



Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Direction générale de la santé  
Sous-direction de la prévention des risques infectieux  
Personne chargée du dossier  
Sylvie Floreani  
Mail : [sylvie.floreani@sante.gouv.fr](mailto:sylvie.floreani@sante.gouv.fr)

Direction générale de l'offre de soins  
Personne chargée du dossier  
Pr Thierry Debord  
Mail : [thierry.debord@sante.gouv.fr](mailto:thierry.debord@sante.gouv.fr)

Direction générale de la cohésion sociale  
Personne chargée du dossier  
Anne-Marie TAHRAT  
Mail : [anne-marie.tahrat@social.gouv.fr](mailto:anne-marie.tahrat@social.gouv.fr)

La ministre des affaires sociales, de la santé  
et des droits des femmes

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé  
(pour attribution et diffusion)

**INSTRUCTION N° DGS/ RI1/DGOS/DGCS /2016/4** du 08 janvier 2016 relative aux mesures  
de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière

Date d'application : immédiate

NOR : AFSP1600137J

Classement thématique :

**Validée par le CNP, le 08 janvier 2016 - Visa CNP 2016- 04**

**Publiée au BO** : oui

**Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr** : oui

**Catégorie :**

Mesures d'organisation des services retenues pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

**Résumé :**

Les épidémies de grippe saisonnière représentent un problème majeur de santé publique. La prévention de cette pathologie repose sur la vaccination mais aussi sur le respect de mesures barrières afin d'en limiter la transmission. Dans certains cas, le recours aux

antiviraux est recommandé. Enfin, l'organisation de l'offre de soins doit permettre de faire face aux situations exceptionnelles. Des fiches techniques et des annexes synthétisent les recommandations actualisées.

**Mots-clés :**

Grippe saisonnière, campagne de vaccination, mesures barrières, antiviraux, tests rapides d'orientation diagnostique

**Textes de référence :**

- Article L3111-4 du code de la santé publique
- Instruction DGS/RI1/DGCS n°2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës en collectivités de personnes âgées.
- Arrêté du 24 juillet 2013 **relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires**
- Instruction N° DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013 relative aux résumés de passage aux urgences
- Avis du Haut conseil de la santé publique du 28 mars 2014 relatif à l'efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière notamment chez les personnes âgées et à la place de la vaccination des professionnels de santé dans la stratégie de prévention de la grippe
- Circulaire N° DGS/RI1/DGOS/DGCS/2014/316 du 17 novembre 2014 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux
- Avis du Haut conseil de la santé publique du 25 septembre 2015 relatif à l'utilisation des mesures barrières en prévention des infections respiratoires aiguës et des infections respiratoires nosocomiales
- Note d'information n° DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS/MSP/2015/330 du 23 octobre 2015 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière des personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux
- Instruction N° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins ( propias) 2015
- Instruction interministérielle N°DGS/DUS/DGOS/DGCS/DGT/DGSCGC/2015/319 du 28 octobre 2015 relative au guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2015-2016
- Avis du Haut conseil de la santé publique du 12 novembre 2015 relatif à la fiche de recommandations pour la prescription d'antiviraux en période d'épidémie de grippe saisonnière

**Circulaires abrogées :** néant

**Circulaires modifiées :** néant

**Annexes :**

- Liste des personnes pour lesquelles la vaccination antigrippale est recommandée
- Présentation des tests rapides d'orientation diagnostique
- Kit de communication

**Diffusion :**

La grippe saisonnière représente un problème majeur de santé publique avec chaque année en France, 3 à 6 millions de personnes contaminées et 9000 décès attribuables<sup>1</sup>. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont celles qui paient le plus lourd tribut à cette pathologie.

La présente instruction a pour objet de diffuser les recommandations actualisées permettant de réduire l'impact de la grippe par :

- La vaccination des populations vulnérables ;
- L'application de mesures barrières ;
- L'utilisation adaptée des antiviraux ;
- La réactivité des différentes composantes de l'offre de soins.

L'instruction se présente sous forme de 7 fiches pratiques qui peuvent être consultées indépendamment les unes des autres.

Un rappel virologique et des modes de transmission de la grippe figurent dans la fiche 1.

Les éléments du diagnostic sont précisés dans la fiche 2.

La stratégie vaccinale est rappelée dans la fiche 3.

Les recommandations relatives aux mesures barrières ont été actualisées dans un avis du Haut conseil de la santé publique du 25/09/2015 ; elles figurent en fiche 4.

Les dernières recommandations relatives à la prescription d'antiviraux en curatif ou en prophylaxie (avis du HCSP du 12/11/2015) apparaissent dans la fiche 5.

La fiche 6 fait le point sur la surveillance de la grippe en France.

Enfin, la fiche 7 fournit des éléments relatifs à l'offre de soins (anticipation et gestion des tensions).

Cette instruction ne traite pas de la grippe pandémique, ce sujet faisant l'objet du guide pandémie grippale ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Pandemie\\_Grippale\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Pandemie_Grippale_2011.pdf)) .

Les références des avis, supports de l'élaboration des fiches, sont indiquées. Il s'agit des avis en vigueur lors de la parution de l'instruction. Si ces derniers étaient amenés à évoluer, des modifications de l'instruction vous seraient alors transmises.

**La vaccination** contre la grippe saisonnière constitue la meilleure prévention. Par conséquent, vous veillerez à assurer la promotion de la vaccination antigrippale pour les populations vulnérables<sup>2</sup> ainsi que pour les personnes au contact de personnes fragiles (jeunes nourrissons, patients hospitalisés, résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)...). Vous pouvez au besoin utiliser les outils de communication élaborés ou validés par la direction générale de la santé (DGS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) (voir le site du ministère<sup>3</sup> ou le kit de communication en annexe).

**Les mesures barrières** (lavage des mains, masques chirurgicaux, réduction des contacts ...) permettent de limiter la diffusion de la grippe, en particulier en milieu de soins. Il vous appartient de diffuser les recommandations relatives à ces mesures et d'encourager leur mise en œuvre régulière par tout moyen que vous jugerez adapté auprès :

- des structures de soins (établissements de santé, cabinets de professionnels de santé de ville, dispensaires..),
- des établissements et services médico-sociaux.

<sup>1</sup> Vaccine, 2015 :33(9) : 1099

<sup>2</sup> Liste en annexe 1

<sup>3</sup> <http://www.sante.gouv.fr/grippe-saisonniere,3588.html>

Le HCSP recommande également l'organisation de campagnes d'information relatives aux mesures barrières auprès du public (famille) ainsi que dans les espaces accueillant du public.

