plus de 20 lits** à considérer **en plus** de ceux déjà libérés suite à l'arrêt des prestations électives.

6.3.6 Ressources en personnel de l'hôpital désigné

Les hôpitaux ont un défi majeur à relever en matière de personnel en raison d'une combinaison de facteurs défavorables : augmentation massive de l'activité, exposition maximale à la maladie et proportion élevée de personnel féminin avec garde d'enfants. Dans la péréquation au niveau cantonal pour l'attribution du personnel d'appui, les hôpitaux et les pandicentres sont prioritaires.

La dotation pour encadrer les malades et utiliser les ventilateurs doit donc être complétée le moment venu. La liste du personnel est disponible pour chaque unité et spécialité (pédiatrie, soins

²³ Recommandations de triage pour l'admission et le maintien des enfants (0 - 16 ans) aux soins intensifs en cas de pandémie de grippe. Frey B, Berger C et al. (Société suisse de médecine intensive SSMI, Société suisse de pédiatrie SSP, Société suisse de néonatalogie, Groupe suisse d'infectiologie pédiatrique, Association des médecins cantonaux suisses, Office fédéral de la santé publique - mai 2010)

intensifs, anesthésie). Ces listes contiennent les noms, prénoms, n° de téléphone ainsi que la désignation du service d'appartenance de chaque collaborateur-trice.

- Les listes de personnel infirmier spécialisé sont éditées et vérifiées régulièrement par un responsable du Département des soins.
- Une remise à niveau des connaissances et des directives spécifiques est organisée par le H-JU pour les personnes qui exercent une nouvelle fonction.

Le personnel du site désigné est renforcé par 5 mécanismes principaux :




- transfert du personnel libéré grâce au report des activités électives;
- augmentation du temps de travail pour les personnes travaillant à temps partiel, report des vacances;
- recrutement des retraités de H-JU;
- mobilisation des élèves en stage à H-JU au moment de la pandémie;
- recrutement de personnel d'appui, bénévole ou non, ayant si possible des qualifications dans le domaine sanitaire ou administratif (HES-SO, CEJEF).
- Dans la mesure du possible, le personnel de H-JU n'est pas déplacé dans les pandicentres.

6.3.7 Accès à l'hôpital pour les visiteurs

- Les patients hospitalisés sont contagieux pour les proches. Les proches des patients hospitalisés sont donc à considérer comme à haut risque d'être eux-mêmes contaminés par le virus HxNy dans les 24 heures suivant l'exposition et devraient le plus possible éviter les contacts avec d'autres personnes. Le contexte psychologique pourrait les rendre peu réceptifs aux mesures imposées. L'information des visiteurs prendra par conséquent du temps au personnel.
- Les visites sont limitées pour tous les patients, grippés ou non, sur tous les sites.
- Chaque malade désigne 1-2 personnes autorisées à lui rendre visite.
- La durée des visites est limitée.
- Les visiteurs portent un masque. Ils ne portent ni blouse, ni lunettes, ni gants. Ils se désinfectent les mains à l'arrivée et à la sortie de la chambre. Le patient porte aussi un masque.


6.3.8 Mesures de protection du personnel et prévention de la transmission du virus


Les mesures de protection²⁴ visent à prévenir la transmission de la grippe du patient au personnel, entre les patients et du personnel au patient. Elles ont une utilité également en dehors des établissements de soins ([chapitre 5.2.2](#)). La prévention de la transmission du virus grippal en cas de pandémie comprend les précautions standards et les mesures additionnelles suivantes :

-  Désinfection des mains : les virus de la grippe sont essentiellement transmis par les mains, contaminées elles-mêmes par les sécrétions nasales, la salive, les expectorations et les surfaces contaminées. A l'hôpital, une désinfection par solution hydro-alcoolique s'impose après tous contacts.
-  Le port de blouses et de gants sont des mesures applicables lors de tous les contacts avec des patients grippés ou suspects de l'être dans tous les secteurs dédiés à la pandémie.
-  Protection par les masques : personnel et patients ([annexe 13.15](#)). Le port du masque par le patient protège le personnel, mais il est par ailleurs illusoire d'exiger d'un malade qu'il porte

²⁴ Recommandation de SwissNOSO concernant la protection du personnel de santé contre la grippe pandémique (H1N1) 2009, selon les caractéristiques actuelles du virus - 10 août 2009 ([Annexe 13.14](#))

constamment un masque. Les enfants en sont incapables. On peut l'exiger lorsque le patient doit quitter sa chambre et risque de rencontrer des personnes qui n'en portent pas.

-  **Mesures de type 'aérosol'**. Les données actuelles sur le mode de transmission justifient la prise de mesures additionnelles contraignantes de type 'aérosol' dans les phases 3 et 4 de la pandémie. Ces mesures impliquent le port d'appareils de protection respiratoire de type FFP2.

-  **Mesures de type 'gouttelettes'**. En **phases 5 et 6**, on adopte les mesures additionnelles moins sévères de type '**gouttelettes**'. La raison en est une pathogénicité potentielle du virus plus importante en début de pandémie. Le port du FFP2 reste indiqué lors de soins produisant des aérosols (intubation, bronchoscopie...).

- Des exemples d'affiches sont proposés ([annexe 13.16](#)).
- La vaccination contre la grippe pandémique ([chapitre 10](#)) est organisée en phases d'alerte 4-5, sur décision des autorités fédérales. H-JU vaccine son personnel ainsi que ses patients par l'intermédiaire du Service de la Médecine du personnel.²⁵ Le personnel vacciné ou ayant fait la grippe pandémique n'a plus besoin de porter un masque en permanence une fois écoulé le temps nécessaire à l'acquisition des anticorps.
- L'administration pré- ou post-expositionnelle de médicaments antiviraux (Tamiflu®) est proposée aux soignants directement exposés à des patients contagieux, selon les directives fédérales.

6.3.9 Mise en pratique des mesures de protection

- **Secteurs à haut risque** : les mesures additionnelles «gouttelettes» ou «aérosol» (dépendant de la phase dans laquelle on se trouve) sont utilisées en permanence dans les secteurs à haut risque selon les connaissances sur la contagiosité du virus.



Aire de tri pandémie
Secteur pandémie hospitalier
Soins intensifs pandémie
Endoscopies pandémie

- **Secteurs à risque intermédiaire** : le masque de soins ou chirurgical est porté en permanence. Contacts avec des patients «pandémie» ou contacts rapprochés dans les secteurs à risque intermédiaire : mesures additionnelles «gouttelettes».

Urgences
Policliniques
Physiothérapie
Ergothérapie
Hémodialyse

²⁵ Le personnel de soins fait partie des indications prioritaires ([chapitre 10.3.6](#))

Dans ces secteurs, la probabilité de rencontrer un patient grippé est moins grande que dans d'autres secteurs de l'hôpital. Cependant, le risque de se trouver en face d'un patient en phase d'incubation existe. Ainsi, dans les activités des secteurs à risque intermédiaire qui impliquent un contact rapproché avec des malades, les mesures additionnelles «gouttelettes» s'imposent.

- **Secteurs à risque modéré** : le masque chirurgical est porté en permanence. Il peut être enlevé si on reste à distance d'autres personnes et pendant les repas. Les réfectoires restent ouverts et sont réservés uniquement au personnel de l'hôpital.

<p>Secteurs 'non-pandémie' Corridors Réfectoires Halls</p>

- **Secteurs à risque faible** : le masque n'est pas obligatoire mais porté par le personnel administratif dès qu'il se déplace dans d'autres secteurs de l'hôpital. Le personnel d'accueil appartient à la catégorie de personnel à risque modéré !

<p>Secteurs purement administratifs Services techniques</p>
--

6.3.10 Laboratoire hospitalier

Le matériel de prélèvement et de transport pour la recherche du virus de la grippe pandémique en récipients sécurisés est mis à disposition par le CNI de Genève et stocké dans le laboratoire **H-JU** des 3 sites.

- Ce matériel est mis à disposition sur demande aux Urgences et aux Soins intensifs. Il n'est pas stocké dans ces services.
- Le laboratoire H-JU se charge d'organiser le transport des récipients contenant les prélèvements vers le CNI. Il se charge aussi de remplacer le matériel de prélèvement et de transport au fur et à mesure de son utilisation

6.3.11 Autonomie d'exploitation

Sur la base d'un taux d'attaque²⁶ de 25% avec paralysie partielle du système économique et vu les difficultés prévisibles d'approvisionnement en matériel médical, nourriture etc., il est convenu d'augmenter l'autonomie des stocks de 30%.

²⁶ Taux d'attaque : rapport entre le nombre de personnes infectées et le nombre de personnes exposées

- Entrent dans ces considérations le nombre total d'employés (800) et celui des soignants (500), le total de jours 'pandémiques' travaillés (96'000) avec ou sans actes à hauts risques, la consommation journalière et finalement le nombre de patients hospitalisés (430 en 4 mois) et la durée moyenne d'hospitalisation (7 jours).
- Le matériel stocké consiste en masques, lunettes, gants, blouses et désinfectants. H-JU dispose d'une réserve de 3-6 mois de roulement.
- L'approvisionnement est valable également pour des articles qui ne sont pas directement liés à la pandémie. Les responsables des contrats d'approvisionnement sont chargés d'insérer des clauses particulières pour garantir la continuité de l'exploitation.
- L'approvisionnement et le contrôle du matériel propre à la pandémie est du ressort de la PIJ et du service des Achats de l'H-JU.
- Pendant la pandémie, un mécanisme de contrôle interne des quantités de masques et de médicaments antiviraux (par exemple Tamiflu®) pour la protection du personnel est assuré sous la gouverne des chefs de service (gaspillage, vol de produits).
- L'investissement nécessaire figure au budget hospitalier. En effet, la loi sur le travail (LTrav) stipule clairement qu'il incombe à l'employeur de prendre les mesures assurant la protection sanitaire de ses employés et d'en assumer les coûts.

6.4 CONCEPT HOSPITALIER DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

6.4.1 Prise en charge des cas en phases 3 et 4

La stratégie en phases 3 et 4 (cas sporadiques / premier foyer) considère que la situation est encore maîtrisable (élimination), moyennant la mise en œuvre des précautions **maximales**. C'est pourquoi les cas suspects ou avérés ne sont pas examinés en cabinet médical (chapitre 5.3.1), mais isolés à domicile ou dirigés vers la consultation ambulatoire de H-JU.

L'OFSP édicte et met à jour un algorithme de prise en charge des cas suspects de grippe valable dès la phase 3 de pandémie. Sur cette base, l'hôpital élabore un algorithme de triage et d'isolement, ainsi qu'une procédure de prélèvements de laboratoire (chapitre 5.3.10).

Les recommandations de l'OFSP et la procédure jurassienne sont portées à la connaissance des médecins praticiens du canton, des pharmaciens, des services d'urgence (144 et urgences de tous les établissements publics et privés), de la FAS et des ESM.

- H-JU site Delémont est le seul service de soins stationnaires désigné en phases 3 - 5;
- Le médecin-chef de garde du Service de médecine interne ainsi que le MC sont informés rapidement.
- On place les patients suspects en chambre d'isolement.

6.4.2 Triage et admission des cas en phases 5 et 6

Le site désigné est H-JU Delémont. Les malades proviennent de divers lieux et nécessitent un tri préalable à leur hospitalisation. Les cas de figure sont les suivants.

- Présentation spontanée sur un des sites ou envoi par les soins à domicile: accueil à la consultation «grippe» et évaluation. Admission ou orientation vers un praticien ou un pandicentre.
- Evacuation ordonnée par un praticien, un EMS ou un pandicentre : transport organisé par la PCi et le service dans ambulances. Admission accélérée via une entrée séparée.
- Appel direct d'une ambulance : évaluation à domicile par le service des ambulances suivant un algorithme de triage (définition de cas, critères d'hospitalisation, degré d'urgence). Réévaluation de l'indication à l'entrée H-JU, admission ou orientation vers un praticien ou un pandicentre.
- Patient déjà hospitalisé pour un autre motif : screening dans le service. Isolement si le transfert n'est pas possible. Voisins de chambre en isolement préventif pour 48 heures

- Accès aux soins intensifs : triage à l'admission et orientation vers le service approprié en fonction de la sévérité des symptômes et de la disponibilité des lits.
- Frontaliers : Leur prise en charge est régie par une motion émise par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur.
- Oncologie et hémodialyse : maintien du traitement ambulatoire des patients connus des services.
- Seuls les enfants de < 10 ans sont pris en charge en **pédiatrie**, les plus âgés étant traités dans les services adultes dédiés.

6.4.3 Dépistage et prise en charge de la grippe attrapée durant l'hospitalisation

Les patients hospitalisés qui développent la grippe font courir un risque au personnel et aux autres patients. Ils peuvent avoir été infectés avant leur hospitalisation mais peuvent aussi avoir été contaminés à l'hôpital (durée d'incubation : 48 heures). Le diagnostic rapide d'un cas permet un traitement adéquat et évite la transmission hospitalière.

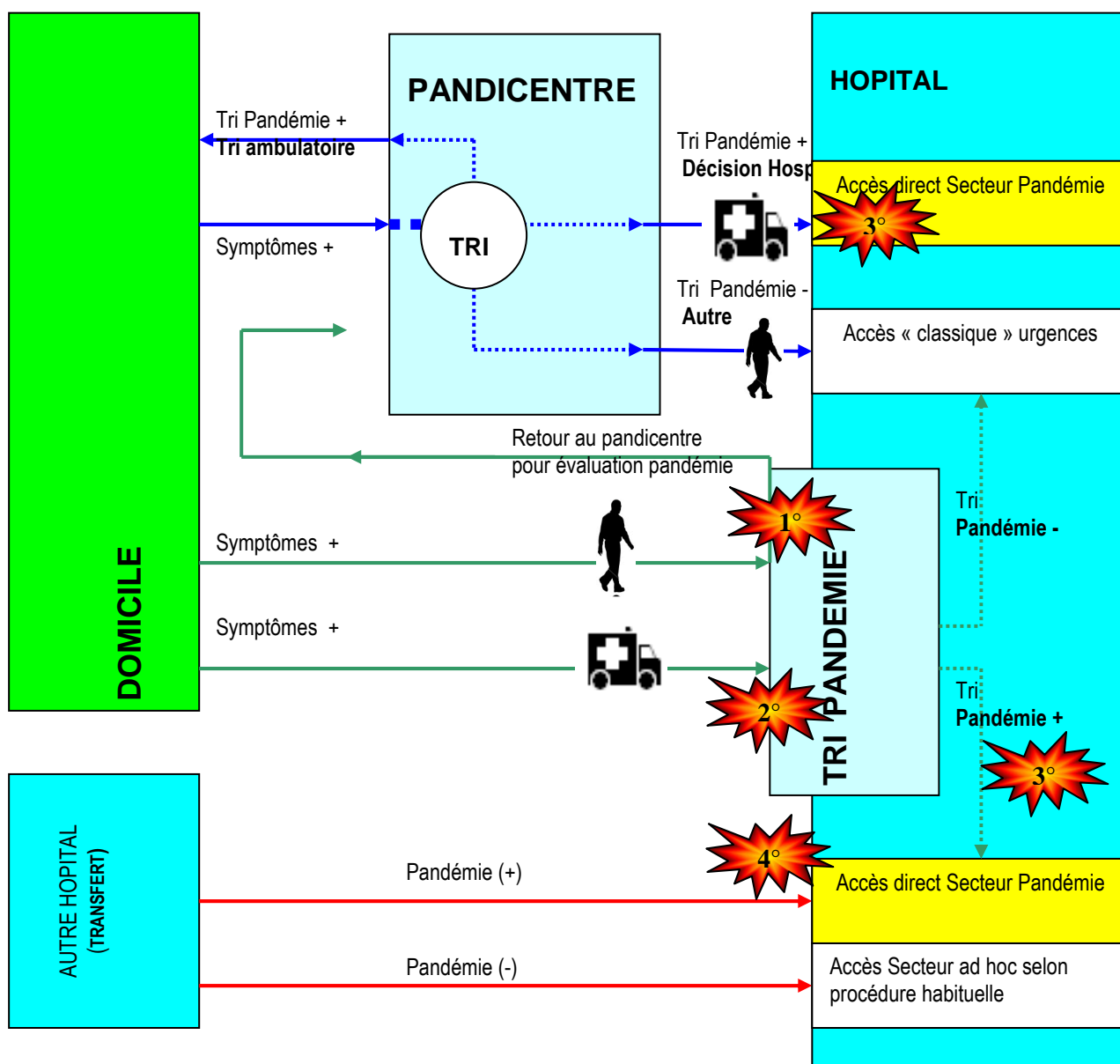
6.4.3.1 Signes cliniques de la grippe

Signe clinique	Matin		Soir	
	Oui	Non	Oui	Non
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre > 38°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TA < 90 syst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freq. resp. > 24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouls > 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Sont indicatifs : fièvre > 38°C, TA systolique < 90, fréquence respiratoire. > 24, pouls > 100.

- Pendant la pandémie, toute fièvre associée à de la toux, des myalgies, des céphalées (au moins 2 symptômes) est considérée comme une grippe. Un cas suspect de grippe peut recevoir le traitement antiviral spécifique (Tamiflu®), en conformité avec les recommandations du moment.
- Transfert en secteur «pandémie».
- Les contacts du patient sont traités dans le service avec des mesures additionnelles 'gouttelettes' pendant 48 heures ([annexe 13.14](#)). Si les contacts ne développent pas la grippe, les mesures additionnelles sont levées.

6.4.3.2 Triage à l'entrée du site H-JU Delémont



= Problèmes identifiés :

- 1° Tri en box des urgences dédié à la pandémie, renvoi vers un pandicentre
- 2° Transfert selon algorithme SMUR, tri en box dédié à la pandémie
- 3° Accès direct au secteur Pandémie ou via box dédié à la pandémie
- 4° Mêmes critères que les pandicentres – Accès direct au secteur Pandémie ou via box des urgences dédié à la pandémie

6.4.4 Décès et inhumation

Dans la RCJU, on compte 630 décès par an, avec une pointe mensuelle de 60 au cours des mois de décembre à février et un minimum de 40 pendant les mois de mai à juillet.

Au pic de la pandémie, le nombre de décès varie selon la gravité et pourrait atteindre 7 par semaine (chapitre 6.1). La capacité de prise en charge funéraire cantonale est jugée suffisante.

Précautions :

- Il faut tenir compte des personnes décédant en dehors du cadre hospitalier et de celles qui sont étrangères.
- Le choix des pompes funèbres sera laissé à la famille. Les corps seront évacués en **24 heures**, ensevelis ou incinérés rapidement et il n'y aura pas de présentation de ceux-ci. H-JU dispose de la liste des entreprises de pompes funèbres du canton et en dehors.
- En cas de surcharge du système, le plan ORCA prévoit le recours à des wagons ou camions frigorifiques.
- La déclaration des décès à la commune de résidence suit la procédure habituelle. L'Office fédéral de la statistique est responsable de l'état de la situation au plan national.

6.4.5 Sécurité

Comme les pandicentres, les hôpitaux sont exposés à des problèmes de sécurité relatifs au bon fonctionnement : parking, signalétique, triage, rationnement des ressources, anxiété, personnel mis en cause, etc.

- Le concept de sécurité de H-JU repose sur une plateforme interne composée en première ligne par le personnel du Service technique et en seconde ligne par le Corps des sapeurs-pompier. En cas de besoin on devra recourir à une entreprise privée, voire à la police.

6.5 COMMUNICATION HOSPITALIERE (CF. CHAPITRE 12.6)

6.5.1 But

Le présent concept définit les règles de communication autour de la sphère de prise en charge dévolue à H-JU. Il est centré sur l'H-JU et ses partenaires, en collaboration avec le SIC (chapitre 12.6).

6.5.2 Principes généraux

La communication de l'H-JU vise le personnel, les patients et résidents (grippés et non grippés), leurs proches, les médecins traitants, les fournisseurs et autres relations d'affaires.

L'information générale sur la pandémie et sur l'attitude à adopter à l'intention de la population n'est pas du ressort de H-JU ; elle est de la compétence du SSA et du SIC. H-JU collabore dans ce but avec le SSA et lui transmet les informations pertinentes.

La communication interne de H-JU est assumée par la direction de H-JU qui diffuse une information régulière à l'intention du personnel et à l'intention des patients.

De manière générale, le téléphone est privilégié pour la communication individuelle. Les visites de patients sont limitées.

6.5.3 Principes de communication en fonction des publics cibles

Différents publics sont identifiés, avec pour chacun une évaluation des besoins et les supports de communication envisagés (annexe 13.17) :

6.5.3.1 Personnel de l'H-JU

Personnel médical et soignant. La prise en charge des patients grippés ou suspectés est décrite dans une recommandation spécifique régulièrement remise à jour. Les mesures de protection y sont aussi décrites.

Autres professionnels. Des recommandations sont édictées pour les autres professionnels en fonction des besoins et de la situation spécifique.

H-JU relaie les informations du SSA concernant la situation de la pandémie dans le canton du Jura. Selon la situation, ces informations sont complétées par un état des lieux à l'interne de l'H-JU.

6.5.3.2 Patients hospitalisés grippés

- L'information sur la situation de la pandémie est donnée par le médecin ou par le personnel soignant. Elle complète au besoin l'information diffusée par l'EMCC.
- La communication des patients avec leurs proches a lieu par téléphone.

6.5.3.3 Patients hospitalisés non grippés

L'information concernant les risques encourus lors d'une hospitalisation en situation pandémique est donnée par le médecin.

- L'information sur la situation de la pandémie est donnée par le médecin ou par le personnel soignant. Elle complète au besoin l'information diffusée par l'EMCC.
- La communication des patients avec leurs proches a lieu par téléphone.

6.5.3.4 Proches des patients

De manière générale, la communication des patients avec leurs proches a lieu par téléphone. Les visites de patients sont limitées.

Selon les cas, le médecin ou le personnel soignant sert d'intermédiaire. Les règles de confidentialité restent applicables.

- Peuvent obtenir des informations : la(les) personne(s) de contact indiquée(s) par le patient **lors de son admission, ainsi que le médecin traitant.**
- **Peuvent répondre aux personnes de contact : personnel soignant et médecin, selon les règles usuelles.**
- Orientation des appels : en cas d'appels massifs, les téléphonistes orientent les proches auprès des personnes de contact. Les appels des personnes de contact sont transmis au personnel soignant ou au médecin.

6.5.3.4 Population

Le SSA est responsable du *contenu* et le SIC de la *méthode de diffusion* de l'information à la population. H-JU est associé à une structure de communication commune.

6.5.3.5 Médecins traitants

Les médecins traitants en quête de nouvelles de leurs patients accèdent au médecin hospitalier qui les prend en charge.

6.6 Coordination avec de la prise en charge hospitalière

Partenaires	Tâches ou activités	Chapitres
Confédération	Stratégie, recommandations, définitions, traitement	6.2.3
EMCC	ORCA, coordination, communication, réquisition	6.3.1, 6.3.6
Protection civile	Transports, répartition dans les sites, sécurité	6.4.5, 6.4.5
Pandicentres	Transfert des malades – coordination dans l'occupation des lits	6.4.2
FAS	Admissions et retours à domicile	6.4.2
Autres cantons	Soins intensifs de pédiatrie	6.3.4
EMS - AJIPA	Maintien en institution, admissions et retours	6.4.2
Praticiens	Admissions, retours à domicile	6.4.1, 6.4.2
SIC	Concept d'information H-JU	6.5

7 PRISE EN CHARGE A DOMICILE

7.1 INTRODUCTION

7.1.1 Stratégie

La prise en charge à domicile des patients souffrant du virus pandémique²⁷ a pour objectif principal de réduire l'impact de la maladie sur le système en général, sur les hôpitaux notamment, en particulier en phase 6 de pandémie (chapitre 1.4.2). Il s'agit de réduire au minimum le taux d'hospitalisation et de faciliter le retour à domicile, sans nuire à la qualité des soins.

Les autres objectifs sont de maintenir les prestations vitales, de gérer les impacts de la pandémie sur la clientèle à domicile existante et éventuellement d'effectuer la vaccination des clients.

7.1.1 Estimation du nombre total de malades à hospitaliser dans le canton

Adaptée des modèles H1N1 et H5N1 de l'OFSP	Total	Maximum par semaine	Semaine
Malades (5% - 25% de la population)	3'600 – 17'500	720 – 3'700	5
Hospitalisations (0,2 – 2,5% des malades)	8 - 430	2 - 90	6

Dans le scénario du pire, la prise en charge ambulatoire concerne entre 3'600 et 17'500 patients au cours d'une première vague avec un pic maximum lors de la 5^{ème} semaine allant jusqu'à **500** malades par jour. On estime à 2,5% le taux d'hospitalisation maximum durant la 6^{ème} semaine.

Cette cohorte du pic de la maladie, soit **5 semaines** environ ou **21%** du total des cas attendus durant la vague pandémique, risque de saturer les hôpitaux, raison pour laquelle il y a lieu de recourir à la famille et aux services de soins à domicile pour les soins courants.

7.1.2 Impact de la pandémie sur la clientèle

On cherche à éviter l'hospitalisation de certaines personnes et le retour à domicile avant terme des personnes déjà hospitalisées. Il est difficile de chiffrer l'objectif à atteindre et donc d'estimer l'augmentation de travail qui attend les soins à domicile, qu'il s'agisse de la clientèle existante ou de la nouvelle clientèle. Cependant, grâce aux soins à domicile, on peut espérer en moyenne retarder l'hospitalisation de **1** jour et anticiper le retour à domicile de **1** jour également. A ceci s'ajoutent **2** jours de suivi, ce qui totalise **4** jours 'supplémentaires'.

- Les pires semaines en cas de pandémie sévère vont de la **4^{ème} à la 8^{ème}**, totalisant plus de **90** personnes susceptibles d'être hospitalisées (on admet que H-JU peut assumer les hospitalisations du début et de la fin de la vague pandémique sans moyens supplémentaires).
- En prévoyant **1 à 2** visites par jour durant 2 à 4 jours, on totalise quelque **180 à 720²⁸** visites supplémentaires à domicile réparties sur **35** jours (sans tenir compte de la contribution des EMS en état de soigner leurs patients);
- Les variables critiques sont : le nombre de jours d'hospitalisation qu'on veut éviter, le pic des semaines 5-6, les besoins de suivi en termes de jours et de visites journalières et la durée moyenne des prestations techniques (nombre d'heures par jour).

7.2 Problématique

Plusieurs facteurs augmentent sensiblement la charge de travail du réseau des soins à domicile.

- Une nouvelle clientèle : affaiblissement provoqué par le virus chez des personnes vulnérables, âgées ou socialement isolées, sans que leur état nécessite cependant une hospitalisation.

²⁷ La prise en charge à domicile est résumée au chapitre 5.4.2 dans le cadre de la prise en charge ambulatoire

²⁸ 1-2 visites par jour x 2-4 jours x 90 personnes

- La perte d'indépendance : temporaire ou non, chez les clients connus du réseau au moment où ils sont atteints par la grippe;
- Le report des nouvelles admissions : dans les établissements de soins extrahospitaliers, en particulier pour les courts séjours, à quoi s'ajoute la fermeture des centres de jour;
- Les sorties accélérées : grippés et non grippés quittent l'hôpital dès que possible. De même, les hospitalisations non urgentes sont différées et donc à charge des soins à domicile;
- L'absentéisme élevé lié à la forte proportion de personnel féminin avec charge d'enfants;
- La charge supplémentaire incombant aux soins à domicile porte sur 2 catégories de bénéficiaires :
 - clients habituels grippés,
 - nouveaux clients grippés.

7.3 RESSOURCES EN PERSONNEL

7.3.1 Fondation pour l'aide et les soins à domicile FAS

Chaque année, quelque 350 professionnels (formation minimale : auxiliaire de santé Croix-Rouge) délivrent plus de 160'000 heures de prestations directes à 2'200 clients nécessitant des soins qui représentent 311% de la population. Les deux tiers des clients ont 70 ans et plus.

