
**EPIDEMIE DE CHIKUNGUNYA EN
GUADELOUPE
ET DANS LES ILES DU NORD
2013 – 2015**

RETOUR D'EXPERIENCE

**HISTORIQUE, PILOTAGE, GESTION
EVALUATION & PROPOSITIONS**

SOMMAIRE

1	HISTORIQUE DE L'ÉPIDÉMIE	6
1.1	ÉMERGENCE DE L'ÉPIDÉMIE	6
1.1.1	A SAINT-MARTIN	6
1.1.2	A SAINT-BARTHELEMY	6
1.1.3	EN GUADELOUPE	6
1.1.4	DANS LA CARAIBE ET LES AMERIQUES	6
1.2	CINETIQUE DE L'ÉPIDÉMIE	6
1.2.1	PHASES DU PSAGE	7
1.2.2	A SAINT-MARTIN	7
1.2.3	A SAINT-BARTHELEMY	8
1.2.4	EN GUADELOUPE	8
1.3	FIN DE L'ÉPIDÉMIE	9
1.4	IMPACT DE L'ÉPIDÉMIE	10
1.4.1	BILAN EPIDEMIOLOGIQUE	10
1.4.2	CAS PROBABLES OU CONFIRMES	10
1.4.3	PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES	10
1.4.4	PASSAGES AUX URGENCES HOSPITALIERES	11
1.4.4.1	Au Centre Hospitalier Universitaire	11
1.4.4.2	Au Centre Hospitalier de la Basse-Terre	11
1.4.4.3	Au Centre hospitalier de Saint-Martin	12
1.4.4.4	Au Centre hospitalier de Saint-Barthélemy	12
1.4.5	SURVEILLANCE DES CAS HOSPITALISES ET DES DECES	13
2	PILOTAGE DE LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE	14
2.1	CELLULES DE CRISE INTERMINISTERIELLES	15
2.1.1	CELLULE DE COORDINATION NATIONALE	15
2.1.2	CELLULE ZONALE D'APPUI	15
2.1.3	CELLULES DE CRISE PREFECTORALES	16
2.1.3.1	En Guadeloupe	16
2.1.3.2	Dans les Iles du Nord	16
2.2	CELLULES DE CRISE ARS	16
2.2.1	CELLULE DE VEILLE, D'ALERTE, ET DE GESTION SANITAIRE	16
2.2.2	COMMISSION REGIONALE D'APPUI	16
3	GESTION DE L'ÉPIDÉMIE	17
3.1	STRATEGIE GLOBALE	17
3.1.1	POUR LES ILES DU NORD	17
3.1.2	POUR LA GUADELOUPE	18
3.1.2.1	LAV et communication	18
3.1.2.2	Organisation des soins	18
3.2	SURVEILLANCE	18
3.3	LUTTE ANTI VECTORIELLE ET COMMUNICATION	19
3.3.1	LUTTE ANTI VECTORIELLE	20
3.3.2	AGENTS DE PREVENTION SANITAIRE DES BRIGADES ANTI CHIKUNGUNYA	21
3.3.3	VOLONTAIRES DU SERVICE CIVIQUE	22
3.3.4	COMMUNICATION	22

3.3.4.1	Au niveau local	22
3.3.4.2	Au niveau national	23
3.4	OFFRE DE SOINS	23
3.4.1	PREMIERE PERIODE : L'ACCOMPAGNEMENT DU PREMIER RECOURS	23
3.4.2	DEUXIEME PERIODE : LE SOUTIEN AU SYSTEME DE SANTE	24
3.4.3	TROISIEME PERIODE : LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	24
3.4.3.1	Offre de soins ambulatoire	24
3.4.3.2	Régulation pré-hospitalière	26
3.4.3.3	Offre de soins hospitalière	26
3.4.3.4	Renforts EPRUS	27

4 EVALUATION DE LA GESTION DE L'EPIDEMIE 29

4.1	EVALUATION DE LA STRATEGIE DE LUTTE ANTI VECTORIELLE ET PROPOSITIONS D'ADAPTATION	29
4.1.1	PRESENTATION DE LA MISSION	29
4.1.2	CONCLUSIONS DE LA MISSION	29
4.1.2.1	Stratégies	29
4.1.2.2	Restructuration des services, organisation et moyens	30
4.1.2.3	Concernant la résistance d' <i>Aedes aegypti</i> à la deltaméthrine	30
4.1.2.4	Concernant la lutte communautaire	30
4.1.2.5	A plus long terme	30
4.2	EVALUATION DES RETOMBÉES DES ACTIONS DE PREVENTION CONTRE LE CHIKUNGUNYA EN GUADELOUPE	31
4.2.1	PRESENTATION DE L'ETUDE	31
4.2.2	ENSEIGNEMENTS TIRES DE L'ETUDE	31
4.2.2.1	Globalement	31
4.2.2.2	Par indicateur	31
4.2.2.3	Informations connexes	32
4.3	EVALUATION DE LA PERCEPTION DES PERSONNES DE PASSAGE EN GUADELOUPE	32
4.3.1	PRESENTATION DE L'ETUDE	32
4.3.2	ENSEIGNEMENTS TIRES DE L'ETUDE	33
4.4	INTERVIEWS DES ACTEURS ET PARTENAIRES DE LA GESTION DE L'EPIDEMIE	33
4.4.1	PRESENTATION DE LA DEMARCHE	33
4.4.2	CALENDRIER DES RENCONTRES	34
4.4.3	ENSEIGNEMENTS TIRES DES INTERVIEWS	35
4.4.3.1	Pilotage	35
4.4.3.2	Prévisions	35
4.4.3.3	Surveillance et remontées d'information	36
4.4.3.4	LAV et communication	36
4.4.3.5	Service civique	39
4.4.3.6	Premier recours	39
4.4.3.7	Système hospitalier	40
4.5	SEANCE PREPARATOIRE A UN RETOUR D'EXPERIENCE SUR L'EPIDEMIE DE CHIKUNGUNYA DANS LES DEPARTEMENTS FRANÇAIS D'AMERIQUE	42
4.5.1	CADRE ET OBJECTIFS	42
4.5.2	ORGANISATION DES ECHANGES	42
4.5.3	SYNTHESE DES PROBLEMATIQUES	42
4.5.3.1	La surveillance	42
4.5.3.2	Le soin	43
4.5.3.3	La lutte anti-vectorielle	43
4.5.3.4	L'environnement	43
4.5.3.5	La communication et la mobilisation sociale	43
4.5.3.6	La coordination des acteurs	43

4.6	RETOUR D'EXPERIENCE DE LA MISE EN OEUVRE DU PLAN ANTI-DISSEMINATION DE LA DENGUE ET DU CHIKUNGUNYA EN METROPOLE ET EN TERRITOIRES ULTRA-MARINS POUR LA SAISON 2014	44
4.7	ENQUETE DE LA CIRE AG AUPRES DES PARTENAIRES POUR L'EVALUATION DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	44
4.8	EVALUATION DE L'IMPACT FINANCIER	44
5	PROPOSITIONS	45
5.1	SUR LA PREPARATION	45
5.1.1	ACTUALISER LE PSAGE	45
5.1.2	ACTUALISER LES PLANS BLANCS	45
5.1.2.1	Prise en charge des patients	45
5.1.2.2	Cellule de crise	45
5.1.2.3	Communication	45
5.1.2.4	Augmentation des capacités	45
5.1.2.5	Déprogrammation	46
5.1.3	ACTUALISER LES PLANS BLEUS	46
5.2	SUR LA SURVEILLANCE	46
5.2.1	OPTIMISER LES REMONTEES D'INFORMATION	46
5.2.2	DEVELOPPER LES OUTILS DE CARTOGRAPHIE	46
5.3	SUR LE PILOTAGE	46
5.3.1	ELARGIR LES CELLULES DE CRISE PREFERATORIALES	46
5.3.2	FORMALISER LE FONCTIONNEMENT DES CELLULES DE CRISE ARS	47
5.3.2.1	Références	47
5.3.2.2	Fonctions de l'ARS en gestion de crise	47
5.3.2.3	Structure de pilotage	47
5.4	SUR LA GESTION	48
5.4.1	LAV ET COMMUNICATION	48
5.4.1.1	Optimiser l'organisation interne	48
5.4.1.2	Renforcer la mobilisation des partenaires	48
5.4.1.3	Aider les partenaires d'optimiser leurs capacités de mobilisation	48
5.4.1.4	Enrichir les modes de communication	48
5.4.1.5	Associer de nouveaux partenaires	49
5.4.2	OPTIMISER L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	49
5.4.2.1	Premier recours et PDSA	49
5.4.2.2	Offre de soins hospitalière	49
5.4.2.3	Services sociaux	50
5.4.2.4	Renforts EPRUS	50
6	ANNEXES	51

EDITORIAL

La présence du virus du Chikungunya a été confirmée pour la première fois dans la zone Amérique-Caraïbe en décembre 2013, à Saint-Martin. A la suite de quoi, trois vagues épidémiques ont impacté successivement Saint-Martin d'abord, Saint-Barthélemy ensuite, et la Guadeloupe enfin.

Cette maladie, nouvelle ici, qui a touché plus de 20% de la population, a toutefois pu être maîtrisée grâce à des mesures d'information appropriées, une organisation efficace de la de la lutte contre le moustique, et une réponse sanitaire adaptée.

La stratégie de réponse s'est articulée autour de deux axes principaux : réactivité et anticipation. Un pilotage précoce par la Préfecture et l'Agence de Santé, la fixation d'objectifs clairs, partagés et évolutifs, l'implication des nombreux partenaires, la mobilisation progressive des renforts, la mise en place d'une stratégie de communication innovante, ont contribué à limiter les conséquences de l'épidémie, qui n'a au final pas eu l'impact redouté aux plans sanitaire, social, économique, et politique.

Toutefois, accompagner une crise ne s'improvise pas, et en prévoir la gestion est une exigence de santé publique. Il est donc essentiel d'en tirer les enseignements pour éviter leur répétition. C'est la garantie de la réactivité et de la qualité de la réponse apportée.

C'est pour cette raison que, dès juillet 2014, j'ai décidé de mobiliser une mission interne au Pôle Offre de Soins visant à :

1. accompagner la traçabilité de l'épidémie (de chikungunya) et des réponses apportées depuis les premiers cas intervenus à St Martin le 6 décembre 2013 ;
2. proposer un document en lien avec les acteurs de la gestion de crise, faisant des recommandations afin de permettre l'adaptation du PSAGE CHIK, et alimenté au fur et à mesure de l'évolution à venir de l'épidémie ;
3. formaliser un plan d'action et le traduire en tableau de bord permettant d'identifier les personnes chargées du suivi et la mise en œuvre concrète des actions.

Elaborés sur la base d'une méthodologie étroitement inspirée de la note de la Direction Générale de la Santé (DESUS) de mars 2007 (« *Méthodologie de retour d'expérience pour les événements sanitaires ou à impact sanitaire* »), les développements qui suivent ont pour ambition de répondre à cette commande.

Le présent dossier se complète du « *Bilan des actions de lutte anti vectorielle et de prévention développées dans le cadre de l'épidémie de chikungunya en Guadeloupe* » produit parallèlement par le service de lutte anti vectorielle (LAV).

Ces deux documents ont vocation à servir de base au RETEX inter régional Antilles-Guyane organisé en Martinique en juin 2015.

Gourbeyre, le 1^{er} mai 2015,
Le Directeur Général,
Patrice RICHARD



1 HISTORIQUE DE L'ÉPIDÉMIE

1.1 Emergence de l'épidémie

1.1.1 A Saint-Martin

Alors que l'île de Saint-Martin était confrontée à une épidémie de dengue depuis plusieurs mois, plusieurs personnes présentant un tableau évocateur de dengue accompagné d'arthralgies intenses et invalidantes ont été signalées entre la mi-octobre et la mi-novembre 2013 sur le quartier d'Oyster Pond, à la limite de la partie hollandaise.

La confirmation biologique des 2 cas le 6 décembre 2013 à Saint-Martin a généré une alerte. La surveillance renforcée et les investigations mises en place dès le 16 novembre 2013 ont permis d'identifier 34 cas cliniquement évocateurs survenus entre le 5 octobre et le 4 décembre 2013. Ces cas étaient majoritairement situés sur le quartier d'Oyster Pond, mais pratiquement toute la partie française de l'île, et notamment Quartier d'Orléans et Sandy Ground, était concernée. Dès le 6 décembre 2013, Saint-Martin était placée en phase 3a du PSAGE chikungunya (épidémie avérée).

1.1.2 A Saint-Barthélemy

La surveillance renforcée a permis de mettre en évidence 11 cas suspects mi-décembre 2013. Le nombre de cas progressant très rapidement, l'île a été placée en phase 3a du PSAGE, le 30 décembre 2013.

1.1.3 En Guadeloupe

Le premier cas autochtone a été confirmé le 24 décembre 2013 sur la commune du Moule. Dès la semaine 2014-2, la surveillance renforcée mettait en évidence 76 cas suspects cliniquement évocateurs et 27 cas confirmés biologiquement, situés principalement sur Baie-Mahault, commune à partir de laquelle la diffusion s'est faite de proche en proche. La Guadeloupe a été immédiatement placée en phase 2a du PSAGE (circulation autochtone modérée).

1.1.4 Dans la Caraïbe et les Amériques

Le virus chikungunya a été identifié pour la première fois dans les Départements Français d'Amériques (DFA) en décembre 2013. Il a d'abord été mis en évidence à Saint Martin, puis à Saint Barthélemy, en Martinique, en Guadeloupe et en Guyane. Parmi les DFA seule la Guyane est encore en situation d'épidémie fin mai 2015, date d'écriture de ce rapport.

Depuis décembre 2013, des cas confirmés de chikungunya ont également été signalés sur de nombreuses îles caribéennes. La transmission locale du virus a été confirmée dans des pays de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud, ainsi qu'au Mexique, en Floride et aux États-Unis. Selon l'Agence de Santé Publique du Canada, c'est la première fois que l'on détecte une transmission locale de chikungunya dans la région des Amériques.

La dissémination du virus continue dans ces régions avec plus d'un million quatre cent mille cas suspects recensés par l'Organisation Mondiale de la santé dans les zones Caraïbe et Amériques.

1.2 Cinétique de l'épidémie

Les cinétiques de l'épidémie dans les trois territoires ont été très différentes et très significatives. Les données publiées dans les Points Épidémiologiques de l'InVS retracent ces phénomènes.

1.2.1 Phases du PSAGE

Tableau 1 :
Phasage de développement de l'épidémie en Zone de Défense Antilles (ZDA)

	Phase 1a : absence de transmission autochtone du virus et absence d'épidémie dans les zones de forts échanges
	Phase 1b : absence de transmission autochtone du virus ; survenue d'une épidémie dans une zone de forts échanges
	Phase 1c : absence de transmission autochtone du virus ; survenue d'une épidémie dans l'un des autres DFA
	Phase 2 : circulation virale autochtone modérée
	Phase 3 : situation épidémique

1.2.2 A Saint-Martin

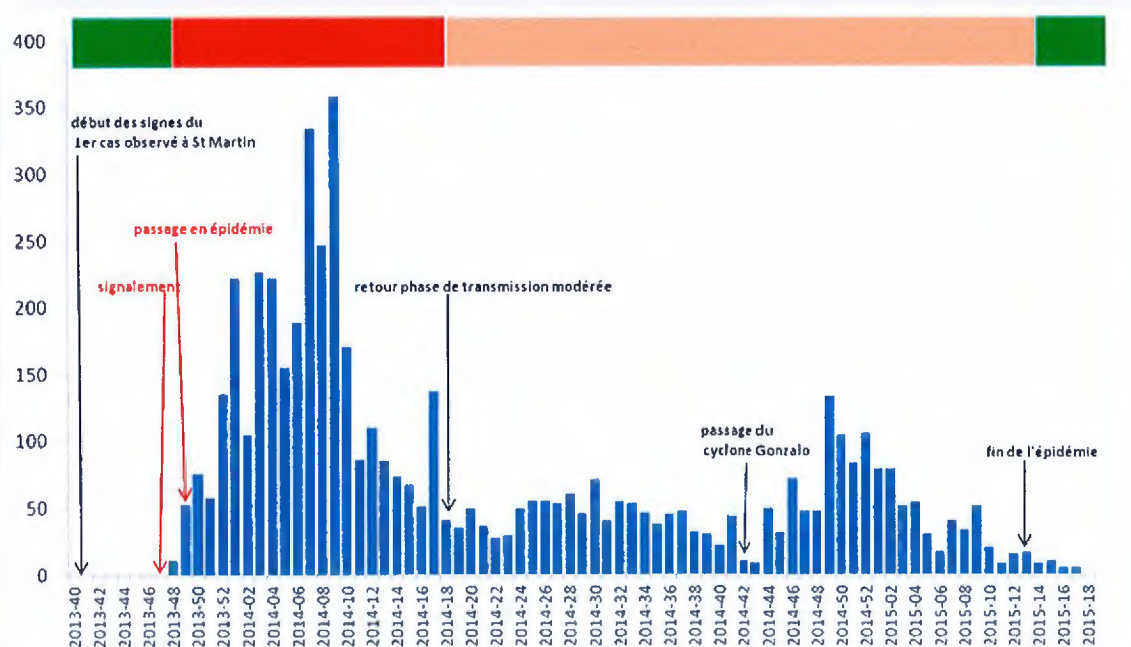
Du fait de la superficie réduite du territoire de Saint-Martin (87 km²), la situation a rapidement évolué vers l'épidémie, avec la détection de cas dans plusieurs quartiers de l'île. Le passage en épidémie a été prononcé le 6 décembre 2013. Le nombre hebdomadaire de consultations a progressé jusqu'à mi-février 2014 à Saint-Martin pour décroître ensuite.

Cette situation a conduit les autorités sanitaires à replacer Saint-Martin en phase de circulation virale modérée à la fin avril 2014. Une augmentation de l'activité a été observée à Saint-Martin entre décembre 2014 et janvier 2015 avant de se stabiliser à des niveaux faibles depuis le mois de mars 2015 (Figure 1).

L'ensemble des indicateurs montre que la situation épidémiologique du chikungunya à Saint-Martin correspond depuis à la présence de cas sporadiques simples et que le niveau de transmission est très faible. Le Comité d'experts a été consulté et considère que le phénomène épidémique est terminé. Cette extinction est datée à la fin du mois de mars (semaine 2015-13). Au total, lors de l'épidémie, 5 400 cas cliniquement évocateurs ont été estimés à Saint-Martin.

Figure 1 :

Evolution du nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus en consultation de ville à Saint-Martin, ainsi que la chronologie du passage dans les différentes phases, décembre 2013 à avril 2015



Source : CIRE AG

1.2.3 A Saint-Barthélemy

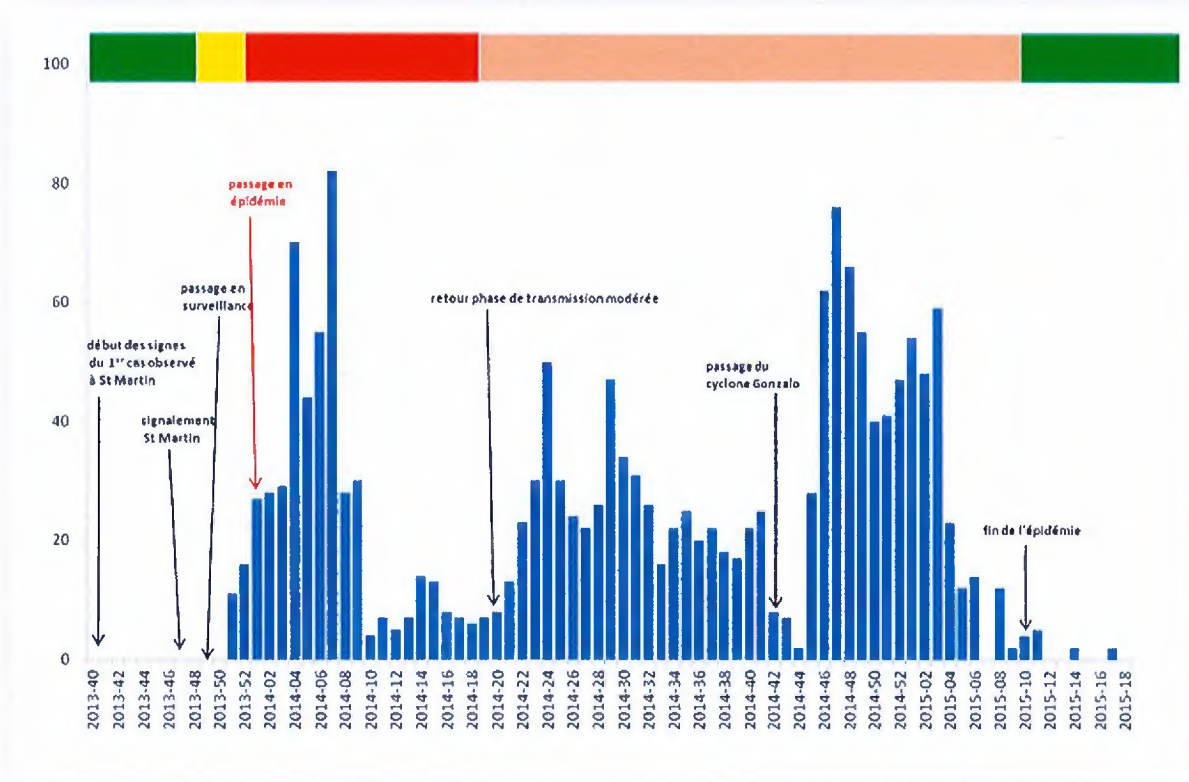
Comme à Saint-Martin, compte tenu de la superficie réduite du territoire de Saint-Barthélemy (21 km²) la situation a rapidement évolué vers l'épidémie, avec la détection de cas dans plusieurs quartiers de l'île. Le passage en épidémie a été prononcé le 30 décembre 2013. Ensuite, le nombre hebdomadaire de consultations a suivi une évolution assez comparable dans les deux îles, progressant jusqu'au début de février à Saint-Barthélemy pour décroître ensuite.

Cette situation a conduit les autorités sanitaires à replacer Saint-Barthélemy en phase de circulation virale modérée à la mi-mai 2014. Saint-Barthélemy a connu fin novembre 2014 une reprise épidémique pour laquelle les autorités n'ont pas souhaité déclarer le passage en phase 3 « épidémie » du PSAGE (Figure 2). La situation est redevenue calme depuis le mois de mars 2015.

L'ensemble des indicateurs montre que la situation épidémiologique du chikungunya à Saint-Barthélemy correspond désormais à la présence de cas sporadiques simples et que le niveau de transmission est très faible. Le Comité d'experts a été consulté et considère que le phénomène épidémique est terminé. Cette extinction est datée à la fin du mois de mars (semaine 2015-10). Lors de l'épidémie, 1 700 cas cliniquement évocateurs ont été estimés à Saint-Barthélemy.