Lors d'épidémies de grippe en collectivités, en particulier en EHPAD, la **rapidité d'intervention est essentielle ; le diagnostic doit donc être établi le plus précocément possible** afin de pouvoir prendre des mesures adaptées. Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), qui permettent l'obtention rapide du diagnostic au lit du malade, présentent donc un intérêt particulier dans ces collectivités. Aussi, vous veillerez à diffuser la recommandation d'utilisation des TROD dans ces établissements ainsi qu'auprès des médecins traitants des personnes résidentes. Le cas échéant, vous pourrez faciliter l'accessibilité à ces tests.

**La surveillance** de l'épidémie de grippe se poursuit d'octobre à avril dans l'hémisphère nord, les données sont publiées chaque semaine et sont disponibles sur le site de l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Cette surveillance permet en effet d'aider à adapter l'offre de soins à l'ampleur de l'épidémie. Elle permet également d'adapter le dispositif de communication en fonction de l'évolution de l'épidémie et des régions impactées. Vous pourrez utiliser à cette fin le kit de communication mentionné ci-dessus.

En collectivité de personnes âgées, l'instruction DGS/RI1/DGCS n° 2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées précise les modalités de surveillance et de déclaration des cas groupés d'infections respiratoires aiguës.

Enfin, l'impact de la situation épidémique sur **l'offre de soins** doit être anticipé.

L'arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires a rendu obligatoire la transmission des résumés de passage aux urgences (RPU) des établissements de santé aux ARS, puis des ARS au niveau national. Il a été complété par l'instruction du 31 juillet 2013<sup>4</sup> relative aux RPU. L'exploitation des RPU permet, notamment avec l'intégration d'autres données notamment issues des serveurs régionaux de veille et d'alerte, l'anticipation des tensions dans l'offre de soins liées aux épidémies saisonnières. Il est donc essentiel de renseigner les deux items portant sur les modes d'entrée et de sortie des patients afin d'évaluer l'origine et le devenir des patients (EHPAD, SSR) en période d'épidémie grippale.

Dans ce cadre, il vous est demandé de rappeler aux établissements de santé et services concernés de votre territoire de veiller à assurer un renseignement exhaustif de tous les items composant le RPU.

**La mise en place dans toutes les régions d'une structure chargée de la collecte et du contrôle de la qualité des RPU (type observatoire régional des urgences) est souhaitable.**

Une attention particulière sera portée sur les fermetures de lits dans les établissements de santé pendant la période de surveillance afin de préserver la capacité d'hospitalisation en aval des urgences.

En outre, le bon fonctionnement du système de soins en période de fragilité nécessite la mobilisation de tous les acteurs de soins ambulatoires.

---

<sup>4</sup> Instruction N° DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013 relative aux résumés de passage aux urgences

Les établissements médico-sociaux, les services d'aide à domicile doivent également être mobilisés.

Les recours aux urgences et à l'hospitalisation doivent être limités. Il est nécessaire d'assurer une fluidité du parcours de soins entre ces différentes structures et les établissements hospitaliers en période épidémique, selon les dispositions prévues dans le dispositif ORSAN-CLIM et ORSAN-EPIVAC.

Vous rappellerez également aux établissements de santé de votre territoire les leviers d'action que constitue le dispositif « **d'hôpital en tension** ».

Le cas échéant, vous êtes encouragés à mettre en place des structures associant les CIRE, les observatoires régionaux des urgences ou toute autre structure équivalente, et les professionnels de santé.

Enfin, s'agissant des tensions hospitalières, un état des lieux est réalisé de façon hebdomadaire par le CORRUSS via le bulletin des activités et des tensions hospitalières (BACH) ; la fréquence de cette analyse peut être augmentée en cas de tension identifiée.

Vous voudrez bien diffuser cette instruction dans les plus brefs délais :

- aux conseils départementaux des ordres des médecins , des pharmaciens, des sages-femmes et des infirmiers,
- aux unions régionales des professionnels de santé (URPS),
- aux services de promotion de la santé en faveur des élèves,
- à toute autre structure que vous jugerez bon d'informer.

Vous voudrez bien transmettre les fiches techniques aux directeurs des établissements de santé publics et privés de votre région ainsi qu'aux directeurs des établissements médico-sociaux. A cette occasion, vous rappellerez aux établissements de santé les modalités de signalements pour les cas groupés et les tensions.

Le directeur général de la santé



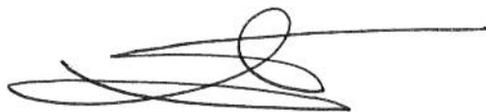
Professeur Benoît VALLET

Pour la ministre et par délégation,

Le directeur général de l'offre de soins



Le directeur général de la cohésion sociale



Jean-Philippe VINQUANT

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales

Le Secrétaire général

Pierre Ricordeau

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Fiche 1 : Epidémiologie de la grippe .....                                      | 8  |
| Fiche 2 : Eléments de diagnostic : .....  | 9  |
| Fiche 2-1 Tableau de performance des TROD .....                                 | 10 |
| Fiche 2- 2 : Tableau comparatif des examens diagnostiques .....                 | 11 |
| Fiche 3 : Vaccination .....   | 12 |
| Fiche 4 : Mesures barrières .....   | 13 |
| Fiche 5 : Traitement antiviral.....   | 14 |
| Fiche 5-1 Posologie des antiviraux en traitement curatif ou prophylactique..... | 15 |
| Fiche 5-2 Schéma de prescription des antiviraux .....                           | 16 |
| Fiche 6 : Surveillance de la grippe en France .....                             | 17 |
| Fiche 7 : Gestion de l'offre de soins .....                                     | 18 |