- Le personnel comprend des infirmier-ère-s, des assistantes en soins et santé communautaire (ASSC), des auxiliaires Croix-Rouge et du personnel administratif.
- Quelques infirmières indépendantes sont actives sur le terrain, donc susceptibles de renforcer temporairement les soins à domicile en situation de pandémie pour les soins techniques.
- L'évaluation des ressources montre que les besoins infirmiers sont globalement couverts durant les semaines 5-6-7 les plus chargées (sous réserve que le personnel ne soit lui-même victime de l'épidémie). La baisse des prestations a lieu surtout dans l'aide au ménage, alors que l'augmentation est surtout le fait des soins techniques spécifiques au traitement de la grippe, ainsi que des soins de base liés à la baisse de l'état de santé général due à la grippe.

7.3.2 Formation et protection du personnel

- La FAS organise avec la collaboration du SSA la mise à jour des connaissances et des soins en pathologie respiratoire. Elle en informe le SSA, voire collabore avec ce dernier quant à l'organisation.
- Le personnel au front de la maladie est particulièrement exposé, alors que le risque lié à l'absence est un des points critiques du dispositif. Les mesures de protection sont les mêmes que celles décrites au [chapitre 6.3.8](#) concernant les établissements de soins. Elles visent à prévenir la transmission de la grippe du patient au personnel, entre les patients et du personnel au patient;
- Cependant, le moment de leur utilisation doit correspondre aux risques internes liés aux activités ambulatoires et non se calquer sur le modèle hospitalier où les risques sont différents.

7.4 CAHIER DES CHARGES DES SOINS A DOMICILE

7.4.1 Objectif

L'objectif d'épargner les institutions hospitalières implique les conséquences suivantes pour le secteur des soins à domicile:

- Soigner à domicile. Les patients grippés sont autant que possible soignés à domicile, d'abord par l'entourage, puis par les soins à domicile. Les nouvelles entrées en homes sont évitées ou différées au maximum selon les places disponibles.
- Rentrer à domicile. Les patients hospitalisés sortent le plus vite possible en cas de surcharge hospitalière.
- Concentrer les prestations sur les soins infirmiers – réduire l'aide au ménage.

- Recenser et adapter les prestations indispensables et non indispensables. En situation de pandémie, le travail administratif est réduit autant que possible. L'ensemble des prestations de soins à domicile peut subir des modifications, à la hausse ou à la baisse, et se déclinent en 4 catégories :
 - prestations supprimées si non vitales;
 - prestations supprimées si sans risque pour le client;
 - prestations maintenues sans changement;
 - prestations maintenues avec adaptation.
- Vacciner à domicile, au besoin organiser des tournées de vaccination (chapitre 10.4.3).
- Assurer la coordination avec les organes de conduite et avec le dispositif sanitaire (EMCC).

7.4.2 Adaptation des prestations

Le plateau technique des soins à domicile s'enrichit de prestations médicales :

- Prestations techniques telles que pose et maintien de perfusions, administration de médicaments par voie veineuse, oxygénothérapie, physiothérapie respiratoire, etc.
- Remise des médicaments antiviraux à domicile.
- Vaccination du personnel travaillant pour le réseau (chapitre 10.4.3) et des clients non vaccinés autrement, éventuellement par des équipes mobiles.
- Coordination avec d'autres institutions : Croix-Rouge, Ligue pulmonaire, infirmières indépendantes, médecins praticiens, pandicentres, EMS, Centre médico-psychologique (CMP).

7.4.3 Conduite et communication

- Sur mandat de l'EMCC, les infirmières indépendantes sont intégrées au réseau de la FAS et à son plan de continuité.
- Les horaires de soins de la FAS sont étendus de 7h00 à 21h00. La FAS n'est pas équipée pour des interventions nocturnes.
- La communication aux clients et à leur entourage (modifications des prestations, orientation dans le dispositif) fait partie intégrante du concept de communication cantonal (chapitre 12.6).

7.4.4 Matériel de soins et financement

- La FAS pourvoit à ses propres besoins en matériel de protection : masques, gants, etc. Des commandes groupées peuvent être organisées avec la PIJ, H-JU ou auprès d'autres fournisseurs.
- Les prestations de soins à domicile sont rémunérées selon les tarifs en vigueur dans le cadre de l'assurance obligatoire de soins ou de la convention pour la vaccination pandémique. La participation du canton peut être adaptée sur décision du Gouvernement.

7.5 COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE

Partenaires	Tâches ou activités	Chapitres
EMCC	Coordination avec l'ensemble du réseau	5.4.2, 6.3.1, 6.3.3
Pandicentres	Coordination des retours à domicile	5.4.2, 6.4.2
H-JU	Admissions retardées et sorties anticipées	5.4.2, 6.4.2, 7.2, 7.4.1
EMS	Nouvelles entrées à charge des EMS	6.4.2, 7.4.1
Communication	Communication – information à la population et aux professionnels	7.4.3, 12.6
Coopération	Croix-Rouge, Ligue Pulmonaire, infirmières indépendantes	7.4.2, 7.4.3
Formation	Formation - information du personnel de santé	7.3.2

8 PRISE EN CHARGE DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX DU CANTON

8.1 INTRODUCTION

Le Plan RCJU 2010 intègre l'expérience de la pandémie 2009 à contagiosité élevée, survenue alors que les institutions extrahospitalières se préparaient depuis quelques années au scénario H5N1 à mortalité élevée. Ce décalage impose des variantes épidémiologiques auxquelles les structures extrahospitalières doivent s'adapter en fonction du secteur sanitaire principalement affecté, ambulatoire ou hospitalier.

Les EMS jurassiens disposent d'un plan cadre élaboré en 2009²⁹ et dont l'essentiel est repris ici.

8.1.1 Présentation générale des institutions du canton

L'ensemble de ces structures assure des prestations socio-médico-éducatives en dehors des hôpitaux somatiques.

8.1.1.1 Sites H-JU, EMS et institutions sociales et éducatives (ISE)

	Nombre de sites
Hôpital du Jura	3
Clinique du Noirmont	1
EMS	10
Institutions sociales et éducatives	17

- Les institutions, sociales et éducatives émergent aux soins ambulatoires ou aux soins à domicile (chapitres 5 et 7) :

8.1.2 Présentation des établissements médicosociaux

Sont considérés dans le présent chapitre du Plan RCJU 2010 les EMS offrant des lieux de vie, des soins et à l'avenir des soins ambulatoires (état en 2010 : 10 EMS).

- On compte en moyenne 1 EPT de personnel ou moins par résident³⁰.
- L'offre en soins et la dotation en personnel soignant est variable, mais fixé par la loi (10-20%).

8.1.2.1 EMS participant au dispositif sanitaire en cas de pandémie Données 2010 (sources AJIPA)

	Adresse	Nombre de lits
Les Cerisiers	Charmoille	75
Le Genevrier	Courgenay	50
La Courtine	Lajoux	30
Claire-Fontaine	Bassecourt	50
Les Pins	Vicques	30
La Promenade	Delémont	100
Les Planchettes	Porrentruy	75

²⁹ Plan cadre en cas de pandémie à l'intention des institutions et foyers jurassiens élaboré par les infirmiers-chefs de l'AJIPA – 08/2009

³⁰ EPT = équivalent plein temps

Clair-Logis	Delémont	30
Les Chevières	Boncourt	50
Foyer du district de Porrentruy	St-Ursanne	130
Total		620

La planification sanitaire cantonale évolue vers un renforcement du **maintien à domicile** par le développement des soins ambulatoires et vers une diminution de places en accueil stationnaire. La tendance est déjà amorcée et se poursuit. En conséquence, les données chiffrées en 2010 sont à actualiser.

8.2 Problématique

Les lieux de soins sont aussi les lieux de vie des résidents qui représentent une population vulnérable aux complications de la grippe, car fragilisée par l'âge, les comorbidités et divers handicaps.

- Les résidents EMS sont susceptibles d'accroître encore la surcharge des services de soins aigus, notamment si la pandémie induit de nombreuses hospitalisations d'enfants (chapitre 9).
- La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière varie fortement dans les institutions : environ 90% chez les résidents des homes; elle est inférieure à 50% chez le personnel.
- L'atteinte psychique (troubles cognitifs, désorientation, non-compliance, ...) augmente le risque interne de diffusion du virus.
- Les soins de base (alimentation, élimination, toilette, mobilisation, etc.) sont incompressibles.

Au plan organisationnel, certaines institutions ne disposent pas d'une dotation en personnel infirmier en mesure d'assumer des soins respiratoires aigus.

8.3 STRATEGIE

8.3.1 Préparation stratégique

La stratégie consiste à élever la capacité de prise en charge de patients grippés dans les institutions, de sorte à ne pas surcharger les hôpitaux de soins aigus, ni les soins ambulatoires et à domicile. Les objectifs sont de :

- assurer la continuité des missions spécifiques;
- prévenir l'introduction de la maladie à l'intérieur des établissements;
- prévenir la propagation du virus à l'intérieur des établissements;
- dispenser les soins respiratoires;
- mettre à niveau les connaissances requises et former des multiplicateurs.

8.3.2 Options stratégiques en fonction de la situation épidémiologique

Les phases pandémiques définies par l'OMS et déclinées en termes nationaux (chapitre 1.1.4) sont peu utiles à l'échelon des EMS. Trois situations concrètes peuvent être envisagées ici avec leur impact sur le concept d'organisation :

Situation	Conduite à tenir
1. Le secteur ambulatoire est principalement touché (polycliniques, cabinets médicaux et soins à domicile). Le virus est contagieux mais n'entraîne pas une augmentation des hospitalisations (modèle 2009 H1N1).	Compenser l'absentéisme : <ul style="list-style-type: none"> - mobiliser du personnel de remplacement - augmenter le taux d'activité du personnel à temps partiel. Déléguer les soins de base. Maintenir les unités d'accueil de jour.

<p>2. Le secteur hospitalier est principalement touché. Les hôpitaux sont saturés. Le virus est peu contagieux, mais agressif (modèle H5N1).</p>	<p>Réserver les places disponibles pour les sorties anticipées du secteur aigu. Suspendre les admissions depuis le domicile. Assurer les soins respiratoires dans l'institution.</p>
<p>3. Tous les secteurs sanitaires sont en crise et saturés. Le virus atteint autant les résidents que le personnel (modèle 1918).</p>	<p>Participer à la coordination des flux entre les secteurs hospitalier, extrahospitalier et ambulatoire. Coordonner les ressources (lits, personnel soignant et matériel).</p>

8.4 CONCEPT D'ORGANISATION DES EMS

8.4.1 Coordination des institutions

Les EMS constituent un maillon du système de santé. Leur coordination en situation normale est assurée par l'AJIPA et porte sur les ressources humaines, les capacités d'accueil, et matériel de soins et de médicaments.

- La coordination en situation de pandémie s'étend aux relations avec les partenaires de la prise en charge des malades (H-JU, FAS) et avec les autorités sanitaires (SSA). L'AJIPA est représentée dans la Cellule du MC.

8.4.2 Organisation interne - Plan de continuité³¹

Comme pour chaque entreprise, on attend des EMS qu'ils disposent d'un plan de continuité. Le plan doit prévoir l'organisation en cas de crise, le catalogue des prestations qu'on entend maintenir, celui des mesures de protection des résidents et du personnel ainsi qu'une réserve de matériel de protection. Le plan s'inspire des trois situations exposées sous 8.3.2.

- Le comité de crise (8.5) est conduit par le directeur de chaque institution. Ce comité est composé d'un médecin référent et de personnes compétentes en gestion sanitaire, logistique et du personnel.

8.4.3 Ressources en personnel et en matériel

Le personnel de santé des institutions est soumis aux décisions du Gouvernement concernant la réquisition, l'astreinte, les vacances, etc. Sur mandat de l'EMCC, l'AJIPA coordonne l'attribution des cas et du personnel soignant des institutions.

- Les EMS peuvent redéfinir certaines missions de manière à faciliter la régulation des flux de patients en amont comme en aval : report des nouvelles admissions, arrêt des courts séjours, fermeture de certains ateliers, prise en charge de résidents atteints de symptômes respiratoires aigus, etc.
- Les EMS sont autonomes en matière de matériel de protection contre la pandémie et s'approvisionnent auprès de la PIJ ou des pharmacies privées.

8.4.4 Formation et protection du personnel

Le SSA vient en appui aux EMS qui organisent la mise à jour des connaissances et des soins en pathologie respiratoire (formation et documentation).

- Les institutions mettent à disposition le personnel à former et facilitent le principe de multiplicateurs à l'interne (8.3.2);

³¹ Plan cadre en cas de pandémie à l'intention des institutions et foyers jurassiens élaboré par les infirmiers-chefs de l'AJIPA – 08/2009

- Le personnel au front de la maladie est particulièrement exposé. Les mesures de protection, décrites au chapitre 6.3.8 et dans ses annexes, correspondent aux Précautions Standard et Mesures Additionnelles Air (« gouttelettes », voire « aérosol »),
- Le moment de leur utilisation doit correspondre aux risques internes liés aux activités de l'institution (et non se calquer sur le modèle hospitalier où les risques sont différents);
- Les institutions sont tenues de mettre à disposition de leur personnel le matériel de protection recommandé (antiseptique pour les mains, masques, blouses, lunettes, gants, médicaments spécifiques). Le personnel est tenu d'utiliser le matériel de protection mis à disposition par l'employeur et est encouragé à se faire vacciner contre la grippe saisonnière et pandémique (chapitres 10.3.6 et 10.4.1).

8.4.5 Protection des résidents contre l'introduction et la propagation du virus dans les établissements

- Encouragement à la vaccination saisonnière et à la vaccination contre le pneumocoque selon indication médicale.
- Limitation des contacts entre résidents : en présence d'1 ou de 2 cas suspects ou confirmés, isolement en chambre. Dès l'apparition de plusieurs cas (≥ 2) : séparation des secteurs non grippés - grippés (cohortage) avec équipe dédiée.
- Filtrage des visiteurs, des livreurs et du personnel externe, limitation des visites. Les usagers désignent 1 – 2 personnes de contact parmi leur entourage.
- Limitation des activités impliquant des échanges avec l'extérieur (sorties éducatives ou d'agrément, animations et autres prestations offertes à des externes).

8.4.6 Prise en charge des résidents

Les mesures générales à prendre sont indiquées en fonction de 4 scénarios.

8.4.6.1 Conduite à tenir dans un EMS (au sens 8.1.2)

Scénario	Conduite à tenir
<i>Phase d'alerte</i>	Restreindre les activités en lien avec l'extérieur et limiter les visites.
<i>1^{er} cas dans l'institution</i>	Isoler le résident en chambre, limiter les visites et mettre à disposition le matériel de protection (visiteurs, personnel et résidents). Surveiller l'état clinique des résidents, isoler les suspects de grippe. Evaluer la situation avec le médecin référent et, au besoin, mettre en place les mesures additionnelles gouttelettes ou aérosol. Hospitaliser si nécessaire. Déclarer au médecin cantonal.
<i>Flambée de cas (≥ 2) dans l'institution</i>	Activer la zone de cohortage pour les résidents grippés, avec personnel dédié et nombre réduit d'intervenants. Limiter les contacts entre résidents (arrêt des activités collectives, repas pris en chambre ou en petits groupes). Restreindre les visites en général et particulièrement en zone de cohortage. Réaménager les activités internes. Etablir le contact avec l'AJIPA, faire appel à la coordination : amener des ressources plutôt que déplacer des résidents. Orienter le médecin cantonal.
<i>Flambée majeure et absentéisme massif du personnel</i>	Alerter l'AJIPA qui mobilise les renforts. Si le problème d'effectif n'est pas résolu, l'EMCC engage tous les moyens possibles pour renforcer les structures menacées et éviter la surcharge d'autres secteurs.

8.5 COMMUNICATION

Le concept de communication propre à la situation de pandémie est exposé au [chapitre 12.6](#). Le concept de communication des **EMS** prend en considération les partenaires externes, les spécificités internes et les familles des résidents.

Chaque public bénéficie d'une évaluation de ses besoins et des supports de communication adaptés ([annexe 13.17](#)).

- Le comité de crise oriente régulièrement le personnel. Le directeur informe les familles des résidents sur l'état de la situation dans l'institution et sur les conséquences quant à l'organisation.
- Le personnel informe les résidents grippés et non grippés, le personnel de soins informe sur les mesures individuelles à adopter pour se protéger.
- La communication par téléphone (chambre ou privé) avec les proches est facilitée.
- Le médecin en charge ou le personnel soignant qui prend en charge le résident est le mieux habilité à donner des nouvelles au médecin de famille ou aux proches.

8.6 COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE EN INSTITUTION

Partenaires	Tâches ou activités	Chapitres
EMCC	Fermeture, astreinte, coordination avec le GCIE	8.4.1, 8.4.3, 8.4.7
H-JU	Hospitalisation, soins intensifs, retour en institution	8.4.1
AJIPA	Coordination des institutions	8.4.1, 8.4.6
FAS	Hospitalisation à domicile, report d'admission	8.4.1
SSA	Plan cadre, formation du personnel, déclaration	8.4.2, 8.4.4, 8.4.7

9 SOINS INTENSIFS ET PROBLEMATIQUE PEDIATRIQUE

9.1 INTRODUCTION

En cas de pandémie, les enfants pourraient être fortement atteints avec un taux d'attaque avoisinant 40% et, dans le pire des cas, présenter 15-25% de formes graves nécessitant des soins intensifs durant 14 jours avec assistance respiratoire. Les semaines 5-6 de la vague pandémique sont les plus critiques.

Au plan national, un Groupe de travail s'est consacré en 2009-2010 à établir un état des lieux en termes de capacités d'accueil et de principes éthiques en matière de soins intensifs pédiatriques. Au plan romand, le Groupe de travail des médecins cantonaux du GRSP a également soulevé cette problématique devant le GRSP en vue de rendre les cantons romands solidaires, mais aussi autonomes dans les solutions à y apporter.

Le Groupe de travail au niveau national a réalisé son mandat et fourni à la CDS un rapport (annexe 13.18) détaillant :

- l'état des capacités en termes de lits de soins intensifs en Suisse, notamment de lits pédiatriques;
- les besoins théoriques en cas de pandémie grave durant les semaines les plus critiques;
- les possibilités d'adapter/d'augmenter le plateau technique à partir du parc existant (équipement et personnel spécialisé);
- les besoins non couverts;
- l'avis des experts concernant les normes éthiques à respecter au niveau national dans une situation de pénurie.

9.2 PROBLEMATIQUE

La prise en charge des besoins en soins intensifs, notamment pédiatriques, représente un enjeu particulièrement difficile pour le dispositif de santé en raison de la rareté du personnel formé à la prise en charge pédiatrique et du matériel spécifique disponible.

- Les capacités des hôpitaux universitaires en soins intensifs suffisent pour la seule population des cantons en possédant un. Les cantons non universitaires ne pourraient théoriquement plus transférer les cas nécessitant des soins spécialisés en milieu universitaire, faute de places.
- Si la pandémie survient en hiver, il est difficile de différencier, sur la base de l'état clinique de l'enfant, les symptômes de la grippe parmi d'autres affections respiratoires, ce qui représente une charge supplémentaire.
- En conséquence, on se trouve devant une transgression potentielle d'un principe éthique fondamental qui est l'égalité d'accès aux soins.

9.3 PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE

9.3.1 Prise en charge ambulatoire

Les premiers cas pédiatriques, comme les cas adultes, ne sont pas examinés dans les cabinets de pédiatrie, mais dirigés vers les consultations hospitalières sur le mère-enfant désigné de H-JU Delémont (chapitre 5.3.2). Ceci permet de réduire le risque de propagation par le système de soins.

- Lorsque le seuil épidémique est atteint, l'offre de soins s'élargit aux cabinets médicaux. Les médecins généralistes/internistes peuvent prendre en charge les enfants âgés de 10 ans et plus, les pédiatres se consacrant aux plus jeunes.

9.3.2 Prise en charge hospitalière

L'hospitalisation se fonde sur les critères établis par le groupe d'experts PIGs.³²

- Ce groupe a également précisé les dosages relatifs au traitement d'oseltamivir (chapitre 11.3).

9.3.2.1. Complications pédiatriques de la grippe justifiant une hospitalisation d'urgence

1	Dyspnée grave (<i>tirage inspiratoire, gémissements</i>)
2	Tachypnée (<i>fréquence respiratoire $\geq 50/\text{min}$ jusqu'à un an, puis $\geq 40/\text{min}$</i>)
3	Saturation en oxygène $\leq 92\%$ <i>l'absence de cyanose ne permet pas d'exclure une maladie grave</i>
4	Epuisement respiratoire ou apnée (<i>apnée = pause respiratoire ≥ 20 secondes</i>)
5	Déshydratation grave ou choc
6	Diminution de l'état de conscience ou convulsions
7	Evolution rapide de la maladie ou évolution en deux phases avec aggravation de l'état général

En 2009, le recensement effectué par l'OFSP a permis d'évaluer la capacité des unités de soins intensifs pour adultes et enfants en Suisse.

L'OFSP a estimé sur la base d'extrapolations que la pandémie de grippe A(H1N1) 2009 entraînerait 180 à 300 hospitalisations chez les enfants (100 à 200 chez les enfants de 0 à 4 ans et 60 à 120 chez les 5 à 14 ans), dont 15 - 25% en soins intensifs. Cette pandémie, beaucoup plus modérée que prévu, n'a conduit qu'à la moitié des hospitalisations attendues et seuls quelques enfants ont nécessité des soins intensifs.

9.3.2.2 Capacités de prise en charge dans les soins intensifs en Suisse (état janvier 2011)

	Places en SI	Respirateurs	Centres
Suisse - Adultes	850	350-700	80
Suisse - Enfants 0-16 ans³³	90-100	40-70	8³⁴
Hôpital pédiatrique des deux Bâle :			
(UKKB) – Neubau	16	6	
(UKKB - Frauenklinik	16	4	

- Le canton du Jura ne dispose pas de service de néonatalogie, donc pas de soins intensifs pédiatriques, ni de personnel qualifié.
- En début de pénurie, on peut envisager de transférer ou d'admettre les enfants de plus de 30 kg dans les unités de soins intensifs pour adultes.

9.3.3 Transfert de patients

Les transferts d'enfants à partir de cantons ne disposant pas d'unités de soins intensifs pédiatriques se déroulent en temps normal selon des procédures de collaboration à l'amiable, suivant l'offre et la demande, parfois par convention. En situation de pandémie, il est nécessaire d'instaurer une collaboration étroite pour l'utilisation optimale des ressources dans les établissements disposant de soins intensifs pédiatriques et néonatalogiques, donc avec les hôpitaux universitaires.

- Le transfert des cas de pédiatrie aux soins intensifs universitaires doit être réglé par contrat avec les cantons universitaires.
- Lorsque la pénurie augmente, les transferts en soins intensifs de pédiatrie doivent être coordonnés au niveau national, idéalement par un système d'information actualisé en

³² Recommandations de prise en charge des enfants lors de suspicion de grippe pandémique A(H1N1) 2009 - Pediatric Infectious Diseases Group of Switzerland - 11.08.2009

³³ avec le personnel formé

³⁴ Hôpital pédiatrique des deux Bâle, Hôpital de l'île (Berne), Hôpital pédiatrique des Grisons (Coire), HUG (Genève), CHUV (Lausanne), Hôpital cantonal de Lucerne, Hôpital pédiatrique de Suisse orientale (St-Gall) et Hôpital pédiatrique de Zurich,

permanence. Ce pourrait être une tâche de la plate-forme informatisée SII³⁵ du service sanitaire coordonné (SSC). Un tel dispositif n'existe pas encore et demande une politique de concertation des autorités cantonales, de la CDS et du SSC. L'OFSP est peu concerné dans le sens où la planification sanitaire est du ressort des cantons, mais il est intéressé par ailleurs à une plate-forme commune de gestion des contacts et à un outil informatique de monitoring des vaccinations.

9.3.3.1 Extrait - Recommandations de triage pour l'admission et le maintien des enfants (0 - 16 ans) aux soins intensifs en cas de pandémie de grippe (annexe 13.18)

Situation où toutes les places en soins intensifs sont occupées et/ou il y a pénurie de personnel

Dès que la quasi-totalité des places en soins intensifs est occupée, une procédure de triage (rationnement) uniforme doit être mise en place à l'échelle nationale. En cas de manque de ressources et malgré l'optimisation des mesures, il est nécessaire, dans un premier temps, de rationner les ressources (en règle générale l'équipement de respiration artificielle). Si l'on veut sauver un maximum de patients, il faut faire un choix et renoncer à soigner ceux dont les chances de survie à court terme sont les plus faibles. Dans cette situation, le rationnement touche toutes les catégories de patients (enfants et adultes).

9.3.4 Perspective et développement

Considérant qu'une solution fédérale a peu de chance de voir le jour (répartition des compétences), une solution cantonale ou intercantonale doit être trouvée à moyen terme. Saisie à ce sujet (annexe 13.19), la CDS estime qu'une convention intercantonale n'est pas opportune (annexe 13.20). Le contrat de collaboration clinique entre H-JU et la Faculté de médecine de l'Université de Bâle établi en 2011 est un facteur favorable.

L'avenir doit tendre à :

- infléchir la position de la CDS en vue d'une solution négociée au niveau national (concordat);
- passer au moins une convention entre cantons romands plus Berne;
- passer des conventions formelles avec un ou plusieurs autres cantons universitaires (par ex. Hôpital pédiatrique des deux Bâle);
- organiser la formation en SI pédiatriques en milieu universitaire de professionnels de la santé actifs dans le canton;

Les pièces importantes du dossier sont reproduites *in extenso* dans les annexes 13.18-13.20.

9.4 COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE

Partenaires	Tâches ou activités	Chapitres
Pédiatres	Prise en charge ambulatoire	9.3.1
H-JU	Policliniques et hospitalisation	9.3.1, 9.3.2, 9.3.3
Hôpitaux universitaires	Conventions bilatérales ou concordat, formation, évacuation	9.3.3, 9.3.4
CDS	Coordination nationale (concordat)	9.1, 9.3.4
SSMI ³⁶	Critères et normes éthiques	9.1, 9.3.3
SSC	Logiciel SII, coordination du transfert	9.3.3

³⁵ SII : Système d'information et d'intervention (voir note de bas de page au chapitre 10.4.5)

³⁶ Société suisse de médecine intensive

10 VACCINATION CONTRE LA GRIPPE PANDEMIQUE

10.1 INTRODUCTION

La vaccination est la mesure préventive la plus efficace contre les virus de la grippe, comme le démontre l'expérience accumulée depuis 40 ans dans ce domaine. C'est le cas notamment chez les personnes à risques accrus de faire des complications en cas de maladie. L'objectif est de protéger individuellement les personnes et de limiter la propagation du virus dans la collectivité, principalement dans l'entourage des personnes fragilisées ou dans les contextes où la transmission est élevée.

La stratégie fédérale en la matière est bien définie : il s'agit de mettre la vaccination à disposition de toute la population dès qu'un vaccin est disponible et de maintenir l'offre vaccinale tant que circule un virus pandémique³⁷.

- La loi sur les épidémies a été révisée à cet effet en octobre 2006³⁸.
- La Confédération a en conséquence pu acquérir en 2006-2007 8 millions de doses de vaccin pré-pandémique³⁹ à usage humain contre le virus aviaire A(H5N1) en 2009, 13 millions⁴⁰ de doses de vaccin contre le virus A(H1N1). L'expérience acquise accumulée sert de base au présent chapitre et figure dans le rapport du SSA de septembre 2010⁴¹.
- En 2009, l'OFSP a demandé aux cantons de vacciner l'ensemble de leur population en l'espace de 4 semaines, dont 80% durant les 2 premières semaines. Cet objectif ambitieux donne une idée du défi auquel les pouvoirs publics pourraient être confrontés.

10.2 PROBLEMATIQUE

10.2.1 Vaccins

Les vaccins pandémiques ne peuvent être achetés que par les gouvernements. Ils sont commandés en Suisse par la Confédération et stockés de manière centralisée soit chez les producteurs – grossistes, soit par la Pharmacie de l'armée. Ils demeurent propriété de la Confédération.