Figure 2 :

Evolution du nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus en consultation de ville à Saint-Barthélemy, ainsi que la chronologie du passage dans les différentes phases, décembre 2013 à avril 2015



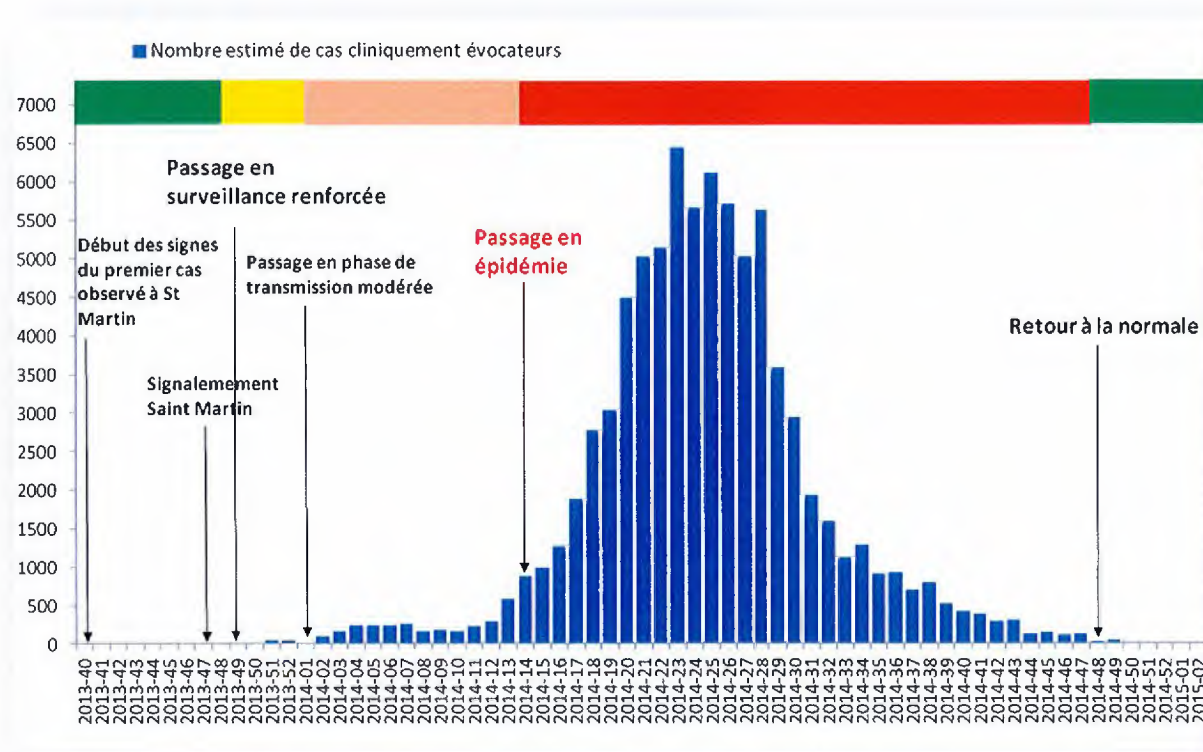
Source : CIRE AG

1.2.4 En Guadeloupe

En Guadeloupe, le passage en phase de circulation virale modérée a été déclaré fin décembre 2013. La circulation virale s'est ensuite intensifiée mais en restant pendant plusieurs mois essentiellement limitée aux communes de Baie-Mahault et à ses communes avoisinantes : Petit-Bourg, Goyave et Capesterre-Belle-Eau. La généralisation de la circulation virale sur l'ensemble des communes du département a conduit à déclarer l'épidémie le 10 avril 2014. L'épidémie a atteint son pic au début du mois de juin.

La décreue a été plus rapide qu'en Martinique et, le 26 novembre 2014, le comité d'experts a considéré que l'évolution de la situation épidémiologique du chikungunya correspondait à la fin de l'épidémie avec la présence de cas sporadiques de chikungunya (Figure 3). Le comité de gestion a déclaré la fin de l'épidémie au cours de sa réunion du 27 novembre 2014. Le nombre estimé de consultations en médecine de ville pour chikungunya était de 81 200 personnes sur la durée de l'épidémie en Guadeloupe.

Figure 3 :
Evolution du nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus en consultation de ville en Guadeloupe, ainsi que la chronologie du passage dans les différentes phases, décembre 2013 à janvier 2015



Source : CIRE AG

1.3 Fin de l'épidémie

Le 22 décembre 2014, l'ARS mettait en ligne l'information suivante :

« Chikungunya : l'épidémie est finie mais le combat continue »

Les différentes données épidémiologiques de ces dernières semaines, analysées par la CIRE-Antilles Guyane et le service de lutte anti-vectorielle, confirment la diminution continue du nombre de nouvelles personnes touchées par la maladie. Toutes les conditions ont été réunies dès la fin du mois de novembre dernier, compte tenu des critères prédéfinis par le Comité d'Expert, pour acter cette évolution. Le comité de gestion Chikungunya s'est donc réuni en préfecture, le 27 novembre dernier, pour prononcer la fin de l'épidémie. Pour autant, la circulation du virus se poursuit parmi les personnes non encore touchées. Il faut donc rester vigilants et poursuivre les mesures de prévention et de protection bien connues aujourd'hui de tous. A Saint-Martin, une circulation virale notable est constatée durant ces dernières semaines. La vigilance demeure. A Saint-Barthélemy, une reprise significative de la circulation virale est notée, rendant indispensable le renforcement des actions de prévention telles qu'elles ont été définies par le Comité de gestion local du 12 décembre dernier.»

1.4 Impact de l'épidémie

1.4.1 Bilan épidémiologique

Au 15 décembre 2014, le nombre cumulé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus par les médecins généralistes depuis le début de l'épidémie était estimé comme suit :

Tableau 2 :
Nombre estimé de cas cliniquement évocateurs dans les trois territoires au 15 décembre 2014

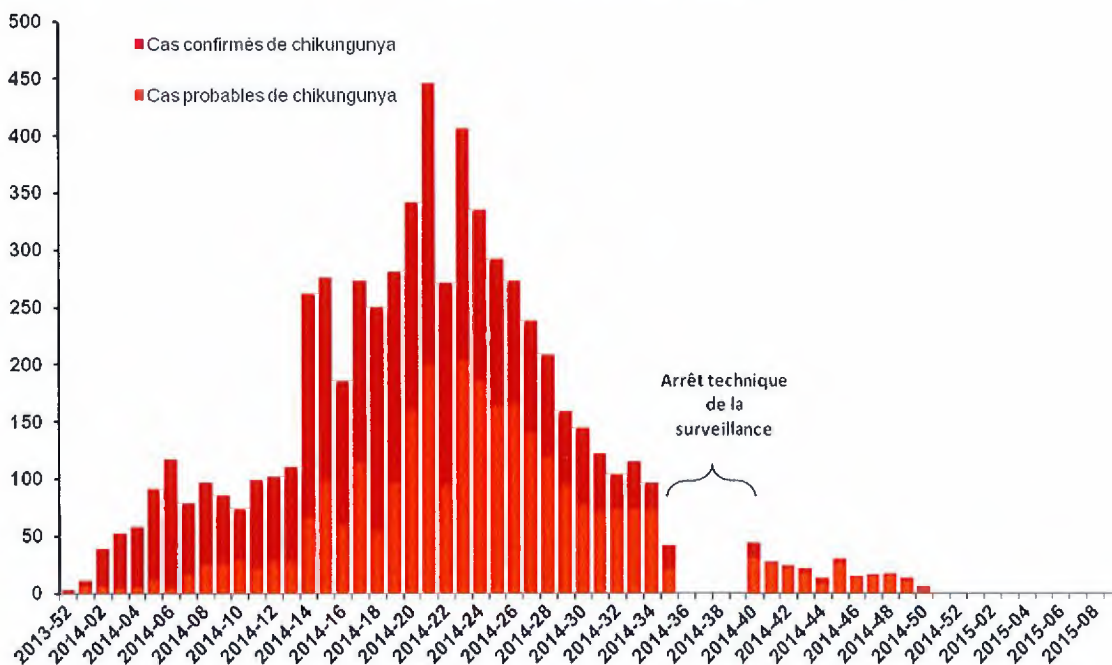
Territoire	Guadeloupe	Saint-Barthélemy	Saint-Martin
Population	411 507	9 171	36 992
Cas évocateurs vus en médecine de ville	81 270	1 393	4 830
Incidence cumulée	19,7 %	15,2 %	13,1 %

Source : CIRE AG

1.4.2 Cas probables ou confirmés

Le nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés ou probables de chikungunya a suivi une cinétique semblable à celle du nombre de cas cliniquement évocateurs estimés (Figure 4). Aucun cas biologiquement confirmé ou probable n'a été rapporté en Guadeloupe depuis la fin du mois de janvier 2015.

Figure 4 :
Evolution du nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés ou probables de chikungunya en Guadeloupe, décembre 2013 à février 2015



Source : CIRE AG

1.4.3 Permanence des soins ambulatoires

L'ADGUPS, association de médecins chargée de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, estimait à fin septembre 2014 que le nombre de cas cliniquement évocateurs d'infection au virus du chikungunya recensés en 2014 sur les sites qu'elle gère représentait 546 appels régulés et 983 consultations dans les maisons médicales de garde (MMG).

Tableau 3 :
Activité en PDSA (régulation et consultations)

2014	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre
Régulation	18	7	10	37	101	231	121	0	21
Consultations	71	69	67	140	219	273	118	16	10

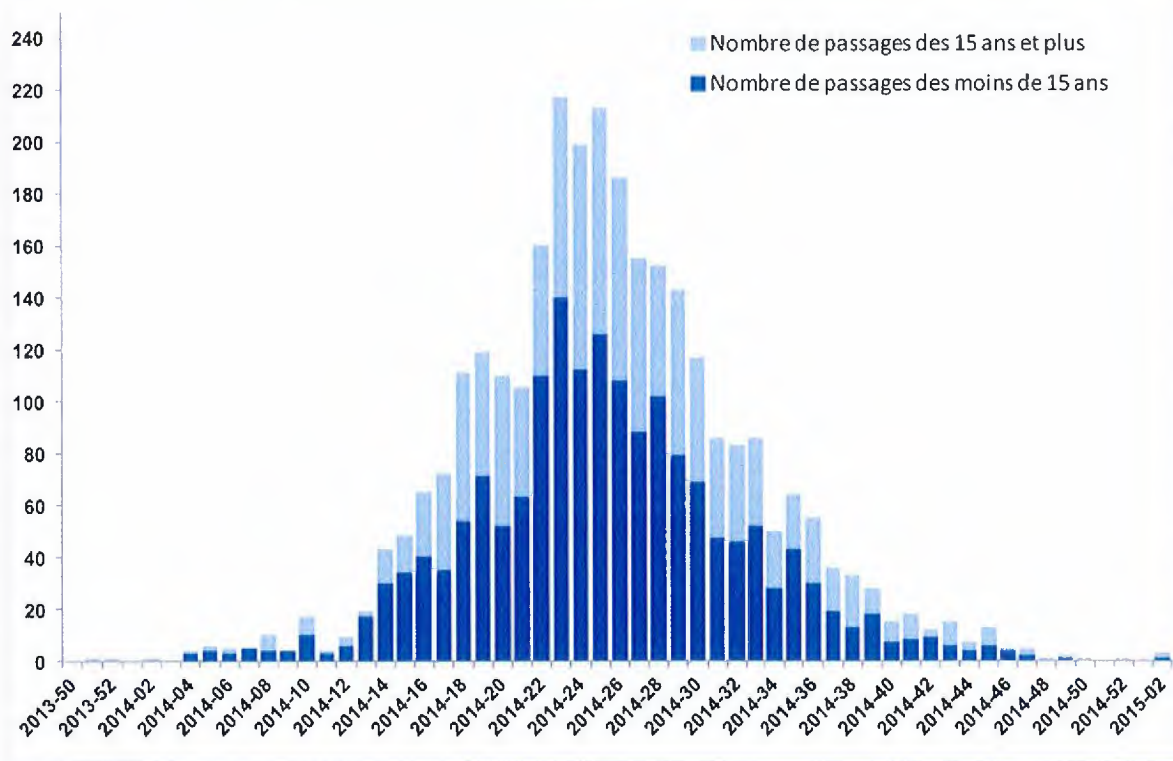
Source : ADGUPS

1.4.4 Passages aux urgences hospitalières

1.4.4.1 Au Centre Hospitalier Universitaire

Au CHU de Pointe-à-Pitre (CHU), la montée en charge a été rapide, à compter de la semaine 2014-13, pour atteindre un pic entre les semaines 2014-23 à 2014-25. La décroissance, relativement régulière, du nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour chikungunya, observée depuis la dernière semaine du mois de juin 2014, s'est poursuivie jusqu'à la fin de l'année 2014. Ce nombre était inférieur à 3 au cours des semaines 2014-48 à 2015-02.

Figure 5 :
Nombre hebdomadaire de passages pour suspicion de chikungunya aux urgences du CHUPPA

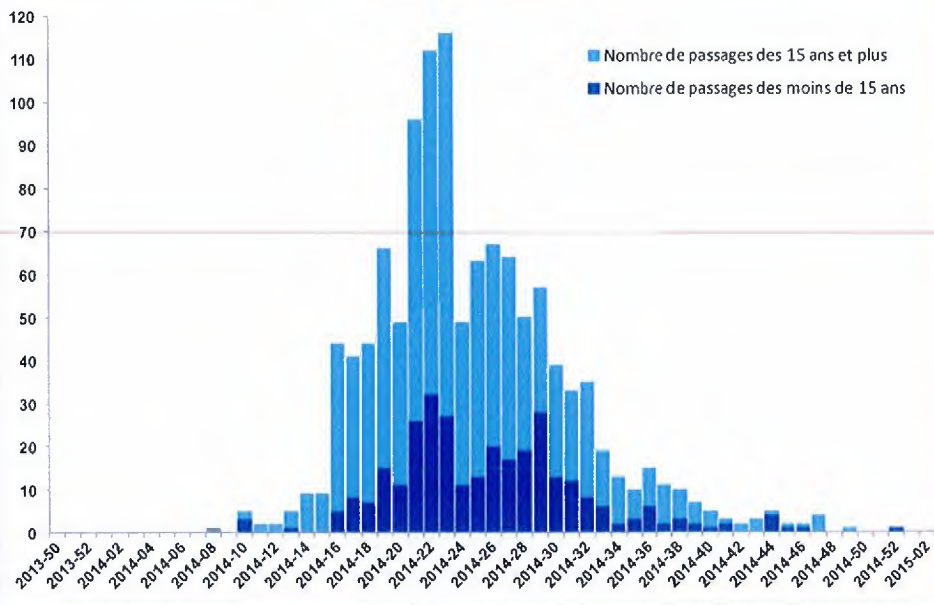


Source : CIRE AG

1.4.4.2 Au Centre Hospitalier de la Basse-Terre

Au Centre Hospitalier de la Basse-Terre (CHBT), la montée en charge a été très rapide, à compter de la semaine 2014-16, pour atteindre un pic entre les semaines 2014-21 à 2014-23. La décroissance de ce nombre, débutée au mois de juin (semaine 2014-24), a été plus irrégulière, mais le nombre de passages aux urgences était également inférieur à 3 au cours des semaines 2014-48 à 2014-50, pour devenir inférieur ou égal à un début 2015.

Figure 6 :
Nombre hebdomadaire de passages pour suspicion de chikungunya aux urgences du CHBT

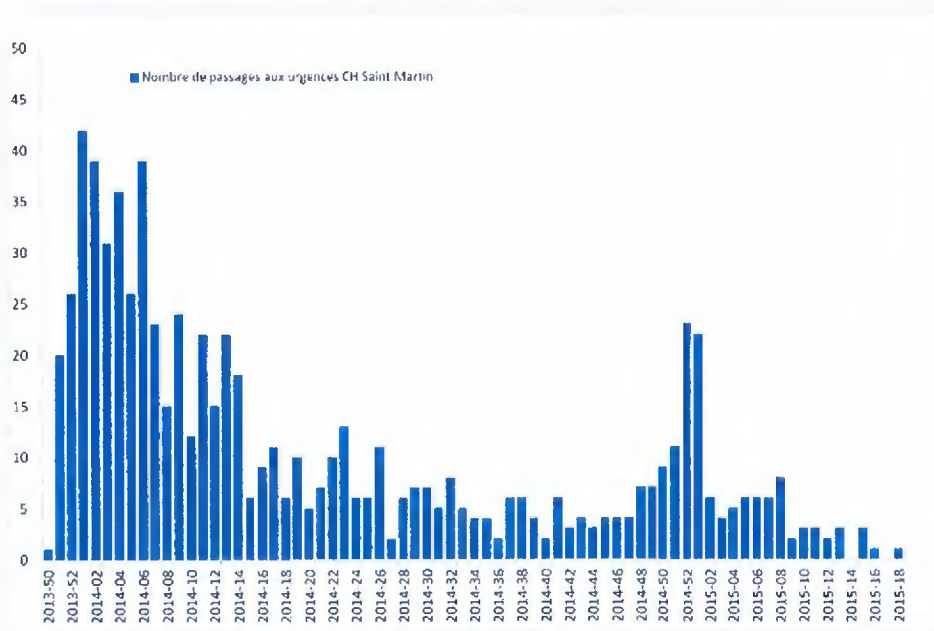


Source : CIRE AG

1.4.4.3 Au Centre Hospitalier de Saint-Martin

Le nombre hebdomadaire moyen de passages aux urgences du CHLCF pour suspicion de chikungunya a connu un pic en janvier 2014, suivi d'une phase décroissante jusqu'au début du mois d'avril 2014. Ce nombre est resté inférieur à 12, avant d'augmenter lors de la recrudescence de décembre 2014. Il est inférieur à deux depuis la première semaine de mars 2015.

Figure 7 :
Nombre hebdomadaire de passages aux urgences du CHLCF pour suspicion de chikungunya



Source : CIRE AG

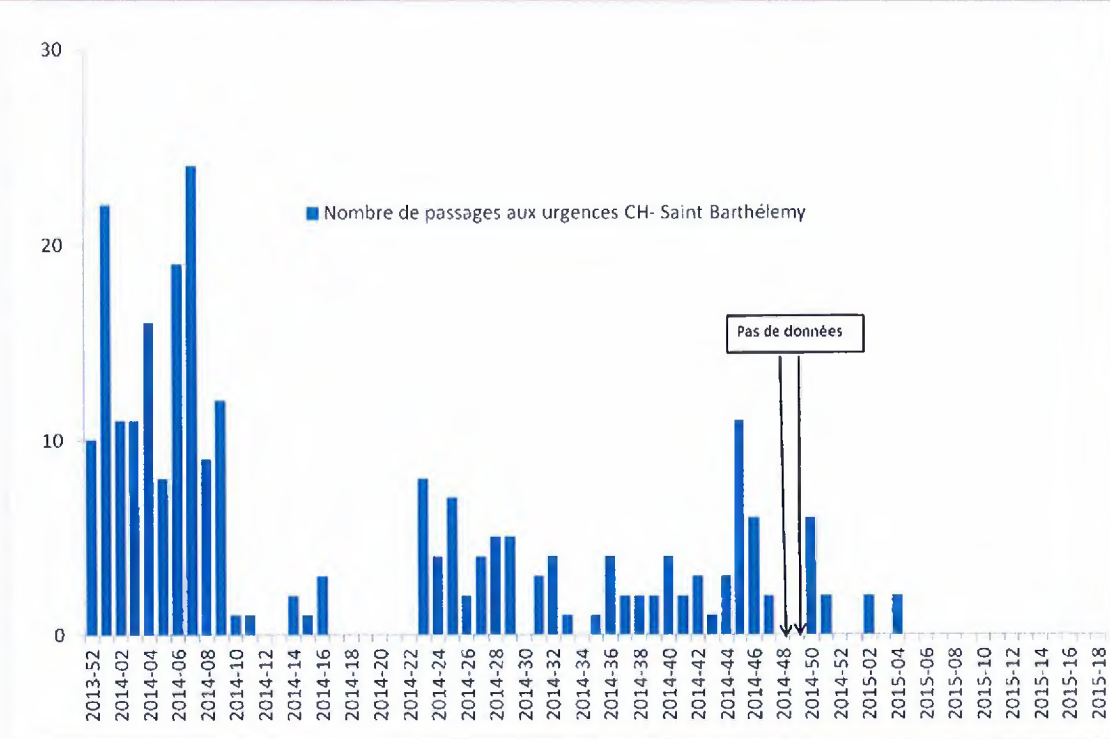
1.4.4.4 Au Centre Hospitalier de Saint-Barthélemy

Le nombre hebdomadaire moyen de passages aux urgences du Centre Hospitalier de Bruyn pour suspicion de chikungunya a atteint 24 en février 2014. Puis ce nombre est resté inférieur à 11.

Aucun passage pour chikungunya n'a été signalé depuis début février 2015.

Figure 8 :

Nombre hebdomadaire de passages aux urgences du CHIDB pour suspicion de chikungunya, décembre 2013, avril 2015



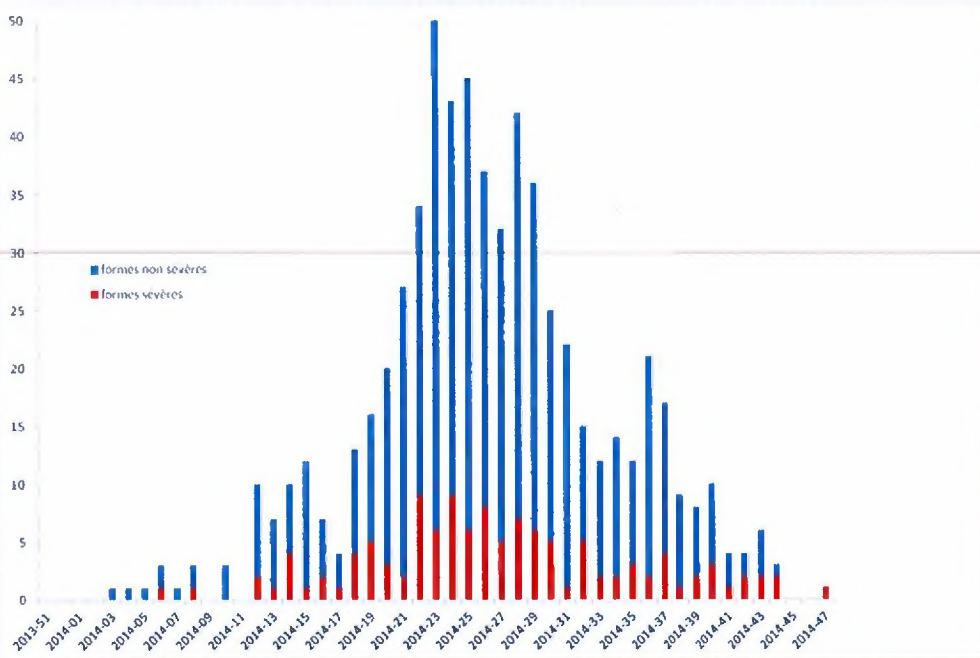
Source : CIRE AG

1.4.5 Surveillance des cas hospitalisés et des décès

Aucun patient, cas confirmé ou probable de chikungunya, n'a été hospitalisé depuis fin octobre 2014. Depuis le début de l'épidémie, 623 patients ont été hospitalisés. Parmi eux, à mi janvier 2015, 126 présentaient une forme sévère de la maladie, 441 une forme non sévère, 56 sont en cours de classification.