## Abréviations et acronymes

**ANSM** : agence nationale du médicament et des produits de santé

**APR** : appareil de protection respiratoire

**ARS** : agence régionale de santé

**BACH** : bulletin des activités et des capacités hospitalières

**DGOS** : direction générale de l'offre des soins

**DGS** : direction générale de la santé

**DLU** : dossier de liaison d'urgence

**EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EMS** : établissement médico-social

**ES** : établissement de santé

**FeDORU** : fédération des observatoires régionaux des urgences

**IFI** : immunofluorescence indirecte

**INA** : inhibiteur de la neuraminidase

**INPES** : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

**InVS** : institut de veille sanitaire

**ORSAN** : organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

**ORU** : observatoire régionaux des urgences

**PCR** : polymerase chain reaction (RT-PCR : real time PCR)

**ROR** : répertoire opérationnel des ressources

**RPU** : résumé des passages aux urgences

**SHA** : soluté hydro alcoolique

**SISAC** : système d'information sanitaire des alertes et crises

**TROD** : test rapide d'orientation diagnostique

**URPS** : union régionale des professionnels de santé

## Fiche 1 : Epidémiologie de la grippe

### 1. Aspect virologique:

- Le virus de la grippe est un virus à ARN de la famille des *Orthomyxoviridae* et du genre *Influenza* ; il comporte 3 types A, B et C.
- Les virus de type A sont divisés en sous-types selon la nature de leurs glycoprotéines de surface : l'hémagglutinine (H1-H18) et la neuraminidase (N1-N11) : exemple virus A(H3N2)
- Les virus responsables des épidémies de grippe saisonnière chez l'homme appartiennent à 2 types : les types A et B (les virus de type C ne sont responsables d'infection symptomatiques que de façon sporadique).
  - Seuls deux sous-types de virus grippaux de type A circulent actuellement chez l'homme : A(H1N1)pdm09, A(H3N2).
  - Les virus aviaires comme les virus de sous-type A(H5N1) ou A(H7N9) ne font pas l'objet d'une transmission interhumaine efficace, les cas de grippe liés à ce virus chez l'homme sont donc sporadiques, exceptionnels et observés seulement après un contact étroit avec des oiseaux infectés ou leurs déjections.
  - Les virus de type A des autres sous-types circulent chez différentes espèces animales comme les oiseaux, en particulier les oiseaux aquatiques (qui constituent le réservoir de la majorité des sous-types de virus A) ou le porc.
  - En revanche, l'homme est le réservoir presque exclusif des virus B et C.
  - Terminologie : les virus sont dénommés selon une terminologie élaborée par l'OMS.  
Exemple : A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2)  
A (type de virus) /Switzerland (origine du 1<sup>er</sup> isolement du virus/9715293 (numéro d'ordre de la souche attribué par le laboratoire qui a réalisé l'isolement/2013 (année d'isolement)
- **Mutations et évolution antigénique**  
Les virus de la grippe évoluent continuellement, ce qui se traduit par des modifications de leur antigénicité. Deux mécanismes différents sont à l'origine de cette évolution:
  - L'accumulation de mutations à chaque cycle de réplication qui peuvent se traduire par l'évolution régulière de l'antigénicité (**glissement antigénique**) des virus de type A et B : à l'origine des épidémies saisonnières du fait de l'échappement à la réponse immunitaire préexistante
  - Les échanges de segments génomiques ou réassortiments qui peuvent résulter en l'apparition de virus nouveaux comportant une antigénicité très différente de celle des virus saisonniers en circulation chez l'homme. Cette **cassure** antigénique, exceptionnelle, qui correspond à l'introduction et à la circulation chez l'homme d'un virus vis-à-vis duquel la majorité de la population ne possède pas d'immunité est à l'origine des pandémies et n'est observée que pour les virus de type A.
- **Survie dans le milieu extérieur**  
Les virus grippaux survivent plusieurs heures sur les surfaces inertes, ils peuvent être inactivés par des produits désinfectants tels que les solutions hydro-alcooliques, l'éthanol à 70°, l'hypochlorite de sodium, le glutaraldéhyde à 2 % ou encore le formaldéhyde.

### 2. Mode de transmission :

- La transmission par voie respiratoire, s'effectue principalement par l'intermédiaire des **gouttelettes** provenant des voies aériennes supérieures générées par exemple lors de toux ou d'éternuements de personnes infectées. Elle est aussi possible par contact des muqueuses avec des mains ou des objets récemment souillés par les sécrétions oropharyngées d'un sujet infecté. Elle est favorisée par la promiscuité.
- Le malade est contagieux avant même le début des symptômes et jusqu'à 5 jours après leur début; le pic de contagiosité se situant au 2<sup>ème</sup> jour. Chez l'enfant, l'excrétion virale étant plus longue et généralement plus intense, la période de contagiosité peut aussi être plus longue.
- **L'incubation** est courte : de 1 à 3 jours

### 3. Epidémiologie (InVS)

En France métropolitaine, la grippe est responsable d'une épidémie hivernale entre les mois de novembre et avril. Même si des variations sont observées, l'épidémie débute généralement entre fin décembre et début janvier et dure de 4 à 10 semaines.

- Le pic épidémique survient en général vers la mi-janvier.
- Le taux d'attaque est de 2 à 10 % par an. Ainsi chaque année, entre 1 et 6 millions de personnes contractent la grippe en France.
- La grippe prend des formes plus graves avec des taux d'hospitalisation plus élevés chez les personnes présentant des facteurs de risque ainsi que chez la femme enceinte, du fait essentiellement de complications respiratoires et cardiaques.
- La létalité observée ces dernières années pour les cas graves de grippe admis en réanimation est d'environ 18% (données InVS).

## **Fiche 2 : Éléments de diagnostic :**

- En période épidémique, les éléments cliniques sont en général suffisants pour permettre de porter le diagnostic de grippe. Cependant, afin de confirmer le diagnostic, le recours à des examens complémentaires s'avère nécessaire dans certains cas.

### Rappel clinique :

- Les formes **pauci ou asymptomatiques** sont fréquentes.
- **Dans la forme symptomatique classique**, on observe un début brutal avec fièvre parfois élevée associée à une toux sèche, des céphalées, des myalgies, des arthralgies et une asthénie. L'évolution est généralement spontanément favorable en quelques jours.
- **Formes compliquées** : elles sont plus fréquentes chez les sujets à risque (pathologies chroniques respiratoires ou cardiovasculaires ; grossesse, obésité..). Les complications principales sont les suivantes :
  - Surinfection bronchique : il s'agit de la complication la plus fréquente.
  - Décompensation de pathologies préexistantes : cardiopathies, diabète, insuffisance respiratoire ...
  - Complications extra pulmonaires : otite, sinusite et plus rarement atteinte neurologique ou cardiaque à type de myocardite.
  - **grippe maligne** : il s'agit d'une pneumopathie virale directement liée au virus de la grippe. Elle provoque un sepsis sévère avec un syndrome de détresse respiratoire lié à un œdème pulmonaire aigu. La létalité est élevée (plus de 30 %). Cette forme de grippe peut atteindre des sujets sans antécédents médicaux.
- **Situations nécessitant une confirmation diagnostique :**
  - Adaptation de la prise en charge des cas (en particulier thérapeutique) ou des mesures de contrôle : essentiellement en collectivités de personnes âgées ou en établissements de santé.
  - Confirmation d'un diagnostic lors de formes graves ou extra-respiratoires.
- **Méthodes diagnostiques** : (voir tableau)