- Les vaccins sont produits sous la pression du temps et livrés en parallèle à plusieurs pays, ce qui engendre des retards de livraison et le fractionnement des contingents cantonaux.
- Les vaccins pandémiques sont en partie nouveaux. Solvants et adjuvants sont en principe connus et éprouvés, alors que les antigènes sont par définition encore inconnus et nécessitent une période d'expérimentation.
- Les indications, contre-indications et priorités sont définies en fonction du profil du virus pandémique en cause et du vaccin nouvellement produit, donc plutôt tardivement.
- Avant d'être autorisés, les lots de vaccins doivent être homologués par Swissmedic, ce qui peut occasionner des retards ou l'interdiction de certains lots.
- Tous les vaccins ne sont pas livrés en monodoses prêtes à l'emploi. Les flacons multidoses sont produits plus rapidement, mais nécessitent une reconstitution et une application groupée.

³⁷ Tiré du « Concept de mise en œuvre de la vaccination contre la grippe pandémique (H1N1) 2009 », document élaboré par l'OFSP à l'intention des cantons et publié le 7.10.2009.

³⁸ Loi sur les épidémies du 18 décembre 1970, article 32a : La Confédération supporte les coûts relatifs à un approvisionnement de la population en produits thérapeutiques conformes à l'article 6 (...dans la mesure où l'approvisionnement ne peut être assuré par au moyen des mesures prévues par la loi fédérale sur l'approvisionnement du pays).

³⁹ La 1^{ère} injection 'pré-pandémique' vise à conférer une immunité de base, à compléter par une 2^{ème} injection en fonction de la réponse immunitaire et de la souche virale prévalant au moment de la pandémie. Il se peut alors qu'on se contente de la 1^{ère} dose ou qu'on administre une 2^{ème} dose du même vaccin ou encore une 2^{ème} dose contenant un virus plus récent.

⁴⁰ Le vaccin contre A(H5N1) nécessite 2 doses pour susciter une bonne réponse immunitaire, ce qui s'est avéré *a posteriori* ne pas être le cas du vaccin contre A(H1N1).

⁴¹ Pandémie d'influenza (H1N1) 2009 - Dispositif jurassien de prise en charge sanitaire - Rapport du Service de la santé (SSA) - Septembre 2010

- De même, les emballages multipacks nécessitent un reconditionnement emballages à unités plus pratiques.

10.2.2 Vaccination

La vaccination est volontaire, mais s'organise selon un ordre de priorité favorisant les personnes les plus exposées au risque de maladie. Pour être crédible, l'établissement des priorités doit faire l'objet d'un consensus national, voire international.

- Le facteur temps joue un rôle important car la vague pandémique peut survenir avant la mise à disposition des vaccins. Il s'agit donc de faire le maximum pour assurer un accès facile et rapide à toute la population.
- La demande dépend aussi de facteurs irrationnels (opposition de principe, efficacité et sécurité inconnues, désinformation, dramatisation, etc.) difficiles à contrôler et qui ne permettent pas de fixer des objectifs de santé publique. Il faut néanmoins fixer des objectifs techniques au dispositif de vaccination afin de pouvoir faire face à une forte demande.
- Le dispositif cantonal de vaccination doit pouvoir monter en puissance afin de vacciner un maximum de personnes en un minimum de temps.
- Une synchronisation nationale du début de la vaccination est souhaitable pour éviter les critiques qui s'attachent aux différences intercantionales.

10.3 VACCINS CONTRE LES VIRUS PANDEMIQUES

10.3.1 Vaccins à disposition

La Suisse n'est pas un pays producteur et s'approvisionne sur le marché international. Afin d'assurer son approvisionnement sans dépendre d'un monopole, la Confédération établit des contrats de réservation avec plusieurs firmes pharmaceutiques. Au final, on peut disposer de plusieurs produits. Cette pluralité est cependant une source de complications et de confusion au niveau de l'enregistrement, des indications, des opinions d'experts, des quotas de livraisons, des présentations galéniques, etc.

Le bon usage de ces nouveaux médicaments passe par un temps d'apprentissage inévitable, auquel aucun pays n'échappe. La solution optimale est de disposer de produits comparables et homologués au niveau européen.

10.3.2 Emballage, description, étiquetage et traçabilité des vaccins

La notice d'emballage doit permettre de connaître la souche virale utilisée, la dose d'antigène, la base de culture du virus vaccin, la présence ou non d'un adjuvant, le type d'adjuvant, les dosages recommandés, la présence et la composition d'éventuels stabilisateurs comme le thiomersal ou des antibiotiques, le numéro de lot, la date de péremption, etc.

- Si le produit est à reconstituer, antigène et solvant (adjuvant) doivent disposer d'un numéro de lot combiné. La traçabilité des lots doit être assurée par les distributeurs et les utilisateurs du vaccin tout le long de la chaîne, jusqu'à l'application du vaccin et l'enregistrement de possibles effets indésirables du vaccin. Elle est nécessaire pour assurer la qualité du produit et retirer un lot de la chaîne de distribution en cas de problème.
- La firme devrait livrer des autocollants (lot stickers) contenant le nom du vaccin et son numéro de lot.
- Chaque emballage devrait contenir une copie de l'information aux professionnels en allemand et en français.

10.3.3 Transport, stockage et durée de conservation des vaccins

Les vaccins sont fragiles. Les conditions de transport et de stockage sont spécifiées par le producteur et doivent respecter strictement la chaîne du froid. La PIJ dispose de chambres froides :

- Conditions de stockage du produit (généralement : 2-8°C, ne pas congeler). Si les produits sont conservés selon les conditions de stockage, il suffit de respecter la date de péremption;
- Importante aussi, la durée de conservation hors réfrigération (*time out of refrigeration = tor*) est généralement de quelques heures.

10.3.4 Distribution des vaccins

La Confédération finance l'achat des vaccins pandémiques et fixe les modalités de livraison, en concertation avec les cantons et en fonction de leur disponibilité et des quotas attribués.

L'expérience montre que la logistique fédérale *parallèle* aux canaux de distribution existants est coûteuse. Elle nécessite la mise en place de procédures locales de distribution.

La distribution fédérale est réglée en fonction :

- des destinataires : PIJ, pharmacies privées volontaires, médecins vaccinateurs, sites des hôpitaux.

La phase préparatoire de la distribution consiste à :

- définir un objectif technique (% de couverture vaccinale raisonnablement atteignable en fonction des priorités et des intentions de vaccination par la population, par exemple 30%);
- définir les sites de vaccination : cabinets médicaux, institutions de soins, centres de vaccination;
- établir des contrats de livraison avec les grossistes;
- communiquer sans délai aux grossistes l'adresse de la PIJ et les quantités commandées;
- La PIJ assure le reconditionnement des emballages multi packs en emballages fractionnés.
- anticiper la collaboration de la PIJ et les pharmacies privées pour la distribution de détail;
- si les produits ne sont pas conçus avec aiguille montée sur seringue, commander ce matériel en quantités correspondantes;
- viser et contrôler les commandes (SSA);
- synchroniser, tant que faire se peut, le démarrage de la vaccination dans le canton et avec les autres cantons.

La représentation de la logistique de distribution des vaccins sur les différents sites (hôpitaux, institutions ; cabinets médicaux et centres de vaccination) se trouve en annexes 13.21, 13.22 et 13.23.

10.3.5 Convention de vaccination

La convention de vaccination (annexe 13.24) stipule que :

- la saisie informatique de toutes les personnes vaccinées est obligatoire, notamment le nom et le numéro de lot du vaccin. Les médecins qui ne disposent pas d'Internet transmettent une copie du certificat de vaccination au SSA;
- chaque personne vaccinée emporte un certificat de vaccination, séparé ou inscrit dans son carnet de vaccination aux fins de traçabilité;
- les dossiers de personnes qui ne figurent pas au registre cantonal (autres cantons, étrangers, frontaliers, sans papiers) sont saisis manuellement;
- le document de saisie sert de justificatif et dispense de toute facturation complémentaire;
- le dossier de vaccination est archivé conformément à la loi;
- les signataires s'engagent notamment à ne pas faire commerce des vaccins qui leur sont remis et à respecter l'ordre des priorités (chapitre 10.3.5);
- ne sont prises en considération que les commandes des institutions et médecins ayant signé la convention.

10.3.6 Personnes prioritaires

Si le virus pandémique a une affinité respiratoire, les personnes les plus à risque de complications sont celles qui ont une maladie touchant le cœur ou les poumons. Sont également à risque les personnes souffrant d'une autre maladie chronique ou immunodéficientes, les femmes enceintes et les jeunes enfants, en particulier les nourrissons. La complication la plus classique de la grippe est la pneumonie virale.

Il appartient à la Commission fédérale des vaccinations (CFV) de fixer la liste des personnes à vacciner en priorité comme elle l'a fait pour la vaccination contre le virus A(H1N1) 2009⁴². D'une manière générale, il faut prévoir 3 groupes :

- les professionnels en contact avec des patients ou avec des animaux infectieux;
- les personnes à risques accrus de complications;
- l'entourage immédiat susceptible d'infecter les personnes à risques.

Vient ensuite toute personne souhaitant se protéger contre la grippe pandémique.

L'ensemble de cette population prioritaire comprend environ 25% de la population totale, ce qui correspond à quelque 18'000 personnes dans le canton. On considère également qu'une personne de l'entourage immédiat des personnes fragilisées devrait être protégée.

10.3.6.1 Détail de la population à vacciner en fonction des priorités et des sites de vaccination (N =74'000, frontaliers compris)

	Personnes prioritaires 18'000	Nombre	Sites de vaccination
1	Personnel de santé	H-JU : 1'600 EMS : 700 Autres : 400	Institutions de soins, cabinets médicaux
2	Enfants et adultes avec maladies chroniques	5'800	Cabinets médicaux, institutions, domicile
	Femmes enceintes	300 ⁴³	Cabinets d'obstétriciens
3	Parents et entourage des malades chroniques et du personnel de santé, etc. (1:1)	~9'000	Cabinets médicaux, centres de vaccination
4	Population générale restante 56'000	80% = 45'000 50% = 28'000 25% = 14'000	Centres de vaccination, cabinets médicaux

10.3.7 Pharmacovigilance

Le logiciel PaniFlow développé par Swissmedic avec le centre collaborateur de l'OMS à Uppsala permet la saisie *online* des effets indésirables après vaccination.

Le logiciel de vaccination ([chapitre 10.4.6](#)) apporte les dénominateurs de population pour l'analyse des effets indésirables rapportés.

⁴² Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique du 12.10.2009

⁴³ Tenant compte de 600 naissances par an, soit autant de femmes à vacciner (à partir du 2^{ème} trimestre de grossesse) et d'un risque d'infection durant 6 mois, la population à vacciner représente quelque 300 personnes.

10.4. VACCINATION DANS LES STRUCTURES EXISTANTES

10.4.1 Vaccination dans les hôpitaux

Les établissements hospitaliers sont des lieux à fort risque de transmission, notamment par le personnel de soins. La vaccination du personnel de soins est considérée comme relevant de la responsabilité de l'employeur (obligation d'offrir la vaccination, sans obligation de se faire vacciner).

- Les institutions établissent la liste des professionnels de santé exposés et les 'encouragent' à se faire vacciner en priorité.
- Le personnel de santé frontalier bénéficie de la vaccination en même temps que le personnel suisse.
- Les patients hospitalisés en état de se faire vacciner le sont à l'hôpital.
- La commande de vaccins est effectuée en suivant les instructions du pharmacien cantonal; elle détermine le commencement de la vaccination des personnes prioritaires.

10.4.2 Vaccination dans les cabinets médicaux

La vaccination dans les cabinets médicaux est le nœud de la réussite ! Les cabinets médicaux sont des lieux à fort risque de transmission. Il appartient au médecin et à son personnel de se faire vacciner en priorité.

- Les cabinets médicaux vaccinent leur personnel et celui des pharmacies. Ces dernières établissent leur liste des personnes à vacciner en vue de la commande de vaccins.
- Médecins obstétriciens et pédiatres vaccinent leur clientèle habituelle.

La vaccination des personnes à risques commence par leur identification. Les médecins traitants sont les mieux à même d'identifier ces personnes. La liste des personnes concernées doit être établie. Elles et leur entourage proche doivent être encouragés à prendre rendez-vous pour se faire vacciner.

- Un sondage d'intention permet de passer une commande raisonnable de vaccins.
- La commande de vaccins est effectuée en suivant les instructions du SSA qui fixe les modalités de distribution; elle détermine le commencement de la vaccination des personnes prioritaires.
- Les personnes qui ne peuvent pas se déplacer sont vaccinées à domicile par les médecins ou par délégation aux services de soins à domicile.

10.4.3 Vaccination dans les EMS et à domicile

Ces lieux sont à fort risque de transmission. La direction, avec le médecin référent ou les médecins intervenants, établit la liste des professionnels et les encourage à se faire vacciner (y compris le personnel frontalier).

- Les résidents sont vaccinés dans l'établissement.
- La vaccination est effectuée par le médecin ou par une personne désignée : soignant diplômé délégué par un médecin.
- Les vaccinations à domicile sont effectuées par le médecin ou déléguées aux soins à domicile (FAS) qui peuvent au besoin organiser des tournées de vaccination ([chapitre 7.4.1](#)).
- Le transport des vaccins a lieu dans le respect de la chaîne du froid (*frigo box*).

10.4.4 Vaccination à l'école

Le Service de santé scolaire dispose d'un service de vaccination. En tirer parti est rentable, décharge les cabinets médicaux et les centres de vaccination, et facilite la tâche des familles.

- La vaccination scolaire doit être activée au moins aussi vite que la vaccination de la population générale;
- La vaccination scolaire - en dehors de la scolarité obligatoire - est une opportunité à généraliser dans les autres secteurs de l'éducation-formation.
- La livraison des vaccins est assurée par les pharmacies privées.

10.4.5 Dossier de vaccination.

Le SDI a adapté un logiciel multifonctionnel permettant de créer un dossier médical standard accessible sur son portail Internet ([annexe 13.25](#)). Le dossier individuel est couplé au registre cantonal de la population, ce qui permet de trouver facilement les coordonnées de la personne à vacciner, de lui établir un certificat de vaccination, d'éviter les doubles vaccinations, d'assurer la traçabilité des personnes et des produits, de facturer les prestations, de rembourser les prestataires et de déterminer la couverture vaccinale.

➤ Le dossier de vaccination informatique sert donc à la fois de dossier vaccinal et administratif.

Les vaccinateurs doivent disposer d'Internet pour accéder au portail du SDI qui organise la procédure d'accès. Moyennant un code personnel, l'utilisateur accède au dossier du candidat, évalue son état de santé, décide ou non de le vacciner, saisit le nom et le numéro de lot du vaccin. Il imprime ensuite un certificat standardisé.

Bien qu'aucune donnée sensible ne soit saisie, cette banque de données entraîne une cascade de questions relatives à la protection de la sphère individuelle :

- les fonctionnalités ne doivent pas permettre d'établir un lien avec une pathologie sous-jacente;
- l'avis du préposé cantonal à la protection des données doit être requis au préalable, pour chaque campagne séparément;
- la banque de données est détruite après usage (contrôles, facturation, statistique);

Le programme informatique SII⁴⁴ du Service sanitaire coordonné et ses fonctionnalités pourraient devenir la norme en Suisse. Son évolution est à suivre de près.

10.5 VACCINATION DANS LES CENTRES DE VACCINATION

10.5.1 Montée en puissance

Les cabinets médicaux et les diverses institutions qui vaccinent la population prioritaire - 1/4 de la population totale - ne sont pas en mesure de vacciner rapidement l'ensemble de la population. Les centres de vaccination sont prévus à cet effet, en dehors des structures de soins. Le dispositif permet de monter en puissance, en fonction de l'urgence et de la demande⁴⁵. On prévoit deux niveaux : premièrement, un centre établi dans l'enceinte de l'EPAD à Delémont, puis au Centre professionnel à Porrentruy et à la Salle paroissiale à Saignelégier. Ceci représente un centre par district. Les centres comprennent 2 à 4 unités de vaccination en fonction du bassin de population.

10.5.2 Vaccination à l'EPAD

L'expérience de vaccination à large échelle faite en 2009 montre que l'EPAD répond très bien à cette mission.

➤ La décision d'équiper l'EPAD ou un autre centre est prise par l'EMCC.

10.5.3 Organisation des centres de vaccination

Un officier de la PCi est responsable d'un centre. Le centre est équipé par la PCi qui assure les aspects logistiques, le SDI et le SSA, pour une campagne de 3 semaines, à doubler si une 2^{ème} injection de vaccin est indiquée. Le SDI assure l'environnement informatique. La PIG approvisionne le centre en vaccins et en matériel.

L'[annexe 13.26](#) décrit l'organisation du passage des personnes à vacciner dans les centres de vaccination. Une **unité de vaccination comprend 2 vaccinateurs-trices** (assistante médicale, infirmier-ère ou ASSC). Chaque jour, une infirmière est désignée responsable du personnel paramédical. La responsabilité médicale est assurée par un médecin superviseur qui règle notamment la question des indications/contre-indications. Il travaille sous la supervision du MC. Les assistant-e-s vaccinent. Dès que 2 unités sont en fonction, il faut prévoir 1 personne pour la

⁴⁴ SII : Système d'information et d'intervention. Plate-forme informatique offrant les fonctionnalités suivantes: aperçu des ressources de la santé publique, gestion des personnes et des patients, communications et alarmes, aperçu de la capacité d'accueil aux urgences, visualisation informatisée de la situation grâce à la cartographie électronique, collaboration, échange de documents, etc.

⁴⁵ RCJU Vaccination de masse – Concept d'organisation – J.-P. Moll, janvier 2010

préparation des vaccins et du matériel plus 1 superviseur de l'ensemble de l'activité (médecin ou personnel du SSA).

- **Une** unité de vaccination vaccine 30-35 personnes à l'heure. **Deux** unités couvrant un horaire de 8h – 22h vaccinent quelque 800 personnes par jour,
- Il est prévu :
 - District de Delémont : 4 unités durant 15 jours
 - District de Porrentruy : 3 unités durant 15 jours
 - District de Saignelégier : 2 unités durant 15 jours

Cette organisation travaillant 7 jours sur 7 pendant 2 semaines permet de réaliser quelque 50'000 vaccinations, soit la quasi-totalité de la population jurassienne et frontalière non prioritaires ([tableau 6.3.61](#)) si l'on ajoute que les enfants de moins de 6 ans ne sont pas vaccinés dans les centres.

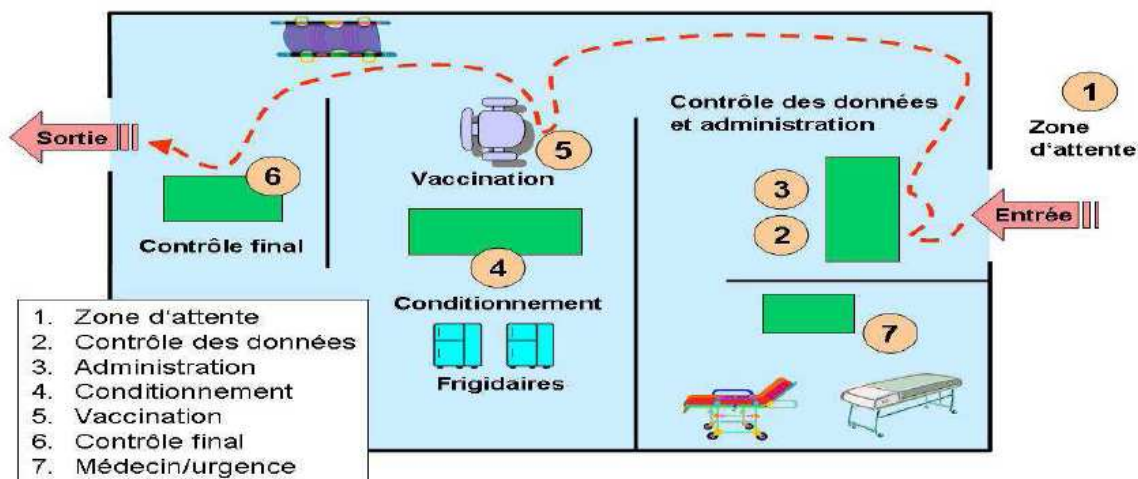
- Le SSA établit la liste de matériel de vaccination (blouses, gants, désinfectants, sparadraps, etc.). La PIJ le met à disposition contre facture;
- H-JU met à disposition un dispositif d'urgence et les numéros d'appel en cas de malaise ou d'allergie graves;
- Les dossiers de vaccination sont archivés au SSA.

10.5.4 Plans des centres de vaccination

Les centres sont validés par l'EMCC sur préavis du SSA, de la PCi et du SDI sur le modèle de l'EPAD. Les autres centres (Saignelégier et Porrentruy, [chapitre 10.5.1](#)) existent sur plans et n'ont pas fait l'objet d'exercices grandeur nature.

- Les plans des centres doivent être conservés (PCi) et activés au besoin.
- L'organisation interne de centres s'inspire de celle de l'EPAD.
- La décision d'ouvrir les centres est prise par l'EMCC.

10.5.4.1 Schéma d'une unité de vaccination



10.5.5 Convocation à la vaccination

Le registre cantonal de la population donne accès à l'adresse des personnes résidentes. En couplant la prise de rendez-vous et le dossier individuel, le programme informatique permet une économie d'échelle. En plus de ses fonctionnalités décrites sous [10.4.6](#), le logiciel du SID peut s'étendre à la création de courrier d'invitation à tous les ménages du canton et à l'établissement des rendez-vous dans les centres de vaccination.

Néanmoins, on peut opter comme en 2009 pour une invitation à la population dans la presse afin qu'elle prenne rendez-vous par le biais d'une centrale d'appel mise en place par la PCi.

- Le cas échéant, le SDI gère le dispositif d'invitation de la population.
- Les frontaliers sont informés par leur employeur de la possibilité de se faire vacciner (familles exclues, sauf avis contraire).
- La PCi gère une centrale téléphonique pour la prise des rendez-vous. Il faut compter au bas mot 10 lignes, en sachant que quelle que soit la dotation, les premières heures d'appel sont un chaos programmé.

10.5.6 Recrutement du personnel de santé

Le personnel de la PCi est recruté par le Service de la sécurité et de la protection, celui de santé par le SSA (principalement dans les institutions de soins du canton : H-JU, EMS, FAS) via le service des RH de la RCJU, par voie de presse et par le bouche à oreille, au besoin par décret en phase 4-5. Des cahiers de charges sont élaborés avec précision.⁴⁶ L'engagement et le salaire du personnel de santé se fait par mandat du service RH de la RCJU, à un tarif horaire et conformément aux conditions d'engagement du personnel occasionnel dans l'administration cantonale (chapitre 12.1.2, annexe 13.28).

- Le Gouvernement prend un arrêté de réquisition du personnel de santé pour pallier à toute éventualité.
- Il faut compter pour une campagne de vaccination de grande envergure avec quelque 130 personnes de profession médicale et paramédicale ainsi qu'avec 120 personnes de la PCi.⁴⁷
- Les responsables des centres de vaccination sélectionnent les candidat-e-s pressenti-e-s comme vaccinateur-trice-s.
- Le personnel de vaccination recruté suit une formation - information organisée par le SSA.
- Les contraintes imposées, comme le fait d'être mobilisable ou démobilisable dans les 24 heures durant plusieurs semaines, excluent le bénévolat. Il faut l'annoncer d'emblée aux volontaires.

10.5.7 Communication

En matière de vaccination, la communication est une mission importante des pouvoirs publics en termes d'annonce, de convocation et de déroulement. Le concept général est développé au chapitre 12.6.

10.6 BUDGET

10.6.1 Modèle 2009

Dans le modèle 2009, la Confédération finance les vaccins, tandis que l'acte fait l'objet d'une convention tarifaire établie avec l'Institution commune LAMal⁴⁸ fixant un montant remboursé pour l'acte vaccinal par l'assurance obligatoire des soins. La distribution de produits et l'organisation de la vaccination incombent aux cantons. Ce modèle dichotomique occulte une procédure en réalité coûteuse : identification et invitation des personnes qui devraient se faire vacciner, convocations téléphoniques, consultations vaccinales prolongées. Un tarif unique est moins incitatif pour la pratique ambulatoire où se rendent les cas complexes, que pour les centres de vaccination où on peut vacciner 'en série'.

Le vaccin et l'acte vaccinal contre la pandémie sont gratuits pour toute la population.

- Le tarif forfaitaire entre assureurs-maladie et prestataires est convenu dans un contrat négocié entre les partenaires concernés (CDS, *santésuisse*, OFSP), également discuté avec des représentants des médecins (FMH, KKA). Il est accepté par le Conseil fédéral.
- Le personnel de santé est exclu de la convention, sa vaccination étant considérée comme relevant de la responsabilité de l'employeur.

⁴⁶ RCJU Rapport sur le centre de vaccination EPAD Delémont – J.-P. Moll, mars 2010

⁴⁷ RCJU Vaccination de masse – Concept d'organisation J.-P. Moll, janvier 2010

⁴⁸ Convention relative à la vaccination en cas de pandémie d'influenza entre la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé et *santésuisse*-les assureurs-maladie suisses ainsi que l'Institution commune LAMal et l'Office fédéral de la santé publique.

- La vaccination dans les entreprises est exclue également; elle doit être réglée entre la direction et le vaccinateur.
- Le service des RH de la RCJU est chargé de la rétribution du personnel engagé pour la vaccination.
- La comptabilité relative à la facturation à l'Institution commune LAMal et au remboursement des vaccinateurs est assurée par le SSA. Cette centralisation est indispensable.
- A partir d'un certain nombre de personnes vaccinées par les centres (environ 30% de la population), l'opération s'avère neutre, voire bénéficiaire pour le canton.

10.6.2 Cadre budgétaire nécessaire

Le budget est établi par l'EMCC. Il se décompose en 4 volets :

- Commande et livraison des quotas de vaccins attribués au canton : frais inhérents à la logistique de distribution jusqu'aux cabinets médicaux, au conditionnement des vaccins et au stockage en milieu réfrigéré;
- Convocation et vaccination des publics-cibles : publipostage, financement des centres de vaccination et remboursements des prestataires. Les sommes varient fortement en fonction de la couverture vaccinale;
- Facturation-remboursement : les prestataires sont remboursés par le SSA qui centralise la facturation à l'assurance obligatoire de soins;
- Communication : informations par voie de presse, recrutement du personnel, spots TV, etc.

La plupart des positions budgétaires sont difficiles à chiffrer, attendu qu'elles dépendent du total des personnes vaccinées.

- Un crédit de fonctionnement de l'ordre de Fr. 200'000 géré par la POC-PPS est nécessaire pour organiser une vaccination de grande ampleur, voir supporter un éventuel découvert (chapitre 12.3).

10.7 CONTROLES ET NOTIFICATIONS

Le SSA assure un contrôle sur l'utilisation des vaccins distribués dans le canton en visant toutes les commandes.

- Le logiciel de vaccination permet en tout temps d'opérer un pointage sommaire sur la couverture vaccinale aux fins d'orientation des autorités et de planification;
- Le SSA communique les données de couverture vaccinale et autres données requises par l'OFSP;
- Le SSA contrôle le respect de la convention, notamment la saisie informatique du dossier.