Parmi ces cas hospitalisés et biologiquement confirmés, 21 décès ont été enregistrés et classés (5 comme directement liés au chikungunya et 16 comme indirectement liés). Par ailleurs, 54 certificats de décès portant la mention « chikungunya » pour des personnes décédées à domicile, ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie.

Figure 9 :
 Nombre hebdomadaire de cas hospitalisés et répartition en formes sévères et non sévères en Guadeloupe



Source : CIRE AG

2 PILOTAGE DE LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE

« ...Une crise suppose toujours qu'une décision soit prise, qu'une action soit menée afin de permettre au système concerné de s'en sortir. La crise est, par essence, une situation insolite caractérisée par son instabilité, et qui oblige à celui qui en est la victime, à adopter une gouvernance spécifique pour revenir au mode usuel de vie. Cette gouvernance spécifique se traduit le plus souvent par la mise en place d'une cellule de crise qui sera amenée à prendre les décisions adaptées à chaque phase de l'événement. La gestion de crise s'accompagne également par le déploiement d'un plan de continuité de l'activité.

Quel que soit le type d'événement auquel il faut faire face, la gestion de crise présente certaines caractéristiques permanentes :

- ✓ une capacité d'action et de décision. La situation étant avant tout une situation d'urgence, il est déterminant de percevoir rapidement les priorités et les décisions les plus adaptées aux circonstances ;
- ✓ une organisation spécifique. Il s'agit de la cellule de crise qui permet de rassembler les efforts des différents intervenants.... »

<http://www.eprus.fr/gestion-crisis-sanitaires.html-0>

2.1 Cellules de crise interministérielles

2.1.1 Cellule de coordination nationale

Dès le 5 décembre 2013, le suivi des mesures de gestion de l'épidémie de mises en place dans les régions et COM a nécessité des réunions bimensuelles, associant les acteurs nationaux de la santé : DGS, DGOS, SGMCAS, ANSM, InVS, CNR, DGOM.

A partir du 23 janvier 2014, le format des réunions a évolué suite à l'intensification de l'épidémie dans les départements français d'Amérique. Ainsi, les réunions téléphoniques de coordination interministérielle, pilotées par le DUS, ont intégré l'EPRUS et d'autres acteurs interministériels, notamment le ministère de l'intérieur (COGIC, EMZ Antilles, préfectures de Martinique et Guadeloupe, ARS) pour appuyer l'organisation et la mise en œuvre de la réponse sanitaire par les ARS.

Il s'agissait pratiquement de conférences téléphoniques interrégionales avec le niveau national (DUS) avec une périodicité hebdomadaire au début, bi hebdomadaire ensuite, et mensuelle enfin.

A la demande de la Ministre des affaires sociales, le Directeur général de la santé, accompagné par le Directeur général des outre-mer et par le Directeur général de l'EPRUS, s'est déplacé aux Antilles du 10 au 13 février 2014 pour réaliser un état des lieux de la situation sanitaire et évaluer les mesures de gestion locales mises en œuvre.

Quant à la Ministre de la santé, elle s'est elle-même déplacée aux Antilles et en Guyane mi juillet 2014, accompagnée du Directeur Général de l'Offre de Soins, et plus particulièrement en Guadeloupe le 17 juillet 2014, afin d'évaluer le dispositif de réponse au plus fort de l'épidémie.

2.1.2 Cellule Zonale d'Appui

Le SZDA a activé la CZA le 13 janvier 2014, au moment où, en plus des COM, la Martinique est passée en phase 3 du Psage chikungunya, marquant de fait l'impact zonal de l'épidémie. La mobilisation de la CZA correspond au niveau d'alerte et de gestion 3a. Pour la gestion de cette épidémie, la CZA a été en interface avec :

- Au niveau régional et inter régional : la CRA de l'ARS de Martinique, la CVAGS R /cellule de crise de l'ARS Guadeloupe, les acteurs zonaux (le Centre Opérationnel Zonal (COZ), la Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie Antilles Guyane (CIRE AG), l'Établissement de Santé de Référence (ESR) du CHU de Martinique (CHUM)) ;
- Au niveau national : la Direction Générale de la Santé(DGS)/Direction des Urgences Sanitaires (DUS) et l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) ;
- Au niveau international la Pan American Health Organisation (PAHO).

2.1.3 Cellules de crise préfectorales

2.1.3.1 En Guadeloupe

Face à la menace émergente de l'épidémie, un Comité de Suivi et de Coordination a été mis en place le 6 janvier 2014. Se réunissant tous les quinze jours, ce comité présidé par la préfète de Guadeloupe était constitué de l'ARS, des collectivités majeures, de l'Association des maires, de services de l'Etat (DEAL, DJSCS, Rectorat), du SDIS, de la CGSS, de l'IREPS, et de l'Union des Entreprises de Guadeloupe.

Il a immédiatement élaboré 7 fiches actions autour de 3 axes principaux : la communication et la mobilisation sociale, la maîtrise des gîtes à risques (gîtes aériens, véhicules hors d'usage et encombrants métalliques) et le suivi des conséquences environnementales. Il a participé à la mobilisation rapide de nombreux acteurs tant publics que privés.

Le 13 juin 2014, il était procédé à l'activation d'une cellule de crise intégrant les principaux représentants du système de santé et les Communautés d'agglomérations, à raison d'une réunion hebdomadaire.

2.1.3.2 Dans les Iles du Nord

Les comités de gestion Dengue (rebaptisés comités de gestion chikungunya ultérieurement) des deux COM, présidés par le Préfet délégué, se sont réunis dès la confirmation des premiers cas de chikungunya et ont acté le passage en épidémie.

2.2 Cellules de crise ARS

2.2.1 Cellule de veille, d'alerte, et de gestion sanitaire

Malgré ces contraintes géopolitiques, et du fait d'une expérience acquise par la récurrence des phénomènes épidémiques dans la région, l'ARS a constitué rapidement une Cellule de Veille, d'Alerte, de Gestion Sanitaire « renforcée » (CVAGS R). La CVAGS R, pilotée par le pôle Veille et Sécurité Sanitaire (VSS), a organisé et a coordonné les mesures de gestion.

Elle s'est appuyée principalement sur le service de lutte anti vectorielle (LAV), sur l'unité de défense civile et gestion de crises, et l'unité de veille et de coordination des vigilances, qui ont été renforcées par un redéploiement interne issu des directions métiers ou ponctuellement par la réserve sanitaire EPRUS.

La délégation de l'ARS dans les Iles du Nord (DTIDN) a été en lien avec la CVAGS pour la mise en œuvre des mesures de gestion et a tenu informé la CZA de la situation sanitaire à Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

Le renfort de l'antenne CIRE en Guadeloupe et les Iles du Nord a été géré par la CIRE AG et l'InVS.

2.2.2 Commission régionale d'appui

Au moment du pic épidémique, le 23 juillet 2014, une cellule de crise pilotée par la Direction générale pour amplifier l'organisation de la réponse sanitaire. Composée de représentants des services concernés (VSS, LAV, Offre de soins...), et réunie à un rythme hebdomadaire, elle a permis de coordonner l'action des différents acteurs de l'ARS, en Guadeloupe et dans les Iles du Nord.

Une fois l'épidémie éteinte, cette cellule a continué à se saisir des problématiques sanitaires exceptionnelles de la fin de l'année 2014 (Ebola, sargasses...).

3 GESTION DE L'ÉPIDÉMIE

« A côté du dispositif de veille et d'évaluation essentiellement assuré par des agences, les fonctions de décision et de gestion des risques sanitaires relèvent de la décision publique.

La gestion consiste à explorer les différentes solutions possibles et leurs conséquences puis de mettre en oeuvre les mesures permettant de prévenir, réduire, réparer ou compenser les risques identifiés.

Il s'agit d'une part de définir les normes garantissant un niveau élevé de protection sanitaire et les règles encadrant certaines activités afin d'obtenir le niveau de risque le plus faible (normes, lois, règlements, guides de bonnes pratiques, autorisations, décisions de police sanitaire...). La mise en oeuvre des règles et des procédures suppose la définition de procédures de contrôle et d'inspection.

Il s'agit d'autre part de mettre en place des plans de réponse aux urgences sanitaires et aux situations exceptionnelles. En cas de survenue d'un risque, les autorités sanitaires doivent prendre les décisions les plus pertinentes possibles.

Enfin, la gestion des risques consiste aussi à informer les populations concernées et à développer une culture partagée du risque dans la société. »

www.vie-publique.fr/politiques...sanitaire/gestion-crisis-sanitaires/

3.1 Stratégie globale

3.1.1 Pour les Iles du Nord

Alors que l'épidémie de dengue continuait à sévir dans les COM, l'épidémie de chikungunya a pris l'ascendant très rapidement, nécessitant des mesures d'adaptation du système de santé pour faire face à une recrudescence de consultations et d'hospitalisations.

Les premières mesures de gestion étaient axées sur :

- La contribution des autorités publiques des COM ;
- Le renforcement de la LAV avec des renforts venus de Guadeloupe et de Martinique, et la coordination avec la LAV partie hollandaise (quartiers « frontière ») ;
- Un plan de communication et de mobilisation sociale ;
- Le renfort de l'antenne CIRE par l'InVS ;
- Le renfort de la DTIDN en infirmières par la CVAGS Guadeloupe (VSS) et le Pôle Santé Publique (Service prévention), puis par l'EPRUS.

Un mois plus tard, l'épidémie était généralisée sur les deux COM, avec un débordement constaté aux urgences du Centre Hospitalier de Saint-Martin pendant 6 semaines et une activité soutenue au Centre Hospitalier de Saint-Barthélemy.

Les tensions au niveau de la médecine ambulatoire sur cette période, de la semaine 2014-3 à la semaine 2014-9, étaient difficiles à évaluer, les secteurs hospitalier et ambulatoire ayant du mal à se coordonner et à s'organiser.

La réponse sanitaire a consisté à :

- Renforcer l'information de la population sur la maladie : protections individuelles et collectives vis-à-vis des moustiques, destructions des gîtes, conduites à tenir en cas de maladie ;
- Organiser la permanence des soins ambulatoires ;
- Canaliser le flux des patients aux urgences ;
- Inciter les patients à consulter en premier lieu leur médecin généraliste pour soulager la tension hospitalière.

Malgré l'implication et l'engagement local des autorités de l'Etat, des COM, des acteurs de santé, des partenaires engagés dans la lutte anti vectorielle, des renforts mobilisés au niveau régional et national (sécurité civile) et de la population, le système de santé des Iles du Nord a eu du mal à contenir l'impact de cette épidémie.

3.1.2 Pour la Guadeloupe

3.1.2.1 LAV et communication

L'élaboration et de la mise en œuvre de la réponse sanitaire a reposé sur un partenariat fort entre le service LAV et la CVAGS.

Le plan d'action de la LAV a évolué dans le temps en fonction du contexte épidémiologique et entomologique, des moyens de lutte adaptés et disponibles, de la mobilisation communautaire.

L'adhésion de la population à la stratégie de lutte anti vectorielle a nécessité une communication de grande envergure, réactive, multi canal et innovante, impliquant de nombreux partenaires publiques ou privés.

Pour encadrer et amplifier la réponse sociale dans cette lutte auprès de la population, des brigades anti chikungunya ont été composées avec des personnels de l'ARS, du SDIS, les contrats uniques d'insertion et les volontaires du service civique, les ambassadeurs chikungunya, les personnels communaux.

Ces équipes étaient chargées de transmettre des messages de prévention (élimination des gîtes larvaires) et de protection individuelle (usage de répulsifs, moustiquaires, vêtements longs).

3.1.2.2 Organisation des soins

En ce qui concerne la réponse sanitaire, elle s'est appuyée en premier lieu sur la médecine de ville, dont l'organisation a été adaptée à l'ampleur de l'épidémie. Ainsi, les médecins généralistes ont été très rapidement impliqués, la PDSA organisée et prête à monter en puissance.

Le premier objectif a été de maintenir l'offre de premier recours et pour faciliter le maintien au domicile des patients isolés au moment le plus critique de l'année (absentéisme lié au Chikungunya, période cyclonique, congés d'été).

La possibilité d'armer des sites de consultations supplémentaires dédiés a été étudiée mais n'a pas pu aboutir. Ce dispositif était trop lourd à préparer et à mettre en place alors que l'épidémie se développait rapidement, créant à l'instar des Iles du Nord, des tensions locales en fonction des incidences de l'épidémie avec quelques débordements sur les urgences des hôpitaux.

Pourtant l'afflux de patients aux urgences des principaux hôpitaux publics et privés avait été anticipé par la préparation de l'activation des filières de consultations dédiées aux urgences adultes, pédiatriques et obstétriques. Mais les capacités de montée en puissance de ces services se sont heurtées à une gestion des effectifs soignants tendue (absentéisme, Plan de Retour à l'Equilibre, démographie médicale critique aux urgences, SAMU).

Ce dispositif a dû être consolidé par des renforts en médecins et infirmiers de la réserve nationale EPRUS pour faire face aux débordements sur les urgences du CHBT et du CHU.

En ce qui concerne l'ARS elle-même, le plan de continuité de l'activité (PCA) a été activé dans certains services pour faire face à la charge de travail liée à la gestion sanitaire de l'épidémie, et des réservistes EPRUS ont été mobilisés pour renforcer les services concernés par la mise en œuvre de la réponse sanitaire.

3.2 Surveillance

La surveillance entomologique et épidémiologique est exercée de façon permanente sur tous les territoires de l'archipel, dans un cadre partenarial actif avec la CIRE, le réseau de médecins sentinelles, les médecins experts, et les organismes de recherche, compte tenu des risques environnementaux propres à la Guadeloupe.

Une infirmière a été recrutée en renfort (CDD 1 an reconductible) et affectée spécifiquement au suivi de l'épidémie, sans quoi les deux infirmières de santé publique (ISP) en poste n'auraient pas pu suivre.

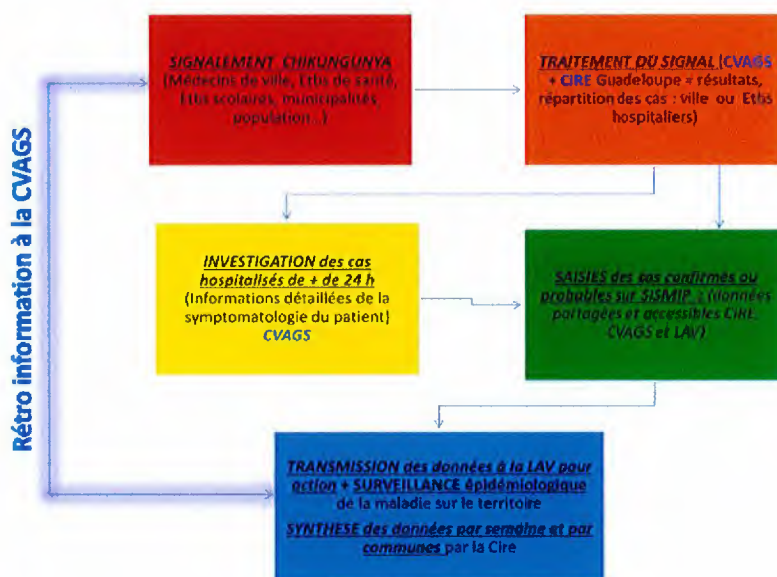
En début d'épidémie, les prélèvements étaient envoyés en France et les résultats étaient disponibles sous un mois. Aujourd'hui, les analyses sont réalisées par l'Institut Pasteur de Guadeloupe (IPG), et les résultats sont très rapidement disponibles.

L'absence de serveur de veille régional implique un suivi et une saisie manuels et, au plus fort de l'épidémie, la saisie des cas a été abandonnée car trop chronophage. Seuls les signalements de ville étaient alors comptabilisés. En présence d'un cas hospitalier cependant, une investigation était déclenchée et, en cas d'hospitalisation supérieure à 24h, déplacement au centre hospitalier pour vérifier le dossier du patient.

Cette procédure a été parfois mal acceptée par certains services hospitaliers, la cardiologie du CHBT étant allée jusqu'à refuser l'accès au dossier, pour finir par entendre raison au bout de plusieurs mois.

Point positif souligné : la présence d'une attachée de recherche clinique dans le service d'inféctiologie du CHU, ce qui a facilité la tâche des ISP.

Figure 10 :
Traitement des signalements par le service VSS



Source : VSS

3.3 Lutte anti vectorielle et communication

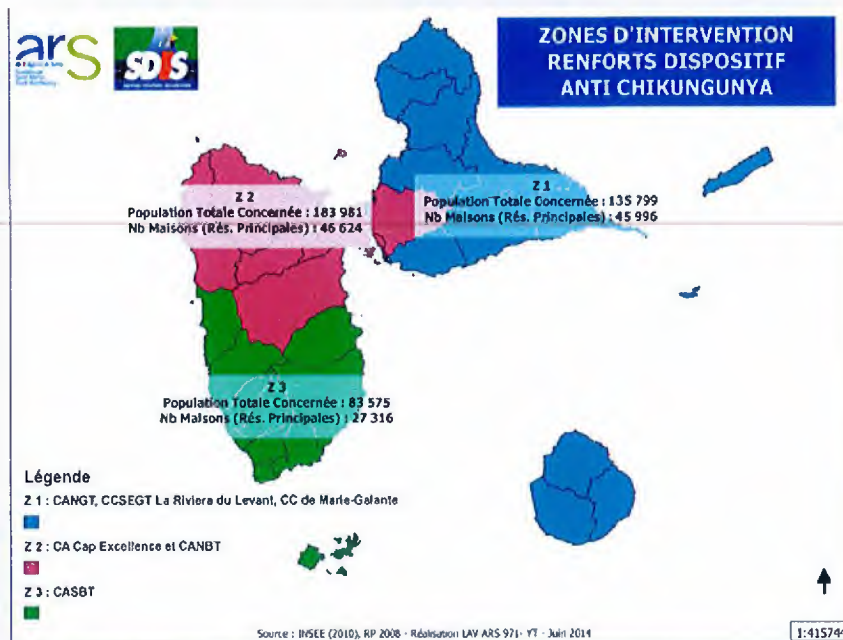
Un PSAGE chikungunya, élaboré à partir de 2011, a servi de cadre stratégique aux interventions des équipes sur le terrain, dès l'introduction du virus à Saint-Martin en novembre 2013.

Les mesures de lutte développées ont visé à limiter l'ampleur de l'épidémie et en réduire la durée, en optimisant les moyens disponibles.

Elles se sont articulées autour de plusieurs axes principaux :

- Maintien des réunions régulières du Comité de Suivi et de Coordination ;
- Identification des zones à forte circulation virale ;
- Renforcement et restructuration de la communication, notamment avec la gratuité accordée par la CSA pour la diffusion de spots sur les médias publics ;
- Réorganisation des interventions visant aux contrôles anti-larvaires : mise en place d'un plan d'actions anti chikungunya plus accru avec le SDIS et les communes sur trois zones de la Guadeloupe ;
- Renforcement des pulvérisations insecticides.

Figure 11 :
Zones d'intervention du service LAV en Guadeloupe



Source : LAV

3.3.1 Lutte anti vectorielle

Les objectifs ont évolué assez rapidement, sur la base des analyses régulières des données fournies par la CVAGS et la CIRE. Quatre grands niveaux d'objectifs ont ainsi été fixés progressivement :

- D'abord, retarder l'apparition de foyers épidémiques ;
- Puis, retarder le passage en épidémie, afin de permettre la préparation des acteurs chargés de la réponse d'une part et de limiter l'impact économique (fin de la saison touristique en avril) d'autre part. C'est cette phase jugée capitale, qui a mobilisé le plus de moyens et d'énergie de la part du service ;
- Ensuite, limiter la circulation virale et les densités de gîtes potentiels avant le retour de la saison des pluies ;
- Enfin, limiter l'ampleur de l'épidémie.

Parallèlement, les stratégies d'intervention ont dû être régulièrement ajustées en fonction de l'évolution du contexte épidémiologique et de moyens disponibles. Les interventions (enquêtes entomo-épidémiologiques, mesures de contrôle des vecteurs, communication, ...) sont passées de mesures systématiques autour de tous les cas à des actions plus globales de la manière suivante :

- Initialement, enquête 50 maisons (voire quartier) autour de tous les cas, complétée par enquête sur les lieux de travail des cas ;
- Après, limitation du périmètre de l'enquête à une douzaine de maisons autour de tous les cas ;
- Puis, même périmètre, mais uniquement pour les cas biologiquement confirmés, les cas suspects groupés ou les cas situés dans les îles périphériques de l'archipel. Intervention sur le lieu de travail uniquement dans les cas où il y avait des personnes âgées ou des enfants en bas âge ;
- Ensuite, arrêt des interventions autour des cas suspects groupés et des lieux de travail ;
- Enfin, interventions ciblées uniquement hors des foyers épidémiques. Pour les zones de fortes circulations virales, interventions globales (ARS, agents communaux, SDis, SYVADE) : destructions des gîtes larvaires, élimination des véhicules hors d'usage (VHU) et encombrants métalliques, actions de communication et pulvérisations insecticides.

La situation des îles du nord est très différente. Proportionnellement à la population et à la superficie des îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, des moyens très importants ont pu être déployés, tant au niveau humain (renforts de Guadeloupe et de Martinique), qu'en termes de fréquences de pulvérisations insecticides. Des efforts importants de lutte biologique ont été développés concernant le contrôle des citernes (implantation de poissons prédateurs). Enfin, une déclaration d'intention, structurant la coopération entre la partie française et la partie hollandaise de l'île de Saint-Martin a été signée par les autorités.

Toutefois, les effectifs du service (43 agents) se sont rapidement révélés insuffisants pour assurer les missions, ce qui a nécessité le renforcement des équipes par le recours à des emplois aidés.

3.3.2 Agents de prévention sanitaire des brigades anti chikungunya

Dès janvier 2014, l'IREPS a été sollicité par le DGARS pour mobiliser l'équipe Jafa sur le chikungunya, à l'aune des conclusions d'un rapport de stage IREPS qui lui avait été remis quelques mois auparavant et qui préconisait le développement d'un service de santé environnementale.

Répondant favorablement à la sollicitation du DGARS, l'IREPS a recruté ladite stagiaire pour 6 mois, dans le cadre d'un CDD financé sur des fonds exceptionnels mis à disposition par l'ARS, avec la mission de mettre en place la formation des agents de prévention sanitaire des brigades anti chikungunya (ASPAC). Le dispositif a été prolongé pour une nouvelle période de six mois à compter du 1^{er} septembre 2014.

Missions des ASPAC

- Assurer des opérations de porte à porte visant à informer les populations et détruire les gîtes larvaires dans les quartiers ;
- Assurer des actions de communication et d'information en lien avec les ambassadeurs chikungunya ;
- Renforcer l'élimination des encombrants métalliques et des pneumatiques usés ;
- Renforcer l'entretien des réseaux hydrauliques ;
- Assurer le contrôle des maisons abandonnées et terrains vagues à risque en lien avec les services de la municipalité (service technique, police municipale) ;
- Repérer les gros producteurs de gîtes ou à l'origine de risques particuliers pour la population.