### **Les tests diagnostiques sont à réaliser sur des prélèvements des voies aériennes supérieures (écouvillon naso-pharyngé, aspiration ou lavage nasal)**

- La méthode de choix est la RT-PCR en temps réel qui permet de réaliser un diagnostic rapide par détection directe du génome viral. Il s'agit cependant d'une méthode qui nécessite un laboratoire spécialisé.
- Test rapide d'orientation diagnostique (**TROD**) : il s'agit d'une méthode de détection rapide de la protéine NP de la nucléocapside du virus par immunochromatographie. Cette technique permet un résultat rapide en moins de 20 mn au lit du malade. La spécificité de cet examen est excellente mais sa sensibilité est parfois médiocre (faible valeur prédictive négative). Il est de ce fait d'autant plus important de réaliser ces tests le plus tôt possible ( $\leq 48h$ ) après le début des symptômes. Ces tests ne sont indiqués qu'en collectivités (notamment de personnes âgées) ou en établissements de santé et en période épidémique ; ils ne présentent pas d'intérêt en dehors de ces indications (en médecine de ville par exemple) du fait de leur faible sensibilité.

### **En EHPAD la rapidité du diagnostic est fondamentale pour contrôler l'épidémie**

**L'utilisation des TROD est recommandée dans ces structures du fait de la rapidité de l'obtention des résultats permettant ainsi d'adapter la prise en charge.**

**Il est essentiel de réaliser les tests dès les tous premiers symptômes. Ainsi, lors de cas groupés, il est indiqué de réaliser ces examens sur les patients présentant les symptômes les plus récents.**

**En l'absence de disponibilité des TROD les prélèvements (écouvillonnage) peuvent être adressés à un laboratoire spécialisé.**

- Autres méthodes réalisées en laboratoire :  
immunofluorescence indirecte sur échantillons respiratoires ; isolement viral en culture cellulaire.  
Les tests sérologiques ont peu d'intérêt pour le diagnostic mais peuvent être utiles pour documenter une infection grippale à titre rétrospectif.

## Fiche 2-1 Tableau de performance des TROD

Tableau récapitulatif des performances et classement de chaque test selon les scores analytique et pratique d'après l'étude du centre national de référence.

| FABRICANT                            | NOM DU DISPOSITIF                                | SCORE ANALYTIQUE (1) | SCORE PRATIQUE (2) |
|--------------------------------------|--|----------------------|--------------------|
| QUIDEL/NGEN                          | Sofia™ Influenza A+B FIA                         | 10                   | 26                 |
| BD Diagnostics                       | BD Veritor™ Sytem for rapid detection of flu A+B | 9                    | 21                 |
| FUJIREBIO EUROPE (M)                 | Espline® Influenza A&B-N                         | 8                    | 22                 |
| BENEX LIMITED/BD Diagnostics         | BD Directigen™ EZ Flu A+B                        | 7                    | 25                 |
| ALL.DIAG                             | INFLUENZATOP®                                    | 6                    | 27                 |
| CerTest BIOTEC                       | Certest Influenza A+B                            | 6                    | 26                 |
| QUIDEL/INGEN                         | QuickVue® Influenza A+B test                     | 6                    | 23                 |
| DENKA SEIKEN UK (M)                  | QuickNavi™ -Flu                                  | 6                    | 24                 |
| EMERGO EUROPE/ALERE                  | Alere BinaxNow® Influenza A&B Card               | 5                    | 32                 |
| MEDIMARK EUROPE/ALERE                | Clearview® Exact Influenza A&B                   | 5                    | 25                 |
| VEDALAB (F)                          | Duo Influenza A+B – Check-1                      | 5                    | 22                 |
| NAL VON MINDEN (F)                   | NADAL Influenza A+B Test (strip)                 | 4                    | 28                 |
| MEDIX BIOCHEMICA                     | Actim® Influenza A&B                             | 4                    | 27                 |
| THERMO FISHER SCIENTIFIQUE (M)/OXOID | Remel X/pect® Flu A&B                            | 4                    | 24                 |
| GECKO PHARMA/BIOLYS (1)              | Influenza A/B 2 Panel Test                       | 5                    | 21                 |
| MT PROMEDT CONSULTING/ALERE (1)      | SD Bioline Influenza Antigen                     | 4                    | 27                 |
| MERIDIAN BIOSCIENCE (1)              | Tru Flu®   | 3                    | 25                 |
| MT PROMEDT CONSULTING/ALERE (0)      | SD Bioline Influenza Ag A/B/A H1N1 Pandemic      | 3                    | 27                 |
| NAL VON MINDEN (F) (0)               | NADAL Influenza A+B Test (Cassette)              | 2                    | 24                 |
| CORIS BIOCONCEPT (0)                 | influ A&B Respi Strip                            | 2                    | 19                 |
| BIOMERIEUX                           | BioNexia Influenza A+B                           | NC                   | 26                 |
| CE PARTNER 4U/CTK Biotech            | OnSite Influenza A/B Rapid Test                  | NC                   | 23                 |

NC : non classable ; (1) tests ne détectant qu'un lignage de virus influenza B ; (0) tests ne détectant pas les virus influenza B.

### (1) Performances analytiques

Le diagnostic virologique moléculaire (RT-PCR) constitue la méthode de référence pour l'étude de la performance analytique de ces tests.

Ces tests doivent permettre de détecter les souches grippales circulantes.

L'étude du CNR apporte des données de performance comparées, permettant d'orienter le choix d'un test.

### (2) Performances pratiques

A performances analytiques équivalentes, la praticabilité peut aider au choix du test : composition des kits, clarté des explications, sécurité et facilité des manipulations, temps nécessaire pour réaliser le test.

A performance analytique identique, la praticabilité d'un test peut aider au choix du test.