10.8 COORDINATION DE LA VACCINATION

Partenaires	Tâches ou activités	Chapitres
OFSP	Stratégie, vaccins, distribution	10.1, 10.3.1, 10.7
EMCC	Montée en puissance des COP	10.5.2, 10.5.4, 10.6
PCi	Direction et équipement des COP et Cevac	10.5.2 - 10.5.4
SDI	Environnement informatique, dossier de vaccination informatisé	10.4.5, 10.5.5
H-JU	Stockage et distribution des vaccins, matériel des COP, urgences dans les COP	10.3.4, 10.4.1
Swissmedic	Homologation des vaccins, pharmacovigilance	10.3.2, 10.3.3, 10.3.7
Commission fédérale des vaccinations (CFV)	Priorités vaccinales	10.3.6
Grossistes, PIJ	Distribution	10.2, 10.2.3, 10.3.4
Pharmacies privées	Distribution de détail des vaccins	10.3.4

Professionnels de la santé	Convention, vaccination, volontariat et réquisition,	10.3.5, 10.4.2, 10.5.6
EMS	Vaccinations en institution	10.4.3
FAS	Vaccinations à domicile	10.4.3
Communication	Communication-information à la population, Hotlines	12.6

11 MATERIEL ET PRODUITS THERAPEUTIQUES

11.1 INTRODUCTION

Les différents chapitres du Plan cantonal traitent de l'usage approprié du matériel et des médicaments spécifiques. Le présent chapitre aborde la question de l'**approvisionnement**. Il part du constat que l'industrie pharmaceutique est parfois dans l'impossibilité de satisfaire à la demande urgente et cumulée de plusieurs pays, voire mondiale.

- La stratégie développée est de faire en sorte d'éviter un état de pénurie dont les conséquences peuvent être préjudiciables pour la prévention, la protection individuelle et le système de soins.
- La problématique englobe également la prévention des inégalités sociales d'accès, des troubles de l'ordre public, du marché noir et des contrefaçons.

L'expérience acquise durant la pandémie A(H1N1) 2009 a permis de régler à satisfaction de nombreuses questions de détail qui ne sont pas reprises ici. A titre d'exemple, la grande distribution a assuré l'approvisionnement en masques d'hygiène. Le stock cantonal acheté par la PIJ s'élevait à 140'000 exemplaires et le SSA a géré les 200'000 reçus de la Confédération pour servir tous les services de l'Etat et les écoles.

Au vu des difficultés d'approvisionnement constatées durant la pandémie, un solde de 100'000 masques d'hygiène reste propriété de l'Etat.

Trois volets sont développés : le matériel de protection, les médicaments antiviraux et les vaccins.

11.2 MATERIEL DE PROTECTION CONTRE L'INFECTION

11.2.1 Protection individuelle

A partir de la phase 3 et sur recommandation de l'OFSP, la population est invitée à acquérir du matériel de protection contre l'infection. Il s'agit principalement de masques, mais également, selon les cas, de désinfectants.

L'OFSP recommande à toute la population de se constituer une réserve individuelle de 50 masques d'hygiène par personne.

11.2.2 Protection dans les institutions

La prise en charge des patients grippés en cas de pandémie ne requiert aucun matériel qui ne soit pas déjà connu des services offrant des soins : **masques, lunettes, gants vinyle, gants stériles, blouses, désinfectants pour les mains, désinfectants de surface**. Le problème réside dans l'approvisionnement. Le plan de continuité de chaque institution doit prévoir un chapitre consacré à cette fin.

Par institutions, on entend ici les établissements hospitaliers, les EMS, les soins à domicile, le Centre médico-pédagogique et les cabinets médicaux. La protection dans les entreprises est traitée dans le plan du SECO.

- Chaque institution veille à faire l'inventaire de ses besoins et une réserve appropriée à la situation (phase pandémique). La réserve correspond à **3 mois d'exploitation**⁴⁹. Une fois passée la pandémie, le matériel est introduit dans le circuit normal d'utilisation.
- Le matériel de protection contre l'infection est évalué et acheté en **phase 3 d'alerte pandémique**.
- Il est parfois opportun de prévoir dans les contrats d'approvisionnement des clauses particulières pour garantir la continuité de l'exploitation.

⁴⁹ L'autonomie concerne également des articles qui ne sont pas liés directement à la pandémie.

- Chaque institution définit son canal d'approvisionnement : PIJ, pharmacie H-JU, pharmacies privées, grossistes, firmes.
- Le financement du matériel de protection est à la charge des institutions, sous réserve de la gratuité de produits achetés par le canton ou la Confédération. L'estimation doit tenir compte des besoins des divers corps de métiers. Les bases de calculs ci-après peuvent être utiles pour estimer les besoins d'une institution.

Exemple : bases de calcul pour une durée de 12 semaines (60 jours de travail par employé)⁵⁰

		à compléter
Nbre d'emplois (personnes)		
Nbre de soignants (personnes)		
Total des jours pandémiques travaillés		
Total des jours pandémiques travaillés soignants		
Jours travaillés dans secteurs hauts risques et actes à hauts risques		
Patients hospitalisés durant 7 jours		
	Besoins / jour	Besoin total / Complément aux stocks existants
Masques chirurgicaux	3 masques / jour travaillé pour tous les employés + 3 masques / jour par patient (sorties et visiteurs)	
Masques FFP2	2 / jour et par soignant en secteur à haut risque	
Lunettes	2 / soignant	
Gants vinyle	48 h / patient, à 1 paire / h	
Blouses	6 j / patient	

11.3 ANTIVIRAUX ET MEDICAMENTS ANTIINFECTIEUX

11.3.1 Oseltamivir (Tamiflu®)

Le phosphate d'oseltamivir de Roche est actif contre les virus grippaux de type A. Il peut être utilisé à titre prophylactique chez les personnes exposées. La prophylaxie des personnes et professionnels ayant été en contact avec un cas suspect ou avéré est réglée par les recommandations de SwissNOSO publiées par l'OFSP⁵¹.

- Le médicament est prescrit sur ordonnance médicale. En phases 3 à 5, il est disponible sur le marché libre.
- En phase 6, une fois le marché libre épuisé, la réserve cantonale de Tamiflu® - pour autant que tout ou partie des 2'500 traitements soient renouvelés - est mise à disposition des institutions de soins (hôpitaux désignés, pandicentres et autres institutions participant au dispositif de prise en charge) par le SSA et sa distribution est contrôlée.
- Ce stock écoulé, la réserve fédérale est mise à disposition selon le même modèle.

Les formes d'application suivantes sont disponibles :

- Capsules à 30mg, 45 mg et à 75 mg

⁵⁰ Ordre de grandeur tiré du Plan de continuité de l'Hôpital neuchâtelois 2009

⁵¹ Recommandations de SwissNoso concernant la protection du personnel de santé contre la grippe pandémique A(H1N1) 2009, selon les caractéristiques du virus - 10.08.2009

13.3.1.1 Dosage de l'oseltamivir chez l'enfant⁵²

Age	Poids corporel	Dose recommandée pendant cinq jours
< 1 an		2-3 mg/kg 2x par jour*
> 1 an	< 15 kg	30 mg 2x par jour
	15-23 kg	45 mg 2x par jour
	23-40 kg	60 mg 2x par jour
	>40 kg	75 mg 2x par jour

13.3.1.2 Dosage de l'oseltamivir chez l'adulte⁵³

Indication	Oseltamivir (Tamiflu®) par jour <i>per os</i>	Durée (jours)
Thérapie		
Cas ambulatoires et hospitalisés (pas en médecine intensive)	2 x 1 capsule de 75 mg	5
Infection grave (médecine intensive)	2 x 2 capsules de 75 mg	10
Prophylaxie post-expositionnelle	1 x 1 capsule de 75 mg	10

11.3.2 Zanamivir (Relenza®)

Le zanamivir est également un inhibiteur de la neuraminidase et constitue une alternative à l'oseltamivir. Ce médicament est stocké en quantité limitée par la Confédération. Il est prévu d'y recourir en cas d'apparition localisée de souches résistantes à l'oseltamivir ou lorsque ce dernier serait contre-indiqué. Le principe actif n'est disponible que sous forme de poudre à inhaler au moyen d'un dispositif spécial (*diskhaler*).

11.3.3 Antibiotiques

Les infections virales respiratoires entraînent classiquement des surinfections bactériennes qu'on traite par les antibiotiques. En cas de pandémie grippale, on s'attend donc à une prescription accrue d'antibiotiques, raison pour laquelle des réserves nationales sont planifiées.

Les antibiotiques figurent sur la liste des biens d'importance vitale de l'OFAE dont la mission est de prévoir des réserves. Un stock est constitué par l'économie privée, par des contrats obligatoires de maintien qui assurent 4-6 mois d'autonomie avec une consommation normale d'antibiotiques.

11.4 MATERIEL DE VACCINATION

L'approvisionnement en vaccins est réglé par la Confédération (chapitre 10.3.1). Les cantons veillent à disposer de capacités suffisantes de conservation dans le respect de la chaîne du froid. Si les vaccins ne sont pas conçus avec aiguille montée, ce matériel doit être commandé à temps (chapitre 10.3.4). L'OFSP publie des recommandations à cet égard.

- Le matériel autre, comme les désinfectants, les tampons et les sparadraps, doit être commandé séparément.

⁵² Recommandations de prise en charge des enfants lors de suspicion de grippe pandémique A(H1N1) 2009 - Pediatric Infectious Diseases Group of Switzerland - 11.08.2009

⁵³ Recommandations de la société suisse d'infectiologie concernant l'administration d'oseltamivir (Tamiflu®) à des patients adultes - 3.08.2009

11.5 CIRCUITS DE DISTRIBUTION

Une partie du matériel de protection et des médicaments fait l'objet d'achats groupés par la Confédération. La distribution des vaccins est réglée à ce stade au chapitre 10.3.4, celle des antiviraux ci-avant (11.3.1 et 11.2.2). Il est probable que ces modalités devront être revues et corrigées à la lumière des leçons tirées par la Confédération en 2009.

Chaque intervenant de la chaîne de protection et de prise en charge devrait connaître, en plus de ses canaux de distribution habituels, ce qu'il peut attendre de la Confédération, du SSA, de la PIJ ou de l'H-JU, etc. Le Service de la santé publique au travail attaché aux Ponts et Chaussées de la RCJU fait office par exemple de centrale pour l'administration cantonale. Réciproquement, ces derniers doivent signaler en temps voulu les services qu'ils sont à même d'offrir.

- Un des impératifs du roulement des stocks est d'éviter autant que possible la perte de produits par effet de péremption.

11.6 COORDINATION DU MATERIEL ET DES PRODUITS THERAPEUTIQUES

Partenaires	Tâches ou activités	Chapitres
OFSP	Antiviraux, vaccins, matériel d'injection	11.3, 11.4
PIJ	Commande de matériel, reconditionnement et distribution des vaccins	11.5
PCi	Dépôt et distribution de matériel	11.5
Pharmacies privées	Approvisionnement en Tamiflu®, antibiotiques et matériel	11.3, 11.2.2
Grande distribution	Approvisionnement de la population en masques et produits désinfectants	
Pandicentres	Matériel nécessaire à ces institutions	Annexe 13.12.

12 QUESTIONS TRANSVERSALES

12.1 RESSOURCES HUMAINES

12.1.1 Problématique

Les services de soins sont dépassés en cas de pandémie sévère, plutôt par manque de personnel que par manque de lits ou de matériel.

- L'absentéisme menace pour diverses raisons : risque accru d'exposition au virus, personnel féminin surreprésenté, appelé à des devoirs familiaux (malades à la maison, fermeture de l'école ou de la crèche).
- On doit compter avec 15% à 25% d'absentéisme ainsi qu'avec la rareté de certaines compétences (p.ex. les infirmier-ère-s et les spécialistes en pédiatrie et en soins intensifs).
- Le personnel soignant de l'armée de milice n'est pas une solution idéale puisqu'il *de facto* engagé dans le système de soins.
- Les services de l'Etat particulièrement impliqués (SSA, SDI, PCi, SSCM) doivent renoncer à des tâches courantes afin d'assurer leur disponibilité à l'urgence et aux tâches supplémentaires.
- Le registre des professionnels de la santé autorisés à pratiquer dans le canton n'est pas exhaustif dans le sens où il n'englobe pas ceux qui ne pratiquent pas ou plus (sauf H-JU qui conserve la trace de son personnel). Les personnes retraitées ou qui ont cessé leur activité ne figurent dans aucun registre.
- Le personnel soignant transfrontalier est partiellement imprévisible⁵⁴. La règle veut qu'une personne ayant signalé à la Direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) en France son lieu de travail en Suisse soit « mobilisable » en Suisse.

12.1.2 Stratégie

Différentes catégories de personnel sont appelées en renfort. L'expérience de 2009 montre que le personnel de soins disponible répond bien sur appel du SSA via les média. La palette de recrutement va des étudiants des écoles de soins, voire des facultés de médecine, aux personnes retirées de l'activité de soins, en passant par les retraités, les bénévoles, les Samaritains, le personnel de la Croix-Rouge, etc.

Le premier mouvement fait appel au **volontariat temporaire**. Cependant, si la situation s'aggrave avec pour conséquence une pénurie de personnel, une base légale doit être créée, en vertu de laquelle le personnel d'appoint peut être réquisitionné par les organes de conduite. Diverses précautions sont à prendre :

- Le personnel temporaire doit être qualifié. Les institutions de soins veillent elles-mêmes à sa sélection.
- Le SSA est responsable des personnes engagées par l'Etat dans les pandicentres et les centres de vaccination et de leurs actes.
- Le personnel engagé par l'Etat doit bénéficier de conditions d'engagement prédéfinies et garanties par les RH ([annexe 13.28](#)). Compte tenu des contraintes de travail, le bénévolat n'est pas une option. En échange d'une activité rémunérée, les personnes peuvent être mobilisées ou démobilisées dans de courts délais, en fonction des besoins.
- Le SSA doit être en mesure de mettre à niveau et de gérer l'emploi du temps des personnes engagées par l'Etat.
- Les renoncements à des tâches habituelles, les suppléances et les nouvelles tâches à effectuer dans le contexte de la pandémie doivent être réglés et portés à la connaissance des intéressés et de l'autorité de tutelle (DSA).
- Une évaluation des personnes doit être effectuée par les directions respectives (pandicentres, centres de vaccination) afin de disposer au SSA, faute d'un registre cantonal complet, d'une

⁵⁴ Ceci n'a rien à voir avec la fermeture des frontières, qui est quasi exclue. Mais la motivation des professionnels frontaliers à venir travailler en cas de pandémie est difficile à prévoir.

liste de personnes qualifiées et connues pour avoir fait leurs preuves en situation critique et mobilisables temporairement.

12.1.2.1 Modèle d'appel aux professionnels de santé disponibles par la presse

Un appui bienvenu

Dès lors que le personnel de soins est déjà fortement sollicité actuellement, il ne peut être recruté dans les centres pour les vaccinations.

L'EMCC lance donc un appel aux professionnels de la santé qualifiés ayant cessé leur activité ou travaillant à temps partiel : médecins, infirmier-ère-s, infirmier-ère-s assistante-s, assistantes médicales, assistantes en pharmacie. Cette activité sera rémunérée.

Les personnes qui souhaitent s'engager sont invitées à déclarer leur intérêt au Service de la santé publique...

12.2 INFORMATIQUE ET TELECOMMUNICATIONS

12.2.1 Problématique

Les outils électroniques jouent un rôle important dans la gestion d'une pandémie : monitoring des cas et des contacts, gestionnaire de dossiers médicaux et de vaccinations, pointages réguliers, équipement des centres de soins et de vaccination, couverture vaccinale, facturation, partenariat avec les firmes de développement de programmes, etc. De plus, l'environnement informatique est en perpétuel développement et nécessite des capacités d'adaptation rapide.

- L'application locale des outils informatiques est coûteuse.
- La constitution d'une banque de données informatiques est sensible.

12.2.2 Stratégie

L'environnement informatique et la qualité des services du SDI ont fait leur preuve. L'intégration du SDI à l'organigramme ([chapitre 2.2.1](#)) paraît indispensable pour assurer une planification et une gestion optimales des moyens télématiques et informatiques. Le SDI doit être associé notamment à l'équipement des structures extrahospitalières validées en 2009 comme centres de soins ou de vaccination ([chapitres 5.4.5 et 10.5.1](#)).

Le logiciel valaisan adapté en 2009 au canton par le SDI permet de créer un dossier vaccinal personnel en lien avec le registre cantonal de la population. Ses fonctionnalités s'étendent à la création de courrier, à l'établissement de la grille de rendez-vous dans les centres, d'un certificat de vaccination et de divers tableaux propres à la statistique et à la facturation. La simplicité et la convivialité du logiciel font l'unanimité.

- La pérennité de ce service doit être assurée, attendu qu'il dépend d'une firme privée. L'application locale est coûteuse.
- Le système SII du SSC doit être étudié comme alternative nationale généralisée, avec ses avantages et ses inconvénients.
- L'avis du préposé cantonal à la protection des données doit être requis préalablement à chaque campagne et la banque de données détruite après usage.

12.3 FINANCEMENT

12.3.1 Problématique

La préparation à la pandémie, la gestion de celle-ci et l'organisation des centres de soins ou de vaccination sont onéreuses. Le POC-PPS ne dispose pas ordinairement d'un crédit réservé aux engagements de l'EMCC. Dès lors, il conviendrait de fixer par arrêté du Gouvernement des règles pour :

- l'engagement de spécialistes/personnel requis pour des mandats sur la base d'une échelle d'indemnité qui peut être définie à l'avance;

- assurer l'indépendance financière des engagements en cas de catastrophe et de permettre ainsi la transparence et la mise en évidence des heures de travail fournies par les différents services de l'Etat. Cet élément faisant actuellement défaut, les efforts ainsi produits par l'Etat ne sont pas mis en valeur.

La plupart des positions budgétaires sont de surcroît difficiles à chiffrer, attendu qu'elles dépendent du nombre de personnes malades, des sujets-contacts, de la couverture vaccinale, etc.

- Ce flou budgétaire ne favorise pas un financement clair. Certains frais sont imputés à la santé, d'autres à la sécurité ou encore au développement informatique. Aucun budget ordinaire ne prévoit la gestion d'une pandémie.

12.3.2 Stratégie

Les frais engendrés par la préparation à la pandémie sont supportés par les services et portés à leur budget respectif, exception faite des investissements en matériel et médicaments (antiviraux par exemple).

- Les commandes de matériel de protection sont les coûts les plus importants pour l'Etat, suivis de ceux liés à l'adaptation des infrastructures comme l'environnement informatique et les moyens de stockage (locaux, réfrigération).
- Les frais engendrés par la crise qui incombent à l'Etat devraient émerger d'une rubrique budgétaire spécialement ouverte pour faciliter le financement d'activités ne figurant pas aux budgets ordinaires, et imputable à la Cellule 'Finances' de la PPS.
- Le montant du crédit spécial est estimé et soumis par l'EMCC au Gouvernement pour approbation.

12.4 ADAPTATIONS LEGISLATIVES

12.4.1 Problématique

Les bases légales internationales, fédérales et cantonales sont mentionnées au [chapitre 1.5](#). Elles sont sujettes à des adaptations qui doivent être prises en compte au plan cantonal. A titre d'exemple, la révision du Règlement sanitaire international, entrée en vigueur en juin 2005, n'a pas encore exercé tous ses effets sur le droit suisse, exception faite du devoir de déclaration.

- La révision de la loi sur les épidémies (RS 818.101) en cours aura des conséquences sur la gouvernance en matière de crise sanitaire en Suisse. On attend une compétence fédérale renforcée.
- Les modifications concrètes apparaîtront dans le droit d'ordonnance sur la pandémie révisé (RS 818.101.23).

12.4.2 Stratégie

Le canton exerce son pouvoir en vertu de la loi d'application de la législation fédérale et des arrêtés pris par le Gouvernement sur la réquisition des professionnels⁵⁵, les investissements et commandes extrabudgétaires, l'engagement de personnel temporaire, l'attribution des mandats particuliers (p. ex. celui d'un coordinateur), les contrats avec les cantons universitaires pour l'utilisation de leurs structures de soins, le GRSP ou la CDS, etc.

12.4.3 Arrêtés du Gouvernement

Le Gouvernement procède par arrêtés fondés sur la législation en vigueur ([chapitre 1.5](#)). Les arrêtés doivent prévoir notamment :

Phases OMS 3-4 :

- l'ordre aux institutions sous tutelle de l'Etat d'élaborer leur plan institutionnel de pandémie (plan de continuité) sous la supervision du SSA;
- la composition et la nomination de l'EMCC, son mandat, ses compétences et ses responsabilités.

⁵⁵ Loi sanitaire RSJU 810.01

Phases OMS 5-6 :

- la compétence du Gouvernement de prendre toute mesure utile de lutte contre la pandémie;
- la compétence de l'EMCC de prendre les mesures d'urgence;
- le champ d'application des mesures : réquisitions et astreintes de personnes physiques et morales, de professionnels de santé, d'institutions, d'administrations; fermeture d'établissements, interdiction de manifestations et de déplacements de personnes; organisation des concepts de soins ou de vaccination, conventions intercantionales; moyens de travail et outils informatiques; directives, etc.
- le financement des frais engendrés par l'activité de l'EMCC par l'Etat par un crédit spécialement alloué.

12.5 SECURITE

La sécurité est un thème récurrent des situations de crise. Les raisons en sont le rationnement des ressources et des soins, l'anxiété de la population et la mise en cause du personnel de soins. Cette problématique concerne notamment:

- les institutions comme les hôpitaux désignés, les pandicentres et les pharmacies;
- les médicaments précieux comme les vaccins et antiviraux;
- le personnel au front de la grippe pandémique.

Le concept de sécurité est partiellement développé dans les plans internes de continuité, comme c'est notamment le cas pour H-JU.

12.6 COMMUNICATION

12.6.1 Problématique

Le thème de la communication est l'un des plus sensibles car il engage la crédibilité de l'Etat. La communication doit respecter des critères éthiques et éviter les dérives possibles telles que le manque de transparence, les messages contradictoires, l'interprétation divergente des événements, la création d'un sentiment de panique, le sentiment d'une gestion dictatoriale ou de laisser-faire.

- La communication cantonale est interdépendante de la communication nationale et internationale.
- La confiance des médias et de la population ne va pas de soi, compte tenu d'une part des intérêts contradictoires et d'autre part des inquiétudes individuelles.

12.6.2 Stratégie

La communication est un instrument majeur des organes de conduite. Il s'agit très tôt de saisir les occasions de communiquer spontanément et activement, de manière à créer un climat de confiance entre les organes de conduite et la population ainsi que les professionnels.

La communication en matière de pandémie sollicite particulièrement les professionnels de la santé publique. Mais l'engagement de l'Etat est tel que la communication est une mission primordiale de l'EMCC dans lequel figure le SIC en charge du concept général, en collaboration étroite avec le médecin cantonal et le chef de l'EMCC.

- Chaque phase de la pandémie donne lieu à une communication cohérente et coordonnée avec la Confédération. Les documents fédéraux et leur *timing* fixent le cadre de référence aux documents cantonaux. La communication donne une large place aux faits et à leur analyse plutôt qu'aux opinions personnelles.
- La communication touche autant les acteurs de la lutte contre la pandémie que la population. Un concept est élaboré et piloté par le SIC, qui dispose d'une cellule comprenant le chef de l'EMCC, le MC ou d'autres personnes en fonction des thèmes d'actualité, et assure la diffusion des informations. On peut ainsi définir divers buts d'une communication coordonnée et maîtrisée, notamment :

- orchestrer la réponse à la crise en faisant de la communication un instrument de pilotage à part entière;
 - sensibiliser, encourager la population et les partenaires du plan de crise à appliquer les mesures définies en prenant les décisions et les mesures appropriées, créer un climat de confiance et de sécurité;
 - créer la cohésion, motiver chaque citoyen et chaque professionnel, répondre aux critiques, aux rumeurs, à la méfiance du public et des principaux partenaires;
 - anticiper les réactions possibles, préparer les acteurs aux étapes suivantes, garder l'initiative;
 - être à l'écoute du public et des partenaires, faire remonter l'information et les opinions jusqu'aux décideurs.
- La définition des parties prenantes (*stakeholders*) est un préalable aux travaux proprement dits, de même que la création de scénarios de communication inspirés de la technique de *message mapping* (12.6.1.2).
- Les supports de la communication sont nombreux : interventions directes dans les médias, conférences de presse, points de presse et communiqués de presse, site Internet et liens de référence (OMS, OFSP, etc.), clips vidéo, numéros d'appel (*hotlines*) via la Centrale téléphonique du canton renforcée, recommandations écrites, *flyers*, affiches, téléconférences.
- Le rythme de l'information a son importance. Un tableau de bord résumant la situation en lien avec la surveillance épidémiologique (chapitre 3) est à mettre à la disposition des médias sur une base hebdomadaire : évolution des cas confirmés, courbe du cumul des cas, nombre de personnes hospitalisées, d'élèves malades, de flambées dans les classes, de personnes vaccinées, comptes-rendus de séances, etc.
- L'établissement d'une *ligne santé* commune au SSA, à H-JU et aux cabinets médicaux pour le grand public, en complément à la *hotline* fédérale, et assurée par des temporaires qualifiés serait un investissement rentable qui remplacerait les lignes particulière rapidement saturées de ces organisations.

12.6.2.1 Résumé de la méthode du 'message mapping'

Message mapping

Partie prenante: Population et média		
Demande, préoccupation: Dans quelle mesure la grippe pandémique diffère de la grippe saisonnière?		
Message clé 1 :	Message clé 2 :	Message clé 3 :
La grippe pandémique est causée par un nouveau virus préalablement inconnu de l'homme	Il est difficile de prévoir quand la grippe pandémique apparaîtra	La grippe pandémique peut être plus sévère que la grippe saisonnière
Donnée de support 1-1 :	Donnée de support 2-1 :	Donnée de support 3-1 :
La grippe pandémique peut être causée par un virus qui s'est modifié	La grippe saisonnière apparaît une fois par année, normalement en hiver	L'influence pandémique peut causer plus de victimes que la grippe saisonnière
Donnée de support 1-2 :	Donnée de support 2-2 :	Donnée de support 3-2 :
La grippe pandémique se transmet facilement entre les humains	La grippe pandémique est apparue à peu près 30 fois pendant l'histoire connue	L'influence pandémique peut toucher un spectre plus grand de population, y compris les jeunes adultes
Donnée de support 1-3 :	Donnée de support 2-3 :	Donnée de support 3-3 :
Peu de gens sont immunes d'un nouveau virus grippal	Une grippe pandémique peut se propager rapidement dans plusieurs régions du monde	La grippe pandémique dure plus longtemps que la grippe saisonnière

12.7 QUESTIONS ETHIQUES

12.7.1 Problématique

La situation de pandémie a fait l'objet de nombreux colloques consacrés aux choix éthiques et le plan fédéral inclut un chapitre sur ce thème. Les critères de priorité en situation de pénurie sont connus mais n'ont jusqu'ici jamais fait l'objet d'une situation 1 : 1.

- Un point de friction interne au système de santé est préprogrammé, la divergence de vue des professionnels : maximalisme chez les avocats de la santé individuelle versus pragmatisme chez ceux de la santé publique;
- Le *rationnement* des soins et des produits est probablement inévitable. Il est annoncé en ce qui concerne l'accès aux soins intensifs, notamment pour les enfants.

12.7.2 Stratégie

Les récipiendaires prioritaires du matériel de protection, des médicaments ainsi que des soins et autres services devenus rares doivent être identifiés le plus précisément possible, à l'avance, en vue d'une communication claire.

- Il s'agit en « temps de paix » de définir les critères et valeurs qui sous-tendent les choix en temps de crise, bien que certains paramètres restent encore inconnus;
- Il s'agit aussi de présenter aux décideurs des options défendables, qu'elles aillent dans le sens d'investir ou au contraire d'économiser.