Bilan à début décembre 2014

- 272 Ambassadeurs ont été formés ;
- 112 agents de prévention sanitaire (contrat CUI-CAE) formés au niveau des communes depuis le 1^{er} septembre dont 20 agents du SDIS (CUI-CAE) ;
- 2 policiers et 5 agents de Mairie spécialisés dans la gestion de l'environnement ;
- 19 tuteurs formés ;
- 16 communes ont recruté et formé leurs agents ;
- Environ 40 agents en attente de recrutement (estimation volumétrie Pôle Emploi/mairies).

Perspectives 2015 de l'IREPS (sous réserve de financement)

- Formation plus poussée des APSAC sur des thématiques plus vastes : leptospirose, dengue, etc. ;
- Suivi des communes par l'IREPS et l'ARS pour définition de problématiques de santé publique plus larges ;
- Sélection et formation par l'IREPS/ARS/DéAL de 20 animateurs de santé environnementale (intitulé et fiche de poste en cours d'élaboration). Objectif : mettre en place un référent faisant l'interface entre les institutions et la population au niveau des communes ;
- Mise en place d'une formation IREPS sur la thématique de la santé environnementale à destination des professionnels de la santé et de l'environnement dans le but de sensibiliser la population.

Problématique identifiée par l'IREPS

La question va être de replacer cette action dans un contexte pérenne, hors crise et hors financement exceptionnel.

3.3.3 Volontaires du service civique

A la demande expresse du DGARS, la DJSCS a sollicité l'Agence du Service Civique (ASC) afin d'obtenir une augmentation du nombre de postes de service civique alloués à la région Guadeloupe.

A la suite de quoi l'ASC a accordé exceptionnellement le 15 mai 2014 un abondement supplémentaire de moyens, mis à la disposition de la DJSCS et correspondant à 25 postes supplémentaires de jeunes engagés en service civique pour une durée de 6 mois.

L'ARS ayant été agréée par l'ASC pour une durée de 2 ans, elle a accueilli ces 25 jeunes pour 6 mois à compter du 1^{er} juillet 2014, dans le cadre de 2 missions :

- Thématique santé : actions de prévention et de communication en matière de veille sanitaire ;
- Thématique environnementale : ambassadeurs de la prévention environnementale.

Sur le principe, l'administration d'accueil doit préparer l'accès à la mission et désigner un tuteur pour 5 jeunes, dont le rôle est de veiller à ce qu'il y ait progression du travail dans la mission et une acquisition de compétences. Le jeune est accompagné par le tuteur dans la finalisation de son projet professionnel. Le jeune doit en outre bénéficier d'une formation spécifique et citoyenne financée par l'ASC.

3.3.4 Communication

3.3.4.1 Au niveau local

Le point fort a été la mise en place par le service LAV dès le début de l'épidémie de la cellule d'appui à la mobilisation sociale et à la communication (CAMSC). Cette cellule, pilotée par la chargée de communication de la LAV, regroupait des agents de la LAV mais aussi des pôles VSS et Santé Publique, ainsi que des chargés de communication de l'ARS, de la DéAL, de l'IREPS, du Rectorat et du Conseil Général.

Elle proposait les actions de communication soumises à la validation du DGARS. Un plan d'action était donc opérationnel dès le début de l'épidémie. Les actions ont été déclenchées au regard des dispositions du PSAGE, et ont permis de mettre en œuvre une communication de grande envergure, réactive et innovante.

Dès janvier 2014, le plan de communication ainsi que différents supports étaient prêts à être diffusés. Toutefois, les prévisions pour la diffusion concernant la phase 3 (spots TV et affichage routier) étaient trop pessimistes et les réservations d'espaces effectuées d'abord mi février puis début mars ont dû être annulées. Par la suite, les supports élaborés en janvier n'étaient plus adaptés à la situation d'avril, lors du passage en épidémie. L'ensemble de ces supports a dû être revu.

Cette communication a bénéficié d'un appui considérable des organisations patronales. Elle a combiné plusieurs moyens : mailings d'alerte, flyers, affichage, spots radio, SMS, diffusion de message dans les centres commerciaux et sur des écrans électroniques, opérations de type événementiel (défilés de groupes carnavalesques, journées régionales de prévention, journée mondiale de la santé, opérations lors de la coupe de Guadeloupe de football et du festival de blues de Marie-Galante, ...).

Par ailleurs, la mobilisation de certains réseaux a été forte : Rectorat (relais d'information, incitation au port de vêtements longs, en particulier dans les écoles privées), Conseil Général (dispensaires, EHPAD, ...), DJSCS (associations sportives et associations personnes âgées), unions patronales.

Dans les Iles du Nord, l'information des habitants sur la prévention, réalisée en porte à porte, a été très lourde et chronophage, et ce malgré le recrutement à durée déterminée d'une infirmière mise à disposition par le Centre Hospitalier de Saint-Barthélemy, et le renfort temporaire d'une infirmière de l'ARS Guadeloupe.

Le porte-à-porte a cependant été privilégié comme étant le meilleur moyen de toucher les populations les plus défavorisées, sous réserve, dans ces sociétés de multilinguisme, de s'adresser aux habitants dans leur langue d'usage, et donc dans des créoles différents, notamment au sein de la communauté haïtienne. Il conviendrait donc d'adapter les messages en conséquence.

3.3.4.2 Au niveau national

Le soutien du ministère a été essentiel dans l'obtention de la gratuité de la diffusion de spots dans les médias publics dès lors que les deux départements antillais ont été placés en phase 3a du PSAGE.

Conformément à la procédure de mobilisation des médias par la Ministre chargée de la Santé (article 16-1 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 modifiée), les diffuseurs assujettis à cette loi doivent en effet diffuser un spot radio. Et il leur a été demandé de diffuser un spot élaboré par la cellule communication du service LAV, afin de sensibiliser au mieux l'ensemble de la population.

3.4 Offre de soins

A l'apparition de l'épidémie, fin 2013, le PSAGE ne décrivait encore que très partiellement l'organisation du système sanitaire face à l'épidémie. Tout au long de la gestion du phénomène, il été essentiellement fait référence aux expériences personnelles antérieures, ainsi qu'aux recommandations des trois missions d'évaluation de l'EPRUS de mars, juin/juillet et août 2014.

D'abord ponctuelle et ciblée, l'implication du Pôle Offre de Soins dans la gestion de l'épidémie s'est accrue pour devenir permanente au plus fort de l'épidémie en Guadeloupe.

La mission a surtout consisté à coordonner et soutenir les actions des professionnels (libéraux et institutionnels) et à créer et entretenir les liens nécessaires au fonctionnement et à la permanence du système de santé, lui-même mis sous pilotage de la Direction générale de l'ARS.

Un effort très particulier sera porté sur l'organisation et la fluidification des parcours patients hospitalisés, et sur le désengorgement des services d'urgences et des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Le système de santé se trouvant moins sous tension à partir de la mi-septembre 2014, il a été décidé que l'implication des représentants du Pôle Offre de Soins devait être réduite en conséquence, tout en continuant à participer aux réunions de la CRA, à assurer la traçabilité de l'épidémie et en réaliser le retour d'expérience.

3.4.1 Première période : l'accompagnement du premier recours

L'offre ambulatoire a fait face en première ligne à l'introduction du virus.

Face à l'accroissement continu du nombre de personnes touchées, ce sont les médecins généralistes qui ont reçu entre janvier et mai 2014 l'essentiel de la population qui consultait pour le chikungunya.

Il était déjà constaté qu'un certain nombre des malades ne consultaient pas, se soignant seuls à la maison en ayant recours à l'automédication. Cette observation a été rapportée par les représentants professionnels des médecins et des pharmaciens qui discutent avec leurs clientèles, confirmée par des ventes accrues en officine d'antidouleurs sans ordonnance, de spécialités homéopathiques à visée apaisante ou protectrice.

Face à l'accélération de l'épidémie en avril et mai 2014, une première adaptation de l'offre de soins globale s'est néanmoins imposée via :

- Une augmentation de l'activité de certains médecins de ville localisés dans certaines communes très impactées pour la progression de l'épidémie (Capesterre-Belle-Eau, Grand-Bourg, Terre-de-Bas, Lamentin, Goyave, Petit-Bourg...);
- Un renforcement de l'information faite par l'ARS autour du dispositif de garde des pharmacies le dimanche et jours fériés pour répondre aux demandes de conseil pharmaceutique ou d'automédication ;
- Une augmentation progressive des appels à la régulation du SAMU et des consultations en établissements de santé (CHU, CHBT et Clinique les Eaux Claires essentiellement).

3.4.2 Deuxième période : le soutien au système de santé

Au mois de juin 2014, alors que l'épidémie entrait dans une phase quasi exponentielle, une nouvelle adaptation de l'offre de soins régionale s'est imposée, notamment pour tenir compte de l'impossibilité des services d'urgences classiques à recevoir, dans les conditions actuelles de fonctionnement, plus de patients toutes causes confondues.

En concertation avec l'ensemble des représentants des professionnels et des établissements, ont été progressivement projetés et déployés :

- La création des filières dédiées « chikungunya » au CHU, aux urgences pédiatriques (fonctionnelle dès la semaine 2014-23), et aux urgences adultes, finalement non mobilisée ;
- La diffusion des appels sur les ondes par les représentants médicaux ou hospitaliers, pour inciter fortement la population à consulter en ville ou dans les maisons médicales de garde le week-end ou les jours fériés ;
- Le renforcement en effectifs de la régulation du SAMU ;
- Le renforcement de la régulation libérale avec une plus grande mobilisation des médecins libéraux de garde dans chacun des secteurs de PDSA ;
- La formalisation d'un lien opérationnel entre les régulations et les acteurs de la prise en charge sociale pour entourer les patients suivis à domicile (union des CCAS, CCAS, service social du Conseil général, associations caritatives et culturelles, service social de la CGSS) ;
- Une définition de besoins en renforts médicaux et para médicaux au cas où les ressources locales viendraient à être débordées ;
- Une consigne générale sur le bon usage des médicaments ainsi qu'un rappel sur l'absence de données scientifiques éprouvées.

3.4.3 Troisième période : le renforcement du système de santé

Cette période aura été marquée par un investissement à plein temps des chargés de mission du Pôle Offre de Soins dans le cadre de l'accompagnement, de la mobilisation, et du soutien aux acteurs du système de santé, et plus particulièrement des établissements hospitaliers.

3.4.3.1 Offre de soins ambulatoire

Premier recours

✓ *Sensibilisation des professionnels de santé*

Cette sensibilisation a notamment pris la forme d'enseignements post universitaires (EPU), organisés par l'ARS avec l'appui et la participation des praticiens spécialistes en infectiologie, en deux temps.

- En mars 2014, organisation de deux EPU (en Grande-Terre et en Basse-Terre) sur le thème de la présentation de la maladie ;
- En novembre 2014, organisation de deux EPU (en Grande-Terre et en Basse-Terre) sur le thème de la prise en charge des formes persistantes.

✓ *Information des professionnels de santé*

Cette information a notamment pris la forme de la publication d'un Bulletin de Veille Sanitaire spécifique (N° 3-4-5 / Septembre-novembre 2014) sur l'émergence du chikungunya aux Antilles-Guyane : Etudes cliniques, entomologiques, épidémiologiques et actions de gestion.

✓ *Mobilisation des professionnels de santé*

Dès le 9 janvier 2014, le DGARS demandait que les URPS soient mobilisées pour relayer les messages de l'ARS.

Une rencontre du DGARS avec l'URPS médecins le 4 juin 2014 permettra de formaliser un certain nombre de recommandations à transmettre à l'ensemble des médecins libéraux (augmenter les plages horaires, différer les congés, revoir l'organisation des stages en cabinets, diffuser les conseils de prévention...).

Les organisations professionnelles (Ordres, URPS et syndicats) ont été associées et consultées régulièrement, parfois plus tardivement pour certaines professions que pour d'autres (infirmiers).

Cette relation a permis au DGARS d'élaborer avec les représentants des professionnels libéraux des stratégies opérationnelles adaptées aux situations locales.

✓ *Engagement des professionnels de santé*

Les organisations professionnelles ont par ailleurs envisagé et parfois engagé des démarches de nature à favoriser la prise en charge des patients.

- Les médecins libéraux

En médecine de ville un appel à l'adaptation de l'activité a été diffusé et entendu (élargissement des plages de consultations, report des congés, augmentation de la part des consultations sans rendez-vous, activité conjointe des remplaçants, de certains internes en fin de formation).

La médecine libérale a fait face à l'épidémie à moyens constants, et s'est constamment déclarée en mesure de répondre aux besoins de consultations et de visites supplémentaires.

On soulignera plus particulièrement l'opération de communication « Un choc contre le chik », imaginée à l'origine par l'URPS médecins, et dont la promotion a été portée conjointement par les URPS médecins et infirmiers.

- Les infirmiers libéraux

L'URPS a élaboré à la demande du DGARS un projet de permanence des soins infirmiers, qui n'a finalement pas abouti.

Un projet de protocole de coopération de « Consultation infirmière de premier recours, à domicile auprès de patients porteurs de chikungunya » a été promu dès le 23 mars 2014 par une infirmière libérale représentante du SNIIL rejointe rapidement par un médecin généraliste.

Validé par l'ARS, il a été soumis à l'HAS, qui ne l'a finalement pas validé scientifiquement, le collège de l'HAS ayant émis le 24 juillet un avis selon lequel il a considéré que le dispositif de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique n'était pas destiné à répondre à une urgence sanitaire et donc à l'état de l'épidémie de chikungunya.

- Les pharmaciens d'officine

Les pharmaciens ont élaboré avec l'ARS un plan gradué de mobilisation des officines pendant la garde, ainsi qu'un protocole de baisse des tarifs des répulsifs (non mis en place).

- Les transporteurs sanitaires

Les transporteurs sanitaires de l'ATSU se sont déclarés prêts à doubler la garde ambulancière dans les secteurs où la situation le justifierait, et à répondre aux demandes de transports depuis le domicile vers les cabinets et les établissements de soins, y compris pendant la garde, si la décision de la CGSS de prendre en charge ces transports avait été émise par la CNAMTS, ce qui ne fut pas le cas (non mis en œuvre).

Permanence des soins ambulatoires

✓ *En Guadeloupe et dans les Iles du Sud*

Concernant la Guadeloupe et les Iles du Sud, la permanence des soins a été assurée et l'ADGUPS a confirmé être en mesure de mobiliser des médecins habituellement non volontaires, d'une part, et à doubler les gardes dans les secteurs où la situation le justifierait. Ce qui ne fut finalement pas nécessaire.

En revanche, une attention toute particulière a été apportée par le Pôle Offre de Soins sur la continuité de la permanence des soins dans les Iles du Sud, déjà assimilables en routine à des territoires fragiles du fait du faible effectif de médecins libéraux présents sur ces territoires.

✓ *Dans les Iles du Nord*

Concernant les Iles du Nord, les retours soulignent que les professionnels libéraux ont fait face, mais que cela n'a pas empêché les patients de s'adresser en nombre aux urgences hospitalières, du fait d'une PDSA moins performante qu'en Guadeloupe et d'une pratique quasi systématique des dépassements d'honoraires.

La réalité de la permanence des soins ambulatoires y est questionnée. Toutefois, il semblerait que l'installation récente du centre Walk In Clinic a permis d'élargir l'offre de soins de ville et d'assurer plus régulièrement la permanence des soins ambulatoires.

Mobilisation solidaire

Le conseil d'administration de la CGSS a décidé de prendre en charge à titre dérogatoire les jours de carence en cas d'arrêt de travail lié à l'épidémie, la prise en charge à des antalgiques, et la prise en charge des transports de patients depuis le domicile vers les cabinets (aller et retour) et vers les établissements de santé. Les deux premières décisions ont été validées par la CNAMTS et mises en œuvre localement.

Quant à lui, le conseil régional a décidé la suspension temporaire de l'octroi de mer à l'importation de certains produits liés à la lutte contre le chikungunya.

Enfin, l'organisation de centres de consultations dédiées a été prévue dans les locaux où l'assurance maladie organise les examens de santé (AGREXAM), et dans les locaux où le conseil général organise l'activité de secteur (CLASS). Ce projet n'a pas été mis en œuvre mis nécessitera d'être approfondi et conventionné pour l'avenir.

Volet social

Les acteurs sociaux ont été mobilisés par l'ARS et le conseil général début juin pour construire avec les URPS médecins et infirmiers et l'assurance-maladie un dispositif de repérage des situations de fragilité et d'isolement, d'évaluation des besoins sociaux et sanitaires, et de prise en charge à domicile (non mis en œuvre).

3.4.3.2 Régulation pré-hospitalière

En termes d'activité, le SAMU a connu un pic important d'appels « chik like » au cours des semaines 2014-21 à 2014-29. Mais nous ne disposons pas de toutes les données d'activité en provenance du CHU et du SAMU à ce jour. En outre, pour apprécier l'impact réel et global de l'épidémie au regard de la régulation, il conviendra de prendre en compte l'activité de l'ADGUPS, et de consolider les données une fois celles-ci totalement validées.

Même si le SAMU a su faire face à moyens constants, les renforts EPRUS ont été très rapidement opérationnels et ont été d'un apport certain. Ils ont par ailleurs, été parfaitement coachés par leur chef de mission. Ils ont en outre permis l'ouverture d'une unité post-urgences qui a montré tout son intérêt dans l'organisation médicale de l'établissement.

Aux dires du chef du SAMU, l'épidémie a eu un impact positif sur la sensibilisation des décideurs aux problématiques des situations sanitaires exceptionnelles. Elle a en outre mis en évidence la nécessité de toujours plus renforcer la coordination des acteurs de l'urgence, notamment au travers du réseau des urgences, avec une attention toute particulière pour les Iles du Nord. Enfin, l'idée d'une réserve informelle de régulateurs fait son chemin au niveau régional.

3.4.3.3 Offre de soins hospitalière

On peut situer à début juin 2014 l'impact de l'épidémie sur le système hospitalier guadeloupéen.

En effet, le bulletin épidémiologique de la première semaine de juin indiquait que, si le nombre hebdomadaire de passages aux urgences restait stable depuis mi-mai 2014 au CHBT (compris entre 95 et 115), une brutale augmentation du nombre de passages était observée en revanche au CHU : compris entre 100 et 120 entre fin avril et fin mai 2014, il était de 160 au cours de la dernière semaine de mai 2014 puis de 216 au cours de la première semaine de juin 2014.

Le 11 juin 2014, le Conseiller sanitaire de la Zone Antilles faisait remonter qu'il était indispensable d'envoyer au plus vite le renfort EPRUS sur le poste de directeur hospitalier qui permettra d'apporter un appui dans la mise en place du schéma de mobilisation de l'offre de soins à l'ARS de Guadeloupe (non mis en œuvre).

Le 24 juin 2014, le directeur de l'Offre de Soins de l'ARS saisissait les directeurs d'établissements de santé, publics et privés, pour leur demander de lui communiquer les tableaux de présence médicale pour les services des urgences et de médecine des mois suivants.

Il leur précisait qu'il convenait dans la mesure du possible, de sensibiliser le corps médical de la nécessité de différer leurs absences prévues pour congés, RTT, ou formation au cours des mois de juillet et août 2014.

A partir de ce moment, afin de permettre aux services d'accueil des urgences de faire face à l'augmentation d'activité liée à l'épidémie, d'une part, et de désengorger les lits d'hospitalisation de courte durée, d'autre part, plusieurs actions seront mises en œuvre :

- Réunion régulière des cellules de crise des établissements ;
- Remontées régulières des données d'activité à l'ARS ;
- Renforcement des capacités d'accueil ;
- Optimisation des durées de séjour ;
- Activation des lits d'aval (HAD et SSR) ;
- Déprogrammations au CHBT ;
- Fermeture momentanée de certains services avec mobilisation du personnel restant sur la prise en charge des cas de chikungunya au CHBT ;
- Mobilisation de renforts EPRUS au CHBT puis au CHU.

Les autres établissements sièges des urgences déclarent avoir été impactés mais avoir fait face avec les moyens dont ils disposaient.

3.4.3.4 Renforts EPRUS

Deux types de missions ont été organisées, à des fins d'évaluation d'une part, et à des fins de renforts d'autre part.

Evaluation

En termes d'évaluation du système de santé, trois missions ont été menées en 2014

Elles ont permis de réaliser un diagnostic du système de santé et d'évaluer sa capacité à répondre aux besoins de la population dans le cadre de l'épidémie.

Elles ont donné lieu à des préconisations qui ont été mises en œuvre localement.

✓ *Première mission*

La première mission, réalisée en février 2014 par un Médecin de Santé Publique (ARS Rhône-Alpes) a fait l'objet d'un rapport en date du 21 février 2014 sur la gestion de l'afflux massif de malades dans le système de soins lors d'une période de chikungunya.

✓ *Deuxième mission*

La deuxième mission, réalisée fin juin/début juillet 2014 par un Conseiller technique en Gestion des risques de la Direction de l'Offre de Soins et Médico-Sociale (ARS Ile de France) et une Directrice de la coordination générale des soins (CHU Martinique), a fait l'objet d'un rapport sur le développement opérationnel du schéma de réponse à l'afflux de patients vers le système de soins, remis au DGARS le 10 juillet 2014.

✓ *Troisième mission*

La troisième mission, réalisée en août 2014 par une Directrice de la coordination générale des soins (CHU Martinique), a fait l'objet d'un rapport sur l'évaluation des besoins en renforts, qui a été remis au DGARS le 18 août 2014.

Renforts

En termes de renforts, deux missions médico-infirmières successives de quinze jours chacune ont d'abord été organisées, dès le 1^{er} juillet 2014, au bénéfice du CHBT.

Deux missions médicales successives de quinze jours chacune ont ensuite été organisées à compter du 13 août 2014, au bénéfice du CHU.

Elles ont été d'un apport déterminant dans la poursuite de l'activité de ces deux établissements sous forte tension.

Moyens mobilisés

Au total, la mobilisation des renforts EPRUS correspondait à :

- Appui CVAGS + DTIDN : 5 missions de 15 jours, soit 75 jours ;
- Appui secteur hospitalier : 26 missions de 15 jours, soit 390 jours.