**Fiche 2- 2 : Tableau comparatif des examens diagnostiques**

| Test                                   | technique  | avantages  | inconvénients  | indications   |
|--|--|--|--|---|
| qRT-PCR                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• RT-PCR sur échantillon respiratoire</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spécificité élevée</li> <li>• Sensibilité élevée</li> <li>• Typage (A/B) et éventuellement identification des sous-types</li> <li>• La PCR multiplex permet de détecter les autres virus respiratoires</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite un laboratoire spécialisé</li> <li>• Délai pour l'obtention des résultats : 1 à 2 jours</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient hospitalisé</li> <li>• Surveillance de la grippe</li> </ul>  |
| TROD grippe                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Test rapide sur bandelette permettant la détection des antigènes par immunochromatographie</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• spécificité élevée</li> <li>• résultats rapides (20 mn en moyenne)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible sensibilité (nombreux faux négatifs), de fait non indiqué à titre individuel</li> <li>• Ne permet pas le typage des virus</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au tout début des symptômes (24-48 premières heures)</li> <li>• Utilisation en période épidémique</li> <li>• En collectivités ou en établissements de santé</li> </ul> |
| IFI sur échantillons respiratoires     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Détection des antigènes viraux par immunofluorescence indirecte sur échantillons respiratoires</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats rapides (2 à 3 h)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque parfois de sensibilité</li> </ul>  |   |
| Isolement viral sur culture cellulaire | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisé à partir d'un échantillon respiratoire</li> <li>• Nécessite 48 h de culture</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Technique très sensible</li> <li>• Technique très spécifique</li> <li>• Peu coûteux</li> <li>• Permet la caractérisation antigénique complète des virus grippaux (type et sous-type)</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats longs</li> <li>• Uniquement en laboratoire de virologie</li> </ul>  |   |
| sérologie                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Techniques utilisées pour la mise en évidence des anticorps</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'intérêt diagnostic</li> </ul>   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance épidémiologique</li> </ul>  |

## Fiche 3 : Vaccination

### Stratégie relative à la vaccination antigrippale en France

Cette stratégie vise à réduire le nombre de gripes sévères, elle repose sur la vaccination des personnes vulnérables: personnes âgées de 65 ans et plus, personnes atteintes de certaines pathologies chroniques, femmes enceintes et personnes présentant une obésité morbide.

La stratégie vaccinale vise aussi à assurer la protection indirecte des personnes vulnérables par une stratégie de « cocooning » :

- Vaccination de l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois à risque,
- Vaccination des professionnels de santé et de toute personne en contact régulier avec des sujets fragiles.

La circulaire du 21 novembre 2014<sup>5</sup> rappelle aux responsables d'établissements de santé et des établissements médico-sociaux leur responsabilité en termes d'organisation de la vaccination des professionnels de santé exerçant dans leurs établissements<sup>6</sup>.

La liste des personnes ciblées pour la vaccination, pour lesquelles le vaccin est pris totalement en charge par l'assurance maladie figure en annexe 1.

### Données relatives aux vaccins antigrippaux

#### • Composition des vaccins

Elle est déterminée chaque année par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la base des informations fournies par le réseau mondial de surveillance de la grippe. Ce réseau analyse les modifications constantes des virus grippaux qui imposent d'ajuster chaque année la composition du vaccin. Le réseau collecte grâce aux Centres Nationaux de Référence et aux Centres Collaborateurs OMS du monde entier les informations sur la circulation des virus et leurs éventuelles variations antigéniques. Ces informations permettent d'actualiser la composition vaccinale afin que le vaccin soit adapté aux souches circulantes.

Les vaccins utilisés en France sont des vaccins trivalents actifs sur 2 souche de virus de type A : A(H1N1)pdm09 et A (H3N2) et sur une souche de virus de type B.

#### • Efficacité vaccinale

Elle est en moyenne de 30 à 70 %. Elle varie en fonction de l'adéquation entre les souches circulantes et les virus de la composition vaccinale mais aussi en fonction de la population vaccinée. Ainsi chez le sujet âgé, l'immunosénescence est responsable d'une réduction de l'efficacité. Ceci ne remet toutefois pas en cause l'intérêt de la vaccination dans cette tranche d'âge<sup>7</sup>.

### Organisation de la campagne de vaccination

La campagne de vaccination antigrippale débute chaque année vers la mi-octobre dans l'hémisphère Nord ; dans l'hémisphère Sud (Mayotte, La Réunion) cette campagne débute en avril.

L'assurance maladie adresse un imprimé de prise en charge aux personnes ciblées leur permettant en fonction de leur statut vaccinal antérieur soit de se faire prescrire le vaccin par leur médecin ou sage femme (primo vaccination) soit de retirer directement le vaccin chez leur pharmacien, sans prescription médicale préalable (antécédents de vaccination antérieure).

Pour les personnes vulnérables mais ne pouvant être ciblées (femmes enceintes, personnes atteintes d'obésité morbide, entourage d'enfants de moins de 6 mois à risque..), il appartient au médecin ou à la sage femme de prescrire le vaccin. Un imprimé de prise en charge est disponible à cet effet sur l'Espace Pro d'ameli.fr ou **peut être demandé à la CPAM**<sup>8</sup>.

La vaccination peut être réalisée par un(e) infirmier(e)<sup>9 10</sup> sans prescription médicale préalable et sur présentation de l'imprimé de prise en charge, pour les adultes ayant des antécédents de vaccination antigrippale, à l'exclusion des femmes enceintes et pour les primo vaccinés sur prescription médicale.

<sup>5</sup> CIRCULAIRE N° DGS/RI1/DGOS/DGCS/2014/316 du 17 novembre 2014 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux

<sup>6</sup> L'obligation de vaccination des professionnels de santé qui figurait dans l'article L3111-4 du code de la santé publique a été suspendue par le décret 2006-1260 du 14/10/2016, mais figure toujours dans le CSP

<sup>7</sup> Avis HCSP du 24 mars 2014

<sup>8</sup> Pour les personnes suivies en établissements de santé ou en PMI, il est conseillé de se rapprocher de la caisse d'assurance maladie afin d'obtenir les imprimés de prise en charge

<sup>9</sup> Art R 4311-5-1 du code de la santé publique

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019414847>

<sup>10</sup> Arrêté du 19 juin 2011 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal saisonnier pratiquée par un infirmier ou une infirmière.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024267409&categorieLien=id>

## **Fiche 4 : Mesures barrières**

**Si la vaccination demeure la meilleure protection contre le virus de la grippe, les mesures barrières sont utiles en complément.**

Les mesures barrières représentent l'ensemble des moyens limitant la transmission d'un agent infectieux. Il s'agit notamment :

- De l'hygiène des mains.
- Des masques chirurgicaux permettant d'assurer une protection de type gouttelettes<sup>11</sup>.
- De gestes tels que la couverture de la bouche avec le coude/la manche ou un mouchoir et le mouchage avec un mouchoir à usage unique lors de la toux ou d'éternuements.
- De la réduction des contacts avec les personnes malades

Les recommandations relatives aux mesures barrières en prévention des infections respiratoires ont été actualisées par le HCSP [1].