Mandats implicites du Plan RCJU aux partenaires internes du canton (à l'exception de SSA, EMCC, H-JU et PCi)

QUI	QUOI	Précision	Chapitres
AJIPA	-Préparation en phase 3 -Pandicentres -Admissions à H-JU -Vaccination	-Plans de continuité, cellule du MC -Réquisition d'infirmières -Renvois en EMS -Personnel et résidents	8 , 2.1, 2.2.1 5.4.5, 5.4.9 6.4.2 10.4.3
Clinique du Noirmont	-Réquisition en phase 6	-Site de convalescence H-JU	5.4.4, 6.3.1
Communes <i>Delémont</i> <i>Saignelégier</i> <i>Porrentruy</i>	-Décès -Manifestations -Locaux communaux	-Inhumations, statistiques -Annonces -Réquisition pour pandicentres et centres de vaccination	6.4.4 4.6.2.3 5.4.5, 10.5.3, 10.5.7
Ecoles et crèches	-Eloignement social -Vaccination scolaire	-Restrictions, fermetures -Service de santé scolaire	4.6.2 10.4.4
EMS	-Plans de continuité -Mise à niveau -Evacuation sur H-JU -Vaccination à l'interne -Centres de vaccinations -Stocks de matériel	-Maintien en institution -Formation du personnel -Réquisition de personnel -Matériel de protection	8 , 2.2.1, 5.4.3 5.4.3 6.4.2 10.4.3 10.5.6 11.2.2
EPAD	-Pandicentre -Centre de vaccination	-Réquisition comme site privilégié	5.4.5 10.5.2
FAS	-Préparation en phase 3 -Mise à niveau -Prise en charge à domicile -Admissions à H-JU -Coordination de services -Vaccination à domicile	-Plan de continuité -Formation du personnel Croix-Rouge, Ligue pulmonaire, infirmières indépendantes	7 , 2.2.1, 5.4.2 7.3.2 7.4.2 6.4.2 5.4.6, 7.3.1, 7.4.3, 10.5.6 10.4.3
HES-SO - CEJEF	-Réquisition	-Personnel d'appui	6.3.6
Infirmières indépendantes	-Soins à domicile	-coordination par la FAS	5.4.2, 7.4.2
Entreprises et institutions analogues	-Plans de continuité -Matériel de prévention	Référence au SECO - Masques, etc. 3 mois d'exploitation	Avant-propos, 1.3.2 11.2.2
Laboratoires	-Surveillance -Prélèvements	-Déclaration -Directives OFSP	3.3 - 3.4 6.3.10
Ligue pulmonaire	-Surveillance épid. -Soins à domicile	-Suivi des contacts -Soutien à la FAS	5.3.2 5.4.2, 7.4.2

Médecins	-Surveillance épid. -Prévention -Prophylaxie -Prise en charge pt -Réquisition et astreinte -Vaccination au cabinet	-Déclaration médicales -Contacts (listes) -Mise en isolement et quarantaine -Tamiflu® au cabinet médical -Pandicentres -Convention	3.3 - 3.4 5.3.2 4.4 - 4.5 4.7 5.4.1 5.4.9 10.3.5, 10.4.2
Pharmacies privées	-Distribution des vaccins -Matériel divers		10.3.4 11.5
PIJ	-Médicaments, Masques et matériel -Vaccins	-Pandicentres, FAS, EMS, H-JU -Stockage, distribution, conditionnement,	5.4.10, 11.2.2, 11.5 6.3.1, 8.4.4, 7.4.4 6.3.1 10.3. 10.5.9
POC - PPS	-Budget centralisé	-Comptabilité, facturation	10.6.1, 10.6.2, 12.3.2, 12.4.3
Pompiers	-Manifestations	-Annonces	4.6.2.3
Ponts et Chaussées	-Distribution	-Matériel de protection des services de l'Etat	11.5
Population	-Masques d'hygiène	-50 x par personne	11.2.1
Recettes de district	-Manifestations	-Annonces	4.6.2.3
RH-RCJU	-Ressources humaines	-Contrats, salaires des paramédicaux des pandicentres et centres de vaccination	12.1 , 5.4.9
SDI	-Préparation en phase 3 -Dossier médical -Dossier de vaccination -Convocations -Environnement informatique	-Plan de continuité -Format électronique -Mailings d'invitation -Pandicentres, centres de vaccination	2.1, 12.2 3.4.2, 5.4.5-6, 5.4.11 10.4.5, 10.4.6 10.5.5 5.4.6, 10.5.3-4
SEN - CEJEF	-Eloignement social -Pandicentres -Centres de vaccination	-Fermeture des écoles -Réquisition de halles de et locaux scolaires	4.6.2 5.4.5 10.4.4
Service des Arts et métiers	-Manifestations publiques	Annonces	4.6.2.3
SIC	-Préparation en phase 3 -Etats de la surveillance -Pandicentres, H-JU, EMS -Vaccination -Support	-Concept de communication -Communiqués divers -Hotlines	2.1, 12.6 3.5 5.6, 6.5, 8.5 10.5.7 12.6
SMCJU	Préparation en phase 3 -Pandicentres -Vaccination	-Cellule du MC -Piquet, garde -Convention	2.2.1 5.4.9 10.3.5
Vétérinaires	-Surveillance épid. -Mesures générales	Phase 3, H5N1+HxNy	4.4.1, 4.5 4.6.1

Annexe 13.1 Critères de suspicion et de déclaration - indication à un test de laboratoire - Modèle H1N1 2009

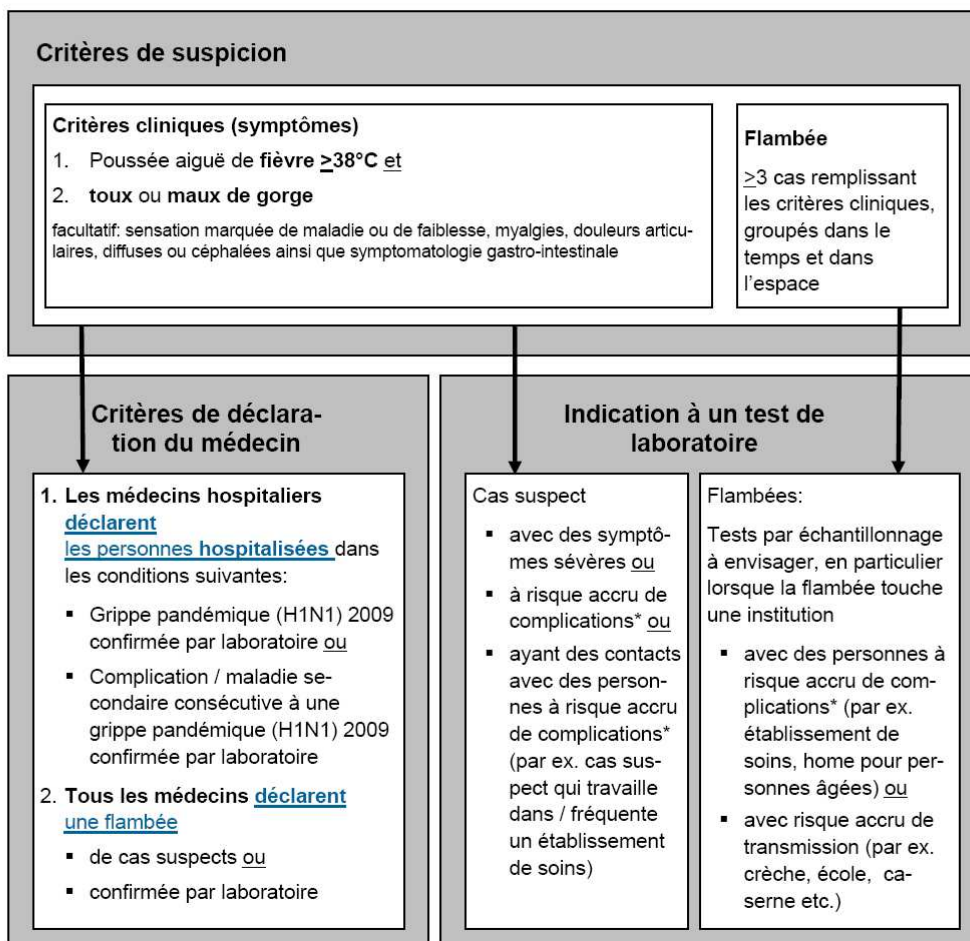


Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Division maladies transmissibles

Critères de suspicion et de déclaration de cas, et indication à un test de laboratoire dans le cadre de la grippe pandémique (H1N1) 2009

Etat 16.10.2009



Annexe 13.2 Déclaration initiale des cas suspect – Modèle A(H1N1) 2009



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique



Cas suspect de grippe pandémique (H1N1) 2009

Déclaration d'une hospitalisation ou déclaration d'un cas faisant partie d'une flambée*

Veillez envoyer cette déclaration dans le délai d'un jour au médecin cantonal mais pas directement à l'OFSP.

Patient/e

Nom, prénom: Date de naissance:/...../..... Sexe: f m

Rue: NPA/localité: Canton: Tél.:

Domicile à l'étranger, où: Profession:

Symptômes cliniques (selon les critères définis par l'OFSP www.bag.admin.ch/Influenza/06411/)

fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ toux maux de gorge douleurs musculaires, articulaires ou maux de tête

rhume diarrhée autres symptômes:

Début des symptômes:/...../.....

Demande d'examen de laboratoire spécifique A(H1N1) 2009: oui, où (nom, lieu):

non

Evolution

Complications: pneumonie virale pneumonie bactérienne

autres complications:

Risque accru de complications**, raison:

Hospitalisation, le/...../....., raison:

Lieu:

Transfert dans une unité de soins intensifs le/...../.....

Traitement antiviral (Oseltamivir), début/...../.....

Exposition

Etranger, séjour dans les 7 jours précédant la survenue des symptômes

En Suisse: Contact avec un cas confirmé Contact avec un cas suspect

Flambée* (au moins 3 personnes malades (patient/e inclus), groupés dans le temps et l'espace)

Nombre de malades au total:

Dans: école jardin d'enfants crèche caserne

home médicalisé, -pour pers. âgées, -handicapés prison autre:

Lieu:

Exposition inconnue

Remarques

Médecin Nom, adresse (ou timbre):

Tél.: Date:/...../..... Signature:

Médecin cantonal

Mesures non oui:

Date:/...../..... Signature:

* Pour la grippe pandémique, ce formulaire substitue le formulaire "flambée de cas ou événement inhabituel".

** les personnes souffrant de maladies chroniques (en particulier d'affections respiratoires comme l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou la mucoviscidose; de maladies cardiovasculaires ou du métabolisme comme le diabète; d'affections rénales), les personnes présentant une immunodéficience congénitale ou acquise, ou prenant des immunosuppresseurs, les femmes enceintes, les enfants en bas âge, les personnes de plus de 65 ans ou les pensionnaires de homes ou d'établissement médico-sociaux.

ANNEXE 13.3 DÉCLARATION DE CAS GROUPÉS DE GRIPPE HxNy –MODÈLE 2009



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

laisser vide



Etat: Novembre 2009

Flambée de cas* ou événement inhabituel**

- * Infections non soumises le à déclaration obligatoire ou infections soumises à la déclaration obligatoire habituellement dans un délai supérieur à 24h
- ** de nature soudaine, potentiellement dangereux pour la santé publique et impliquant des mesures de la part des autorités de santé

Veuillez remplir cette déclaration complémentaire dans les 24 heures et l'envoyer au médecin cantonal

Observation et/ou diagnostic de suspicion

Cas de gastroentérite

Suspicion de Campylobacter Salmonella Norovirus Rotavirus
 autres: _____

Maladies d'origine alimentaire (voie principale de transmission)

Suspicion de E. coli entérohémorragique Listeria Hépatite A
 autres: _____

Cas d'infections respiratoires

Suspicion de Pertussis Légionellose
 grippe pandémique (H1N1) 2009 (nommer le/la patient/e testé/e): Sexe: f m
Nom, prénom: _____ Date de naissance: ____ / ____ / ____
NPA/localité: _____ Canton: _____
 autres infections respiratoires: _____

Autre observation et/ou diagnostic de suspicion: _____

Date du début des symptômes du/des premier(s) cas observé(s): ____ / ____ / ____

Symptômes principaux présentés par les cas observés: _____

Lieu d'exposition supposé: manifestation hôtel/restaurant hôpital/home moyen de transport école
 jardin d'enfants crèche caserne autres: _____
Adresse: _____

Source d'infection /mode de transmission: _____

Nombre de personnes malades: _____ Agées de ____ à ____ ans Nombre de personnes testées: _____

Nombre de personnes hospitalisées: _____ Nombre de décès: _____

Prélèvement de laboratoire envoyé: non oui (Adresse): _____
 confirmé en laboratoire
agent pathogène/type: _____

Remarques

Médecin Nom, adresse, tél., fax, e-mail (Vos coordonnées sont essentielles car les autorités sanitaires vont prendre contact avec vous dans les plus brefs délais):

Date: ____ / ____ / ____ Signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____

Date: ____ / ____ / ____ Signature: _____

Confidentiel

ANNEXE 13.5

MODÈLE : LISTE DES PERSONNES EN CONTACT AVEC UNE PERSONNE SUSPECTE D'INFECTION À VIRUS A(HxNy)

IDENTITE DE LA PERSONNE SOURCE	Nom :		Rue :		
	Prénom :		NPA / Domicile :		
	Date naissance :		Téléphone :		
	Date des premiers symptômes :		Date de la déclaration :		
* Contact étroit: Personne vivant sous le même toit, ayant donné des soins, ayant embrassé ou ayant partagé couverts ou vaisselle avec le malade au cours de la période s'étendant de 1 jour avant jusqu'à 7 jours après la survenue des symptômes.					
Nom, prénom, adresse et no(s) de téléphone des personnes ayant été en contact	Date de naissance complète	Date du contact	Nature du contact*	Activité professionnelle de la personne de contact	Mesures prises : Isolement / Prophylaxie / Mesure sociale / ...
				Profession : Lieu de travail :	
				Profession : Lieu de travail :	
				Profession : Lieu de travail :	
				Profession : Lieu de travail :	
				Profession : Lieu de travail :	

Cette liste doit être établie par le médecin dès que la suspicion est établie et transmise le même jour au médecin cantonal.

Lieu et date : Timbre (ou nom / prénom) :

ANNEXE 13.6 MODÈLE : DÉCLARATION MÉDICALE (PAGE 2 DU DOSSIER MÉDICALE STANDARD, ANNEXE 13.13

Nom :	Prénom :	Né(e) le ____/____/____	No :
○ INFORMATIONS EPIDEMIOLOGIQUES			COMPLEMENTAIRES
Voyage ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Lieu :	
Avion ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Contact avec malades suspects ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Prise de Tamiflu ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Depuis (date) : ____/____/____	
Contact avec personne à risque ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Qui ? :	
Profession à risque ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Laquelle ? <small>50</small>	

○ DIAGNOSTIC CLINIQUE DE GRIPPE																
Cas probable <input type="checkbox"/> Cas confirmé <input type="checkbox"/>																
Sortie <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Domicile avec assistance <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Autre..... Aucune thérapie prescrite : <input type="checkbox"/> oui Masques remis : oui <input type="checkbox"/> nombre: non <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Médicaments</th> <th style="text-align: center;">mg</th> <th style="text-align: center;">Posologie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tamiflu.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> (Résultat du frottis . <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif Date :)	Médicaments	mg	Posologie	Tamiflu.....
Médicaments	mg	Posologie														
Tamiflu.....														
.....														
.....														
.....														
Arrêt de travail : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>% du : ____/____/____ au : ____/____/____																
Mesures complémentaires / remarques / risque collectif → annonce au Médecin cantonal !																
Timbre du médecin :	Signature:															

Faxer au Médecin cantonal	Fax :
---------------------------	-------

ANNEXE 13.7 MODÈLE - RAPPORT DE SOINS INTENSIFS RELATIFS À A(H1N1)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

laisser vide

Rapport hebdomadaire d'une personne séjournant en unité de soins intensifs et atteinte par le virus (H1N1) 2009

Le personnel hospitalier de contact remplit le formulaire ci-dessous pour chaque patient/e une fois par semaine et le renvoie à l'OFSP au plus tard le lundi (Fax: 031 323 87 77).

Ce formulaire complète la déclaration obligatoire des cas hospitalisés, mais ne la remplace pas.

Confidentiel

Hôpital

Hôpital: Canton:

Personne de contact:

Nom	Tél.	Fax
.....
.....
.....

Patient/e

Nom, prénom: Date de naissance:/...../..... Sexe: f m

Canton:

Evolution

Hospitalisation, le/...../..... En unité de soins intensifs, depuis le/...../.....

Raison des soins intensifs: pneumonie bactérienne pneumonie virale SDRA
 défaillance multiorganique état de choc autre:

Rapport hebdomadaire:

Veuillez remplir et renvoyer ce rapport au plus tard le lundi à l'OFSP par fax: 031 323 87 77

Date:/...../..... état amélioré inchangé altéré ventilation invasive
 nouvelles complications:

Date:/...../..... état amélioré inchangé altéré ventilation invasive
 nouvelles complications:

Date:/...../..... état amélioré inchangé altéré ventilation invasive
 nouvelles complications:

Date:/...../..... état amélioré inchangé altéré ventilation invasive
 nouvelles complications:

Date:/...../..... état amélioré inchangé altéré ventilation invasive
 nouvelles complications:

Date:/...../..... état amélioré inchangé altéré ventilation invasive
 nouvelles complications:

Départ

Départ de l' USI, le/...../.....

Transfert dans un autre hôpital, le/...../....., à:

décédé le/...../..... **si oui, prévenir immédiatement le service médical cantonal!**

Cause du décès:

Remarques

.....
.....
.....

ANNEXE 13.8 MESURES D'HYGIÈNE INDIVIDUELLE (OFSP 17.3.2010)

LAVAGE DES MAINS

Le lavage des mains joue un rôle clé dans l'hygiène, puisque c'est par les mains que se propage la majeure partie des maladies infectieuses. En situation de pandémie, le lavage régulier des mains constituera un geste essentiel de protection. Il vaudra également mieux éviter de serrer les mains.



Comment bien se laver les mains ?

La méthode pour bien se laver les mains est très importante car le savon seul ne suffit pas à éliminer les germes. C'est la combinaison du savonnage, du frottage, du rinçage et du séchage qui permet de se débarrasser des germes.

- se mouiller les mains sous l'eau courante
- se savonner les mains, si possible avec du savon liquide
- se frotter les mains jusqu'à produire de la mousse. Ne pas oublier de frotter le dos de la main, entre les doigts, sous les ongles puis les poignets
- bien se rincer les mains sous l'eau courante
- se sécher les mains avec une serviette propre - si possible une serviette en papier jetable ou un rouleau d'essuie-mains en tissu.

Quand se laver les mains ?

Il faut se laver les mains le plus souvent possible et notamment à certains moments essentiels :

- avant de préparer les repas ou avant de passer à table
- avant de manger
- avant de nourrir les enfants
- après s'être mouché, avoir toussé ou éternué
- chaque fois qu'on rentre au domicile
- après avoir utilisé les transports publics
- après avoir rendu visite à une personne malade ou avoir eu un contact proche avec le matériel qu'elle utilise ou ses effets personnels
- avant de mettre ou d'enlever ses verres de contact.

Dans tous les cas, on se lavera les mains :

- après avoir retiré un masque
- après être allé aux toilettes
- après avoir changé une couche ou aidé un enfant à aller aux toilettes
- après avoir manipulé des ordures.
- à chaque fois qu'on a les mains sales.

Comment optimiser l'efficacité du lavage des mains ?

Pour se laver les mains encore plus efficacement, voici quelques règles essentielles :

- utiliser du savon, de préférence liquide ou du savon sans rinçage. Les savons en pain ne sont pas aussi hygiéniques car ils restent humides et conservent les virus
- avoir une peau saine : parce que des mains ou une peau abîmés peuvent se révéler de véritables nids à microbes. Utiliser au besoin une lotion hydratante pour garder une peau saine. Par ailleurs, pour éviter de garder des souillures sous les ongles, les couper courts et les brosser régulièrement
- l'usage de désinfectant n'est pas forcément recommandé à ce stade.

MOUCHAGE, ÉTERNUEMENTS, CRACHAT, TOUX

Se moucher, éternuer, cracher, tousser, peuvent être des actions du quotidien à haut risque en cas de maladie. Pour freiner la pandémie, et sauver des vies, quelques gestes simples pourront faire la différence.

Il est nécessaire de respecter des règles d'hygiène précises :

- se couvrir la bouche quand on tousse, de préférence avec un mouchoir
- se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on éternue, de préférence avec un mouchoir. Si vous n'avez pas de mouchoir : mettez votre main devant le nez et la bouche et lavez-vous ensuite les mains avec de l'eau et du savon, ou maintenez votre bras devant le nez et la bouche
- se moucher avec des mouchoirs jetables
- ne cracher que dans un mouchoir
- se laver les mains après avoir toussé, éternué et craché dans un mouchoir.



Le mouchoir doit être en papier à usage unique, pour pouvoir ensuite être jeté dans une poubelle, si possible munie d'un sac et dotée d'un couvercle.

Et bien sûr, il est très important d'apprendre dès maintenant ces gestes aux enfants.

NETTOYAGE DES OBJETS ET DES SURFACES

Tout autour de nous, les objets et surfaces pourront être contaminés par la toux et les postillons de personnes grippées. Le nettoyage des objets et surfaces constituera un moyen efficace de lutte contre la contamination.

A domicile :

- Chaque membre de la famille doit disposer de son propre linge, de ses propres serviettes de toilette et de sa propre brosse à dents
- Les surfaces de contact (poignées de porte, meubles, cuvette des toilettes, etc.) doivent être lavées régulièrement à l'eau chaude avec du savon ou des produits ménagers habituels.

Si quelqu'un est malade à domicile :

- Les objets utilisés par le malade doivent subir un nettoyage rigoureux et régulier (au moins une fois par jour)
- Le linge du malade peut être lavé en machine avec le linge du reste de la famille, avec lessive habituelle à plus de 60°C
- Il en est de même pour la vaisselle : à l'eau chaude et au savon.

TRAITEMENT DES DÉCHETS ET ORDURES

Tous les déchets d'un malade atteint de grippe pandémique (masques, mouchoirs, couches, protection hygiénique, serviettes en papier...), sont contagieux et doivent être éliminés avec le plus grand soin.



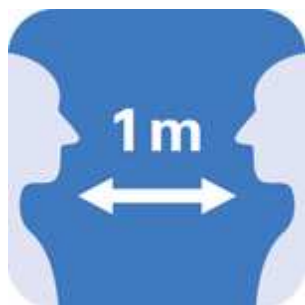
Ces déchets doivent être mis dans un sac poubelle. Il est recommandé de doubler le sac au cas où il se déchirerait. Il peut alors être jeté dans la poubelle des ordures ménagères.

Après avoir jeté le sac, le lavage des mains est nécessaire.

RÈGLES DE CONDUITE EN PUBLIC

Au début de la maladie, la personne est infectée sans le savoir et sans présenter les signes de la grippe. Il est donc important de rester très prudent lors de contacts proches avec les autres.

En période de pandémie, pour ne pas contaminer les autres, ni être soi-même contaminé, il sera fortement recommandé :



- d'éviter les contacts directs entre personnes, tels que les embrassades et les poignées de mains.

ANNEXE 13.9 LE PORT DE MASQUES (OFSP ÉTAT AU 17.3.2010)

L'objectif est de réduire le risque de transmission du virus : d'une part, en portant un masque, le malade évite de contaminer son entourage et son environnement par ses éternuements, sa toux et ses postillons. D'autre part, le masque évite aux personnes en contact avec les malades de s'infecter. Le port du masque n'est utile et efficace qu'en association avec les autres mesures d'hygiène et d'éloignement social recommandées.



Il existe essentiellement deux types de masques contre la contamination grippale : les masques d'hygiène (aussi appelés masques chirurgicaux de type II ou IIR) et les masques de protection respiratoire.

Dans les établissements de soins, des études évaluant les mesures visant à réduire la propagation des virus respiratoires laissent à penser que le port de masques pourrait réduire la transmission de la grippe. Pour cela, l'utilisation des masques doit être accompagné d'informations concernant les mesures complémentaires qui pourraient avoir un effet sur leur efficacité, p.ex. une formation à leur bon usage et un bon système d'élimination des masques usagés. Dans la collectivité, les avantages du port du masque n'ont pas été démontrés, en particulier dans les espaces ouverts, contrairement à ce qui se passe dans les espaces clos où l'on est en contact étroit avec une personne présentant des symptômes de type grippal.

Les recommandations

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) recommande à toute la population de se constituer une réserve individuelle de 50 masques d'hygiène par personne.

Le port du masque peut permettre à une personne grippée de se couvrir la bouche et le nez afin de contenir les gouttelettes respiratoires. Le port d'un masque est donc recommandé aux:

- malades à la maison, lorsqu'ils ne sont pas en mesure de respecter une distance de 1 Mètre entre les personnes
- malades devant quitter leur domicile (par ex. pour se rendre chez leur médecin ou à l'hôpital)
- personnes ne pouvant pas respecter une distance minimum de 1Mètre avec une personne malade à la maison, indépendamment du fait, que la personne malade porte un masque.

Cependant, le masque ne garantit pas de sécurité à lui seul. C'est pourquoi, l'utilisation des masques doit être associée à d'autres mesures d'hygiène visant à prévenir la transmission interhumaine de la grippe

Comment utiliser un masque

Si l'on porte un masque, il est indispensable de bien l'utiliser et de l'éliminer correctement si l'on veut qu'il puisse être efficace. Ces conseils sont tirés des pratiques adoptées dans les lieux de soins :

- appliquer soigneusement le masque de façon à recouvrir le nez et la bouche et l'attacher serré de façon à l'ajuster au mieux sur le visage

- lorsque l'on porte un masque, éviter de le toucher. Chaque fois que l'on touche un masque usagé, par exemple en le retirant, se laver les mains à l'eau et au savon ou à l'aide d'une solution désinfectante
- lorsqu'il s'humidifie (après env. 2h), le remplacer par un nouveau masque propre et sec
- ne pas réutiliser des masques à usage unique
- jeter les masques à usage unique après chaque utilisation et immédiatement après les avoir retirés.

EN BREF :

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) recommande à toute la population de se constituer une réserve individuelle de 50 masques d'hygiène par personne.

- Le port de masques d'hygiène concerne surtout les malades et leur entourage immédiat
- Le port du masque n'est utile et efficace qu'en association avec les autres mesures d'hygiène et d'éloignement social recommandées.

ANNEXE 13.10 MESURES DE PRÉVENTION À AFFICHER DANS LES ESPACES COLLECTIFS (OFSP 2009)

La grippe pandémique: Mesures pour nous protéger.

Des mesures simples permettent de se protéger soi-même et les autres contre les infections.



Lavez-vous les mains.

Lavez-vous soigneusement les mains avec de l'eau et du savon plusieurs fois par jour.



Toussez et éternuez dans un mouchoir en papier.

Placez un mouchoir en papier devant la bouche et le nez pour tousser et éternuer.



Jetez les mouchoirs en papier.

Après usage, jetez les mouchoirs en papier dans une poubelle et lavez-vous soigneusement les mains avec de l'eau et du savon.



Toussez et éternuez dans le creux du coude.

Si vous n'avez pas de mouchoir en papier sur vous, tousser et éternuer dans le creux du coude. Ce geste est plus hygiénique que de mettre la main devant la bouche. Si vous deviez toutefois utiliser les mains, lavez-les soigneusement avec de l'eau et du savon.



Achetez des masques d'hygiène.

Constituez-vous à temps une réserve de 50 masques d'hygiène par personne pour éviter des pénuries. Vous les trouverez dans le commerce (p. ex., dans les pharmacies, drogueries, supermarchés ou grands magasins).

La grippe pandémique: Important en cas de symptômes

Si vous présentez des symptômes grippaux, vous devez impérativement respecter les consignes suivantes, pour votre protection et celle des autres.



Soyez attentifs à tout signe de grippe, notamment aux symptômes suivants:

- Subite poussée de fièvre dépassant les 38°C;
- Frissons, maux de tête, douleurs musculaires et articulaires;
- Rhume, toux sèche et maux de gorge;
- Vertiges ou difficultés respiratoires;
- Douleurs abdominales, diarrhée ou vomissement.



Restez à la maison

Si vous souffrez de plusieurs des symptômes décrits ci-dessus, restez impérativement à la maison. Vous évitez ainsi la propagation de la maladie. Restez à la maison jusqu'à ce que votre grippe soit entièrement soignée. Attendez au moins un jour après la disparition de la fièvre avant de retourner à vos occupations habituelles.



Quand devez-vous contacter un médecin?

Chez la plupart des personnes, la grippe disparaît sans complications. Vous devriez néanmoins appeler un médecin si vos enfants ou vous-même présentez des symptômes grippaux graves (douleurs en respirant, difficultés respiratoires). Les personnes présentant un risque accru de complications* devraient contacter immédiatement un médecin.