Tableau 4 : Répartition des missionnaires EPRUS

Territoire	Missionnaires	Affectation	Nombre	Durée	Observations
Iles du Nord	Cadre IDE Santé publique	Appui ARS DT Saint Martin	1	15j	ARS PACA
Guadeloupe	Médecin Santé publique	ARS Guadeloupe (siège) appui CVAGS	1	15j	ARS Rhône Alpes
	Directrice coordination générale des soins (CHU Martinique)	ARS Guadeloupe (siège) appui CVAGS	1	15j X 2	Retraîtée, 2 séjours
	Conseiller technique en Gestion des risques de la Direction de l'Offre de Soins	ARS Guadeloupe (siège) appui CVAGS	1	15j	ARS Ile de France
	Médecin urgentiste	Urgences CH Basse Terre	1	15j	Première mission
	Médecin généraliste	CH Basse Terre	1	15j	
	IDE urgences	CH Basse Terre	5	15j	
	Médecin urgentiste	Urgences CH Basse Terre	1	15j	Deuxième mission
	Médecin généraliste	CH Basse Terre	1	15j	
	IDE urgences	CH Basse Terre	4	15j	
	Infirmier anesthésiste	CH Basse Terre	1	15j	
	Médecin généraliste	CHU Point à Pitre	4	15j	Première mission
	SAMU/SMUR	CHU Point à Pitre	2	15j	
	Médecins généralistes	CHU Point à Pitre	6	15j	

Source : SZDA

4 EVALUATION DE LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE

« ...le retex... se fonde sur l'analyse des informations collectées dans les aspects technique, humain, événementiel et organisationnel ainsi que sur la capitalisation des expériences individuelles en expérience collective... »

(Méthodologie de retour d'expérience pour les événements sanitaires ou à impact sanitaire – DGS – mars 2007)

4.1 Evaluation de la stratégie de lutte anti vectorielle et propositions d'adaptation

4.1.1 Présentation de la mission

L'épidémie de chikungunya sévissant dans la région Antilles Guyane depuis fin 2013, et se poursuivant en juillet 2014, des moyens importants avaient été mobilisés pour lutter contre *Aedes aegypti* le vecteur du virus.

Pour améliorer la gestion de cette situation et anticiper la mise en place de renforts, la Direction Générale de la Santé (DGS) a sollicité le 23 juin 2014 (RI195, D-14-007791) le Centre national d'expertise sur les vecteurs (CNEV) pour faire des recommandations concernant la stratégie de lutte anti vectorielle mise en place en Martinique et en Guadeloupe et sur son adaptation pour faire face à une éventuelle extension de l'épidémie de chikungunya en cours sur ces territoires.

Un groupe de travail de 11 spécialistes a alors été constitué, incluant des experts du consortium CNEV de compétences complémentaires en biologie des vecteurs, résistance aux insecticides, impacts environnementaux, lutte anti vectorielle (incluant lutte communautaire) et épidémiologie, pour proposer un type d'organisation et des stratégies d'intervention adaptés à l'épidémie actuelle de chikungunya en Martinique et en Guadeloupe.

Une mission de 7 experts s'est rendue en Martinique et en Guadeloupe entre les 16 et 23 juillet 2014 pour rencontrer les différents acteurs impliqués dans la lutte contre les vecteurs, recueillir leur proposition d'amélioration des stratégies, et formuler des recommandations.

Ce rapport ouvre également la voie à des évolutions pérennes des services de LAV dans ces deux îles.

4.1.2 Conclusions de la mission

Le groupe d'experts du CNEV a dressé un état des lieux de la situation épidémiologique et des actions de prévention et de lutte anti vectorielle contre le chikungunya réalisées en Guadeloupe et en Martinique, et a proposé des modifications des stratégies, de l'organisation et des moyens, prenant en compte la résistance d'*Aedes aegypti* à la deltaméthrine, et encourageant le développement de la lutte communautaire.

La conclusion générale était que la stratégie mise en œuvre était adaptée à la situation.

4.1.2.1 Stratégies

En raison des niveaux élevés de résistance d'*Aedes aegypti*, du nombre très supérieur de zones où il faudrait intervenir en phase 3 par rapport aux moyens humains et matériels disponibles, et donc de l'efficacité négligeable de la lutte adulticide dans les conditions actuelles, les experts ont considéré qu'il faudrait suspendre tous traitements à la deltaméthrine, intra domiciliaires ou autoportés, en phase 3. En revanche, afin de tenter d'enrayer le démarrage d'un foyer, dans le cadre de la mobilisation de tous les moyens disponibles, ils restent recommandés autour des cas en phase 1 et 2.

Les experts se sont dits conscients qu'une partie de la population, peu au fait des questions de résistance et de ses conséquences, attend des actions très visibles (voitures, agents, gyrophares, nuages ULV,...) des services de LAV, que les services eux mêmes sont structurés en fonction de cette stratégie, et enfin que l'utilisation d'adulticides peut être une réponse politique (plus que de santé publique). Il est donc possible qu'il faille une phase de transition de quelques mois pour évoluer vers cette nouvelle stratégie

4.1.2.2 Restructuration des services, organisation et moyens

- Recruter des cadres intermédiaires pour les services de LAV, pour gérer les actions dans les communes de chacun des arrondissements de Préfecture ou zones de LAV (4 en Martinique et 3 en Guadeloupe), afin d'être plus proche des acteurs de terrain et de veiller à la cohérence locale et départementale des actions. Ce renforcement des capacités peut se faire à partir d'un vivier antillais, par évolution de carrière ou recrutement, ou temporairement pour l'épidémie actuelle à partir du vivier français (métropole et outremer) ;
- Un arrêté préfectoral doit être pris pour élargir le périmètre d'intervention des équipes et leur permettre d'intervenir sur tous les terrains privés ;
- Il faut élaborer des Contrats locaux de Santé et des Plans Communaux de Sauvegarde concernant les épidémies d'arbovirus ;
- Il faut faciliter la gestion opérationnelle de la LAV par la définition et la création de « Zones de circulation virale » (ZCV).

4.1.2.3 Concernant la résistance d'*Aedes aegypti* à la deltaméthrine

- Suspendre l'utilisation de la deltaméthrine en phase 3 ;
- Nécessité absolue d'obtenir de nouvelles molécules biocides utilisables ;
- Toujours intégrer la protection personnelle et la protection environnementale dans les stratégies de lutte.

4.1.2.4 Concernant la lutte communautaire

- Garder à l'esprit que la lutte communautaire ne se limite pas à des actions d'information, d'éducation et de communication, mais qu'elle intègre la mobilisation et la participation des communautés ;
- Renforcer le rôle des référents communaux, en lien avec les services de LAV, et les fédérer en réseau ;
- Renforcer l'implication de tous les acteurs concernés (Collectivités territoriales, Education Nationale, entreprises, secteur touristique...) et multiplier les relais sur le terrain (représentants des différents cultes, personnalités publiques...), en maintenant une coordination au niveau des services de LAV afin de donner une cohérence aux actions.

4.1.2.5 A plus long terme

La LAV doit être considérée comme un ensemble de stratégies autour de la surveillance, la protection et la lutte contre les vecteurs ainsi que l'évaluation de ces actions, incluant donc le suivi des impacts (en particulier environnementaux). Ces missions nécessitent de restructurer les services, de les renforcer en cadres intermédiaires.

Il faut accompagner l'évolution des stratégies, des méthodes et des structures par la formation des personnels, voire le renforcement dans des domaines déficitaires. Il faut favoriser les échanges entre les services de LAV des différents départements français.

Le développement de résistances à la deltaméthrine rend cet insecticide peu efficace dans les DFA, et il est aujourd'hui crucial de rechercher de nouveaux adulticides utilisables en LAV. La démarche initiée par l'ANSES sur la recherche de nouvelles substances actives efficaces et présentant une faible toxicité pour l'homme et l'environnement doit non seulement être poursuivie, mais elle doit aboutir.

Enfin, la réflexion sur la gouvernance de la LAV en France doit être poursuivie pour aboutir rapidement à une gouvernance cohérente sur le territoire français (cf. le rapport de 2009 la LAV en France, qui propose des pistes dont celle d'avoir des GIP LAV dans chaque département)

4.2 Evaluation des retombées des actions de prévention contre le chikungunya en Guadeloupe

4.2.1 Présentation de l'étude

Après 6 mois d'intervention et d'actions de communication, en prévision également de la saison des pluies et des vacances, qui constituent des facteurs de facilitation de la propagation du virus, l'ARS et ses partenaires institutionnels ont souhaité disposer d'informations fiables et précises sur l'état des connaissances, les comportements de prévention appliqués et les facteurs de risque persistants au sein de la population guadeloupéenne.

Confiée à IPSOS Antilles pour le compte de l'ARS, une enquête par sondage téléphonique a été réalisée au cours de l'épidémie, du 7 au 16 août 2014, auprès de 450 individus représentatifs des individus de 15 ans et plus résidents permanents de Guadeloupe.

4.2.2 Enseignements tirés de l'étude

La lecture des résultats de cette étude suscite, du point de vue d'IPSOS, les principaux commentaires suivants.

4.2.2.1 Globalement

Les résultats observés expriment le sentiment d'une action satisfaisante des autorités et de la population pour juguler le « problème chikungunya » dont l'ampleur est significative compte tenu d'une incidence cumulée de 47% sur la période du premier semestre 2014. Par ailleurs, 71% des malades du chikungunya déclarent souffrir de douleurs persistantes. Ce commentaire général favorable est étayé par les bons scores obtenus sur quasiment tous les indicateurs testés.

4.2.2.2 Par indicateur

Les actions de communication qui ont été entreprises pour sensibiliser le grand public sont jugées comme claires par 85% de l'échantillon consulté et également efficaces dans une proportion de 62%.

87% des personnes consultées déclarent avoir perçu « souvent » les messages de prévention diffusés. Et pour la même proportion, elles se considèrent bien informées sur les moyens de se prémunir contre le chikungunya. 49% de l'échantillon déclarent même « savoir très bien quoi faire ».

Au-delà de ces déclarations, on constate que 81% de l'échantillon connaît parfaitement l'unique vecteur de transmission de la maladie. Les personnes qui pensent que le virus se transmet par d'autres moyens sont de la tranche d'âge des 60ans et plus mais on ne peut pas vraiment dire qu'elles ont été moins exposées aux messages de prévention que les plus jeunes personnes de l'échantillon.

Des résultats plutôt positifs également parce que 61% des personnes consultées déclarent avoir changé de comportement pour éviter de se faire piquer par les moustiques ou éviter la prolifération des gîtes larvaires.

Les répulsifs sont utilisés régulièrement par 55% de la population (73% si on ajoute les personnes qui les utilisent occasionnellement), l'équipement en moustiquaires concerne 40% des foyers. Les insecticides pour imprégnation des vêtements ne sont pas connus et donc très peu utilisés (seulement par 9% de l'échantillon).

Précisons que le sondage a été réalisé avant l'annonce d'une baisse de la taxation et donc du prix des répulsifs. Cependant, l'objection du prix n'a pas été mise en avant par les personnes qui utilisent peu ou pas les répulsifs. Ces dernières évoquent surtout le fait qu'elles n'ont pas de moustiques chez elles ou qu'elles ne pensent pas à se munir de répulsifs.

L'alternative déclarée à l'équipement en moustiquaire est en numéro un la climatisation, bien que ce moyen ne garantisse pas l'absence totale de moustiques.

Concernant la limitation des gîtes larvaires au niveau des gouttières et des regards, 66% des foyers équipés ont réalisé des vérifications systématiques ou étaient déjà intervenus pour éviter la constitution de gîtes.

Les risques persistent encore pour 33% des 53% de foyers équipés et responsables de leurs gouttières, soit 17% de l'échantillon. Pour les regards c'est 30% de 23% de foyers équipés, soit 7% qui n'ont pas fait de contrôle et d'intervention pour éliminer le risque de présence de gîtes.

Les plantes vivant dans l'eau perdurent dans 14% des ménages. 17% pour les plantes avec coupelles et 7% de foyers disposent de récipients de stockage d'eau. Le moyen le plus souvent déclaré de limitation des conditions de création de gîtes larvaires est le changement régulier de l'eau pour 60 à 75% des foyers concernés.

Enfin, pour quasiment une personne sur deux de l'échantillon, le meilleur moyen de limiter l'épidémie réside dans une plus grande prise de conscience et mobilisation de la population (auto responsabilisation) pour qu'elle agisse vertueusement

4.2.2.3 Informations connexes

Si l'objectif initial était d'évaluer les actions de prévention développées par l'ARS, l'enquête a également permis de mesurer la part des personnes qui auraient développé, depuis le début de l'année, des signes évocateurs du chikungunya. Les principaux résultats concernant cet aspect, figurent dans les deux tableaux ci-dessous :

Tableau 5 : Etat de la population ayant contracté le chikungunya de janvier à août 2014 en Guadeloupe

Personnes ayant présenté des symptômes	Ayant consulté un médecin	Chikungunya diagnostiqué par médecin	Examen biologique réalisé	Résultat positif
47%	23%	20%	7%	6%

Source : IPSOS Antilles

Tableau 6 : Evolution de la répartition mensuelle des cas de chikungunya de janvier à août 2014 en Guadeloupe

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
5%	1%	5%	7%	15%	33%	27%	7%

Source : IPSOS Antilles

Si l'on considère que la population des plus de 15 ans ne diffère pas de la population générale, cette étude indique que :

Près d'un malade sur deux n'a pas consulté, on peut en déduire que :

- 40% auraient eu un chikungunya diagnostiqué par un médecin ;
- 35% auraient eu un chikungunya confirmé biologiquement.

Mais sur ce dernier point, les effectifs sont très petits et la stratégie diagnostique a beaucoup évolué au cours de l'épidémie. L'extrapolation présente donc de nombreuses limites.

Les données concernant la part de la population ayant consulté de même que la dynamique épidémique, sont totalement cohérentes avec les données recueillies par la CIRE-AG et la CVAGS.

4.3 Evaluation de la perception des personnes de passage en Guadeloupe

4.3.1 Présentation de l'étude

L'arrivée des grandes vacances scolaires et l'augmentation du nombre de touristes associée à cette période, laissent craindre une recrudescence de l'épidémie et nécessitent une sensibilisation de cette population. En effet, durant les mois de juillet et août, ce sont environ 200 000 passagers qui atterrissent à l'aéroport Pôle Caraïbes.

D'importants moyens de communication ont été déployés pour renseigner au mieux les habitants ainsi que les personnes de passage et, à la fin du mois d'août 2014, marquée par une régression de l'épidémie, les autorités ont souhaité mesurer

le niveau de connaissances des personnes ayant séjourné en Guadeloupe afin d'évaluer la qualité de l'information diffusée et de mesurer son impact sur la propagation de l'épidémie.

Une étude a donc été confiée par l'ARS à l'ORSAG, dans l'objectif d'évaluer la perception des personnes de passage, de leur niveau de connaissance du chikungunya et de sa prévention après un séjour en Guadeloupe. Il s'agissait également d'apprécier les comportements de prévention, la perception de la nuisance « moustique » et la fréquence de survenue de la maladie dans une population de passage.

Cette étude a été alimentée par la réalisation d'une enquête réalisée dans la salle d'embarquement de l'aéroport sur 4 jours fin août 2014, auprès de 474 voyageurs des 4 compagnies assurant des vols vers Paris.

La population cible correspondait aux individus de passage en Guadeloupe durant les grandes vacances 2014 et ne résidant pas sur un territoire concerné (ou ayant été concerné) par l'épidémie de chikungunya.

La population source de l'étude correspondait aux individus :

- Agés d'au moins 18 ans ;
- Ne résidant pas en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane, dans la Caraïbe ou à la Réunion ;
- Parlant le français ou le créole ;
- Quittant le territoire par voie aérienne au départ de l'aéroport Pôle Caraïbes ;
- Prenant un vol à destination de Paris (avec escale ou destination finale) ;
- N'étant pas en transit à l'aéroport Pôle Caraïbes.

4.3.2 Enseignements tirés de l'étude

La durée moyenne du séjour est de 39 jours.

Pour 77% des enquêtés, il s'agissait d'un hébergement familial. La majorité des enquêtés résidait en France (99%), le plus souvent en Ile-de-France (73%).

98% ont été informés de l'épidémie avant leur arrivée. Seuls 7% considèrent avoir été insuffisamment informés sur la maladie durant leur séjour.

Concernant les conduites à tenir en cas de fièvre à leur retour, 57% déclarent qu'ils iraient voir un médecin, mais seulement 3% se protégeraient des piqûres de moustiques.

Concernant les moyens de protection individuelle, 92% ont déclaré s'être protégés contre les piqûres de moustiques (85% par répulsifs).

11% des enquêtés ont déclaré avoir eu une fièvre brutale accompagnée de douleurs articulaires, 3 individus sur 10 ont eu recours à une consultation médicale.

Si l'une des craintes était que l'arrivée massive de population naïve favorise la reprise épidémique, le bon niveau d'information des personnes de passage en Guadeloupe, le large recours aux protections individuelles ont probablement contribué à limiter ce risque.

4.4 Interviews des acteurs et partenaires de la gestion de l'épidémie

4.4.1 Présentation de la démarche

24 interviews, individuels ou collectifs, et en face-à-face, ont été conduits entre le 6 octobre et le 18 décembre 2014 par le chargé de mission de l'ARS (les premiers en commun avec la SZDA) auprès d'acteurs et partenaires ayant participé à la gestion de l'épidémie. Au total, ils ont permis de recueillir l'avis de 40 personnes, dont la moitié était des personnels de santé (médecins et infirmiers).

D'autres partenaires ont été sollicités mais n'ont pas pu être rencontrés par manque de disponibilité, mais il a été décidé de terminer ce cycle de rencontres à la fin 2014, afin de conserver une unité de temps
La trame de l'interview était la suivante :

- rôle de l'interlocuteur au cours de l'épidémie ;
- points forts/points faibles ;
- axes d'amélioration.

4.4.2 Calendrier des rencontres

Tableau 7 : Calendrier des rencontres avec les acteurs et partenaires

3 octobre 2014	Patrice LECOMTE	CHU
6 octobre 2014	Chantale THIBAUT Stanley HANSON François BRIN	DT IDN
	Pascal GODEFROY	DT IDN
	Christophe BLANCHARD	CHLCF
7 octobre 2014	Marie-Lilian MALAVIOLLE Annie MARTIAS Christian LAROCHELLE Dr Stéphane PELCZAR	CHBT
	Dr Marie-Thérèse BASSIERES-LION	VSS ARS
	Dr Patrick PORTECOP	SAMU 971
	Sabine CIUFFINI	POS ARS
21 octobre 2014	Joël GUSTAVE Yves THOLE	LAV ARS
24 octobre 2014	Suzy DENIN	PSP ARS
30 octobre 2014	Danièle CADET	DSSI CHU
14 novembre 2014	Dr DEBUIRE	CHSM
18 novembre 2014	Joël GUSTAVE	LAV ARS
24 novembre 2014	Lydia EBRING-MORO Katia FAURE	LAV ARS
26 novembre 2014	Christophe BROUT Louis COLLOMB	UDE MEDEF GUADELOUPE
1 ^{er} décembre 2014	Louis REDAUD	DEAL
2 décembre 2014	Dr Suzel MULLER	RECTORAT
3 décembre 2014	Josianne JEGU Pierre-Antoine FADDOUL	IREPS
	Annabelle PREIRA Sylvie BOA	VSS ARS
	Patrick BERLIMA	REGION
	Dr Denis LETHUILLIER Dr Nadia RUGARD Dr Betty CLAMAN Dr Alain ZIMBAN Dr Jack BADE Dr Rolland AUCAGOS	URPS ML
	Dr Joëlle SAVIN-JUAREZ	DJSCS
Christine PFLIEGER		
18 décembre 2014	Dr Sylvie CASSADOU	CIRE AG
	Dr Mathilde MELIN	

Source : Mission

4.4.3 Enseignements tirés des interviews

4.4.3.1 Pilotage

Iles du Nord

Le DTIDN souligne la très bonne collaboration qui s'est instaurée et a perduré entre DTIDN et préfet délégué. Le directeur adjoint du centre hospitalier a participé aux comités de gestion préfectoraux mais pas les médecins de ville, très difficiles à mobiliser hors de leur activité médicale.

Guadeloupe

✓ *Acteurs économiques*

Leur participation à la gestion de crise leur a permis en retour de sensibiliser le patronat local et de le préparer à la gestion d'une crise longue.

Cela leur a notamment permis de relayer les messages de prévention auprès des salariés du secteur privé, d'une part, et de mobiliser le réseau économique pour soutenir les actions de l'ARS, d'autre part (SMS diffusés par Orange, messages audio dans les centres commerciaux, messages écrits sur les DAB...). Ils ont aussi agi auprès des importateurs pour éviter la spéculation sur les produits phyto-sanitaires

Ils soulignent que le pilotage et la pluridisciplinarité ont bien fonctionné mais ils ont cependant été étonnés que les réseaux vitaux (Croix Rouge...) n'aient pas été associés, alors qu'ils ont une vraie compétence en la matière. Ils regrettent aussi l'absence de la Chambre de Commerce et d'Industrie.

Ils souhaiteraient le maintien hors crise d'une cellule de veille sur le modèle mis en place pour l'épidémie, afin que les différents acteurs puissent se préparer ensemble aux prochaines crises. Ils proposent d'associer les grands réseaux (Croix Rouge Française, EDF, Véolia, Armée, Orange...) qui disposent d'une vraie force de déploiement en cas de crise hors cadre, comme ils l'ont montré en HAÏTI.

✓ *Services de l'Etat*

Le pilotage régional est considéré comme très positif, notamment par la désignation d'un référent dans chaque institution, des contacts directs avec les acteurs de terrain, et la diffusion de l'information au fil de l'eau. Ce modèle transversal, expérimenté pour la première fois en Guadeloupe semble-t-il, est à reproduire car il permet d'appréhender la crise dans tous ses aspects. La dynamique initiée doit être perpétuée.

✓ *Collectivités*

Chaque collectivité majeure a désigné rapidement son référent et a participé aux comités de gestion préfectoraux, ce qui a permis de créer les liens nécessaires en externe (partenaires) et en interne (hiérarchie et direction fonctionnelles).

Si l'approche partenariale Etat/Collectivités est vraiment un plus, il conviendrait en revanche de trouver les moyens pour mieux associer les communes, mais la question du comment faire reste posée.

Pour l'avenir, il faudra savoir entretenir les bonnes relations établies pendant l'épidémie entre les collectivités majeures et l'Etat, et rester dans cette dynamique.

4.4.3.2 Prévisions

Objectif à court terme : alimenter le PSAGE. En effet, quand l'épidémie a flambé, le PSAGE était encore en cours de rédaction et demande donc à être enrichi à la lumière de l'épidémie 2014. Il doit aussi être affiné au regard des situations rencontrées. Par exemple, les premières phases n'ont plus leur raison d'être.

Même incomplet, le PSAGE a cependant été fort utile même si, avec le recul, il a semblé moins bien adapté en fin d'épidémie.

La révision prochaine du PSAGE impliquera d'associer le Pôle Offre de Soins, qui a déjà remis au DGARS des propositions d'adaptation du PSAGE au regard de l'épidémie du Chikungunya, reprises en annexe 1.

4.4.3.3 Surveillance et remontées d'information

Les effectifs de l'antenne de Guadeloupe de la CIRE AG semblent réduits au regard des missions mais aussi et surtout du caractère archipélagique de la région. Ainsi, l'élaboration du bulletin épidémiologique suppose 3 fois plus de travail (Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy).

Iles du Nord

La lourdeur des remontées d'information à l'ARS est regrettée et mal comprise par le Centre Hospitalier de Saint-Martin : deux états différents comprenant des données différentes, à faire remonter à deux services différents et pourtant voisins. L'établissement a simplifié le dispositif en élaborant un seul document, envoyé malgré tout deux fois. Toutefois, l'établissement reconnaît qu'il aurait pu être plus performant sur ce point.

Guadeloupe

Pour le Pôle VSS, cette crise a permis de nous tester et de nous améliorer (conduite de réunion, compte rendus, partenariat, attribution des rôles). Il a toutefois pu manquer parfois de transparence concernant certaines décisions.