### **1. L'hygiène des mains**

- est à encourager en milieu communautaire du fait de sa simplicité et de son intérêt pour prévenir d'autres pathologies.
- **En milieu de soins**, l'hygiène des mains constitue une mesure essentielle dans la limitation de la transmission croisée d'agents infectieux ; l'usage de solutés hydro-alcooliques (SHA) est à privilégier.

### **2. L'utilisation des masques**

- En milieu communautaire : même si le port du masque chirurgical est difficilement réalisable (faible acceptabilité, durée de port insuffisante..), il doit cependant être proposé.
- **En milieu de soins le port du masque chirurgical est recommandé [2] :**
  - Pour le personnel ou les visiteurs en contact avec un patient atteint d'une infection respiratoire
  - Pour le patient : au service des urgences, en consultation et lorsqu'il sort de sa chambre

### **3. Les Appareil de Protection Respiratoire de type FFP2 sont préconisés pour les soignants lors de geste invasifs (endoscopie, intubation trachéale, kinésithérapie respiratoire ...) [3]**

### **4. Réduction des contacts entre la personne malade et son entourage communautaire :**

- En milieu communautaire des mesures de bon sens sont préconisées : maintien à domicile, arrêt des activités collectives, limitation des contacts avec les personnes fragiles...
- En milieu de soins les patients doivent être isolés en chambre seule. Les visites seront limitées.

**Ces mesures doivent être largement diffusées auprès**

- Des structures de soins
- Du grand public et des structures accueillant du public

**En période épidémique il est recommandé de promouvoir l'utilisation des mesures barrières :**

- Par la diffusion des recommandations auprès des établissements de santé (ES) et des établissements médico-sociaux (EMS).
- Par le rappel du rôle clé des professionnels de santé dans la diffusion de l'information relative aux mesures barrières auprès de leurs patients.
- La mise à disposition de masques et de solutés hydro alcooliques dans les ES et les EMS mais aussi dans les salles d'attentes des cabinets médicaux est à promouvoir.

### **Références**

- [1] avis du 25 septembre 2015 du haut conseil de la santé publique relatif à l'utilisation des mesures barrières en prévention des infections respiratoires aiguës et des infections respiratoires nosocomiales
- [2] recommandations air- gouttelettes de la Société française d'hygiène hospitalière de 2013. [http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H\\_recommandations\\_air-ou-gouttelettes\\_2013.pdf](http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_recommandations_air-ou-gouttelettes_2013.pdf)
- [3] avis du 1<sup>er</sup> juillet 2011 du HCSP relatif à la stratégie à adopter concernant le stock État de masques respiratoires

---

<sup>11</sup> Les appareils de protection respiratoire (de type FFP2) sont destinés aux personnels soignants dans certaines situations.

## Fiche 5 : Traitement antiviral

Le traitement d'une grippe simple est symptomatique, **aucune antibiothérapie n'est recommandée**<sup>12</sup>. Pour certaines populations toutefois, la prescription d'antiviraux inhibiteurs de la neuraminidase (INA) est justifiée. Deux molécules disposent d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) : l'oseltamivir et le zanamivir. A ce jour en France, **seul l'oseltamivir est disponible**.

### **Il existe trois stratégies de traitement :**

- le traitement curatif ;
- le traitement préemptif<sup>13</sup> ;
- le traitement préventif.

#### ➤ **Situations relevant d'un traitement curatif par les INA**

Le traitement curatif est administré afin de réduire les symptômes et/ou leur gravité chez :

1. Les personnes à risque de complications: femmes enceintes, personnes obèses, jeunes enfants y compris les nouveau-nés à terme, malades âgés de 6 mois et plus éligibles à la vaccination.
2. Les personnes présentant une grippe grave d'emblée ou d'aggravation rapide.
3. Les personnes grippées pour lesquelles l'hospitalisation s'impose.

Dans les situations ci-dessus, le traitement est recommandé quel que soit le statut vaccinal des patients ; il doit être débuté le plus rapidement possible, dans les 48 h suivant le début des signes cliniques, sans attendre les résultats des examens virologiques.

#### ➤ **Situations relevant d'un traitement préventif en post exposition, après contact avec un cas de grippe**

Le traitement préventif est administré avant l'apparition des signes cliniques de grippe. Les doses journalières correspondent à des **doses prophylactiques (demi-doses curatives)**.

##### Indications :

1. Chez les personnes à risque de complications : femmes enceintes, personnes obèses, personnes âgées de 1 an et plus éligibles à la vaccination. Il suppose l'existence d'un contact étroit datant de moins de 48 h avec un cas de grippe cliniquement typique ou confirmé biologiquement.

**Contact étroit :** personnes partageant le même lieu de vie que le cas index ; contact direct face à face à moins d'un mètre lors d'une toux, d'un éternuement ou d'une discussion.

2. Dans les collectivités de personnes à risque (EHPAD...) :

- Lorsque les contacts étroits sont faciles à définir : la prophylaxie est à utiliser selon les modalités ci-dessus pour les contacts étroits de patients présentant une grippe.
- Lorsque les contacts étroits sont impossibles à définir : cette prophylaxie peut également être étendue à l'ensemble d'une unité spatiale au début de l'apparition d'un foyer de cas groupés d'infection respiratoire aiguë selon les critères ci-dessous :

- Le diagnostic virologique est positif (test direct uniquement) : 1 test positif dans la collectivité suffit en période de circulation épidémique des virus grippaux et 2 à 3 tests positifs en dehors de cette période.  
ET
- Le nombre de nouveaux cas par jour (ou incidence journalière) continue d'augmenter.

Ce traitement préventif est débuté pour une durée de 10 jours mais si le phénomène épidémique se prolonge, il sera poursuivi jusqu'au 7<sup>ème</sup> jour suivant l'apparition du dernier cas de grippe dans l'unité.

#### **En cas de tension sur l'offre en INA responsable d'une difficulté d'approvisionnement :**

La prescription chez les sujets âgés de plus de 65 ans doit être appréciée au cas par cas en fonction de la présence ou non de facteurs de comorbidité.