Portez un masque d'hygiène

Si vous êtes malade et que vous vivez avec d'autres personnes, portez un masque d'hygiène. Vous éviterez ainsi d'infecter les membres de votre famille ou vos colocataires. Les personnes soignant un malade à domicile devraient également porter un masque. Cependant, le masque à lui seul ne confère pas une protection absolue. C'est pourquoi les masques ne devraient être utilisés qu'en combinaison avec les autres mesures d'hygiène conseillées.



Si, malgré la maladie, vous devez entrer en contact avec autrui, respectez les points suivants:

- Maintenez, si possible, une distance d'au moins un mètre avec les autres personnes;
- Évitez de leur serrer la main;
- Renoncez aux embrassades et au bisex;
- Ne vous rendez pas à de grands rassemblements;
- Portez un masque d'hygiène lorsque vous quittez votre domicile;

* Les personnes suivantes ont un risque de complication accru lors de la grippe pandémique (H1N1):

Les femmes enceintes, les nourrissons, les personnes souffrant de maladies chroniques (en particulier d'affections respiratoires comme l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou la mucoviscidose; de maladies cardiovasculaires; de déformations cardiaques congénitales; de maladies du métabolisme comme le diabète; d'affections rénales; de maladies du sang), présentant une immunodéficience congénitale ou acquise, ou suivant une thérapie immunosuppressive; les personnes de plus de 65 ans (leur risque d'infection étant néanmoins plus réduit).

Etat: septembre 2009



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

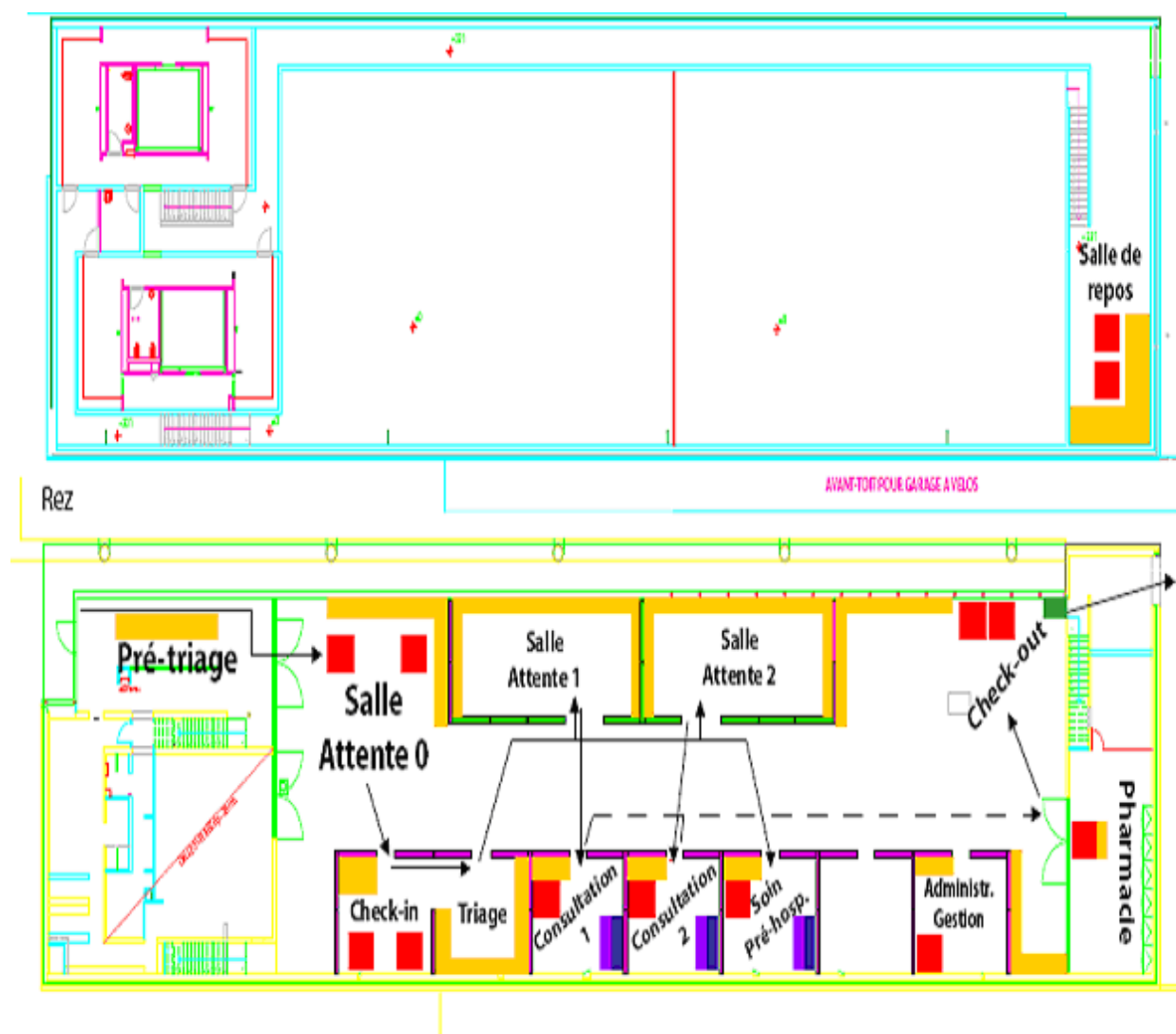
Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Federal Office of Public Health FOHP

www.pandemia.ch
Hotline 031 322 21 00

UNIS
CONTRE LA
GRIPPE

Traduit de l'allemand. En cas de questions d'interprétation éventuelles sur le présent contenu, la version allemande est décisive.

ANNEXE 13.11 A Pandicentres : Matériel et mobilier (modèle EPAD)



- Séparations 2.50 x 1.80 m (10)
- Séparations 2.65 x 2.05 m (33)
- Chaises (105 + 2 roulantes)
- Tables (13)
- Lit d'examen (3)
- Paravents (3)
- Passage pour chaise roulante (1)

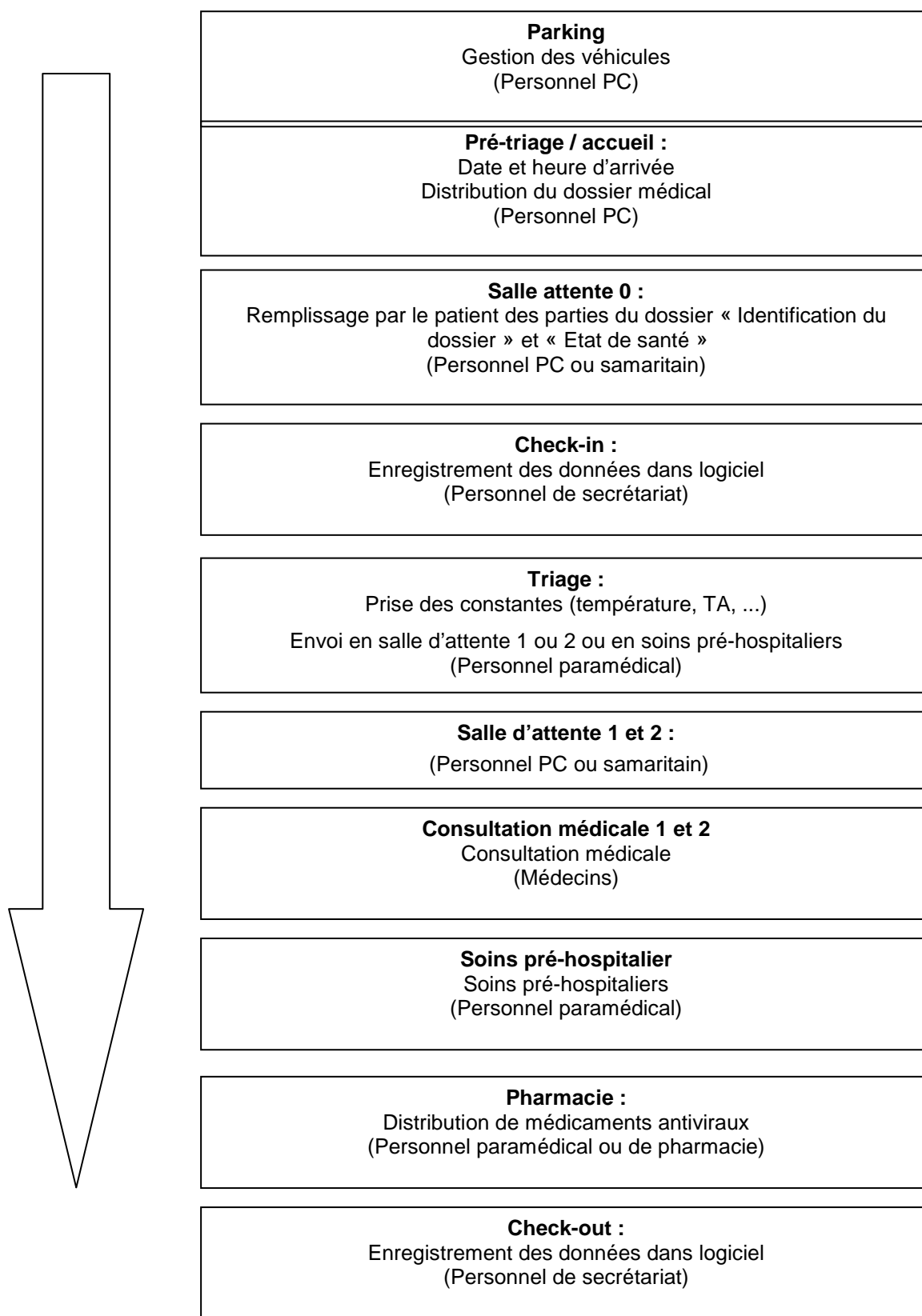
Répartitions des chaises par salle :

Pré-triage = 10	Soin Pré-hosp. = 2
Salle attente 0 = 15	Administration = 2
Salle attente 1 = 15	Attente Pharmacie = 10
Salle attente 2 = 15	Attente check-out = 10
Check-in = 4	check-out = 2
Triage = 10	Salle repos = 10
Consultation 1 = 2 + 1 roulante	
Consultation 2 = 2 + 1 roulante	

SOLUTION
 FROTÉ | MOLL | MULLER

Froté | Moll | Muller | 21.07.2009

ANNEXE 13.11 B PANDICENTRES : FLUX ET DES PATIENTS



ANNEXE 13.12 PANDICENTRES : LISTE DE MATÉRIEL MÉDICAL

Matériel	Pour le Pandicentre principal	Par Pandicentre régional
Lit examen	4	3
Tables	13	10
Chaises	100	60
Paravent	3	3
Rouleau papier*	1 rouleau / 30 patients	Idem
Solution Hydro alcool*	100 ml/j par personnel soignant	Idem
Masques personnel	4 masques / personnel soignant / jour (8h)	Idem
Masques patients	5 masques par patients	Idem
Saturomètre	1	1
Abaisse langue	10'000	5'000
Lampe de poche	4	4
Tensiomètre	4	4
Thermomètre auriculaire	5	4
Bonbonne O2	2	2
Masques O2	200	100
Brancard	2	2
Chaises roulantes	2	2
Haricots jetables	150	100

- *Certains éléments de cette liste peuvent être commandés régulièrement comme masques, haricots, rouleau pour lit, solution hydro-alcoolique, abaisse langue.
- Les médecins viennent avec leur stéthoscope, leur otoscope, leur tensiomètre, ainsi qu'avec des ordonnances et leur timbre médical.
- Un ou deux sets d'urgence doivent être disponibles dans chaque Pandicentre. Ainsi que éventuellement un défibrillateur.

ANNEXE 13.13 MODÈLE DE DOSSIER MÉDICAL

DATE CONSULTATION à compléter par le pré-tri																		
N°dossier																		
Date et heure arrivée																		
IDENTIFICATION DU DOSSIER à compléter par le patient																		
Nom		Prénom																
Date naissance		Sexe																
Numéro AVS																		
Caisse maladie		N° assuré																
Adresse		Complément																
NPA/Localité		Pays																
Nationalité		Autorisation séjour																
Représentants légaux																		
N°téléphone		N°mobile																
Médecin traitant																		
ETAT DE SANTE à compléter par le patient																		
<p>MALADIES ACTUELLES</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie cardiaque :</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Immunosuppression (greffe, HIV, autre)</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance rénale</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>		<p>GROSSESSE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>																
<p>TRAITEMENT HABITUEL</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Médicaments</th> <th>mg</th> <th>Posologie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Médicaments	mg	Posologie	<p>SYMPTOMES</p> <p><input type="checkbox"/> T° > 38° ou sensation de fièvre</p> <p><input type="checkbox"/> Toux</p> <p><input type="checkbox"/> Mal de gorge</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté à respirer</p> <p><input type="checkbox"/> Frissons</p> <p><input type="checkbox"/> Douleurs musculaires</p> <p><input type="checkbox"/> Douleurs articulaires</p> <p><input type="checkbox"/> Fatigue importante</p> <p><input type="checkbox"/> Mal à la tête</p> <p><input type="checkbox"/> Mal à la poitrine</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhées</p> <p><input type="checkbox"/> Vomissements</p>	
Médicaments	mg	Posologie																
.....																
.....																
.....																
.....																
<p>ALLERGIES oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, préciser :</p>		<p>DEBUT DES SYMPTOMES</p> <p>Date : ___/___/___ Heure:</p>																

MESURE DE PRE_TRIAGE à compléter par le pré-tri

Accompagné oui non

Les informations ci-dessus données par le patient ont-elles été contrôlées? ₅₀ oui non

Consultation N° 1 N° 2

ATTENTE 1 ATTENTE 2 PRÉ-HOSP

Température : °C avec fébrifuge <6h

..... °C sans fébrifuge

Fréquence respiratoire : / min

Saturation O2 : %

Tension artérielle :/..... mm Hg

Fréquence cardiaque : / min

Prise du 1er comprimé Tamiflu Date : ___/___/___

Heure:

EXAMEN CLINIQUE

Heure:

Aspect général :

- Normal
- Moyen
- Mauvais

Raideur de nuque :

oui non

Adénopathies cervicales

oui non

Oropharynx :

- Normal
- Anormal:

Auscultation pulmonaire :

- Normale
- Anormale:

Téguments : Normaux

Cyanose

Frottis naso-pharyngé

oui non

Eruption

Pétéchies

Neuropsychologie

- Normale
- Somnolence
- Apathie / confusion
- Délire

Autres anomalies au statut :

Si pneumonie: critères d'hospitalisation

- Confus/désorienté/bradypsychique
- FR ≥ 30/min
- TAS < 90 mm Hg
- TAD ≤ 60 mm Hg
- Saturation O2 < 92%
- FC > 120/min
- T° > 38°

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE GRIPPE à compléter par le médecin

Atteint par le virus pandémique Oui Non

Sortie Retour au domicile

Hospitalisation

Si hospitalisation :

Etablissement :

Hospitalisation transport :

- Ambulance
- Véhicule PC
- Véhicule privé
- Hélicoptère

Aucune thérapie prescrite oui

Médicaments

mg Posologie

Tamiflu.....

.....

.....

.....

Masques remis oui nombre:

Arrêt de travail : non oui % du : ___/___/___ au : ___/___/___

Commentaire :
.....

Nom du médecin :

Signature du médecin :

ANNEXE 13.14 PROTECTION PAR LES MASQUES

SwissNOSO

Annexe 1 : Recommandations de SwissNOSO concernant la protection du personnel de santé contre la grippe pandémique (H1N1) 2009, selon les caractéristiques actuelles du virus

1. Définition du personnel de santé

Personnel de santé en contact direct avec le patient.

2. Mesures pour protéger le personnel de santé d'une infection

2.1. Mesures d'hygiène

Les mesures suivantes doivent être appliquées lors de tout contact avec un patient atteint par la grippe pandémique ou suspecté de l'avoir (poussée de fièvre subite, rhinite, toux, maux de gorge) :

Masque chirurgical	Lorsque le patient est à moins de 1 à 2 m ; en option : masque de type FFP2 lors de traitements ou procédures générant des aérosols	Précautions contre les gouttelettes
Protection des yeux	En cas d'exposition à des sécrétions respiratoires (p. ex., examen de la cavité nasale et de la bouche/pharynx ou lors de frottis diagnostique)	Précautions standard
Gants	En cas d'exposition à des sécrétions respiratoires (p. ex., examen de la cavité buccale)	
Blouse	En cas d'exposition prolongée à des sécrétions respiratoires (p. ex., pédiatres tenant un enfant pour l'examiner)	
Hygiène stricte des mains	Recommandations standard de SwissNOSO	

Personnel de santé appartenant à un groupe à risque

Le personnel de santé présentant un risque accru de complications en cas d'infection grippale pandémique (H1N1) 2009 (voir document de l'OFSP « Recommandations provisoires concernant la prise en charge des cas et des contacts ») devrait être évalué par un médecin du service du personnel pour une éventuelle restriction de travail.

En cas de risque avéré, ledit personnel de santé ne devrait pas prendre en charge (c'est-à-dire entrer en contact direct avec) un patient isolé pour cause d'infection grippale suspecte ou confirmée, pour autant que les ressources en personnel le permettent. Toutefois, ce personnel de santé peut continuer à travailler dans la même unité sans prendre en charge des patients isolés pour grippe.

Si l'incidence d'affections grippales (Influenza-like illness, ILI) est en augmentation parmi les patients se présentant aux urgences ou au service ambulatoire d'un hôpital, il est recommandé que cet hôpital introduise des mesures supplémentaires de contrôle de l'infection pour protéger le personnel de santé en général, et celui appartenant à des groupes à risque accru de complications en particulier.

Les mesures à envisager sont : instaurer un système de triage pour la détection précoce de patients symptomatiques et s'assurer que ces patients portent un masque durant tout leur séjour à l'hôpital, dispenser le personnel à risque accru de complications de la responsabilité de traiter directement des patients avec ILI, recommandation de porter des masques pour toute l'équipe du personnel de santé de l'unité qui doit prendre en charge le patient avec ILI,

SwissNOSO

si possible réassigner le personnel de santé à risque accru de complications à une unité avec moins de patients avec ILI.

La décision concernant quelle(s) mesures mettre en œuvre devra être basée sur une évaluation locale de l'épidémiologie, de la faisabilité et des ressources en personnel.

2.2. Chimio prophylaxie avec inhibiteurs de la neuraminidase

Il n'est pour l'heure pas recommandé de protéger le personnel de santé avec une chimio prophylaxie. Les raisons sont la relativement faible virulence du virus actuellement en circulation et le potentiel d'émergence de résistance.

En lieu et place d'une chimio prophylaxie, pendant le pic d'activité virale, un traitement systématique du personnel de santé peut être proposé pour réduire l'absentéisme au travail.

2.3. Vaccination

La vaccination doit être proposée, conformément aux recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV).

3. Mesures pour protéger le personnel et les patients d'un membre du personnel de santé infecté

3.1. Dépistage de la grippe pandémique (H1N1) 2009

Les membres du personnel de santé devraient observer quotidiennement leur état de santé pour détecter des symptômes grippaux (température corporelle, symptômes respiratoires, etc).

Facultatif : tout le personnel de santé devrait se faire tester à l'aide d'une RT-PCR dans les 24 heures après l'apparition des premiers symptômes. Cela permettrait de surveiller localement l'activité virale et de guider la politique d'isolement et de traitement.

3.2. Traitement à l'oseltamivir (Tamiflu®) du personnel de santé avec infection à influenza pandémique (H1N1) 2009 suspectée ou confirmée

A l'heure actuelle un traitement à l'oseltamivir devrait être proposé seulement au personnel de santé appartenant aux groupes à risque accru de complications ou présentant une infection sévère.

Cependant un traitement à l'oseltamivir peut être proposé à tout le personnel de santé pendant les semaines où l'activité virale est la plus forte dans le but de réduire l'absentéisme au travail. Le pic d'activité virale peut varier géographiquement.

3.3. Restriction de travail

3.3.1. Personnel de santé avec infection à influenza pandémique (H1N1) 2009 suspectée ou confirmée

Les membres du personnel de santé atteints ou suspectés d'être atteints par la grippe pandémique (H1N1) 2009 ne devraient pas venir au travail jusqu'à 24h après disparition de la fièvre et jusqu'à ce que les symptômes respiratoires se soient améliorés. S'ils reprennent le travail moins de 7 jours après l'apparition des symptômes, ils doivent porter un masque chirurgical pendant toute la durée de travail, et ce pendant les sept jours suivant l'apparition des premiers symptômes.

3.3.2. Personnel de santé avec infection respiratoire aiguë

Le personnel de santé avec des symptômes respiratoires aigus et de la fièvre à plus de 38°C ne devraient pas venir au travail jusqu'à 24h après disparition de la fièvre. Le personnel de santé sans fièvre et avec des symptômes respiratoires légers à modérés peuvent continuer à travailler. Tout le personnel de santé avec des symptômes d'infection aiguë des voies

SwissNOSO

respiratoires supérieures (rhinite, toux, maux de gorge) devraient porter un masque chirurgical pendant le travail jusqu'à ce que les symptômes aient régressé (seulement peu de toux).

Le président de SwissNoso : Prof. Dr. Christian Ruef

ANNEXE 13.15 PROTECTION PAR LES MASQUES ET LES LUNETTES



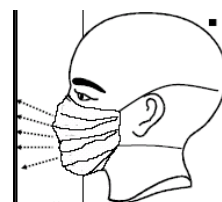
FICHE TECHNIQUE MASQUE ET LUNETTES OU MASQUE À VISIÈRE

rgicaux appelés aussi masques d'hygiène de type II R.

Durée d'utilisation de 3h. Protègent de la transmission par gouttelettes mais pas par aérosols.

Chaque personne reçoit en moyenne 3 masques par jour de 8h.

- ☞ Destinés à éviter les **projections** de gouttelettes (salive ou sécrétions respiratoires) lors d'expiration du personnel vers le patient ou d'un malade contagieux vers son entourage.
- ☞ Ne doivent pas être utilisés comme masques de protection respiratoire car leur capacité globale à filtrer l'air ne protège pas des microorganismes transmis par aérosols qui eux nécessitent l'emploi de masques ultra-filtrants.



- Masques de protection respiratoires FFP (*filtering face piece*) 2 ou 3
- Appelés aussi masques 'tuberculose'. Durée d'utilisation 8h. Protègent de la transmission par aérosols. Pour toutes activités à risques d'aérosol (intubation, aspiration, endoscopies), pour toute la phase 4 lors de tout contact avec grippés et pour les grippés eux-mêmes (si tolérés).

Un masque humide, endommagé ou contaminé par des liquides biologiques doit être remplacé.

Activités nécessitant le port de protection faciale

Type d'activité (liste non exhaustive)	Type de matériel
<ul style="list-style-type: none"> • Procédures invasives • Ponctions, pose de cathéter • Aspiration bronchique • Pour les soins prolongés et à risque particulier de projections • Interventions chirurgicales • Interventions endoscopiques • Accouchements • Soins dentaires • Manipulation ou nettoyage présentant un risque d'éclaboussures de liquides biologiques 	<p>Masques médicaux et Lunettes de protection</p> <p>OU</p> <p>Masque à visière</p>

Types de masques médicaux



de soins



chirurgical



à visière

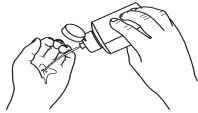


coquille non FFP2

Masque à élastique : Mode d'emploi



1. Passer les anses autour des oreilles,



2. ouvrir les soufflets et ajuster de l'arête de manière à recouvrir le nez et le menton,



3. ajuster la barrette rigide de façon à ce qu'elle épouse les contours du nez et des pommettes.

4. Se désinfecter les mains après avoir mis le masque.

Masque à lanières : à utiliser toujours en association avec un bonnet (charlotte)



1. fixer les liens du haut en les passant au-dessus des oreilles,



2. ceux du bas dans la nuque,



3. ne pas les croiser.



4. déplier le masque de manière à recouvrir le nez et le menton,



5. modeler la barrette rigide de façon à ce qu'elle épouse les contours du nez et des pommettes.



6. se désinfecter les mains après avoir mis le masque.

Lunette de protection ou visière - Lors de contacts à moins de 2 mètre d'un patient qui tousse et qui ne porte pas de masque, pour les activités invasives : intubation, aspiration, endoscopies



1. Bien recouvrir les yeux avec les lunettes de protection et s'assurer que ces dernières sont bien fixées derrière les oreilles.



2. Bien recouvrir le visage avec la visière et modeler la barrette pour qu'elle épouse le contour du visage.

Ablation du matériel de protection



1. Retirer les lunettes ou la visière



2. Retirer le masque



3. Eliminer le masque et les lunettes à usage unique dans le sac à déchets incinérables après chaque utilisation.

Nettoyer et désinfecter les lunettes et les visières si elles ne sont pas à usage unique et les stocker dans un endroit propre après chaque utilisation

4. Se désinfecter les mains après le retrait du masque et des lunettes



Les lunettes médicales ne sont pas considérées comme
lunettes de protection

ANNEXE 13.16 EXEMPLES D’AFFICHES À UTILISER DANS UNE PANDÉMIE

Hôpital neuchâtois
Unité de Prévention et Contrôle de l'Infection - UPCI

Pandémie grippale

Mesures à appliquer dans toute l'institution

Port de masque pour tous, par tous, partout et en tout temps





A changer toutes les 3 heures

Après tout contact avec des personnes ou leur environnement: désinfectez-vous les mains



Hôpital neuchâtois
Unité de Prévention et Contrôle de l'Infection - UPCI

Mesures additionnelles
aérosols + contact.


Pandémie grippale

Mesures à appliquer lors de tout contact avec des patients grippés





Visiteurs: merci de vous adresser au personnel



Lors de l'entretien de la chambre et/ou en absence de soins




Lors de soins directs (moins de 2 mètres du patient)

Affiche pandémie 6 tous

UPCI PD/pd, 11.05.2006

Hôpital neuchâtois
Unité de Prévention et Contrôle de l'Infection - UPCI

Mesures additionnelles
gouttelettes + contact





Mesures à appliquer impérativement à l'entrée

Visiteurs: merci de vous adresser au personnel




Les enfants ne sont pas autorisés à rendre visite aux patients

Lors de l'entretien de la chambre



Lors de soins ou contacts directs (moins de 2 mètres)






UPCI PE/bxj02.07.2006

ANNEXE 13.17 CONCEPT DE COMMUNICATION H-JU

Public	Besoin en information / communication	Vecteur
Personnel présent sur les sites y compris les auxiliaires	Documentation sur la pandémie et le comportement à adopter : Recommandations compréhensibles et formation Point de situation sur l'état de la pandémie	Intranet / tableaux d'affichage / colloques
Patients hospitalisés non grippés	Risques encourus Point de situation sur la pandémie (informations à destination du public) En état de communiquer avec l'externe Dans l'impossibilité de communiquer	Lettre de convocation Affichage dans les unités Téléphone ou portable personnel Par le médecin qui prend en charge le patient via filtre téléphonique ou par la personne de contact.
Patients hospitalisés grippés	En état de communiquer de ses nouvelles à l'externe Dans l'impossibilité de donner de ses nouvelles	Téléphone ou portable personnel Nouvelles aux proches par le médecin hospitalier qui prend en charge le patient via filtre téléphonique ou par la personne de contact.
Proches de patients hospitalisés dans l'impossibilité de donner des nouvelles directement	Explication de la restriction des visites pour tous les patients Etat de santé des patients hospitalisés	Radio, TV, Internet / Affichage aux portes Par le médecin hospitalier qui prend en charge le patient via filtre téléphonique ou par la personne de contact.
Médecins traitants	Informations relatives à leurs patients hospitalisés	Téléphone ou portable personnel du patient Par le médecin hospitalier qui prend en charge le patient via filtre téléphonique

ANNEXE 13.18

Recommandations de triage pour l'admission et le séjour des enfants aux soins intensifs pédiatriques en cas de pandémie de grippe

Ce document a été élaboré, à l'initiative des cantons et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), par la Société suisse de médecine intensive (SSMI), en collaboration avec et au nom de la Société suisse de pédiatrie (SSP), de la Société suisse de néonatalogie (SSN), du Groupe suisse d'infectiologie pédiatrique (PIGS), de l'Association des médecins cantonaux suisses (AMCS) et de l'OFSP.

Bernhard Frey^{a,b},
Christoph Berger^{a,c},
Christian Kind^d,
Bernard Vaudaux^e

- a Auteurs principaux de l'Hôpital pédiatrique universitaire de Zurich
- b Service de médecine intensive et de néonatalogie
- c Infectiologie et hygiène hospitalière
- d Hôpital pédiatrique de Suisse orientale (St-Gall)
- e Département de pédiatrie. CHUV Lausanne

Pour la Société suisse de médecine intensive SSMI (BF), en collaboration avec la Société suisse de pédiatrie SSP (CK, CB, BV, BF), la Société suisse de néonatalogie SSN (BF, CK), le Groupe suisse d'infectiologie pédiatrique PIGS (CB, BV, CK), l'Association des médecins cantonaux suisses (AMCS); Dr Chung-Yol Lee; Fribourg) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, division Maladies transmissibles MT).

Correspondance:
Prof. Bernhard Frey
Médecin-chef du service de médecine intensive et de néonatalogie

Prof. Christoph Berger
Infectiologie et hygiène hospitalière
Clinique pédiatrique universitaire
CH-8032 Zurich
Tél. 044 266 73 59
bernhard.frey@kispi.uzh.ch
christoph.berger@kispi.ch

Avant-propos du Dr Chung-Yol Lee, vice-président de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS)

Cette fois, nous avons eu de la chance. La pandémie de grippe s'est révélée nettement moins grave que ce que nous avions redouté suite aux événements survenus au Mexique et dans certains pays de l'hémisphère Sud. Elle nous a donné la possibilité de tester et d'évaluer le jeu complexe de la collaboration des acteurs impliqués en cas de pandémie, et en partie pour d'autres crises sanitaires. En comparaison internationale, la Suisse est bien préparée à une pandémie. La communication et la coordination peuvent encore être optimisées et la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, et entre les différents départements et offices à tous les niveaux, mieux définie. Cependant, certains aspects inhérents à la planification à long terme nécessitent des décisions politiques actives.

De fait, il n'y a pas que dans la recherche clinique pédiatrique que nous nous trouvons face à un dilemme. Nous le sommes aussi en cas de pandémie grave. Le nombre de places en soins intensifs et de spécialistes pédiatriques est encore plus limité que pour les adultes. Et il est impossible d'augmenter ces capacités à court terme. Cette situation ne place pas uniquement les médecins responsables devant un problème éthique. La société doit de se demander combien elle est prête à investir en ces temps incertains, en sachant qu'il en va de vies humaines.

Quelle que soit la conclusion que les autorités politiques et la société apportent à cette question, il im-

porte, si une situation concrète se présentait, que les familles en comprennent la logique, qu'elles la trouvent équitable (sur le plan procédural) et qu'elles soient informées en temps utile que des critères comparables s'appliqueraient dans toute la Suisse pour le triage et l'admission en IPS. Dans cette optique, les directives de triage pour l'admission et le maintien des enfants en soins intensifs en cas de pandémie de grippe sont des principes de base indispensables pour la planification et la préparation de tous les acteurs. De plus, elles permettent de décharger en partie les médecins responsables, déjà fortement sollicités.

Le comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a pris connaissance du document et a recommandé à ses membres une mise en application pragmatique des recommandations et des conclusions à en tirer sur le plan régional*. Cette mise en œuvre devra exploiter les coopérations et les synergies existantes. Les discussions menées par les autorités et les spécialistes sont engagées. Nous espérons que les résultats porteront leurs fruits et qu'ils aideront les membres les plus faibles de notre société.

Au nom de l'AMCS, je tiens à remercier les auteurs des recommandations pour leur engagement et le travail effectué malgré le peu de temps à leur disposition. Nous saisissons également l'occasion pour remercier la division Maladies transmissibles de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui a accédé à notre demande et mandaté les auteurs.

* cf. paragraphe Situation A – 3.

Une pandémie de grippe peut affecter les enfants dans une large mesure, en particulier pour ce qui concerne le nombre de malades. En considérant toutes les classes d'âge, le plus fort taux d'hospitalisation est attendu chez les nourrissons (moins d'un an). En comparaison, lors de la grippe saisonnière, le taux d'hospitalisation des enfants de moins de six mois est vingt fois supérieur à celui des jeunes adultes et aussi élevé que celui des personnes de plus de 65 ans. 50% des enfants hospitalisés ont moins de six mois, 80% moins

de deux ans. Même si le taux d'hospitalisation des nourrissons et des enfants en bas âge présentant une comorbidité est plus élevé, deux tiers des enfants hospitalisés en raison de complications survenues suite à une grippe ne présentent aucun facteur de risque ou de comorbidité [1–4].

En août 2009, l'OFSP a estimé, sur la base d'extrapolations, que la pandémie de grippe A(H1N1) 2009 entraînerait 180 à 300 hospitalisations chez les enfants (de 100 à 200 chez les enfants de 0 à 4 ans et de 60 à

120 pour les 5 à 14 ans), dont 15–25% en soins intensifs. Cette pandémie, beaucoup plus modérée que prévue, n'a conduit qu'à la moitié des hospitalisations prévues et seuls quelques enfants ont nécessité des soins intensifs. Cependant, des données provenant de Californie ont montré que, malgré l'évolution modérée de la pandémie, les enfants de moins de 18 ans représentaient 32% de l'ensemble des hospitalisations. Autrement dit, le taux d'hospitalisation de 12 pour 100 000 enfants était quatre fois plus élevé que pour l'ensemble de la population. 26% des enfants hospitalisés ont eu besoin de soins intensifs et un tiers d'entre eux ont dû bénéficier d'une ventilation mécanique [5].

Même si l'évolution de la dernière vague de pandémie s'est révélée beaucoup moins grave que ce que l'on avait craint au départ, les mesures préparatoires ont clairement mis en évidence une certaine vulnérabilité au niveau des soins hospitaliers pédiatriques. En cas de besoin accru de lits, les hôpitaux pour adultes peuvent, lors d'une pandémie, augmenter assez aisément leurs capacités d'accueil, que ce soit au niveau du personnel ou des locaux. Il leur suffit de repousser ou d'annuler certaines admissions électives. Les cliniques pédiatriques ne disposent pas d'autant de marge de manœuvre, puisqu'en temps normal, la proportion d'hospitalisations planifiées ne dépasse pas 25%. Cette situation prévaut pour tous les secteurs de la pédiatrie, mais est encore plus marquée en soins intensifs. Les capacités des unités de soins intensifs destinées aux nouveau-nés et aux enfants étant déjà limitées en situation normale, une pandémie même modérée conduit inévitablement à une pénurie importante.

de places en soins intensifs et de personnel médical, et B: au sommet de la vague, où la quasi-totalité de ces places sont occupées et/ou sont indisponibles en raison du manque de personnel.

Situation A: places/personnel encore disponibles

Il faut tout mettre en œuvre pour que les patients nécessitant un traitement en soins intensifs puissent en bénéficier. Pour ce faire, les mesures suivantes doivent être envisagées et préparées:

1. Augmentation des ressources: report d'opérations et hospitalisations électives; acquisition éventuelle de respirateurs supplémentaires, engagement et formation de personnel supplémentaire (p. ex. des retraités). Augmentation temporaire du temps de travail au niveau maximum (par ex. en déplaçant les vacances, etc.).
2. Réduction des ressources: Grâce à la réduction de l'intensité du traitement et des soins, les ressources disponibles permettent de traiter un nombre plus important de patients.
3. Transferts de patients: il est nécessaire d'instaurer une collaboration étroite pour une utilisation optimale des ressources dans les lieux disposant d'unités de soins intensifs pédiatriques et néonatalogiques séparées (hôpitaux universitaires). Les transferts d'enfants à partir de cantons ne disposant pas d'unités de soins intensifs en pédiatrie se déroulent pour l'instant selon les procédures usuelles en vigueur en cas de transfert intercantonal. Ce dernier est parfois régi par des conventions

Les capacités des unités de soins intensifs destinées aux nouveau-nés et aux enfants étant déjà limitées en situation normale, une pandémie conduit inévitablement à une pénurie importante

En été 2009, un recensement effectué par l'OFSP dans les cantons a permis d'évaluer la capacité des unités de soins intensifs pour adultes et enfants en Suisse. En résumé, il existe environ 850 places en soins intensifs pour adultes, réparties sur quelque 80 centres disposant de 350 à 700 respirateurs. Les services pédiatriques disposent de 90 à 100 places en soins intensifs, réparties sur 8 centres: Hôpital pédiatrique des deux Bâles, Hôpital de l'Île (Berne), Hôpital pédiatrique des Grisons (Coire), HUG (Genève), CHUV (Lausanne), Hôpital cantonal de Lucerne, Hôpital pédiatrique de Suisse orientale (St-Gall) et Hôpital pédiatrique de Zurich, disposant en tout de 40 à 70 respirateurs (sans le service de néonatalogie).

Les recommandations suivantes ont été élaborées à partir du Plan suisse en cas de pandémie [6], de la prise de position de la SSMI [7], des données issues de la littérature [8] et de réflexions sur le triage des enfants [9].

Il faut distinguer deux situations durant une vague de grippe pandémique: A: au début et à la fin de celle-ci, où la Suisse dispose encore de suffisamment

intercantionales. A l'étape suivante (début de pénurie?) on peut envisager de transférer ou d'admettre directement les enfants de plus de 30 kg dans les unités de soins intensifs pour adultes de tous les hôpitaux suisses disposant de telles structures. Dans un troisième temps (augmentation de la pénurie transition vers la situation B, voir ci-dessous), les transferts des places de soins intensifs en pédiatrie sont coordonnés au niveau national. Un système d'information actualisé en permanence (par ex., quotidien) doit de plus être disponible et permettre de consulter les places disponibles en Suisse pour les enfants et les adultes. Ce pourrait être, par ex., la plate-forme informatisée (IES) du service sanitaire coordonné (SSC).

Pour créer les conditions permettant de telles mesures, l'OFSP peut conseiller les autorités cantonales, c'est-à-dire les services du médecin cantonal et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Ethique: la prise de décision sur le plan éthique se fait selon les règles en vigueur dans chaque unité de soins intensifs.

Situation B: toutes les places en soins intensifs occupées et/ou manque de personnel

Dès que la quasi-totalité des places en soins intensifs sont occupées, une procédure de triage (rationnement) uniforme doit être mise en place à l'échelle nationale. En cas de manque de ressources et malgré la réalisation optimale des mesures décrites au point A, il est nécessaire, dans un premier temps, de rationner les ressources (en règle générale l'équipement de respiration artificielle). Si l'on veut sauver un maximum de patients, il faut faire un choix et ne pas soigner ceux dont les chances de survie à court terme sont les plus faibles. Dans cette situation, le rationnement touche toutes les catégories de patients (enfants et adultes). Le présent document se limite aux enfants (jusqu'à 16 ans).

* La SSMI refuse tout score de criticité (par ex., *Paediatric Index of Mortality*, PIM) comme critère de triage (serait alors défini, par ex.: aucun traitement en médecine intensive en cas de mortalité attendue >90%). D'importantes informations complémentaires, telles que des diagnostics spécifiques ou la présence de maladies chroniques, ne sont pas prises en compte.

Critères d'admission des enfants en soins intensifs

La répartition de l'admission en trois catégories est censée faciliter la procédure de triage. Il n'est toutefois pas possible de l'effectuer selon des critères rigides (par ex. nombre, score)*. Chaque décision de triage doit être prise dans la mesure du possible par un groupe interne désigné et non par une personne seule («commission de rationnement»). Ce groupe doit être composé de médecins et de soignants au bénéfice d'une longue expérience en médecine intensive pédiatrique. Dans les hôpitaux disposant d'une unité de soins intensifs, une telle commission sera mise sur pied par la direction avant l'apparition de la pandémie de grippe en Suisse. Dans les hôpitaux où cette procédure n'est pas envisageable, il faut désigner au moins une personne qui garantisse que les personnes prenant ces décisions respectent scrupuleusement les directives de triage. La commission décide indépendamment du canton de domicile du patient; ce fai-

Tableau 1

Situation B: toutes les places en soins intensifs occupées et/ou manque de personnel.

Catégorie / Priorité	Description	Exemples	Paramètres relatifs à la défaillance d'organes	Procédure
1 / élevée	Défaillance sévère d'organes, avec un pronostic vital favorable en cas de traitement en soins intensifs (le plus souvent, défaillance d'un seul organe sans pathologie grave sous-jacente).	<ul style="list-style-type: none"> - Défaillance respiratoire (par ex., due à une pneumonie grippale, une pneumonie bactérienne ou une bronchiolite à RSV), obstruction des voies respiratoires supérieures, asthme, syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né - Septicémie/septicémie néonatale - Hypertension pulmonaire du nouveau-né - Gastro-entérite/déshydratation 	<ul style="list-style-type: none"> a) Défaillance respiratoire: SaO₂ <80% avec FiO₂ >60% (= 2 l/min O₂ par voie nasale pour les nourrissons ou 5 l/min au masque), apnées à répétition; b) Défaillance circulatoire: absence de réaction à une thérapie volumique; c) Encéphalopathie: GCS ≤8 et/ou signes d'hypertension intra-crânienne 	Soins intensifs → réévaluation quotidienne: cat. 2/3?
2 / moyenne	Nécessité d'une surveillance intensive en cas de défaillance potentielle d'organes (respiratoire, circulatoire; neurologique)	<ul style="list-style-type: none"> - Omphalocèle/laparoschisis - Traumatisme crânio-cérébral - Brûlure de la partie supérieure du corps <80% (chances de survie: env. 50%) - Cétosidose diabétique - Trouble du rythme cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> a) Défaillance respiratoire: SaO₂ >80% avec FiO₂ < 60% (= 2 l/min O₂ par voie nasale pour les nourrissons ou 5 l/min au masque), pas d'apnée à répétition; b) Défaillance circulatoire avec bonne réaction à une thérapie volumique; c) Encéphalopathie: GCS >8 sans signes d'hypertension intra-crânienne 	Surveillance intensive en dehors des soins intensifs → réévaluation quotidienne: cat. 1/(3)?
3 / faible	Pronostic vital mauvais à court et moyen terme malgré un traitement en soins intensifs: a) Défaillance sévère d'organes avec pathologie sous-jacente sévère. b) Maladie avec pronostic vital défavorable en soi.	<p>A) Comme pour les cat. 1 et 2, avec une comorbidité supplémentaire comme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - naissance extrêmement prématurée (grande prématurité?) - cardiopathie sévère (par ex., syndrome du cœur gauche hypoplasique) - hypertension pulmonaire préexistante - affection pulmonaire chronique avec besoin accru en oxygène - maladie neuro-dégénérative - déficience immunitaire combinée sévère, leucémie ou lymphome avec récurrence - cardiomyopathie ou myocardite - insuffisance hépatique <p>B) Hernie diaphragmatique avec troubles d'oxygénation sévères (index d'oxygénation >40), polydysplasie impliquant des organes vitaux, brûlure de la partie supérieure du corps >80%.</p>	Comme pour la cat. 1	Soins palliatifs → réévaluation quotidienne: cat. 1/(2)?

sant, elle tient compte des catégories suivantes pour définir l'ordre de priorité (cf. tableau 1).

Catégorie 1

Défaillance sévère d'organes, avec un pronostic vital favorable en cas de traitement en soins intensifs (le plus souvent, défaillance d'un seul organe sans maladie grave concomitante). Un traitement avec uniquement une CPAP en clinique pédiatrique ne disposant pas d'une unité de soins intensifs pour enfants aggraverait nettement l'état de santé. La catégorie 1 a la priorité maximale.

Catégorie 2

Patients nécessitant uniquement une surveillance intensive (éventuellement une CPAP). De nombreux patients souffrant d'une défaillance d'organe peuvent être surveillés et traités à l'extérieur de l'unité de soins intensifs tant que les critères d'une défaillance sévère ne sont pas remplis. Les enfants appartenant à cette catégorie devraient aussi être hospitalisés dans des cliniques pédiatriques ne disposant pas d'une unité de soins intensifs pour enfants ou dans une unité de soins intermédiaires pour adultes (Intermediate Care; conditions techniques: humidification, aspiration, thérapie à l'O₂, monitoring). Priorité moyenne.

Catégorie 3

Patients avec une défaillance sévère d'organes et souffrant d'une maladie concomitante sévère, dont le pronostic vital à court ou moyen terme est fortement hypothéqué ou défavorable. Lorsque les ressources disponibles sont suffisantes, ces patients sont parfois admis en soins intensifs pour une épreuve thérapeutique. Si, en cas de pandémie, la demande de places en soins intensifs dépasse l'offre, ils ne sont pas prioritaires pour un traitement en médecine intensive. En cas de non admission en soins intensifs, ces patients doivent recevoir des soins palliatifs adéquats.

Critères de maintien aux soins intensifs

L'état des patients est réévalué en permanence (par ex., quotidiennement ou plus souvent si nécessaire), à l'aide des catégories susmentionnées, pour établir la priorité d'un traitement aux soins intensifs. Si le patient reste dans la même catégorie, la commission de rationnement doit évaluer si le maintien aux soins intensifs se justifie. Cette évaluation tient compte de la situation pandémique, des places disponibles en soins intensifs et du principe éthique de «ne pas nuire». Selon ce principe, une thérapie intensive chez un patient présentant un pronostic vital défavorable peut uniquement être interrompue en faveur d'un patient dont les chances de survie sont clairement meilleures. Le pronostic est aisé dans les cas suivants: encéphalopathie hypoxique-ischémique, traumatisme crânio-cérébral, septicémie, syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né, obstruction des voies respiratoires supérieures, cétoacidose diabétique.

Ethique: les principes fondamentaux ont aussi été discutés dans le cadre du Plan suisse en cas de pandémie 2009 (partie III, pp. 234–238). La vie de l'être hu-

main est le bien le plus précieux à protéger en premier lieu, car tous les autres biens en dépendent. Les valeurs éthiques suivantes prévalent: la solidarité, la justice, l'égalité de traitement, l'équité, la liberté individuelle, la sphère privée, le principe de proportionnalité, mais aussi la transparence, la faculté d'adaptation, le bien-fondé et la transparence des décisions, la confiance. Les mêmes critères de triage s'appliquent à l'ensemble des patients (ayant ou non la grippe). Lors du triage, la décision est indépendante de l'âge, du sexe, du canton de domicile, de la nationalité, de l'appartenance religieuse, du statut social ou d'un handicap chronique. Pour l'essentiel, elle doit découler de la probabilité de survivre à une maladie aiguë grâce au traitement en question, et non de l'espérance de vie à moyen ou long terme. Les patients présentant une comorbidité et dont le pronostic vital à court terme est mauvais ou défavorable constituent une exception. En cas de ressources insuffisantes, et dans la perspective de sauver le plus de monde possible, ces patients ne doivent recevoir que des soins palliatifs.

Communication: les critères de triage doivent être communiqués de manière compréhensible aux médecins traitants, au personnel soignant, aux personnes concernées et aux proches, ainsi qu'aux autorités et à la population. Communiquer en toute transparence et sincérité et de manière appropriée contribue à créer un climat de confiance et de solidarité. Par ailleurs, les directives de triage permettent aux médecins qui doivent prendre de telles décisions durant la phase pandémique de le faire à l'aide de critères objectifs et, en cas de refus, de pouvoir justifier leur décision aux proches / aux parents, ce qui devrait atténuer la pression sur le personnel médical et soignant décisionnaire.

Références

- 1 Neuzil KM, Mellen BG, Wright PF, Mitchel EF, Griffin MR, Griffin JR. The effect of influenza on hospitalizations, outpatient visits, and courses of antibiotics in children. *N Engl J Med.* 2000;342:225–31.
- 2 Chiu SS, Lau YL, Chan KH, Wong WH, Peiris JS. Influenza-related hospitalizations among children in Hong Kong. *N Engl J Med.* 2002;347:2097–103.
- 3 Peltola V, Ziegler T, Ruuskanen O. Influenza A and B virus infections in children. *Clin Infect Dis.* 2003;36:299–305.
- 4 Iskander M, Booy R, Lambert S. The burden of influenza in children. *Curr Opin Infect Dis.* 2007;20:259–63.
- 5 Louie JK, Acosta M, Winter K et al. Factors associated with death or hospitalization due to pandemic 2009 influenza A(H1N1) infection in California. *Jama.* 2009;302:1896–902.
- 6 Bundesamt für Gesundheit. Influenza-Pandemieplan Schweiz: www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html, 2009.
- 7 Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) Positionspapier: Intensivmedizinische Aspekte einer Influenzapandemie In: SGI-SSMI-SSICM Guidelines www.sgi-ssmi.ch/sgi-richtlinien0.html, 2007.
- 8 Christian MD, Hawryluck L, Wax RS et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *Cmaj.* 2006;175:1377–81.
- 9 Kind C. Pandemieplan des Ostschweizer Kinderspitals. Triage bei Pandemie. Auf Anfrage beim Autor erhältlich.

ANNEXE 13.19 SOLLICITATION DE LA CDS EN VUE D'UNE SOLUTION NATIONALE

VKS
AMCS

Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz
Association des médecins cantonaux de Suisse
Associazione dei medici cantonali della Svizzera
Associazziun dals medis chantunals da la Svizra
Swiss Association of Cantonal Officers of Health

Kantonsärztliche Dienste
Meyerstrasse 20
Postfach 3439
6002 Luzern
Tel. 041 228 60 90
Fax 041 228 67 33

Herrn
Regierungsrat P.-Y. Maillard
Präsident GDK/CDS
Speichergasse 6
Postfach 684
3000 Bern 7

Luzern, 9. Oktober 2009/AM/nw

Pandemie und pädiatrische Intensivpflege

Sehr geehrter Herr Präsident

Es ist bereits seit längerer Zeit bekannt, dass in einer Pandemiesituation zu wenig pädiatrische Intensivplätze vorhanden sein werden. Einzelne Kantone erhöhen aktuell die IPS-Kapazitäten, andere nicht.

Selbst wenn aktuell die Kapazität der pädiatrischen Intensivstationen an verschiedenen Orten erhöht wird, fehlt zum Teil das geschulte Personal für deren Betrieb. Die aktuell verfügbare pädiatrische IPS-Kapazität sowie die ungenügende Verfügbarkeit von geschultem Personal muss als kritisch beurteilt werden. Im Gegensatz zu einer Polio-Epidemie genügen mehr Beatmungsgeräte nicht, da wir es hier mit schwierig zu beatmenden Patienten zu tun hätten, was wiederum geschultes Personal erfordert.

Als Varianten einer möglichen Versorgung bei Engpässen im Pandemiefall könnten dienen:

1. das Senken der Altersgrenze oder einfach der Gewichtsgrenze auf 30kg in den Erwachsenenintensivstationen und/oder
2. der Einsatz von Narkosegeräten, bedient durch Narkosepersonal, was beides (Geräte und Personal) durch die Reduktion der Wahleingriffe möglich würde, und/oder
3. das Erhöhen der aktuell verfügbaren pädiatrischen IPS-Kapazität und/oder
4. die Suche und Schulung von qualifiziertem pädiatrischen IPS-Personal.

Beiliegend die z.T. noch zu finalisierende Grundlagenpapiere des BAG wie

- „Pädiatrische Intensivpflegestationen und Pandemie: Defizit-Schätzung“ sowie
- „Triageempfehlungen für Aufnahme und Verbleib auf der Intensivstation für Kinder (0-16 Jahre)“ sowie
- „Übersicht zu den kantonalen IPS-Kapazitäten in einer Pandemie“ sowie
- „Prognose Defizit 2009“.

2

Das beiliegende Synthesepapier ist eine Zusammenstellung der wichtigsten Punkte. Die Neonatologen arbeiten bereits jetzt erfolgreich mit dem IES-/ISS-System. Es liegt auf der Hand, nicht nur im Normalfall, sondern auch bei Pandemiebedingungen bei IPS-Engpässe dieses Systems zu benützen, da es auf pädiatrischen Intensivstationen bereits in Betrieb ist (aktuell allerdings erst für Neugeborene).

Empfehlungen Vorstand VKS:

- Triagekriterien sollen von der GDK genehmigt werden und in den Kantonen einheitlich angewandt werden.
- Monitoring der verfügbaren IPS-Plätze durch IES/ISS soll von der Neonatologie auf die gesamten IPS-Plätze ausgeweitet werden.
- Publikation der Triageempfehlung erst nach Beschluss GDK/CDS und zwar via SGI, SGP, FMH, GDK, VKS, BAG.
- Alle Kantone, auch diejenigen ohne pädiatrische Intensivpflege, sollen ins Monitoring einbezogen werden, da ja die Altersgrenze bzw. die IPS-Kapazität und die Abgrenzung zwischen Erwachsenen- und Pädiatrie-IPS flexibel zu handhaben ist.
- Im Weiteren sollen durch das BAG auch die durch Reduktion der Wahleingriffe verfügbaren Respiratoren und das diesbezügliche Fachpersonal aus dem Narkosebereich evaluiert werden.
- Die Patientenströme und Regelungen sollen in einem interkantonalen Konkordat festgehalten werden.
- Zur Diskussion steht im Weiteren der Ausbau der pädiatrischen Intensivpflege und die Frage, wie genügend qualifiziertes Personal ausgebildet werden kann.

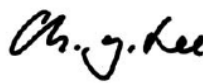
Eine Vertretung der VKS steht zu Ihrer Verfügung, falls Sie diese Fragen und mögliche Optionen diskutieren möchten.

Besten Dank und freundliche Grüsse

VKS / AMCS



Dr. med. Annalis Marty-Nussbaumer, MPH
Präsidentin



Dr. med. Chung-Yol Lee, MPH, MPA
Vizepräsident

ANNEXE 13.20 POSITION DE LA CDS



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Aux cheffes et chefs des départements
cantonaux de la santé

N.ref.: 22.91/FW/PB

Berne, le 1^{er} décembre 2009

Recommandation du Comité directeur de la CDS: pandémie et soins pédiatriques intensifs

Madame la Conseillère d'Etat,
Monsieur le Conseiller d'Etat,

Dans une situation de pandémie, il faut s'attendre à un manque de places dans les soins pédiatriques intensifs en Suisse. L'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS) a soumis à une évaluation une série de documents sur ce thème élaborés sous la responsabilité de l'OFSP et a présenté ses conclusions à ses membres et à la CDS.

Lors de sa séance du 26.11.2009, le Comité directeur de la CDS s'est penché sur le courrier de l'AMCS et a examiné ses recommandations. Il prend acte des recommandations de l'AMCS sur les critères de triage, le monitoring, les activités d'évaluation, l'étude de l'extension des soins pédiatriques intensifs ainsi que sur la qualification du personnel. Il considère en revanche comme compliquée et lourde l'instauration au niveau suisse d'un nouveau concordat intercantonal. Il fait de plus observer que l'instauration, suggérée dans la documentation, de commissions de rationnement nécessiterait une base légale. **Le Comité directeur de la CDS recommande dans cet esprit aux cantons de mettre en œuvre de manière pragmatique au niveau régional, en collaboration avec d'autres cantons, aussi rapidement que possible les recommandations de l'AMCS.**

Vous trouvez en annexe la lettre de l'AMCS du 9.10.2009 ainsi qu'un tableau synoptique. Pour les autres documents à prendre en considération, nous nous rapportons à l'envoi électronique de l'AMCS aux médecins cantonaux. Ces documents peuvent également être commandés auprès de notre secrétariat.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir, Madame la Conseillère d'Etat, Monsieur le Conseiller d'Etat, l'expression de nos salutations les meilleures.

CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTRICES
ET DIRECTEURS CANTONAUX DE LA SANTÉ

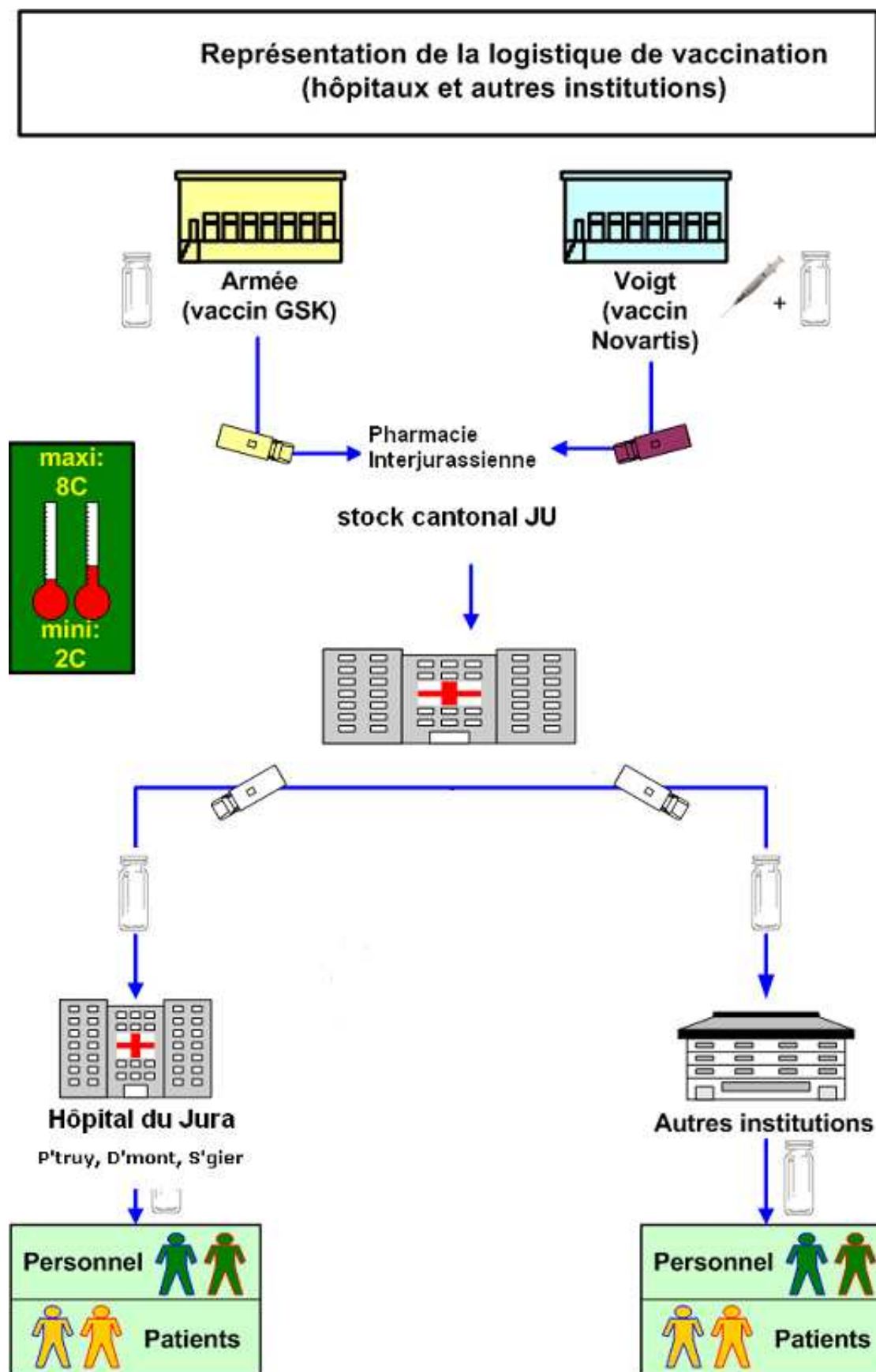
Le président

Le secrétaire central

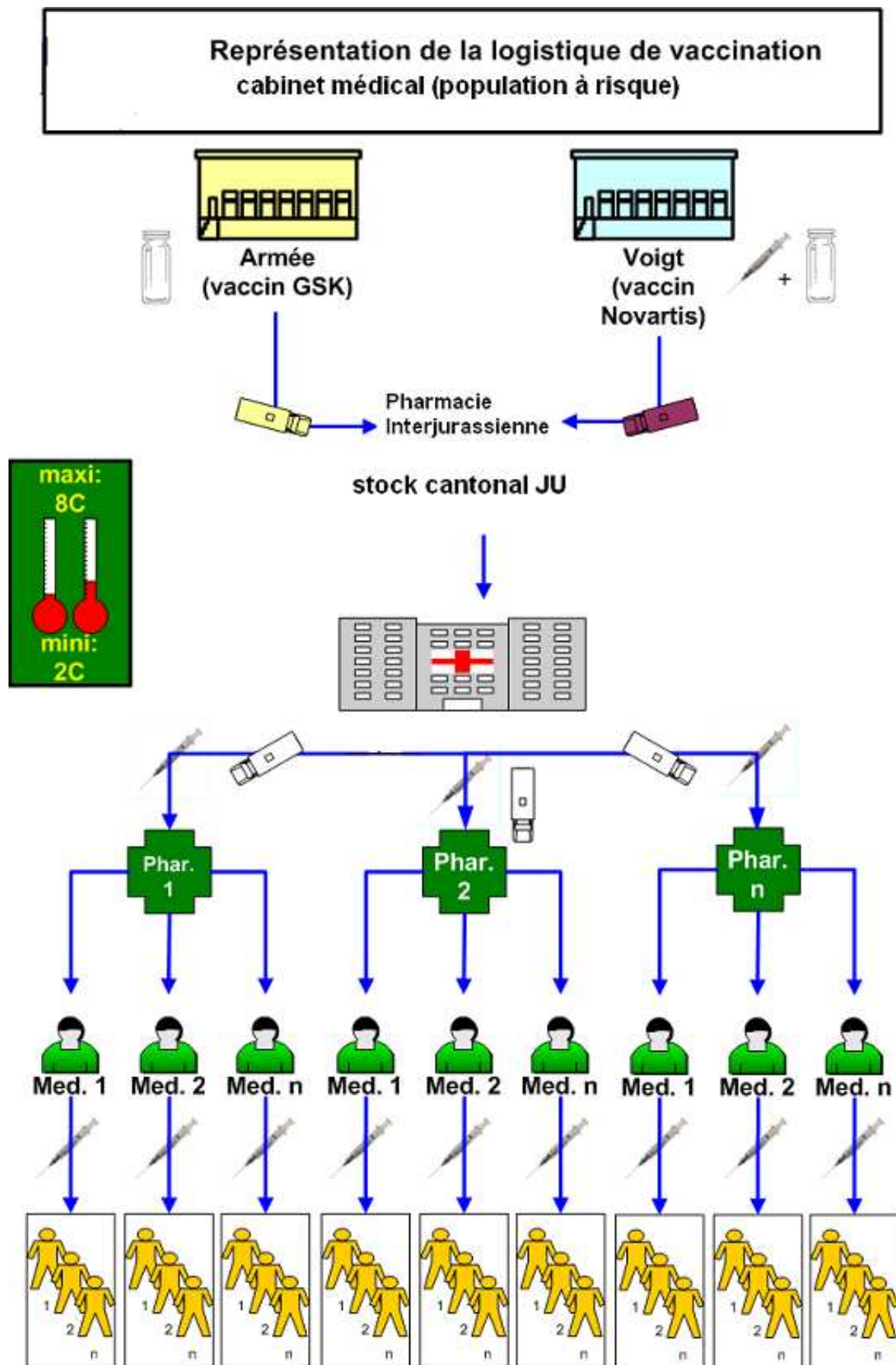
Pierre-Yves Maillard
Conseiller d'Etat

Franz Wyss

ANNEXE 13.21 MODÈLE LOGISTIQUE DE VACCINATION (HÔPITAUX ET AUTRES INSTITUTIONS)

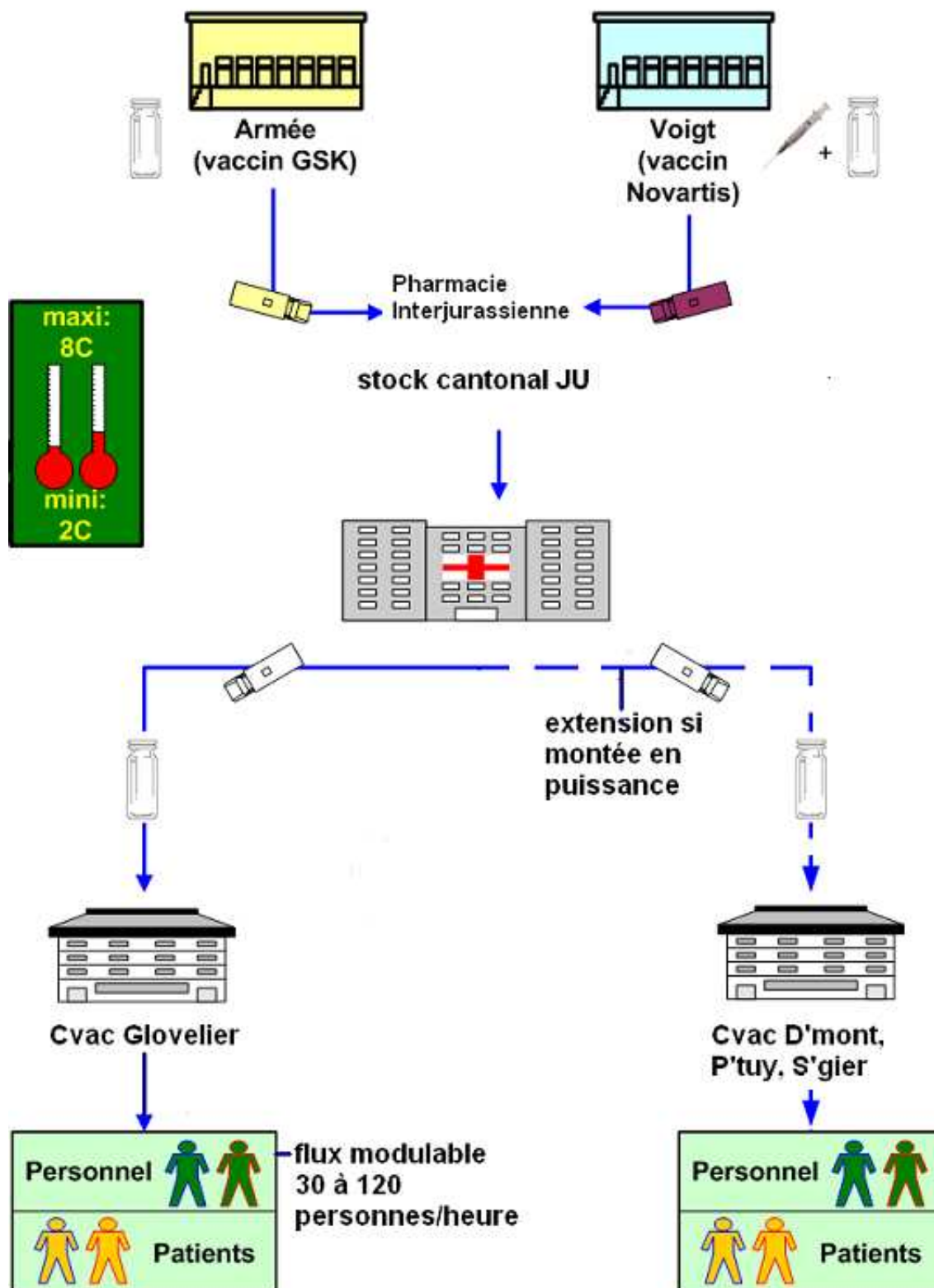


ANNEXE 13.22 MODÈLE LOGISTIQUE DE VACCINATION (CABINET MEDICAL)



ANNEXE 13.23 MODÈLE LOGISTIQUE DE VACCINATION (CENTRE DE VACCINATION)

Représentation de la logistique de vaccination
Centre de vaccination (population)



ANNEXE 13.24 MODÈLE DE CONVENTION

JURA  **CH** RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ, DES AFFAIRES SOCIALES
ET DES RESSOURCES HUMAINES

SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

*CONVENTION
relative au programme de vaccination contre la grippe A(H1N1)
entre le Service de la santé publique et les vaccinateurs*

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. Préambule

La présente convention a pour objet de fixer les modalités de la collaboration entre le service et le vaccinateur.

2. Objet

Le service confie au vaccinateur la mission d'exécuter la vaccination des groupes à risque accrus de complications et de leur entourage.

3. Obligations du vaccinateur

Le vaccinateur s'engage à respecter les modalités de commande, de transport, de reconstitution, de vaccination groupée, de traçabilité, de saisie du dossier et d'annonce des effets indésirables énoncées dans les directives émanant de la Santé publique. Il s'engage à ne pas faire commerce des vaccins qui lui sont remis gratuitement et de ne pas les utiliser en dehors des groupes des personnes mentionnées sous 2.

4. Rémunération

¹La rémunération versée pour chaque dose administrée en cabinet médical ou à domicile est de CHF 19.50, CHF 17.15 si le certificat n'est pas saisi dans le fichier informatique.

²Elle est versée mensuellement par le SSA sur la base des dossiers saisis.

5. Responsabilité

Le vaccinateur répond de la bonne exécution de la mission qui lui est confiée. Il engage sa responsabilité pour les prestations qu'il fournit lui-même ainsi que celles fournies par son personnel.

6. Obligations communes aux parties

Le vaccinateur et le service s'engagent à œuvrer en commun pour la recherche de solutions appropriées en cas de questions qui ne seraient pas réglées par la présente convention.

7. Entrée en vigueur, renouvellement et résiliation

La présente convention entre en vigueur le 1^{er} novembre 2009 et prennent fin avec la cessation du programme.

Elle peut être dénoncée par lettre recommandée par chacune des parties moyennant un délai de résiliation de 1 mois pour la fin du mois suivant.

Sans résiliation formelle, les parties contractantes peuvent apporter des modifications à cette convention.

8. Droit applicable

Les dispositions relatives au mandat au sens des articles 394 et suivants du Code des obligations sont applicables au surplus.

9. For juridique

Le for en cas de litige se situe à Porrentruy.

Delémont, le 1^{er} novembre 2009

Pour le Service de la Santé publique
Dr Jean-Luc Baiérlé, médecin cantonal

Le/la vaccinateur/trice / date / timbre / signature


Signer et renvoyer au Service de la santé publique, Fg. Capucins 20, 2800 Delémont 2, fax 032 420 5121

ANNEXE 13.25 FORMULAIRE D'INSCRIPTION A LA VACCINATION - MODELE 2009

Service de la santé publique - Vaccination

Page 1

A compléter par la personne Veuillez compléter toutes les zones grisées

CONVOCACTION	
N° dossier	09-00123 456 78 
Convocation	21 novembre 2009 à 08h00
Centre de vaccination	CVac Delémont

IDENTIFICATION DU DOSSIER			
Nom	Kerouanton	Prénom	Bruno
Date de naissance	01/01/2010	Sexe	M
N° AVS	123.4567.8901.23		
Caisse maladie		N° assuré	
Adresse	Rue de la Justice 2	Complément	
NPA / Localité	2800 Delémont	Pays	Suisse
Nationalité		Autorisation de séjour	
Représentants légaux			
N° téléphone		N° mobile	
Adresse email			
Médecin traitant			

ETAT DE SANTE		
Avez-vous été informée sur l'efficacité et les effets secondaires du vaccin ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-vous sujet à une allergie sévère ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prenez-vous des médicaments anticoagulants ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Souffrez-vous d'autres problèmes médicaux ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous reçu durant cette saison un vaccin contre la grippe saisonnière, il y a plus de 21 jours ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

ACCEPTATION	
Acceptez-vous d'être vacciné ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Par votre signature, vous certifiez avoir répondu correctement à toutes les questions. Vous acceptez également que les données de ce formulaire soient utilisées de manière anonyme à des fins statistiques. Pour les enfants mineurs, signature des représentants légaux.	
Date :	Signature :

Page 2

A compléter par le centre de vaccination

CONVOCATION	
N° dossier	09-00123 456 78
Convocation	21 novembre 2009 à 08h00
Centre de vaccination	CVac Delémont

VACCINATION	
Consultation médicale Référence du médecin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Consultation médicale nécessaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Décision de vacciner après la consultation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Référence du vaccinateur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N° lot du vaccin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Date de la vaccination	
Heure de la vaccination	
Effets secondaires	<input type="checkbox"/> Eventuels effets indésirables ou autres problèmes médicaux ?
Autre : préciser	
Autre problème médical	

verso

Certificat de vaccination – Modèle 2009

Certificat de vaccination	
Campagne :	Jura-H1N1 Novembre 2009
Dates :	05/10/2009 - 31/12/2009
Vaccin :	Pandemrix (GSK)

Monsieur
Kerouanton Bruno
Rue de la Justice 2
2800 Delémont

Delémont, 19 novembre 2009

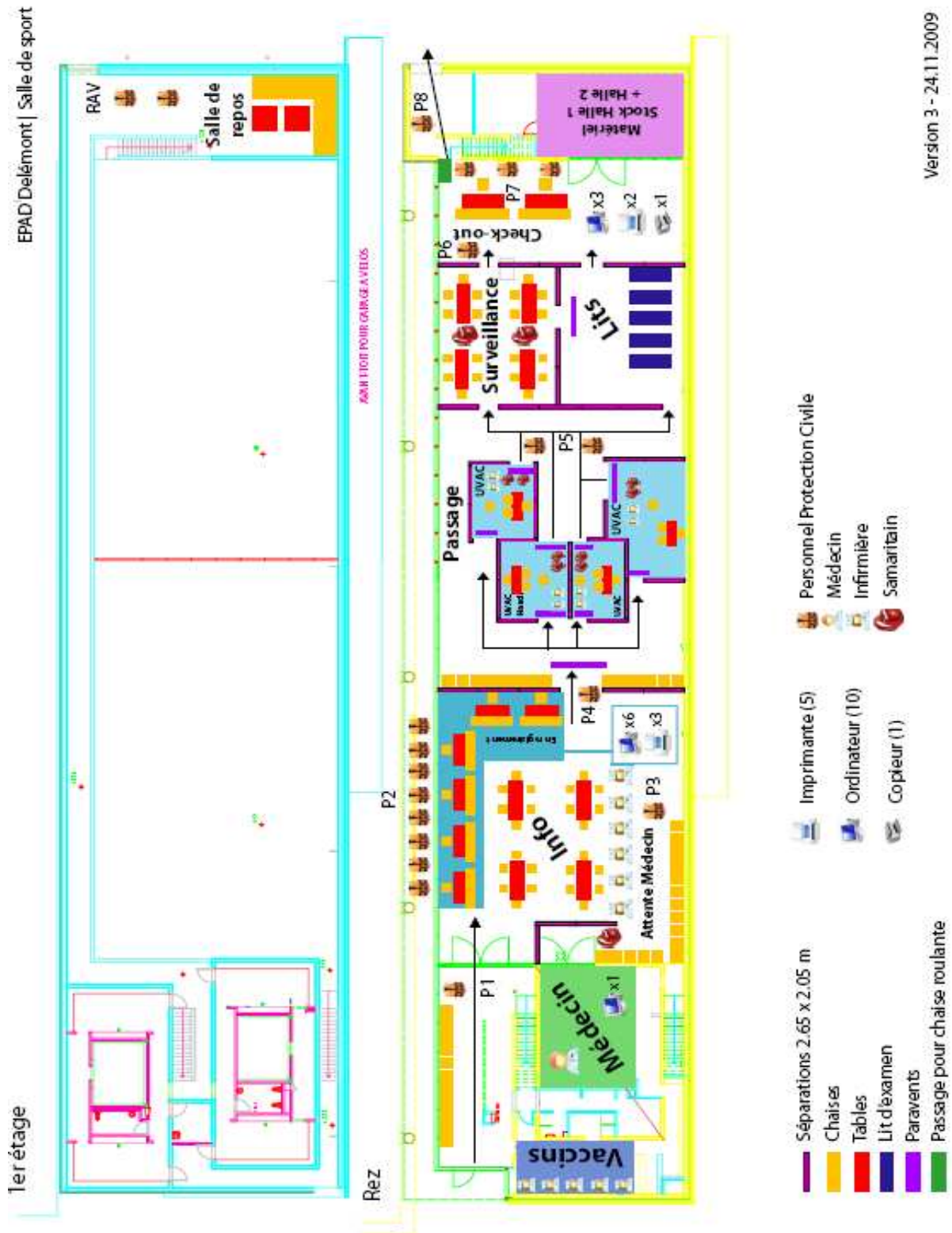
Le patient			
Nom :	Kerouanton	Prénom :	Bruno
Sexe :	M	Date de naissance :	01/01/2010
Adresse :	Rue de la Justice 2		
NPA / Localité :	2800 Delémont		
N° AVS :	123.4567.8901.23	N° assuré :	
Caisse maladie :			
Etat de santé			
Avez-vous été informée sur l'efficacité et les effets secondaires du vaccin ?	<input checked="" type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
Avez-vous actuellement 38° de fièvre ou plus ?	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Est-vous sujet à une allergie sévère ?	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'autres problèmes médicaux ?	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous reçu durant cette saison un vaccin contre la grippe saisonnière, il y a plus de 21 jours ?	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
* entretien avec le médecin			

Visite médicale			
Visite médicale avant la vaccination - Vaccination possible ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
Visite médicale après la vaccination :	<input type="checkbox"/>	Oui	<input checked="" type="checkbox"/>
Effets secondaires du vaccin :	<input checked="" type="checkbox"/>	Aucun	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Eventuels effets indésirables ou autres problèmes médicaux ?	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Autres :	_____
Autres problèmes :	_____		

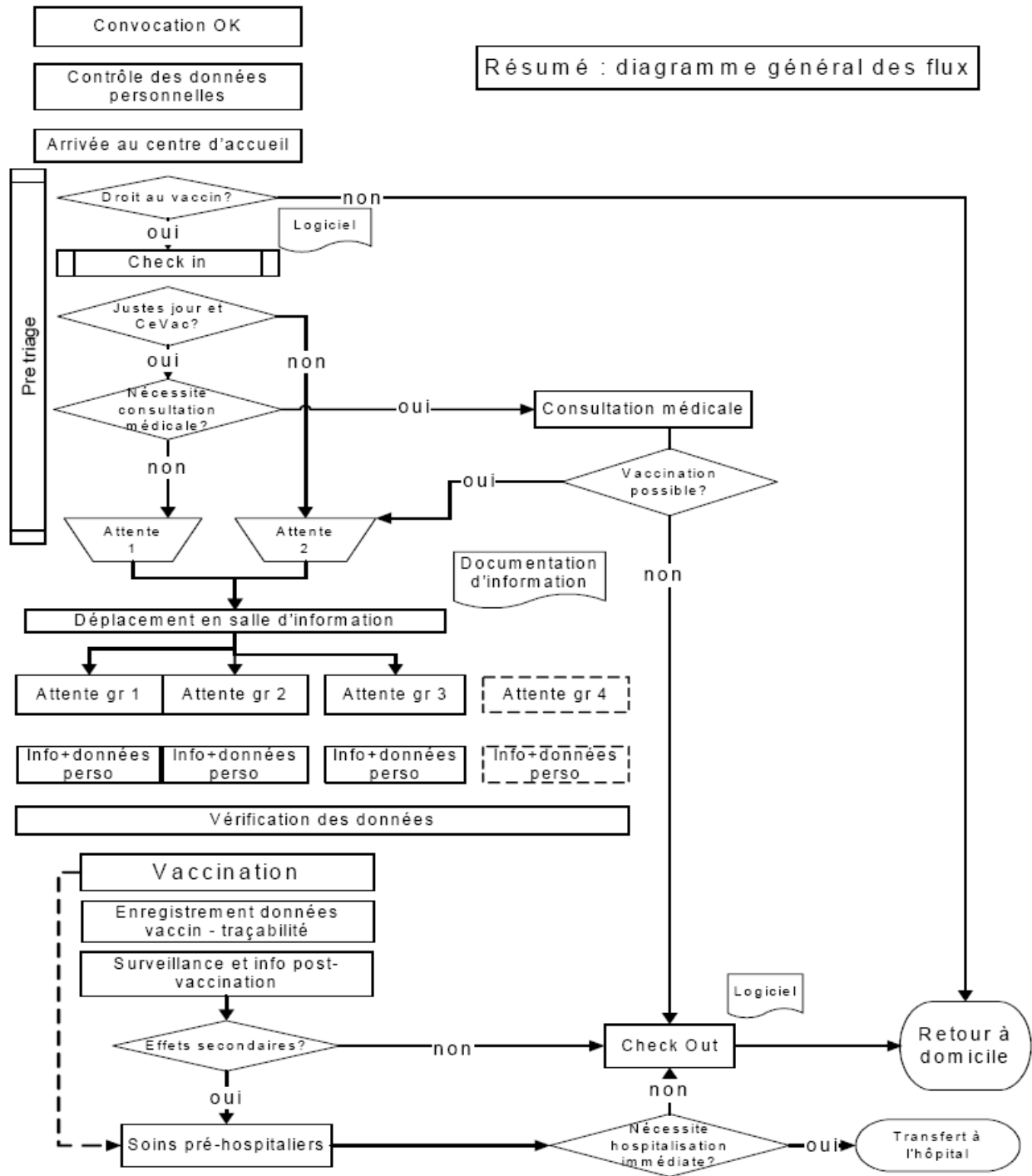
Vaccination			
Date de vaccination :	19/11/2009	Heure de vaccination :	08:29
Centre de vaccination :	AA013 - CVac Delémont	Numéro du lot :	123456789
Vaccination effectuée par :	MELIN Jean-Pierre		

Check-out	
Certificat remis par :	pande1
Signature :	_____

ANNEXE 13.26 CENTRE DE VACCINATION : PLAN DE LA HALLE DE GYMNASTIQUE DE L'EPAD



ANNEXE 13.27 CENTRES DE VACCINATIONS : FLUX DES PATIENTS ET RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS DE CHAQUE POSTE



2, rue du 24-Septembre
CH-2800 Delémontt +41 32 420 58 80
f +41 32 420 58 81
secr.srh@jura.ch

Delémont, le 20 avril 2012

Conditions d'engagement du personnel occasionnel dans l'administration cantonale

Définition

On entend par "personnel occasionnel" toute personne engagée dans le cadre de l'administration cantonale pour l'exécution d'une activité limitée dans le temps, habituellement d'une durée de moins de deux mois non renouvelable.

Conditions de rémunération du personnel occasionnel

La rémunération du personnel occasionnel se base sur un montant forfaitaire horaire brut, convenu ordinairement avant le début de l'activité.

De ce montant sont prélevées les charges sociales ordinaires (AVS/AI/APG, AC, ainsi que LAA pour les personnes soumises obligatoirement).

Les retraités ayant atteint l'âge de la retraite au sens de l'AVS sont exonérés de cotisations AC, et sont soumis aux cotisations AVS/AI/APG après déduction de la franchise pour retraité AVS.

La calculation des salaires intervient sur la base de décompte, établi par le service qui a engagé le personnel occasionnel, envoyé au SRH qui procède au paiement pour le 25 du mois. Il est possible que la rémunération se fasse avec un mois de décalage.

La rémunération acquise est soumise fiscalement, un certificat de salaire parviendra aux personnes concernées. Une copie du décompte sera envoyée au Service des contributions.

Couverture sociale du personnel occasionnel

Au vu du caractère temporaire et aléatoire de ce type d'engagement, la couverture sociale prévue pour le personnel occasionnel est limitée.

En conséquence, seules les heures effectivement travaillées sont rémunérées.

En revanche, les conséquences des accidents professionnels sont assurées de manière ordinaire, comme tout autre collaborateur. Seules les personnes occupées plus de 8 heures par semaine disposent d'une couverture pour les accidents non professionnels.

Pour le reste, les conditions applicables sont celles régies par la loi sur le personnel de l'Etat (RSJU 173.11) et ses dispositions d'application.



Patrick Wagner
Chef de Service



Francis Périat
Adjoint au chef de Service
Chef de la section administrative