La question d'une zone unique Antilles-Guyane est posée.

La présence d'une compétence médicale ARS en veille sanitaire est indispensable.

Les établissements regrettent que, contrairement aux autres régions, l'ARS ne mette pas à disposition un serveur régional VSS en mesure d'accueillir les données qu'ils pourraient faire remonter en routine.

Le réseau sentinelle fonctionne bien même si toutes les communes ne sont pas couvertes.

Une optimisation des outils logiciels est souhaitable, et la mise en œuvre de SISAL est attendue avec intérêt.

4.4.3.4 LAV et communication

Iles du Nord

✓ *Bilan*

Le porte à porte reste le meilleur moyen de toucher les populations les plus défavorisées, sous réserve, dans ces sociétés de multilinguisme, de s'adresser aux habitants dans leur langue d'usage, et donc dans des créoles différents, notamment au sein de la communauté haïtienne.

Dans l'idéal, il faudrait définir les outils de communication en dehors des crises afin de les rendre efficaces sans délai en cas dès la survenue de toute situation sanitaire exceptionnelle. La radio est considérée comme un média plus efficace que la télévision ou le journal, car touchant une part importante de la population tout au long de la journée.

Globalement, si la COM de Saint-Barthélemy est bien organisée et a mis en place une politique efficace de tri et de traitement des déchets (par exemple en ce qui concerne les pneus), le processus pourrait être encore amélioré à Saint-Martin.

Il est important de souligner le succès de la diffusion des golomines élevés et distribués par les agents de DTIDN, pour leur utilisation comme prédateur des larves de moustiques dans les citernes ouvertes, très nombreuses dans les îles du Nord, notamment dans les habitats traditionnels.

Le renfort ponctuel d'une infirmière de l'ARS Guadeloupe en début d'épidémie pour mobiliser et communiquer a montré la nécessité de former les agents sur place, plus facilement mobilisables, et les préparer à ce type d'action.

✓ Propositions

A Saint-Barthélemy :

- Des techniciens insuffisants en temps de crise, qu'il faudrait recentrer sur leurs seules missions de LAV, et qui devraient être renforcés par des agents des COM compétents
- Une communication à adapter aux spécificités des populations locales, et difficilement conciliable avec certains enjeux touristique-économiques, surtout en période de pleine saison

A Saint-Martin :

- Assurer un appui à Saint-Barthélemy mais pas en temps de crise
- Anticiper les organisations et la communication en prévision des crises
- Disposer de moyens matériels suffisants en temps de crise
- Maintenir de bonnes relations avec les associations de quartier

Guadeloupe

✓ Planification

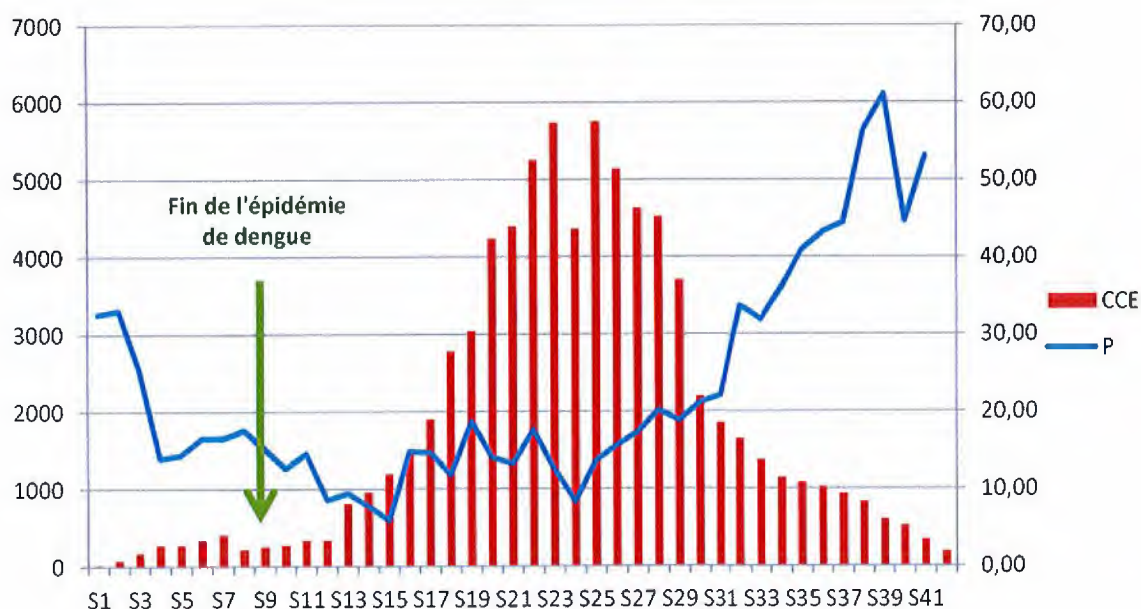
L'importance du PSAGE comme outil de prévision et d'anticipation est soulignée. De même, l'élaboration récente du PCA en interne, ainsi que les enseignements de l'épidémie de dengue ont permis d'anticiper, mais cette anticipation aurait pu être mieux capitalisée par les autres pôles.

✓ Communication et LAV

Les élections municipales ont été un frein très important car elles ont bouleversé nombre d'équipes municipales. Parfois des référents légitimes ne l'étaient plus du jour au lendemain. Parfois il n'y avait plus d'organisation du tout. Pendant la campagne électorale, des agents communaux affectés à la LAV étaient redéployés pour l'organisation de la campagne et des élections.

Entre le début de la circulation virale et le passage en épidémie qu'il y a eu le flottement, car la phase « plateau » n'avait pas été prévue. Par ailleurs, la communication a pu paraître mal adaptée avec le slogan « chikunugunya/dengue = même combat », alors qu'on était en fin d'épidémie de dengue.

Figure 12 :
Evolution hebdomadaire des cas confirmés et de la pluviométrie de janvier à octobre 2014



Source : LAV

Plusieurs écueils successifs : relâchement à la fin de l'épidémie de dengue, période de carnaval, campagne électorale, rumeur (plus handicapante que face à la dengue).

Points importants : l'organisation des réunions d'information dans les quartiers et la formation des ambassadeurs et des volontaires (qui doivent être convaincus du message qu'ils doivent porter sur le terrain).

Point très positif : l'implication des organisations patronales et la mobilisation de leurs réseaux pour obtenir des diffusions gratuites (envoi de SMS, diffusion de messages dans les centres commerciaux...).

Le risque encouru pourrait être celui d'une « endémisation », d'une chronicisation, des épidémies (à circulation modérée mais régulière tout au long de l'année, présentant le risque d'un départ de nouveau foyer à tout moment), et la seule solution durable et celle du déploiement d'une stratégie à long terme permettant de mettre en place des actions de fond.

Il faudrait cependant recueillir l'avis des épidémiologistes car, vu le taux d'attaque du chikungunya, on peut a contrario penser être tranquille pendant quelques années, même si des foyers limités ne sont pas à exclure.

Le dispositif des ambassadeurs aurait été plus efficace au plus fort de l'épidémie s'il avait été imaginé et organisé en amont.

L'absence de réactivité de la grande majorité des communes est regrettée. En revanche, la poignée de communes qui se sont montrées réactives ont a contrario souligné tout l'intérêt des relais communaux. Se pose aussi la question de la réalité de l'existence de plans communaux de gestion de crise. Quant à l'association des maires de Guadeloupe, elle devrait disposer d'une équipe technique compétente.

Concernant la LAV, il faut trouver les moyens d'instaurer des relations efficaces et durables avec les municipalités, ce qui est difficile à réaliser car les équipes vivent au rythme du calendrier électoral. Par ailleurs, cela implique que le service LAV se dote de moyens humains adaptés à cet objectif (renforcement des cadres B en particulier).

Un point particulier sur le numéro unique mis en place à l'ARS, réparti sur dix postes et qui pouvait occuper jusqu'à 6 personnes au plus fort de l'épidémie. Numéro d'information à l'origine, il a été très utilisé et il est devenu un numéro utilisé pour se plaindre. Les agents du Pôle Santé Publique ont aussi beaucoup régulé par renvoi des appels vers les personnes concernées (mairie, médecin) et apporté des conseils sur le traitement des gîtes larvaires. Son succès fait qu'on le conserve, limité à la LAV.

L'intervention des agents du GRIMP venus de métropole est discutée car on disposait des mêmes compétences localement.

En revanche, il convient de souligner l'efficacité de l'aide apportée par les pompiers volontaires qui intervenaient en renfort des équipes LAV sur le terrain.

L'armée n'a pas été sollicitée même si cela a été envisagé avant que cette idée soit abandonnée. On pourrait pour l'avenir envisager la formation des populations par le RSMA pour la remise en état des bâtiments.

L'avantage des opérations coup de poing c'est la prise de conscience collective. En revanche une commune comme Saint-Claude a été débordée par son opération nettoyage qui a connu un succès très important.

L'effort de la Région a été conséquent :

- collecte des encombrants métalliques > 4500 tonnes en 2014, pour un coût évalué à 700 K€ ;
- exonération de l'octroi de mer sur les produits sanitaires liés à l'épidémie (insecticides, répulsifs, moustiquaires) du 15 juillet 2014 au 15 janvier 2015, représentant une perte de recettes évaluée à 400 K€.

L'état récapitulatif définitif sera disponible en janvier 2015 et transmis sur demande, après validation par le cabinet. Il serait souhaitable que l'ARS publie elle aussi l'état financier de son engagement contre l'épidémie, et cette mission pourrait être confiée au service Performance interne.

Marie-Galante

Conformément au programme de reconversion de l'établissement, le Centre Hospitalier a mis en place un pôle de promotion de la santé et intervient en ville pour diffuser les messages, par exemple en tenant un stand avec la CGSS.

4.4.3.5 Service civique

Une reconduction de l'opération pour une nouvelle période de 6 mois est envisageable mais il y a une réserve sur le tutorat, ce dont le chef de service de la LAV a parfaitement conscience, sans qu'une solution puisse être apportée par manque de disponibilité, surtout en phase épidémique. Par ailleurs, il faudrait que sur le terrain les jeunes soient identifiés « service civique » afin de valoriser leur démarche. Enfin, il faudrait mettre en place une évaluation sur la base de critères objectifs.

4.4.3.6 Premier recours

Bien que fortement sollicités (premier recours, permanence des soins, expertise) et bien que eux-mêmes touchés par la maladie (obligeant certains cabinets à la fermeture pendant plusieurs semaines), les médecins libéraux ont toujours affirmé qu'ils maîtrisaient la situation et ont tenu le choc, face à cet épisode qu'il convient de qualifier selon eux une épidémie et non de crise sanitaire.

Ils considèrent avoir été d'un grand secours auprès des personnes âgées dépendantes à domicile et des enfants, touchés en nombre mais présentant des formes peu graves de la maladie, et leur ont évité d'être hospitalisés.

Les médecins libéraux ont tenu à mettre l'accent sur la priorité absolue, la destruction des gîtes larvaires, notamment par l'organisation de leur manifestation grand public « le choc contre le chik » en collaboration avec l'URPS infirmiers.

Pour eux, la lutte contre le moustique n'est globalement pas coordonnée et ils posent la question d'un éventuel manque de moyens humains à la LAV ainsi que de la pérennisation de cette activité. Serait-il possible d'y associer le secteur associatif ? Ne faudrait-il pas réaliser une action régulière ?

Concernant la morbidité/mortalité de l'épidémie ; les médecins libéraux soulignent une morbidité cardio-vasculaire très importante, idem pour l'ophtalmologie (pathologies rares), la neurologie, la psychiatrie. Le chikungunya est considéré comme un accélérateur de pathologies.

La question de la prise en charge des formes chroniques est posée, ainsi que celle du nombre de décès à domicile plusieurs mois après la contamination avec un certificat non identifié.

L'identification des personnes fragiles à domicile n'a pas fonctionné, et ce point est à travailler en amont pour le futur.

La publication des recommandations nationales a bien été prise en compte mais se pose la question du sérodiagnostic non réalisé au préalable, ainsi que celle de l'insuffisance de rhumatologues en Guadeloupe. Il importe d'organiser et de coordonner une filière de prise en charge des symptômes douloureux et des symptômes dépressifs post chikungunya.

Autres points de complexité dont les médecins libéraux auraient souhaité pouvoir se passer en cours d'épidémie : le projet de protocole du SNIIL qui a dispersé les énergies, et l'omniprésence des prestataires à domicile qui, encore aujourd'hui, est source de désorganisation des soins à domicile, facteur de pratiques aberrantes et dispendieuses (prescription quasi systématique de gros matériels, parfois en doublon de l'existant), et à l'origine de conflits ouverts au lit du patient avec les autres acteurs (services d'hospitalisation à domicile, médecins et infirmiers libéraux).

Les médecins libéraux ont rencontré la CGSS à ce sujet mais il leur a été répondu que l'assurance maladie n'avait pas les moyens de suivre l'activité de ces prestataires.

Il est enfin rappelé que, de façon permanente et encore plus en période épidémique, les médecins libéraux ne sont jamais disponibles pour des réunions le matin et certains après-midi, et que dans l'idéal ils sont disponibles le jeudi après-midi surtout ou le mardi après-midi au pire.

4.4.3.7 Système hospitalier

SAMU Centre 15

L'épidémie a eu un impact positif sur la sensibilisation des décideurs aux problématiques des situations sanitaires exceptionnelles. Elle a en outre mis en évidence la nécessité de toujours plus renforcer la coordination des acteurs de l'urgence, notamment au travers du réseau des urgences.

Une attention plus particulière sera portée par le chef du SAMU au resserrement des liens avec les urgences des Iles du Nord, qui sollicitent insuffisamment le SAMU. Il se déplacera prochainement sur place pour les rencontrer en présence du délégué territorial de l'ARS.

L'idée d'une réserve informelle de régulateurs fait son chemin au niveau régional.

Dans les Iles du Nord

A Saint-Martin, l'afflux des patients aux urgences (jusqu'à 80 passages/jour au plus fort de l'épidémie) est confirmé mais sans impact sur l'hospitalisation. Motif principal invoqué : la possibilité d'accéder aux soins sans payer. La lenteur du retour des résultats d'exams depuis le LABM de ville a en revanche été un facteur d'embouteillage aux urgences. Il a par ailleurs été nécessaire, en collaboration avec l'assurance maladie, d'alléger la procédure d'ouverture des droits des patients accueillis aux urgences.

L'absentéisme a été régulier mais pas déstabilisant pour l'organisation des soins. L'établissement n'a pas rencontré de problème de disponibilité des personnels de soins, les renforts étant assurés en interne, notamment grâce à la mobilité des infirmières de chirurgie. Le renforcement de l'équipe d'urgentistes n'a pas été jugé nécessaire. Pas de problème non plus de disponibilité de lits (hors les 2 lits d'UHCD et les 2 lits de soins continus régulièrement très occupés), des capacités non permanentes étant facilement mobilisables en interne.

En Guadeloupe

✓ *Centre Hospitalier Universitaire*

Au final, on aura enregistré peu de malades hospitalisés en plus mais un absentéisme important (30% des soignants au plus fort de l'épidémie).

En accord avec la Direction des ressources humaines, la gestion des renforts de personnels et des recrutements pour service de suppléance (IDE et AS) a été assurée directement par la Direction du service de soins infirmiers. Recrutements de remplaçants sur courte durée (8 à 15 jours maximum).

L'établissement n'a rencontré aucun problème pour recruter des personnels soignants en CDD, même pour de courtes durées, le vivier local étant suffisamment dense. Un engagement fort a été respecté : ne pas remettre en cause les congés programmés. Une CV-thèque a été constituée.

L'idéal aurait été de mettre sur pieds une cellule de coordination régionale managée par l'ARS, ce qui n'a pas été le cas. En revanche, la mise sur pieds d'un tel dispositif pourrait être envisagée pour le futur, même hors épidémie, ce qui serait de nature à apporter des solutions au CHBT, qui recrute moins facilement.

Un point fort : la première équipe de renforts EPRUS qui ont permis de mettre sur pied l'unité d'hospitalisation post urgences, et une mention spéciale pour le chef de mission. Cependant cette unité a été créée en urgence, et sans travail de fond préalable (à venir).

Un deuxième point fort : la pérennisation de l'unité post urgences. Projet lancé : réécrire le projet médical afin de réorganiser l'hospitalisation de médecine en intégrant cette nouvelle unité, à effectif soignant constant et encadré médicalement par une équipe médicale permanente et reconnue.

Il a été impossible, à quelques exceptions près, de mobiliser le service social autour de la gestion des sorties d'hospitalisation. La procédure prévoyant la rencontre hebdomadaire des cadres de santé avec le service social est restée lettre morte. Un groupe de travail sur les flux de patients est mis sur pied avec l'objectif d'arriver à faire 50% de patients le matin, même si les ambulanciers ne sont pas disponibles le matin.

✓ *Centre Hospitalier de la Basse-Terre*

Un facteur de tension sensible est celui de la chronicité des symptômes chez les professionnels, y compris dans le corps médical, ce qui a entraîné une perte de productivité.

La tension née de l'épidémie s'est ajoutée à celle du plan de retour à l'équilibre financier mis en œuvre au sein de l'établissement depuis plusieurs mois, et qui a notamment amené la direction à supprimer un nombre important de postes soignants.

Le manque de disponibilité réelle (et pas seulement déclarative) des lits d'aval est souligné, les établissements SSR disposant de lits mais ne les remplissant pas faute de personnel disponible pour y accueillir les patients en attente de transfert.

La défaillance de la permanence des soins ambulatoires est soulignée, notamment en Sud Basse Terre, amplifiant le phénomène de recours aux urgences hospitalières.

A Marie-Galante

✓ *Centre Hospitalier Sainte-Marie*

On n'a pas enregistré de suractivité aux urgences, et rencontré peu de difficultés dans les services de soins avec des hospitalisations de 48h maximum si nécessité absolue. L'établissement a connu peu d'absentéisme chez le personnel.

Cinq lits avaient été réservés pour les malades atteints par la maladie, mais ils n'ont pas été utilisés. Par ailleurs, deux projets de convention ont été envisagés en prévision d'un éventuel renfort de l'hôpital par des infirmiers libéraux, mais elles ces dispositifs n'ont pas été activés.

L'HAD a pleinement rempli assuré sa mission

A partir de la semaine 2014-47, il a été procédé à l'ouverture, par un médecin urgentiste et acupuncteur et pour une durée de trois mois, d'une consultation spécialisée en acupuncture au Centre Hospitalier pour traiter les douleurs persistantes en général, et celles liées au chihungunya en particulier.

✓ *Polyclinique Saint-Christophe*

L'établissement a fait face, mis en œuvre des mesures de protection des hospitalisés et des personnels, peu absents et ont été renforcés par des intérimaires en tant que de besoin.

Renforts EPRUS

L'importance de la préparation en amont de la mission, notamment par une bonne description du poste et du contexte est incontestablement un facteur de réussite. Or il apparaît que, concernant la première mission au CHBT, les réservistes s'attendaient à faire face à une situation sanitaire beaucoup plus dégradée qu'elle ne l'était.

Il n'y a pas eu de problème d'intégration des réservistes dans les équipes des services d'accueil, car, bien que d'origines professionnelles diverses, ils ont fait preuve d'une forte adaptabilité. Cependant, il est convenu qu'une mission de trois semaines au lieu de deux serait encore plus efficace.

On peut regretter que, dès le début, il ait été donné une perception fautive du phénomène, présenté comme une épidémie de ville, sans tenir compte de l'expérience réunionnaise qui prouvait le contraire, et amenant l'hôpital à se trouver très rapidement sous tension.

Il est conseillé aux directions de bien anticiper en élaborant des profils de postes types, rapidement disponibles en cas de besoin.

L'idée de constituer une réserve sanitaire zonale est une idée à poursuivre.

4.5 Séance préparatoire à un retour d'expérience sur l'épidémie de chikungunya dans les Départements Français d'Amérique

4.5.1 Cadre et objectifs

L'épidémie de chikungunya a mobilisé de façon importante les acteurs de santé des Départements Français d'Amérique et constitue une expérience riche qui mérite d'être valorisée, au travers d'un retour d'expérience partagé.

Compte tenu de l'étendue des actions engagées, des acteurs nombreux et des compétences diverses mobilisées, ce retour d'expérience s'inscrit dans un processus de moyen terme, qui nécessite d'être structuré et dont les contours doivent au préalable être stabilisés.

C'est pourquoi, il a été envisagé, dans le prolongement du COPIL de Veille Sanitaire prévu le 20 janvier 2015, de profiter de la présence des principaux acteurs impliqués en Guadeloupe, Guyane, Martinique et métropole, dans cette épidémie, pour définir le cadre du retour d'expérience.

Compte tenu des délais courts et de l'étendue des sujets pouvant être abordés, l'objectif de cette rencontre n'était pas de décrire ce qui a été fait, mais d'aboutir à l'identification des problématiques et enjeux mis en exergue lors de cette épidémie.

Il s'agissait donc d'une séance préparatoire à une rencontre envisagée sur 2 jours entre fin mai et début juin 2015, destinées à tirer les enseignements qui pourront servir pour une épidémie prochaine.

Etaient présents à ce travail préparatoire une quarantaine de personnes réunissant les équipes de la Cire Antilles Guyane, de représentants des services de veille sanitaire de Guadeloupe, Guyane et de Martinique, en présence des directeurs généraux des 3 ARS, ainsi que de représentants de l'Institut de Veille Sanitaire, dont son directeur général.

4.5.2 Organisation des échanges

Les échanges se sont organisés autour de 6 séquences d'une heure pilotées par un modérateur pour chacune d'entre elle :

- Séquence 1 : la surveillance.
- Séquence 2 : le soin.
- Séquence 3 : la lutte anti-vectorielle.
- Séquence 4 : l'hygiène de l'environnement.
- Séquence 5 : la communication et la mobilisation sociale.
- Séquence 6 : la coordination des acteurs.

4.5.3 Synthèse des problématiques

Cette rencontre a permis de dégager pour chacune des séquences, des problématiques saillantes qui ont émergé lors de l'épidémie et qui pourront structurer le séminaire envisagé entre fin mai et début juin 2015. Les principales problématiques abordées ont été les suivantes.

4.5.3.1 La surveillance

- Influence de la pratique d'hospitalisation sur le décompte des cas
- Décompte des décès à l'hôpital et à domicile
- Les phases du PSAGE
- Utilisation possible d'autres sources de données : CGSS, PMSI, Sursaud
- La surveillance de la tension du système de santé
- La qualité et la réactivité de la transmission des données d'intervention (pour la LAV)

4.5.3.2 Le soin

- Les moyens de renforts ordinaires du système de santé
- Les moyens de renforts extraordinaires : missions, profils, modalités d'intervention
- La mesure de la tension de l'offre de soins
- Les remèdes razié, la pharmacopée locale, l'efficacité des répulsifs
- La préparation globale du système de santé
- Le pilotage gradué du système de santé
- La coordination active des acteurs de santé

4.5.3.3 La lutte anti-vectorielle

- Stratégie générale en phase épidémique et pré-épidémique
- Gouvernance LAV et implication des collectivités locales dans le dispositif
- Quelle doctrine en matière d'adulticides
- Place des protections individuelles
- Quelle stratégie en matière de renforts
- Les nouveaux métiers de la LAV et la formation
- La recherche

4.5.3.4 L'environnement

- Les outils réglementaires mobilisables, le salubrity act
- Les déchets prioritaires (VHU, dépôts sauvages, pneus...)
- Les sites prioritaires

4.5.3.5 La communication et la mobilisation sociale

- L'efficacité des actions de communication en matière de changement
- La mise en commun des outils et stratégies de communication
- La mobilisation communautaire
- Les supports de communication, couts

4.5.3.6 La coordination des acteurs

- Le positionnement et le rôle des acteurs en situation d'épidémie vectorielle
- Les outils et instances d'échanges d'information, de reporting
- Coordination de la filière de soins et parcours de santé
- Comment gérer dans la durée ?
- La planification de la réponse
- Les moyens mobilisables

4.6 Retour d'expérience de la mise en oeuvre du plan anti-dissémination de la dengue et du chikungunya en métropole et en territoires ultra-marins pour la saison 2014

Une réunion, organisée par le CNEV et destinée à recueillir les éléments d'ajustement et d'amélioration de l'instruction annuelle diffusée par la Direction Générale de la Santé, s'est tenue au Ministère de la Santé le 11 décembre 2014.

Elle a fait l'objet d'un compte-rendu en date du 5 février 2015 et elle s'est conclue sur la décision de mener une réflexion sur l'actualisation du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue de 2006.

Celui-ci contiendra les lignes directrices destinées à donner un cadre commun à la lutte contre les arboviroses tout en permettant à chaque région, à chaque service, de conserver ses acquis, pratiques et dispositifs locaux.

Certains points en cours de réflexion, comme la réforme de la gouvernance, sont susceptibles d'influer sur ce travail.

4.7 Enquête de la CIRE AG auprès des partenaires pour l'évaluation de la surveillance épidémiologique

Dans le cadre de la préparation du retour d'expérience sur l'épidémie de chikungunya, la Cire a consulté les partenaires de la surveillance épidémiologique afin d'évaluer la qualité des dispositifs mis en oeuvre dans le suivi de l'épidémie dans l'objectif de proposer des réflexions pour améliorer cette surveillance. Cette évaluation a consisté d'une part à recueillir l'avis des partenaires sur divers aspects de la surveillance et d'autre part à obtenir d'eux des propositions d'amélioration de cette surveillance.

Les résultats de cette enquête ont fait l'objet d'une publication de la CIRE AG, qui conclut sur plusieurs pistes d'amélioration, qui seront intégrées dans le retour d'expérience inter régional de juin 2015.

4.8 Evaluation de l'impact financier

Les données financières ne sont pas disponibles à ce stade, sauf très partiellement, et il faudra attendre qu'un bilan précis soit réalisé.

Sur le point plus particulier de la lutte anti-vectorielle et de la communication, on peut très utilement se reporter au « *Bilan des actions de lutte anti vectorielle et de prévention développées dans le cadre de l'épidémie de chikungunya en Guadeloupe* » produit parallèlement par le service de lutte anti vectorielle (LAV).

Pour ce seul aspect, les coûts sont estimés à plus d'un million d'euros, soit trois fois plus que le budget de fonctionnement annuel du service LAV.

5 PROPOSITIONS

« ...le retex... a pour objectif de tirer les enseignements positifs et négatifs de l'événement afin de promouvoir ou créer des réflexes, des procédures et des références dans une perspective de prévention des risques et d'amélioration des réponses... »

(Méthodologie de retour d'expérience pour les événements sanitaires ou à impact sanitaire – DGS – mars 2007)

5.1 Sur la préparation

5.1.1 Actualiser le PSAGE

Le PSAGE CHIK, qui n'était pas finalisé au début de l'épidémie, bénéficiera des enseignements tirés du phénomène :

- Par la mise à jour de l'existant
- Par l'intégration d'un volet « offre de soins »

Sur ce dernier point, voir la note POS du 17 Août 2014 au DGARS relative au plan de crise sanitaire (version non validée), reprise dans l'annexe 1 « Proposition d'organisation de l'offre de soins face à une épidémie ».

5.1.2 Actualiser les plans blancs

Tous les établissements de santé (publics et privés) doivent disposer d'un plan blanc, qui doit être contractualisé dans le CPOM de l'établissement, et veiller à ce qu'ils comportent une annexe spécifique « risque biologique » intégrant un volet spécifique chikungunya.

5.1.2.1 Prise en charge des patients

Veiller à ce que soient préalablement définis les critères de prise en charge des patients et les critères d'hospitalisation communs à tous les établissements et portés à la connaissance du SAMU/Centre 15 et des professionnels de santé libéraux.

5.1.2.2 Cellule de crise

Prévoir pour tous les établissements de santé en situation d'urgence sanitaire et/ou de crise la mise en place d'une cellule de crise devant se réunir régulièrement. Celle-ci doit être précédée de la mise en place d'une cellule de veille en situation d'alerte. Préciser les modalités de coordination des cellules de crise des établissements de santé avec la cellule de crise portée par l'établissement pivot pour le territoire.

5.1.2.3 Communication

Elaborer dans tous les établissements un plan de communication interne devant être intégré au plan blanc d'établissement, et mutualiser les outils de communication interne en situation de crise. Les établissements plus importants ayant des personnels chargés de communication prennent l'initiative de cette mutualisation, sous l'égide de l'ARS.

5.1.2.4 Augmentation des capacités

Prévoir l'organisation d'unités dédiées dans les plans blancs des établissements.

5.1.2.5 Déprogrammation

Mettre en oeuvre dans tous les établissements de santé de façon graduée un plan de déprogrammation adapté à la nature des événements et tenant compte de l'ampleur de ceux-ci. Inclure dans ce plan de déprogrammation des mesures du plan blanc tenant compte des activités très spécialisées.

5.1.3 Actualiser les plans bleus

Veiller à ce que l'ensemble des établissements hébergeant, ou accueillant des personnes handicapées, mettent en place les mesures préconisées dans le cadre des plans bleus, par assimilation avec les dispositifs qui sont opérationnels dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

5.2 Sur la surveillance

5.2.1 Optimiser les remontées d'information

Définir un seul canal de remontée des informations demandées et une seule structure de réception, quels que soient les destinataires au niveau régional (ARS, CIRE) et harmoniser les informations demandées et assurer un retour régulier auprès des établissements de santé.

Au-delà du système OSCOUR, la mise en place du serveur régional corrélé à l'informatisation des services d'urgence semble indispensable. Il convient néanmoins de s'assurer des modalités de recueil et de suivi des données d'activité des autres établissements. L'objectif est d'avoir des recueils harmonisés entre établissements et pour ce faire de disposer dès le début de la crise de référentiels identiques.

Il est essentiel de mettre en place un référentiel pour le suivi des données d'activité du secteur ambulatoire. Celui-ci peut être réalisé conjointement avec les organismes d'assurance maladie.

La définition préalable de ces systèmes d'information et des référentiels est une nécessité permettant un meilleur suivi de l'épidémie mais également une meilleure exploitation de ces données après la crise.

La CIRE est en mesure de mettre à disposition des pôles, et notamment celui de l'offre de soins un nombre important d'informations sur demande, et plus particulièrement celles contenues dans le logiciel OSCOUR. En Guadeloupe, CHU et CHBT remontent les informations mais la Clinique des Eaux Claires n'a jamais participé.

5.2.2 Développer les outils de cartographie

Elaboration en cours avec VSS du logiciel SISAL (système intégré de surveillance et d'analyse des cas) pour cartographier les cas et orienter les actions, sur la base d'un cahier des charges écrit par le service LAV de l'ARS et développé localement pour établir une base quartiers à intégrer dans le logiciel CIRE.

Le déménagement du service LAV au 1^{er} trimestre 2015 sera mis à profit pour réorganiser le service et le travail et intégrer SISAL.

En projet : l'utilisation de tablettes numériques pour relever les informations sur le terrain, faire des photos et géolocaliser les cas.

5.3 Sur le pilotage

5.3.1 Elargir les cellules de crise préfectorales

La cellule préfectorale mériterait d'être élargie, comme le proposent les représentants des organisations patronales, aux réseaux vitaux, et en tout premier lieu la Croix Rouge Française.

5.3.2 Formaliser le fonctionnement des cellules de crise ARS

5.3.2.1 Références

La référence réglementaire la plus récente est l'instruction N° DGS/DUS/CORRUS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

La survenue d'une situation exceptionnelle, qu'elle soit spécifiquement sanitaire ou non, nécessite la mise en place, au sein de l'ARS, d'une structure en charge du pilotage et de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Dès que le secteur sanitaire est impacté, l'affirmation du principe de spécificité des situations sanitaires exceptionnelles entraîne deux conséquences :

- L'activation d'une structure dédiée en ARS n'est pas systématiquement liée à la mise en place d'un centre opérationnel départemental (COD) ;
- Cependant, si un COD est activé, l'ARS met en place une structure dédiée et proportionnée en capacité de répondre aux demandes du préfet et d'assurer un niveau de représentation adapté.

La préparation et l'implication de l'ARS dans la gestion des situations sanitaires exceptionnelles se doivent d'être transversales. Aussi le directeur général de l'ARS s'assure-t-il de la participation de l'ensemble des directions (notamment la direction de l'offre de soins), en fonction des problématiques impactées.

5.3.2.2 Fonctions de l'ARS en gestion de crise

En cas de situation sanitaire exceptionnelle, la structure spécifique constituée au siège de l'ARS, échelon décisionnel pour la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, assure les fonctions d'appui et de pilotage du secteur sanitaire au profit du DGARS et du préfet

Le rôle de pilotage ainsi évoqué concerne les fonctions suivantes :

- Les fonctions métiers : élaboration et/ou mise en œuvre de mesures de santé publique, organisation de la permanence des soins, gestion des moyens sanitaires ;
- Les fonctions transverses : suivi et analyse de la situation sanitaire, interface avec les partenaires institutionnels.

5.3.2.3 Structure de pilotage

Tableau 8 : Niveaux de mobilisation de la CRA

Niveau 1 Niveau 4 Niveau 5	Veille Fin de crise Retour à la normale	Pilotage par DGARS ou son représentant en lien avec le préfet et assisté a minima d'un coordonnateur métier à désigner	CAPS	CVAGS CIRE Pôles métiers DT IDN	Réunion mensuelle ou à la demande	Veille et gestion des alertes sanitaires Suivi et analyse des indicateurs Suivi et gestion des plans de crise ARS et établissements (ES et ESMS)
Niveau 2	Alerte				Réunion hebdomadaire ou à la demande	Préparation à la gestion de crise
Niveau 3	Crise		CAPS renforcée	CVGS CIRE Pôles métiers DT IDN Services supports	Réunion a minima hebdomadaire	Gestion de la crise

Source : POS ARS 971

Les membres de la CIRE font par ailleurs valoir leur intérêt pour participer aux travaux de la cellule de crise de l'ARS.

5.4 Sur la gestion

5.4.1 LAV et communication

Sur le point plus particulier de la lutte anti-vectorielle et de la communication, on peut très utilement se reporter au « *Bilan des actions de lutte anti vectorielle et de prévention développées dans le cadre de l'épidémie de chikungunya en Guadeloupe* » produit parallèlement par le service de lutte anti vectorielle (LAV).

5.4.1.1 Optimiser l'organisation interne

En interne, le redéploiement d'agents venant d'autres services pour renforcer les équipes de pulvérisation et participer aux actions de communication fut un point très positif. Ce point pourrait être intégré dans le PCA de l'ARS.

De la même manière, il faut dès le début de l'épidémie identifier un agent chargé du suivi des actions, qui pourrait être le référent SSE (situations sanitaires exceptionnelles) de l'ARS.

Une difficulté de fond : la capacité d'encadrement du service LAV qui manque de cadres B en mesure d'encadrer l'action de terrain, et être reconnus comme les interlocuteurs des référents communaux pour l'organisation des actions.

5.4.1.2 Renforcer la mobilisation des partenaires

D'une manière générale la mobilisation des communes est difficile et il faudrait passer convention en amont pour créer des doublons LAV/ARS par commune.

Les associations d'insertion sont des partenaires à mobiliser, former, associer, comme ce fut le cas à Saint-Martin.

Il est important que les différents services de l'Etat interviennent dans leur champ de compétences.

A Saint-Martin, la coordination des actions de communication avec la partie hollandaise est considérée comme indispensable, tant les approches sont différentes, et ce dès la sortie des aéroports.

L'enjeu de la LAV est de recadrer l'intervention communale et de fournir des outils pour rendre les CUI/CAE efficaces. Il faudrait par ailleurs recruter des CUI/CAE à des niveaux supérieurs (bac+) et en fonction de leurs compétences, et les faire former plus largement par l'IREPS, notamment les former à la conduite de projet pour qu'ils deviennent des référents communaux.

5.4.1.3 Aider les partenaires d'optimiser leurs capacités de mobilisation

On devrait passer à une autre forme de communication et se donner pour objectif d'obtenir durablement un changement de comportement de la population, qui ne comprend pas que l'archipel est ouvert sur l'extérieur. Les échanges physiques et géographiques sont très réguliers.

Les plans communaux de 2007 ont permis à certaines communes signataires de créer des services LAV efficaces, les plans donnant des recommandations et un fil conducteur, dans et hors l'épidémie, ainsi que des fiches action ciblées.

La multiplication des supports présente le risque de perturber la compréhension de la population, et il faudrait rechercher quelque chose de plus simple, un fil conducteur qu'on déclinerait sur la durée.

5.4.1.4 Enrichir les modes de communication

L'information grand public devrait être la plus large possible et utiliser les moyens de communication modernes (site web ARS, réseaux sociaux). Il faudrait un site officiel avec une page grand public accessible directement. En revanche les guides ARS parus dans la presse n'étaient pas complets et devaient être mis en ligne dans une version plus étoffée.

La mise en ligne d'un guide questions/réponses grand public sur la répartition des responsabilités entre les différents acteurs serait nécessaire, et faciliterait la compréhension et les démarches.

L'élaboration, la mise à jour, et le partage d'un fichier professionnel des référents des différentes institutions seraient un plus.

Il pourrait être profitable de s'appuyer sur l'épidémie pour donner des conseils pratiques et mettre en exergue le traitement des déchets (cf documents ADEME diffusés par la DEAL) et dire qui fait quoi dans la gestion environnementale.

Enfin, concernant la diffusion d'informations aux médecins libéraux, la CIRE pourrait fort utilement s'appuyer sur la PAPS, notamment sous l'onglet « j'exerce ».

5.4.1.5 Associer de nouveaux partenaires

La mobilisation de l'armée (RSMA) pourrait être envisagée mais elle n'est mobilisable qu'à l'appui de directives claires et précises.

Le parc National et l'ONF, qui disposent de moyens en véhicules et en personnels, devraient être sollicités pour couvrir le territoire et aller chez les gens. Ce sont des pistes intéressantes en cas d'épidémies majeures. Mais il faut que l'ARS ait des moyens pour assurer une coordination.

D'une manière plus générale, il faudrait qu'il y ait un bilan des fiches actions et peut-être des fiches actions hors épidémies ou inter épidémiques qui permettraient de poursuivre le travail à froid, sans attendre la prochaine crise.

5.4.2 Optimiser l'organisation du système de santé

5.4.2.1 Premier recours et PDSA

Il faudrait envisager de prévoir dans le cadre de l'organisation de la PDSA sur le terrain en situation exceptionnelle, notamment le renforcement des médecins généralistes, le renforcement de toutes les MMG, le rôle du médecin référent par secteur, rôle qui n'est pas défini actuellement.

Il serait nécessaire de décider de la place et du rôle des MMG, certaines d'entre elles, bien que financées par le FIR, ne remplissant plus leur mission de PDSA. C'est notamment le cas de la MMG de Basse-Terre, désormais fermée.

L'intégration des MMG au sein des structures hospitalières et à proximité immédiate des services d'urgences serait de nature à optimiser l'organisation de la PDSA, à Basse-Terre et Chauvel notamment.

Le cahier des charges de la PDSA pourrait comporter un volet SSE, incluant un plan de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles :

- maillage de tous les secteurs de PDSA ;
- prévision des solutions alternatives (armement des CLASS) ;
- détermination en amont des modalités de renforcement des médecins libéraux voire des autres professionnels de santé ;
- articulation des différentes phases de montée en charge selon le secteur concerné.

Dans les Iles du Nord, l'organisation et la coordination des professionnels de santé libéraux devrait être considérée comme une priorité en prévision de toute nouvelle situation sanitaire exceptionnelle.

5.4.2.2 Offre de soins hospitalière

L'organisation du système hospitalier pourrait s'articuler autour d'un établissement pivot, à savoir l'établissement public de santé siège des urgences du secteur :

- CHU pour la Grande-Terre ;
- CHBT pour la Basse-Terre ;
- CHSM pour Marie-Galante ;
- CHLCF pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

La direction de l'établissement pivot animerait la cellule de crise territoriale et assurerait la coordination de l'action des différents partenaires.

Au plan régional, elle assurerait la concertation et la coordination de l'action avec les différents services de l'Etat, d'une part, et avec les autres établissements hospitaliers, d'autre part.

En cas de besoin, cette cellule ferait office de commission de déprogrammation.

En période de veille, la cellule se réunirait une fois par mois, et, en période de crise, au moins une fois par semaine. Elle déterminerait, mettrait en œuvre et évaluerait un plan de crise sanitaire coordonné des établissements de santé du secteur, et organiserait la montée en charge progressive de ces établissements en fonction des niveaux épidémiques.

La mise en place d'une cellule de coordination régionale pour la gestion des personnels soignants permettrait d'optimiser le renforcement des équipes hospitalières.

5.4.2.3 Services sociaux

Organiser en amont la coordination des structures sociales préférentiellement au niveau des communautés de communes.

5.4.2.4 Renforts EPRUS

Dans la mesure du possible et pour des raisons d'efficacité, rallonger de deux semaines à trois semaines la durée des missions, sous réserve que ce soit envisageable de la part de l'EPRUS.

L'idée de constituer une réserve sanitaire zonale est une idée à poursuivre, tout en préconisant de s'adresser prioritairement aux professionnels hospitaliers les plus proches de la retraite.

6 ANNEXES

ANNEXE 1

Liste des figures et tableaux p 50

ANNEXE 2

Liste des acronymes p 51

ANNEXE 3

Base documentaire p 53

ANNEXE 4

Proposition d'organisation de l'offre de soins en période d'épidémie p 54

Annexe 1

Liste des graphiques et tableaux

TABLEAUX

Tableau 1	Phasage de développement de l'épidémie en Zone de Défense Antilles (ZDA)	Page 6
Tableau 2	Nombre estimé de cas cliniquement évocateurs dans les trois territoires au 15 décembre 2014	Page 10
Tableau 3	Activité en PDSA (régulation et consultations)	Page 10
Tableau 4	Répartition des missionnaires EPRUS	Page 26
Tableau 5	Etat de la population ayant contracté le chikungunya de janvier à août 2014 en Guadeloupe	Page 30
Tableau 6	Evolution de la répartition mensuelle des cas de chikungunya de janvier à août 2014 en Guadeloupe	Page 30
Tableau 7	Calendrier des rencontres avec les acteurs et partenaires	Page 32
Tableau 8	Niveaux de mobilisation de la CRA	Page 44

FIGURES

Figure 1	Evolution du nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus en consultation de ville à Saint-Martin, ainsi que la chronologie du passage dans les différentes phases, décembre 2013 à avril 2015	Page 7
Figure 2	Evolution du nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus en consultation de ville à Saint-Barthélemy, ainsi que la chronologie du passage dans les différentes phases, décembre 2013 à avril 2015	Page 8
Figure 3	Evolution du nombre hebdomadaire estimé de cas cliniquement évocateurs de chikungunya vus en consultation de ville en Guadeloupe, ainsi que la chronologie du passage dans les différentes phases, décembre 2013 à janvier 2015	Page 9
Figure 4	Evolution du nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés ou probables de chikungunya en Guadeloupe, décembre 2013 à février 2015	Page 10
Figure 5	Nombre hebdomadaire de passages pour suspicion de chikungunya aux urgences du CHUPPA	Page 11
Figure 6	Nombre hebdomadaire de passages pour suspicion de chikungunya aux urgences du CHBT	Page 12
Figure 7	Nombre hebdomadaire de passages pour suspicion de chikungunya aux urgences du CHLCF	Page 12
Figure 8	Nombre hebdomadaire de passages pour suspicion de chikungunya aux urgences du CHIDB	Page 13
Figure 9	Nombre hebdomadaire de cas hospitalisés et répartition en formes sévères et non sévères en Guadeloupe	Page 14
Figure 10	Traitement des signalements par le service VSS	Page 19
Figure 11	Zones d'intervention du service LAV en Guadeloupe	Page 20
Figure 12	Evolution hebdomadaire des cas confirmés et de la pluviométrie de janvier à octobre 2014	Page 37

Annexe 2

Liste des acronymes

ADEME	Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
ADGUPS	Association Départementale de Garde d'Urgence et de Promotion de la Santé
AGREXAM	Association Guadeloupéenne de Gestion et de Réalisation des Examens de Santé et de la Promotion de la Santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-soignante
ASC	Agence du Service Civique
ASPAC	Agent de Prévention Sanitaire des brigades Anti Chikungunya
ATSU	Association pour les Transports Sanitaires Urgents
CAPS	Cellule d'Appui PS
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDD	Contrat à durée déterminée
CGSS	Caisse Générale de Sécurité Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHBT	Centre Hospitalier de la Basse-Terre
CHLCF	Centre Hospitalier Louis-Constant Fleming
CHSM	Centre Hospitalier Sainte-Marie
CIRE AG	Cellule Interrégionale d'Epidémiologie
CAE	Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi
CG971	Conseil Général de Guadeloupe
CLASS	Centre Local d'Action Sanitaire et Sociale
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNEV	Centre National d'Expertise sur les Vecteurs
COD	Centre Opérationnel Départemental
COGIC	Centre opérationnel de gestion interministériel de crise
COM	Collectivité d'Outre Mer
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRA	Cellule Régionale d'Appui
CSA	Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
CUI	Contrat Unique d'Insertion
CVAGS	Cellule de Veille, d'Alerte, de Gestion Sanitaire
CZA	Cellule zonale d'appui
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux
DEAL	Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DGS	Direction Générale de la Santé
DGOM	Direction Générale de l'Outre Mer
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DJSCS	Direction de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale
DSSI	Direction du Service de Soins Infirmiers
DTIDN	Délégation Territoriale des Iles du Nord
DUS	Département des Urgences Sanitaires
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPU	Enseignement Post Universitaire
EPRUS	Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
ES	Etablissement de Santé
ESMS	Etablissement Social et Médico-Social
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GRIMP	Groupe de Reconnaissance et d'Intervention en Milieu Périlleux
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité en Santé

IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IPG	Institut Pasteur de Guadeloupe
IREPS	Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
ISP	Infirmière de Santé Publique
JAFJA	Jardins Familiaux
LABM	Laboratoire d'Analyse de Biologie Médicale
LAV	Lutte Anti Vectorielle
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MEDEF	Mouvement des Entreprises De France
MISP	Médecin de Santé Publique
MMG	Maison Médicale de Garde
ORSAG	Observatoire Régional de la Santé en Guadeloupe
OSCOUR	Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences
PAPS	Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé
PCA	Plan de continuité de l'activité
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
POS	Pôle Offre de Soins
PSAGE	Plan de surveillance d'alerte et de gestion des épidémies
RETEX	Retour d'Expérience
RSMA	Régiment du Service Militaire Adapté
SAMU	Service d'aide Médicale Urgente
SDIS	Service Départemental d'Intervention et de Secours
SGMCAS	Secrétariat général des ministères chargé des affaires sociales
SISAL	Système Intégré de Surveillance et d'Analyse des cas
SSE	Situation Sanitaire Exceptionnelle
SSR	Soins de Suite et de Réanimation
SYVADE	Syndicat de Valorisation des Déchets
UDE	Union Des Entreprises
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VHU	Véhicules Hors d'Usage
VSS	Veille et Sécurité Sanitaire
ZDA	Zone de Défense des Antilles

Annexe 3

Base documentaire

TRACABILITE DE L'EPIDEMIE

Comme demandé dans la lettre de mission du 7 juillet 2014, la base documentaire jointe au présent Retour d'Expérience regroupe l'ensemble des documents relatifs au déroulement de l'épidémie de fin 2013 à fin 2014.

Elle est composée de trois volumes :

- Volume 1 : Décembre 2013 – Juillet 2014
- Volume 2 : Juillet 2014 – Septembre 2014
- Volume 3 : Septembre 2014 – Décembre 2014

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Les références bibliographiques ayant alimenté le présent travail font l'objet d'une annexe à la base documentaire.

Elles sont constituées par ordre chronologique des documents suivants :

La gestion de crise dans les établissements de santé face aux risques exceptionnels	Colloque - Maison de la Chimie – Décembre 2003
L'établissement de santé en tension – Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc	Ministère de la Santé - 2005
Circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis	DHOS - Septembre 2006
Plan blanc et gestion de crise	DHOS - Septembre 2006
Plan hospitalier de crise chikungunya – Eté austral 2006-2007 – Arrondissement Est Réunion	Clinique Saint-Benoît - Septembre 2006
Chikungunya : Gestion d'une crise longue – Rapport de mission, enseignements et propositions	DHOS - Décembre 2006
Méthodologie de retour d'expérience pour les événements sanitaires ou à impact sanitaire	DGS – Mars 2007
Retour d'expérience de la gestion de l'épidémie de Chikungunya : un élément pour progresser dans la maîtrise du risque vectoriel	DGS – Décembre 2007
Préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé	Ministère de la Santé – Novembre 2011
Guide pratique – Se préparer à la gestion de crise	ANFH Martinique - 2011
Guide d'élaboration du Plan bleu	ARS PACA – Septembre 2012
Circulaire relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures	Premier Ministre – Janvier 2012
Plan blanc élargi	ARS Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy - 2012
Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles	Ministère de la Santé – Janvier 2013
Programme de surveillance, d'alerte et de gestion du risque d'émergence du virus Chikungunya en Guadeloupe	ARS Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy - Avril 2013
Dispositif opérationnel ORSEC départemental – Dispositions spécifiques – Lutte contre la dengue et le chikungunya	Préfecture de la Réunion - 2013
Résumé – Instruction n° DGS/DUS/CORRUS/2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles	DGS - Juin 2013
Circulaire interministérielle n°DGS/DUS/DGSCGC/2013/374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires	Ministère de l'Intérieur – Ministère de la Santé - Septembre 2013

Annexe 4

Proposition d'organisation de l'offre de soins face à une épidémie

L'organisation proposée est une reprise du PSAGE de la Guadeloupe, dans sa dernière mise à jour du 11 avril 2013, actualisée des enseignements de la présente crise sanitaire.

ARS - POLE OFFRE DE SOINS

Action	Service	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
S'assure de la mise à jour régulière des plans blancs des établissements de santé et des plans bleus des établissements médico-sociaux avec CVAGS Contractualise les dispositions des plans blancs dans les CPOM des établissements de santé et les actualise Passe convention avec le CG971 pour la mise à disposition des CLASS et avec l'AGREXAM pour la mise à disposition des centres d'exams de santé	Référent SSE	x			
Participe aux travaux de la cellule de veille de l'ARS S'assure de la remontée régulière des indicateurs d'activité hospitaliers et ambulatoires et les analyse	Référent SSE	x			
Organise la permanence des soins ambulatoires et la garde ambulancière	Ambulatoire	x			
Vérifie l'opérationnalité des plans blancs et des plans bleus avec CVAGS	Référent SSE		x		
S'assure du fonctionnement de la permanence des soins avec l'ADGUPS, la renforce si nécessaire avec recours aux réquisitions si besoin. Vérifie l'organisation effective de la permanence des transports sanitaires avec l'ATSU et la renforce si nécessaire	Ambulatoire		x		
Assure le lien avec les professionnels de santé libéraux. Active le renforcement de la permanence des soins et des structures de recours aux soins avec l'ADGUPS. Coordonne l'ouverture des centres de consultations spécialisées avec le CG971 (CLASS) et l'AGREXAM	Référent SSE et Ambulatoire			x	
Participe à la coordination de la mise en œuvre des plans hospitaliers en lien avec les directions des centres hospitaliers et avec la CVAGS Participe aux cellules de crises hospitalières et informe la cellule de crise ARS. Participe aux travaux de la cellule de crise préfectorale. Participe aux conférences de crise locales, zonales, ou nationales. S'assure de l'ajustement des moyens nécessaires aux services hospitaliers pour remplir leurs missions (achat de réactif de laboratoire, mise à disposition de lits, recrutement de personnel temporaire pour le laboratoire et/ou les services de soins...) en lien avec la CVGAS et avec les niveaux zonal et national. Suit l'activation éventuelle des plans blancs et des plans bleus. Fait l'inventaire des locaux et matériels dans les structures de garde. Mobilise si besoin des ressources disponibles pour le renforcement des capacités de prise en charge. Accueille et accompagne les renforts EPRUS	Référent SSE			x	
Suit la levée progressive du dispositif renforcé mis en place pour la permanence des soins	Ambulatoire				x
Suit la désactivation progressive des plans blancs et des plans bleus. En fin d'épidémie, fait le bilan de l'organisation des soins pendant la phase épidémique. Rédige le RETEX	Référent SSE				x

Délégation Territoriale des Iles du Nord

A décrire

URPS et Ordres

Action	Profession	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Les URPS et les Ordres se font les relais dans la région, auprès de leurs confrères des recommandations en matière de surveillance et de prise en charge diagnostique et thérapeutique, quelle que soit la phase du plan.	Toutes professions	x	x	x	x
Participe avec l'ARS à l'évaluation de la capacité d'organisation des soins ambulatoires, Fait le lien avec le Plan blanc élargi (appui complémentaire par les médecins libéraux situés autour des établissements de santé en voie de saturation) Participe à la cellule de crise préfectorale	Médecins			x	
Participe avec l'ARS à l'évaluation de la capacité d'organisation des soins ambulatoires, Joue le rôle de facilitateur dans la mobilisation des infirmiers réalisée à la demande du préfet	Infirmiers			x	
Participe au RETEX	Médecins et Infirmiers				x

Médecin libéral

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Signale <u>sans délai</u> à l'ARS au 0590410200 par les professionnels de santé de tout cas cliniquement évocateur de chikungunya répondant à la définition de cas	x	x		x
Effectue une recherche diagnostique de tout cas suspect répondant à définition de cas, selon le protocole suivant : selon les phases, compte tenu de la circulation de la dengue aux Antilles-Guyane, tout cas suspect, à des fins de surveillance épidémiologique, doit faire l'objet d'une recherche diagnostique selon le schéma suivant qui lui est communiqué	x	x		x
Limite néanmoins, selon les phases, les confirmations biologiques à celles nécessaires leur exercice médical			x	
Le chikungunya étant une maladie à déclaration obligatoire, tout médecin est tenu de signaler et notifier à l'ARS tout cas biologiquement confirmé à l'aide de la fiche de notification disponible sur http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo	x	x	x	x
Prévient les patients virémiques de leur capacité à infester des moustiques sains et à contribuer ainsi à la diffusion de la transmission du virus, et leur donne les recommandations nécessaires pendant la période virémique (utilisation de moustiquaire, port de vêtements longs, utilisation de répulsifs). Il fournit à cette occasion à son patient le flyer de prévention élaboré et diffusé par l'ARS	x	x	x	x
Dans la mesure du possible, lors des visites à domicile de patient(s) virémique(s) dans un environnement possiblement infesté de moustiques contaminants, porte des vêtements longs et utilise des répulsifs comme moyens de prévention utiles pour la protection du professionnel	x	x	x	x
Met en œuvre les mesures pour prévenir l'infestation du moustique et la contamination de personnes à partir de moustiques infectés dans l'enceinte et autour du cabinet médical, en respectant les articles de l'arrêté préfectoral de Guadeloupe N° 2003-1936 AD 114, relatif aux mesures de lutte contre les moustiques dans les établissements recevant du public.	x	x	x	x
Prend connaissance des recommandations de prise en charge et les critères d'hospitalisation diffusés par l'ARS et/ou ses partenaires, via, entre autres, des messages adressés sur les messageries électroniques.		x	x	
Participe, dans la mesure du possible, aux sessions d'information/formations organisées sur la prise en charge clinique des cas		x	x	

ADGUPS

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Adapte la régulation libérale aux différentes phases du plan. Adapte la PDSA aux différentes phases du plan. Informe régulièrement l'ARS de l'activité de régulation et de PDSA	x	x	x	x
Participe à la cellule de crise préfectorale			x	
Participe au RETEX				x

SAMU

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Adapte la régulation hospitalière aux différentes phases du plan	x	x	x	x
Tient à jour l'état de la disponibilité en lits des établissements de santé MCO			x	
Etablit des bilans d'activité pour les autorités			x	
Etablit, en fonction des ressources en transport, des priorités vis-à-vis des transports sanitaires			x	
Ajuste les moyens techniques et en RH en fonction du volume d'activité			x	
Tient régulièrement l'ARS informée des besoins supplémentaires quelle que soit leur nature et des difficultés rencontrées			x	
Redirige éventuellement les conseils aux personnes non malades vers le numéro vert départemental dédié			x	
Participe à la stratégie de communication ayant pour objectif d'orienter les patients vers l'ambulatoire ou vers les urgences de manière adaptée (respect des critères d'hospitalisation...)			x	
Participe au COD lorsque celui-ci est activé			x	
Participe au RETEX				x

Etablissement Français du Sang

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Elabore le plan de sécurité sanitaire relatif aux produits sanguins labiles	x			
Participe aux réunions du Comité d'experts des maladies infectieuses et émergentes et à la cellule de gestion des phénomènes épidémiques de la région	x	x	x	x
Applique les mesures prévues par le plan de sécurité sanitaire des produits sanguins labiles		x	x	x

Etablissement de santé siège d'un service d'urgences

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Direction de l'établissement				
Met à jour les plan blanc et plan de continuité de l'activité, et y introduit éventuellement une annexe Chikungunya	x			
Prévoit, dans le cadre de l'anticipation d'une épidémie de grande ampleur, les volets suivants : 1) signalements des cas, 2) communication, 3) formation, 4) organisation des filières éventuelles, des documents pour l'évaluation clinique, des protocoles de prise en charge (CAT), 5) logistique et matériel médical : médicaments, DASRI (stockage et élimination), 6) prévention de la contamination environnementale (moustiquaire, répulsifs pour les patients virémiques, enquêtes entomologiques et traitement de gîtes...)	x			
Participe aux réunions de la cellule de gestion des phénomènes épidémiques de la région Guadeloupe		x	x	x
Organise l'accueil et la prise en charge des patients atteints de chikungunya		x	x	x

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
selon le plan				
Active sa cellule de crise			x	
Evalue la proportion de personnel affecté par l'épidémie, et active éventuellement le plan de continuité de l'activité			x	
Envoie à l'ARS les données d'activité et de disponibilité en lits, selon les modalités définies par l'ARS (formulaire, fréquence, mode de transmissions...)			x	
Veille à la transmission à l'ARS des données de surveillance effectuée par les laboratoires, SAU éventuellement, et services hospitaliers concernés.		x	x	x
Tient régulièrement l'ARS informée des besoins supplémentaires quelles que soit leur nature et des difficultés rencontrées			x	
Pilote la rédaction du bilan de la gestion hospitalière, y compris les coûts que l'épidémie a généré				x
Service des maladies infectieuses et tropicales, ou médecine interne				
Participe aux réunions du Comité d'experts des maladies infectieuses et émergentes et à la cellule de gestion des phénomènes épidémiques de la région Guadeloupe	x	x	x	x
Apporte un appui médical à l'élaboration des plans hospitaliers	x			
Contribue à la formation des médecins hospitaliers	x	x	x	
Contribue en particulier à la formation des médecins libéraux en lien avec l'ARS : présentation clinique, diagnostic, prise en charge clinique, articulation Ville/hôpital, point de situation épidémiologique		x	x	x
Participe à l'élaboration du protocole de surveillance des cas hospitalisés, à sa mise en œuvre et à son adaptation selon les phases	x	x	x	x
Valide le classement des formes cliniques et des décès en lien avec le service déclarant et la CVAGS/CIRE		x	x	x
Participe au RETEX				x
Laboratoire				
Participe aux réunions du Comité d'experts des maladies infectieuses et émergentes de la région Guadeloupe	x	x	x	x
Participe en lien avec les infectiologues à la formation des médecins hospitaliers et libéraux pour les méthodes diagnostiques		x	x	
Participe à la surveillance biologique du Chikungunya dans le cadre des protocoles établis	1d	x	x	x
Transmet au CNR de Cayenne les prélèvements biologiques précoces des hôpitaux pour analyse (RT-PCR.....) dans le cadre des protocoles établis	1d	x	x	x
Structure d'urgence, service de pédiatrie et de réanimation				
Participe aux réunions du Comité d'experts des maladies infectieuses et émergentes	x	x	x	x
Participe à la surveillance des cas de chikungunya hospitalisés dans le cadre du protocole	1d	x	x	
Signale sans délai tous les cas suspects de chikungunya présentant des signes de sévérité et dont le pronostic vital est en jeu	1d	x	x	
Participe à la rédaction du bilan de l'épidémie				x
Participe à la rédaction du bilan de la gestion hospitalière				x
Autre service hospitalier				
Participe à la surveillance des cas de chikungunya hospitalisés dans le cadre du protocole	x	x	x	
Signale sans délai à la CVAGS tous les cas suspects de chikungunya présentant des signes de sévérité et dont le pronostic vital est en jeu	x	x	x	

Etablissement de santé non siège des urgences

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Signale sans délai tous les cas suspects de Chikungunya	x	x		
Actualise la(les) convention(s) avec un établissement de santé proche pour définir les modalités de coopération, d'échange sur les bonnes pratiques, afin de prévenir les hospitalisations et définir les règles de transfert en milieu hospitalier.	x			
Met à jour le plan blanc et le plan de continuité de l'activité	x			
Prévoit, dans le cadre de l'anticipation d'une épidémie de grande ampleur, les volets suivants : 1) signalements des cas éventuellement (EHPAD..), 2) communication interne et vers les familles/tutelles/bénévoles, 3) formation interne, 4) élaboration éventuelle des protocoles de prise en charge (EHPAD..), 5) logistique et matériel médical : médicaments, DASRI (stockage et élimination), 6) prévention de la contamination environnementale (moustiquaires, moustiquaires fenêtres, répulsifs pour les patients virémiques, enquêtes entomologiques et traitement de gîtes...), 7) évaluation régulière des stocks	x	x	x	
Eventuellement déclenche le plan de gestion interne (plan blanc) et active la cellule de crise			x	
Evalue la proportion de personnel affecté par l'épidémie, et active éventuellement le plan de continuité de l'activité et réorganisent la prise en charge des résidents			x	
Tient éventuellement l'ARS informée des besoins supplémentaires quelle que soit leur nature et des difficultés rencontrées			x	
Met en œuvre les mesures pour prévenir l'infestation du moustique et la contamination de personnes à partir de moustiques infectés dans l'enceinte et autour de l'établissement, en respectant les articles de l'arrêté préfectoral de Guadeloupe N° 2003-1936 AD 114, relatif aux mesures de lutte contre les moustiques dans les établissements recevant du public.	x	x	x	x
Participe éventuellement au RETEX				x

Etablissement médico-social

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Elabore, met à jour un plan bleu dans chaque établissement en prévision d'une épidémie de chikungunya ou de dengue Désigne un référent (directeur ou médecin coordinateur) responsable en situation Désigne un correspondant LAV, garant de l'effectivité des mesures de lutte anti-vectorielle Passe convention avec l'établissement de santé de proximité, disposant d'un service d'urgence (modalités de coopération en cas d'urgence et d'accompagnement des hospitalisations) Si l'établissement n'est pas médicalisé, passe convention avec les services de soins infirmiers à domicile pour l'organisation de la prise en charge soignante en cas d'épidémie Sensibilise les personnels aux bonnes pratiques préventives Rédige et diffuse un protocole sur les modalités d'organisation de l'établissement en cas de crise Transmet le plan bleu aux autorités compétentes (ARS pour tous les établissements sociaux et médico-sociaux, DJSCS pour les établissements sociaux de compétence Etat, Département pour les établissements sociaux et médico-sociaux de compétence départementale) Assure la disponibilité d'un stock, régulièrement réactualisé, de produits répulsifs, de moustiquaires de lits, et de moustiquaires pour portes et fenêtres Organise régulièrement, en interne ou par prestataire, l'entretien des espaces verts et de l'élimination des gîtes larvaires. Déclare à l'ARS toute situation sanitaire inhabituelle	x			
Renforce la prévention de l'exposition aux piqûres dans l'établissement Entretient les abords de l'établissement et met en place de mesures de lutte anti-vectorielle (suppression des gîtes, entretien des espaces verts, démoustication...) Informe les personnels pour renforcer la prévention de l'exposition au risque de piqûres de moustiques, notamment pour les personnes fiévreuses				

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Vérifie l'opérationnalité du plan bleu Informer les personnels, les usagers et leurs familles, de l'activation possible du plan bleu et de son contenu S'assure auprès de l'établissement de santé de proximité de l'opérationnalité de la convention Met en place, le cas échéant, un système de signalement des cas à destination de l'ARS et de la DJSCS. Met en œuvre des mesures de prévention : utilisation de répulsifs, équipement des lits, portes et fenêtres en moustiquaire		x		
Met en place un système de signalement par établissement pour connaître les lieux d'infection et organiser la réponse soignante Déclenche le plan bleu si la situation dans l'établissement le justifie sur avis conforme du DGARS et/ou de la Préfète. Renforce les mesures de prévention et dispose des ressources en personnel pour faire face à un accroissement de la charge de soins en cas d'infection des résidents. Organise la prise en charge soignante si l'établissement n'est pas médicalisé par la mobilisation prioritaire des services de soins infirmiers à domicile et des infirmiers libéraux			x	
Lève progressivement le plan bleu si déclenché. Maintient les mesures de LAV et de prévention des piqûres Fait le bilan de l'évènement et modifie si nécessaire le plan bleu. Participe éventuellement au RETEX				x

Laboratoire d'analyses médicales

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Signale sans délai à l'ARS (tel : 0590410200) toute demande de confirmation biologique de Chikungunya effectuée par un médecin, quelque soit le type d'examen demandé	x	x		x
Le chikungunya étant une maladie à déclaration obligatoire, tout médecin est tenu de signaler et notifier à l'ARS tout cas biologiquement confirmé à l'aide de la fiche de notification disponible sur http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo , sauf à la phase 3 d'épidémie confirmée, lorsque le nombre de cas deviendra trop élevé	x	x		x
Ainsi, de la même manière qu'au cours des épidémies de dengue, il est demandé aux laboratoires de transmettre à l'ARS, les résultats des demandes de confirmations biologiques de chikungunya, accompagnés de la date des premiers signes cliniques, quelque soit le résultat. (Les modalités de transmission à l'ARS sont celles habituellement utilisées pour la dengue)	x	x	x	x
A noter que, compte tenu de la circulation de la dengue aux Antilles-Guyane, le plan prévoit que tout cas suspect, en phases 1, 2 et 4 du plan, et répondant à la définition de cas doit faire l'objet d'une recherche diagnostique selon le schéma suivant convenu	x	x		x
Prend connaissance des recommandations diffusés par l'ARS et/ou ses partenaires, via, entre autres, des messages adressés sur les messageries électroniques ou relayés éventuellement par les organisations professionnelles	x	x	x	x
Met en œuvre les mesures pour prévenir l'infestation du moustique et la contamination de personnes à partir de moustiques infectés dans l'enceinte et autour du laboratoire médical, en respectant les articles de l'arrêté préfectoral de Guadeloupe N° 2003-1936 AD 114, relatif aux mesures de lutte contre les moustiques dans les établissements recevant du public.	x	x	x	x
Selon la situation épidémiologique, et si l'épidémie s'avère une épidémie de grande ampleur, envisage la possibilité de disposer localement de moyens diagnostiques du Chikungunya, et éventuellement s'organiser		x	x	
Un ou des représentant(s) des laboratoires participent éventuellement au bilan de la gestion de l'épidémie				x

REMERCIEMENTS

Que soient tout d'abord remerciés ici :

- ✓ Monsieur Patrice RICHARD, Directeur Général, pour sa confiance ;
- ✓ Monsieur Patrick DUTHOIT, Directeur Général Adjoint, pour son écoute ;
- ✓ Monsieur Patrick SAINT-MARTIN, Directeur du pôle Veille et Sécurité Sanitaire, pour ses conseils ;
- ✓ Madame le Docteur Florelle BRADAMANTIS, Directrice du Pôle Santé Publique, pour son soutien ;
- ✓ Madame le Docteur Marie-Thérèse BASSIERES-LION, Médecin Inspecteur de Santé Publique, pour son expertise ;
- ✓ Messieurs Joël GUSTAVE, Chef du service LAV, et Yves THOLE, son Adjoint, pour leur professionnalisme ;
- ✓ Madame Sabine CIUFFINI, Chargée de mission Offre de Soins, pour son appui ;
- ✓ Tous les membres de l'Agence de Santé, sollicités pour la réalisation de ce travail, pour leur participation.

*

Par ailleurs, ce retour d'expérience s'est nourri des échanges, concertations et collaborations réalisés avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le pilotage et la gestion de l'épidémie pendant plusieurs mois, à un degré ou à un autre.

Il s'est ensuite appuyé sur une base documentaire aussi riche que diversifiée, à commencer par les rapports d'évaluation des missionnaires EPRUS, et notamment Monsieur Laurent KOSSOROTOFF et Madame Christèle PRANGERE.

Il s'est enfin enrichi des échanges d'expérience avec le Service Zonal de Défense et de Sécurité, et notamment Madame Valérie LELARGUE.

Qu'ils soient tous remerciés pour leur disponibilité.

Le chargé de mission,
Alain PHILIBERT