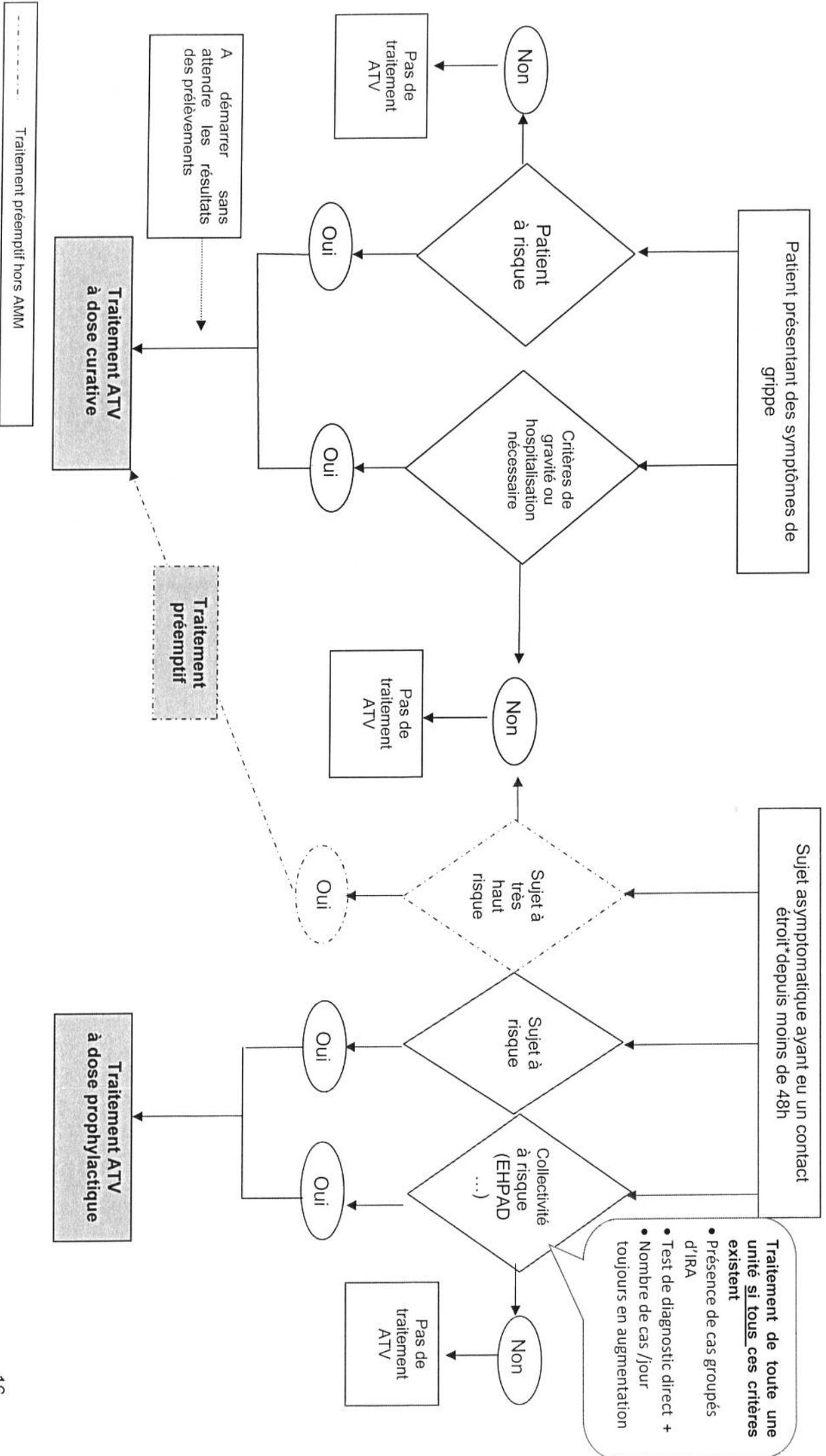
<sup>12</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/fiche\\_memo\\_conseils\\_prescription\\_antibiotiques.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/fiche_memo_conseils_prescription_antibiotiques.pdf)

<sup>13</sup> Le traitement préemptif est recommandé par le HCSP en prophylaxie chez les personnes à très haut risque de complications ayant eu un contact étroit avec un cas de grippe confirmé ou cliniquement typique. Il s'agit d'un traitement prophylactique à doses curatives. La durée de traitement recommandée par le HCSP est de 5 jours.

**Fiche 5-1 Posologie des antiviraux en traitement curatif ou prophylactique**

|             | Chez l'adulte               |                           | Chez l'enfant   |   |
|-------------|-----------------------------|---------------------------|---|---|
|             | Curatif                     | Prophylaxie               | curatif   | prophylaxie   |
| Oseltamivir | Voie orale                  | Voie orale                | Voie orale  | Voie orale  |
|             | 75 mg x2/j<br><br>Durée 5 j | 75 mg/j<br><br>Durée 10 j | <b>13 ans et plus</b><br>75 mg x2/j pendant 5 j<br><br><b>1-12 ans</b><br>- 10 à 15 kg : 30 mg x2/j<br>- de 15 à 23 kg : 45 mg x2 /j<br>- de 23 à 40 kg : 60 mg x2/j<br>- > 40 kg : 75 mg x2/j<br><br>Pendant 5 j<br><br><b>6 mois -1 an</b><br>3mg/kg x2/j pendant 5 j | <b>13 ans et plus</b><br>75 mg x1/j pendant 10 j<br><br><b>1-12 ans</b><br>- 10 à 15 kg : 30 mg x1/j<br>- de 15 à 23 kg : 45 mg x1 /j<br>- de 23 à 40 kg : 60 mg x1/j<br>- > 40 kg : 75 mg x1/j<br><br>Pendant 10 j |

Fiche 5-2 Schéma de prescription des antiviraux



\* **Contact étroit** : personnes partageant le même lieu de vie que le cas index ; contact direct en face à face à moins d'un mètre lors d'une toux, d'un éternuement ou d'une discussion



## **Fiche 6 : Surveillance de la grippe en France**

Cette surveillance est coordonnée par l'InVS qui analyse de manière pluri-hebdomadaire les données provenant de son réseau de partenaires.

L'InVS **publie ses résultats dans un bulletin hebdomadaire** en ligne sur son site internet. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites>

Une analyse régionale de l'activité grippale est détaillée dans les points régionaux, également disponibles sur le site de l'InVS.

Cette surveillance regroupe des données de médecine ambulatoire et de médecine hospitalière ainsi que des données épidémiologiques couplées à des données virologiques.

A partir de la saison 2015-2016, les résultats de la surveillance régionale seront mis à disposition afin de permettre d'optimiser la gestion régionale des épidémies de grippe. L'analyse de seuils régionaux établis à partir de 3 sources (Sentinelles, SOS médecins et Oscour) permet de classer la région en 3 phases : absence d'alerte, phase pré (ou post) épidémique et épidémie. Cette information se retrouve dans les points épidémiologiques régionaux ; elle est également synthétisée sous forme de carte régionale des alertes figurant dans le bulletin national.

Cette surveillance permet d'ajuster les moyens de communication et de renforcer les messages de prévention en phase épidémique. Ainsi un kit de communication produit par les autorités sanitaires est mis à disposition des ARS qui souhaiteraient disposer d'outils de communication.

Un groupe de suivi de l'épidémie est constitué au niveau national afin d'adapter rapidement les mesures de contrôle nécessaires (communication, recommandations...). Ce groupe, piloté par la direction générale de la santé est constitué de représentants des institutions suivantes : Institut de veille sanitaire (InVS) ; Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM), Centre national de référence, Caisse nationale d'assurance maladie ; direction générale de l'offre de soins, direction générale de la santé, direction générale de la cohésion sociale, représentant de la Fédération des observatoires régionaux des urgences (FeDORU). Ce groupe sera activé par la DGS entre la fin novembre (avant le début de l'épidémie) et la fin de l'épidémie. En fonction de la situation un retour d'expérience sera organisé à l'issue de la saison grippale.

## Fiche 7 : Gestion de l'offre de soins

### 1. L'anticipation des phénomènes de tension dans l'offre de soins

Afin d'anticiper les phénomènes de tension pouvant perturber l'offre de soins, plusieurs dispositifs d'information ont été développés par les agences régionales de santé (ARS). Cette démarche se traduit notamment par la mise en place au sein des territoires de santé des répertoires opérationnels des ressources (ROR), d'observatoires régionaux des urgences (ORU) ou de structures équivalentes et du recueil des résumés de passages aux urgences (RPU) auprès des établissements autorisés en médecine d'urgence. En parallèle, les ARS transmettent au niveau national, *via* l'application SISAC, une analyse qualitative hebdomadaire de la situation de l'offre de soins au niveau régional : le bulletin des activités et des capacités hospitalières. La fréquence de cette analyse peut être augmentée en cas de phénomène de tension identifié.

### 2. La gestion des phénomènes de tension dans l'offre de soins

En situation sanitaire exceptionnelle, l'organisation et la coordination des secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social sont encadrées par le dispositif ORSAN. Ce dispositif permet d'adapter les parcours de soins à la nature de l'événement et d'assurer une coordination de **l'ensemble des professionnels mobilisés**, tous agissant dans le cadre d'une stratégie commune. Il est défini puis mis en œuvre, en tant que de besoin par les ARS.

**Le dispositif ORSAN** comprend 5 volets dont les volets ORSAN EPI-VAC et ORSAN-CLIM qui ont pour objectif d'optimiser l'organisation de l'offre de soins pour prévenir les conséquences sanitaires et sociales liées à des épisodes climatiques ou encore à un agent infectieux transmissible qui circule activement sur le territoire. Il s'agit donc de pouvoir disposer d'une organisation régionale du système de santé en capacité de prendre en charge les patients en situation d'épidémie de grippe saisonnière, tout en assurant la continuité des autres activités. Il s'agit également de définir les modalités consistant à prendre en charge des maladies à prévention vaccinale et à organiser une campagne de vaccination exceptionnelle par la médecine libérale et les établissements de santé.

Dans ce cadre, l'enjeu principal est de réduire le nombre d'hospitalisations non justifiées et de faciliter les sorties pour permettre une prise en charge ambulatoire et médico-sociale des patients dans les meilleures conditions possibles. Seuls les patients présentant des formes compliquées, graves ou nécessitant des mesures d'isolement doivent être hospitalisés.

Pour ce faire, l'ARS assure une vigilance sanitaire renforcée et, dans le **domaine ambulatoire**, veille à la mobilisation et l'information des professionnels de santé libéraux. Les ARS peuvent ainsi s'appuyer sur les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) afin de déterminer les modalités de participation des médecins libéraux et des autres professionnels (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes) au dispositif et envisager :

- De renforcer la permanence des soins en médecine libérale ;
- de favoriser au maximum la prise en charge ambulatoire des malades et de ne recourir à l'hospitalisation que pour les situations d'urgence le nécessitant ;
- de favoriser la sortie rapide des patients après hospitalisation, dans un strict respect de la sécurité des patients et en assurant le relais des soins à domicile.

Pour le **secteur médico-social**, il s'agit de privilégier dans un premier temps, pour les personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD qui seraient infectées, leur maintien et leur prise en charge sur place, dans les EHPAD en y renforçant autant que possible la prise en charge infirmière. L'objectif est de favoriser au maximum les soins ambulatoires et de ne recourir à l'hospitalisation que pour les situations d'urgence le nécessitant. Par ailleurs, les établissements médico-sociaux doivent s'assurer de la mise en place de plans bleus et d'un dossier de liaison d'urgence (DLU). Les conventions entre ces structures médico-sociales et les établissements de santé doivent, à ce titre, prendre en compte ces situations épidémiques afin d'en déterminer conjointement les mesures de gestion les plus appropriées.

Enfin, concernant les **établissements de santé**, l'ARS veille à l'adaptation des capacités d'hospitalisation. La disponibilité des lits d'hospitalisation fait ainsi l'objet d'une coordination, par les ARS, dans chaque région. Les objectifs d'organisation des établissements de santé seront ainsi :

- de veiller à la permanence et la continuité des soins ;
- d'assurer la prise en charge des patients notamment les patients polyopathologiques présentant une ou plusieurs décompensations nécessitant une approche pluridisciplinaire ;
- de sensibiliser le personnel à la mise en œuvre des mesures barrières notamment l'utilisation des masques et l'utilisation de SHA ;
- d'anticiper et inciter les sorties possibles (domicile, soins de suite et de réadaptation...) et organiser des reports d'admissions programmées ;
- de transférer ou orienter des patients vers d'autres établissements adaptés, en respectant strictement la sécurité et la volonté du patient ;
- de mobiliser du personnel supplémentaire ;
- d'ajouter des moyens logistiques ;
- de reporter les travaux bloquant l'accès à des lits ;
- de discuter l'ouverture de lits supplémentaires.

Pour atteindre ces objectifs, les directeurs d'établissement s'appuieront sur l'opérationnalité de leurs différents **dispositifs internes** de préparation à des situations sanitaires exceptionnelles, notamment le dispositif « **hôpital en tension** » et le plan blanc d'établissement, définis par l'instruction du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé.