

Rôle et organisation des ES non ESR: Vers un référentiel technique des non ESR.



COREB – ESR
Animation opérationnelle du réseau national
3^{ème} Rencontre – 29 juin 2017
Ministère des Affaires Sociales et de la Santé - Paris

Bernard Castan
Maladies Infectieuses et Tropicales
Unité Fonctionnelle d'Infectiologie
Régionale
Ajaccio



Plan de la présentation

- I. EOI/EMI dans le dispositif de prise en charge du REB hors ESR
- II. Présentation de l'infectiologie transversale territoriale en Corse
- III. Propositions pour une déclinaison régionale du COREB national

Maladies infectieuses émergentes hors ESR

- Problématique « marginale » des CH non ESR
- Organisation logistique souvent complexe
- Besoin de formations spécifiques, actualisations régulières
- Difficultés à mobiliser des professionnels de santé déjà très impliqués (SAU, SMUR, laboratoires de microbiologie...)
- Coordination de compétences pluridisciplinaires

Retours d'expérience

Petites histoires de la vraie vie...

Mme M 42 ans. Janvier 2015

- Fièvre 38,5° depuis 4 jours au retour d'un séjour prolongé en Afrique occidentale.
- Céphalées , douleurs abdominales, diarrhée. Pas de signes cliniques de gravité
- Appel de l' Infectiologue 1 heure après admission directe au SAU pour suspicion de FVE.
- Demande d'avis en urgence, patiente en isolement dans un box a SAS aux urgences, en présence d'un soignant en tenue de protection pour patient excréteur.
- Aucun examen complémentaire réalisé.



Service d'accueil des urgences



- 2 Kits avec matériel de protection pour la prise en charge patient non excréteur (idem)
- 2 kits avec matériel de protection pour patient excréteur
 - Cagoule chirurgicale
 - Masques FFP2 anti projection (3M°)
 - **Heaume de protection**
 - **Combinaison étanche**
 - Double paire de gants nitrile manchettes longues (40 cm)
 - Sur bottes imperméables
 - Sac bassin type « carebag », urinal
 - Gélifiant
 - Pyjama si patient souillé
- Local d'accueil du patient : box identifié (hors circulation et salle d'attente)
 - Questionnaire version 24/11/2014
 - Moyen d'appel pour le 15
- Limiter les soins (pas de prélèvement, pas Pt capillaire) en dehors d'une urgence identifiée par le médecin
- Limiter les personnels au contact du patient: une IDE, un médecin maximum (pas d'étudiant ni de stagiaire)



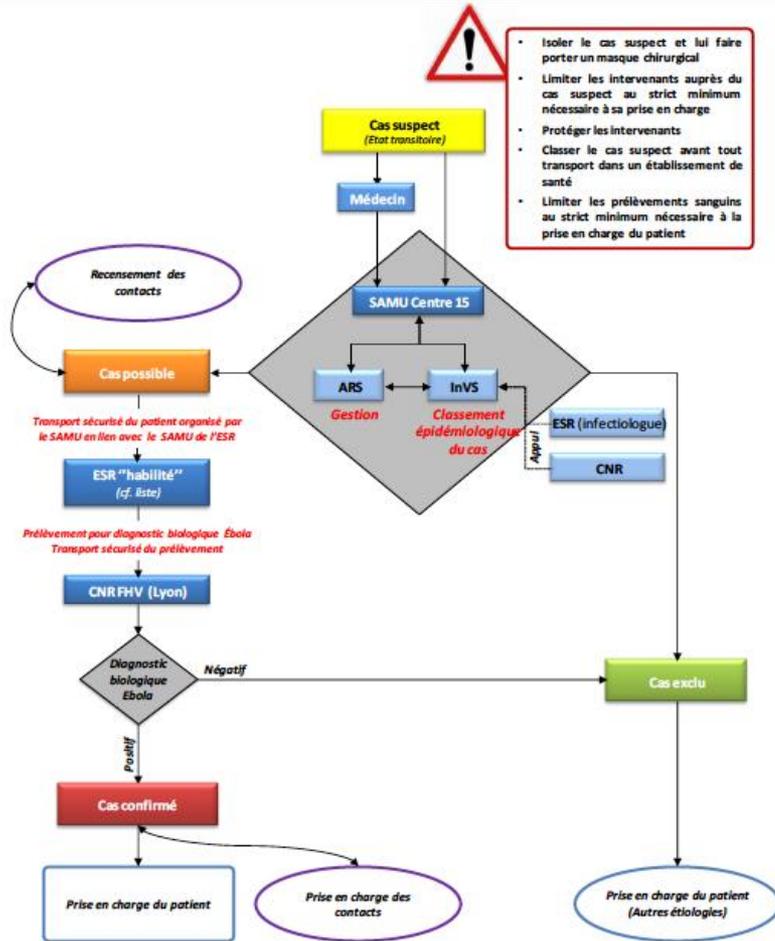
Directives précises

Niveau 0 : aucun prélèvement.

Ce niveau correspond à la réalité du terrain locale en Afrique de l'Ouest, et des laboratoires de biologie de certains sites autres que les ESR ne répondant pas aux contraintes réglementaires actuellement en vigueur, susceptibles d'accueillir un patient suspect de MVE en France.

RPMO, Groupe Bio Ebola- COREB-SPILF Nov 2014

Annexe 1 :
Procédure de prise en charge d'un cas suspect de maladie à virus Ebola



- Isoler le cas suspect et lui faire porter un masque chirurgical
- Limiter les intervenants auprès du cas suspect au strict minimum nécessaire à sa prise en charge
- Protéger les intervenants
- Classer le cas suspect avant tout transport dans un établissement de santé

ESR (infectiologue)
CNR

Appel

ESR (infectiologue)
CNR

Limitier les prélèvements sanguins au strict minimum nécessaire à la prise en charge patient



Zones à risque (Définition de cas de l'InVS)

Selon la définition de cas de l'InVS, la zone à risque est définie au 19/01/15 comme les pays suivants :

Sierra Leone, Guinée Conakry et Liberia

Depuis le 20 octobre 2014, le Nigeria ne fait plus partie de la zone à risque.

Depuis le 24 novembre 2014, la République Démocratique du Congo ne fait plus partie de la zone à risque.

Depuis le 18 janvier 2015, le district de Bamako au Mali ne fait plus partie de la zone à risque.

Mais la patiente venait du Cameroun...Accès palustre simple.

Actualisation des définitions de cas



Surveillance des infections à virus Ebola

Définition de cas au 3 septembre 2015

Patient suspect

Un patient suspect est défini comme toute personne présentant, dans un délai de **21 jours** après son retour de la zone à risque*, une fièvre mesurée par un soignant **supérieure ou égale à 38°C**.

* La zone à risque est définie au 3 septembre 2015 comme les pays suivants : Sierra Leone, Guinée Conakry.

Depuis le 20 octobre 2014, le Nigeria ne fait plus partie de la zone à risque.

Depuis le 24 novembre 2014, la république démocratique du Congo ne fait plus partie de la zone à risque.

Depuis le 18 janvier 2015, le district de Bamako (Mali) ne fait plus partie de la zone à risque.

Depuis le 3 septembre 2015, le Liberia ne fait plus partie de la zone à risque.

Cas possible

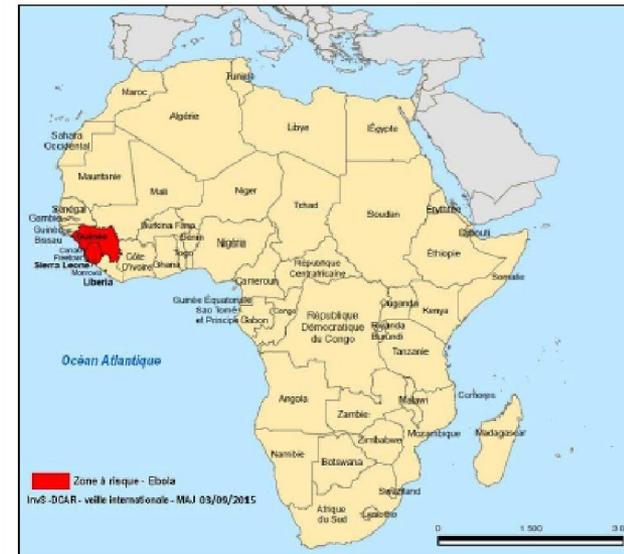
Un patient possible est défini comme toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour de la zone à risque*, une fièvre supérieure ou égale à 38°C et

- 1) Pour laquelle une exposition à risque a pu être établie dans un délai de 21 jours avant le début des symptômes.
Les expositions à risque sont définies de la manière suivante :
 - Contact avec le sang ou un autre fluide corporel d'un patient infecté, ou une personne suspectée d'être infectée par le virus Ebola, à titre personnel ou professionnel
 - Prise en charge pour une autre pathologie ou visite dans un hôpital ayant reçu des patients infectés par le virus Ebola
 - Soins reçus d'un tradi-praticien susceptible d'avoir pris en charge des cas de maladie à virus Ebola
 - Contact direct avec une personne présentant un syndrome hémorragique ou avec le corps d'un défunt, dans la zone à risque*
 - Manipulation ou consommation de viande issue de la chasse, crue ou peu cuite, dans la zone à risque*
 - Travail dans un laboratoire qui détient des souches de virus Ebola ou des échantillons contenant le virus Ebola.
 - Travail dans un laboratoire qui détient des chauves-souris, des rongeurs ou des primates non humains originaires d'une zone d'épidémie d'Ebola,
 - Contact direct avec une chauve-souris, des rongeurs, des primates non humains ou d'autres animaux sauvages dans la zone à risque*, ou en provenance de la zone à risque*
 - Rapports sexuels avec une personne guérie d'une infection confirmée à virus Ebola.

OU

- 2) Pour laquelle il est impossible d'évaluer l'existence d'expositions à risque (patient non interrogé ou quelle qu'en soit la raison, ou opposant aux questions par exemple).

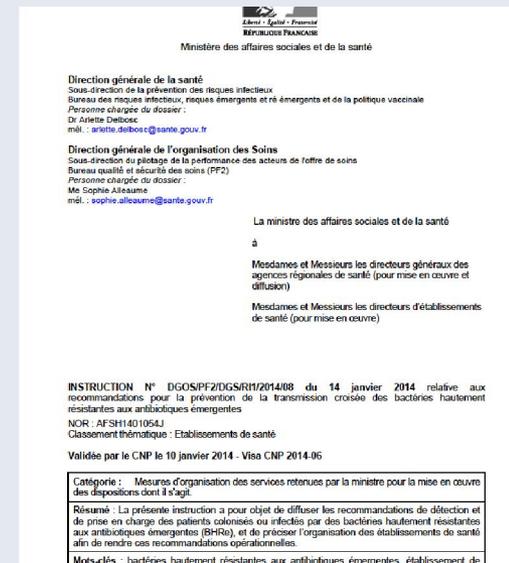
Zone à risque au 03/09/2015 : Sierra Leone, Guinée Conakry



Situation REB critique + activité à flux tendu =
Risque de PEC inadaptée, par excès ou par défaut...

Mme G 65 ans, Avril 2017

- Polytraumatisme, fracture ouverte 1/3 tibia-péroné ostéosynthèse par fixateur externe lors d'un voyage à l'étranger
- Hospitalisation de 7 jours en Grèce avant rapatriement sanitaire vers CHA et admission directe en orthopédie avant transfert en SSR. Chambre individuelle. Pas de PCC. Pas de dépistage BHRE
- Ecouvillon sur écoulement sur fiche de FE: *Klebsiella pneumoniae* Oxa-48.
- Contact de l'EMI.



Fiche 2. Admission d'un patient hospitalisé à l'étranger dans l'année précédente

Prise en charge du patient cible

- Chambre individuelle, PCC
- Dépistage du patient à la recherche de BHRé

Dépistage négatif

- Levée des PCC
- Renouvellement du dépistage si ATB

Dépistage positif

- Renforcement du personnel paramédical
- Personnel dédié ou marche en avant

3 cas de figure selon modalités de prise en charge effective du porteur

Pas de PCC,
pas d'équipe dédiée

PCC d'emblée,
pas d'équipe dédiée

PCC d'emblée,
puis équipe dédiée

Prise en charge des patients contacts

cf. fiche 3 :
découverte fortuite

- Dépistages hebdomadaires des contacts présents tant que le porteur est présent
- + au moins un dépistage des contacts après la sortie du porteur
- Si transfert d'un contact négatif : PCC + au moins un dépistage

- Au moins un dépistage des contacts avant équipe dédiée
- Poursuite des transferts

Mme B 46 ans Juin 2017

- Séjour de 15 jours en Thaïlande, dont 7 jours dans le Nord-est du pays. Retour en France il y a 5 jours.
- Consultation au SAU pour fièvre d'apparition brutale, céphalées, arthralgies depuis 48h
- Neutropénie, cytolysé hépatique.
- Frottis/GE-
- Sortie SAU sous paracétamol.




Fiche de signalement et de renseignements cliniques
cas suspect de chikungunya ou de dengue ou de Zika
Surveillance renforcée en Corse - 1^{er} mai au 30 novembre 2017

Fiche de signalement et de renseignements cliniques :

- à compléter par le médecin prescripteur et le laboratoire préleveur
- à joindre aux prélèvements envoyés aux laboratoires réalisant les diagnostics
- à envoyer sans délai à l'ARS Corse (plateforme régionale de réception des signaux) :
☎ 04 95 51 99 12 / @ ars2a-alarbe@ars.sante.fr

Cas importé : cas ayant séjourné en zone de circulation connue du ou des virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes.

Cas suspect de chikungunya et de dengue : cas ayant présenté une fièvre > à 38,5°C d'apparition brutale et au moins un signe parmi les suivants : céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, ou douleurs rétro-orbitaires, sans autre point d'appel infectieux.

Cas suspect d'infection à virus Zika : cas ayant présenté une éruption cutanée à type d'exanthème avec ou sans fièvre même modérée et au moins deux signes parmi les suivants : hyperhémie conjonctivale, arthralgies, myalgies, en l'absence d'autres étiologies.

Il convient de toujours demander les 3 diagnostics CHIKUNGUNYA, DENGUE et ZIKA

MEDICIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE DECLARANT

nom : cachet :

hôpital - service / LABM :

téléphone : ___/___/___/___/___/___ fax : ___/___/___/___/___/___

mél :

date de signalement : ___/___/2017

PATIENT

nom : prénom :

nom de jeune fille : date de naissance : ___/___/___ sexe : H F

adresse :

code postal : _____ commune :

téléphone : ___/___/___/___/___/___ portable : ___/___/___/___/___

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

date de début des signes (DDS) : ___/___/2017

fièvre > 38°5 céphalée(s) arthralgie(s) myalgie(s) lombalgie(s) douleurs rétro-orbitaires
 asthénie hyperhémie conjonctivale éruption cutanée œdème des extrémités
 signe(s) neurologique(s), précitez :
 autre, précitez :

Patiente enceinte (au moment des signes) ? OUI NON NSP si oui, semaines d'aménorrhée : ___

Vaccination contre la fièvre jaune : OUI NON NSP date vaccination : ___/___/___

Voyage dans les 15 jours précédant la DDS ? OUI NON NSP

si OUI : dans quel(s) pays, DOM ou collectivité d'outremer ?

date de retour en métropole : ___/___/2017

Cas dans l'entourage ? OUI NON NSP

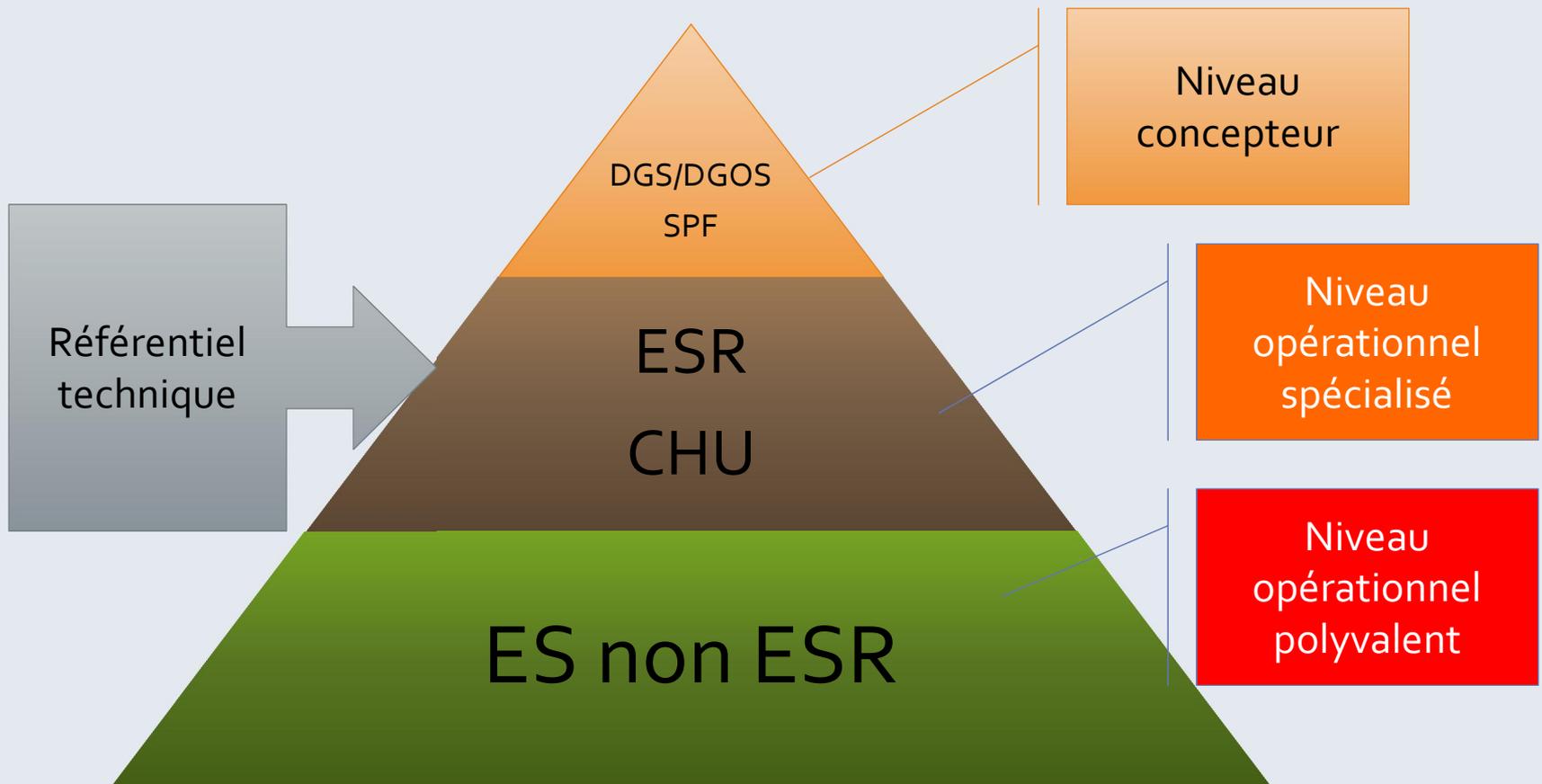
PRELEVEMENT(S)

RT-PCR sang si ≤ 7j après DDS date : ___/___/2017
 RT-PCR urines (pour Zika) si ≤ 10j après DDS date : ___/___/2017
 RT-PCR autre (précisez :) date : ___/___/2017
 sérologie si ≥ 5j après DDS date : ___/___/2017

Vouslez préciser si le patient s'oppose ou ne s'oppose pas à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et liberté, le patient est informé de son droit d'accéder aux informations qui le concernent en s'adressant à son médecin ou au médecin de son choix, qui seront alors aux informations auprès de Santé publique France. Le patient peut également faire connaître son refus de participation à la surveillance à son médecin qui effectue le démarche auprès de Santé publique France. (Articles 21, 27, 34 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Pour toutes informations, contacter la Cite Paice-Corse (coordonnées au verso).

Organisation nationale de la prévention et de la lutte contre le risque épidémique et biologique



e contre le risque

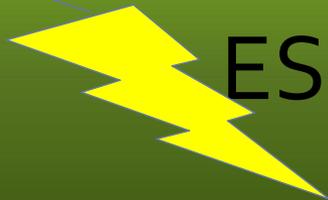
Base très hétérogène +++
Ligne de faille potentielle de l'organisation:

- ✓ Retard ou défaut d'identification d'un cas
- ✓ Erreur dans la chaîne de prise en charge
 - ✓ Transmission nosocomiale
 - ✓ Protection des soignants

Niveau concepteur

Niveau opérationnel spécialisé

Niveau opérationnel polyvalent

 ES non ESR

Quantitativement le plus important
Qualitativement le moins spécialisé
Plus haut risque de dysfonctionnement



LISTE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE REFERENCE HABILITES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS CAS POSSIBLES OU CONFIRMES DE MALADIE A VIRUS EBOLA
 Liste actualisée au 25 septembre 2014

Zones de défense	Région	Nom de l'établissement	Adresse
Nord	Nord-Pas-de-Calais	CHU de Lille (ESR)	2, Avenue Oscar Lambret 59000 Lille
Ouest	Bretagne	CHU de Rennes (ESR)	2 Rue Henri le Guilloux 35000 Rennes
	Haute-Normandie	CHU de Rouen (ESR)	1 Rue de Germonet, 76000 Rouen
Paris	Ile-de-France	Hôpital Necker (AP-HP) - enfants malades (ESR)	149 rue de Sévres 75013 Paris
		Hôpital Bichat (AP-HP) (ESR)	46 Rue Henri Huchard 75018 Paris
		Hôpital d'instruction des armées Bezin	69 avenue de Paris 94180 Saint-Martin
Sud	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Hôpital Nord (AP-HM) (ESR)	Chemin des Bourrelly 13913 Marseille
Sud-est	Rhône-Alpes	Groupement Hospitalier Nord.	
		Hôpital de la Croix-Rouisse	103, grande Rue de la Croix-Rouisse 69317 Lyon Cedex 04
Sud-ouest	Nouvelle-Aquitaine	CHU de Bordeaux	avenue Matabiau 33044 Bordeaux
		CHU de Strasbourg	place de l'Hôpital 70911 Strasbourg
Est	Lorraine	CHU de Nancy	du Maréchal de Lattre de Tassigny 54035 Nancy cedex
Océan Indien	La Réunion	CHU de Saint-Denis	103 Saint-Denis Cedex



Liste des établissements identifiés par les ARS pour la prise en charge des patients cas possibles et confirmés (23 juin 2015) et des laboratoires désignés par les ARS pour le diagnostic de MERS-CoV (24 août 2015) :

Régions	Établissements de prise en charge	Laboratoires avec capacités de diagnostic	CNR référent
Alsace	CHRU Strasbourg		CNR Pasteur Paris
Aquitaine	CHU Bordeaux		CNR de Lyon
Auvergne	CHU Clermont-Ferrand		CNR de Lyon
Basse-Normandie	CHU Caen		CNR Pasteur Paris
	CHU Dijon		CNR Pasteur Paris
	CHU Rennes		CNR Pasteur Paris
	CHU Brest		
	CHRU Tours		CNR Pasteur Paris
	CHR Orléans		
	CHU Besançon		CNR Pasteur Paris
	Point-à-Pitre		IP Guyane
	Point-à-Pitre		IP Guyane
	CHU Rouen		CNR Pasteur Paris
	APHP Pitié Salpêtrière		



Océan Indien	CHU Réunion		CNR Lyon
	CHU Mamoudzou de Mayotte		
PACA	APHM Hôpital Nord		CNR Lyon
	CHU Nice	APHM Hôpital Nord	
Pays de Loire	CHU Nantes		CNR Pasteur Paris
	CHU Angers	CHU Nantes	
Picardie	CHU Amiens	CHRU Lille	CNR Pasteur Paris
Poitou Charente	CHU Poitiers		CNR Lyon
Rhône-Alpes	HCL Hôpital Croix Rousse		CNR Lyon
	CHU Grenoble		
	CH St-Etienne	HCL Hôpital Croix Rousse	

Mission Nationale COREB/SPILF-COREB-Emergence

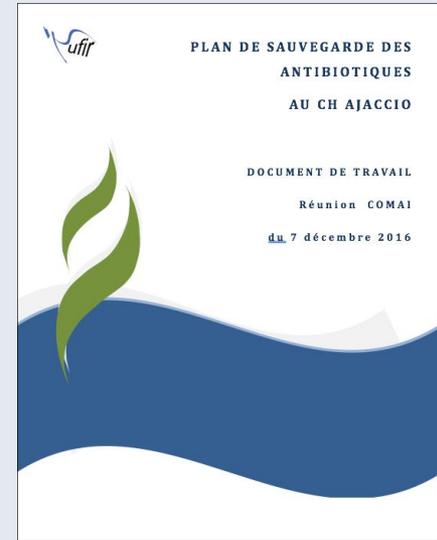
- ✧ La mission nationale COREB a pour principal objectif l'animation professionnelle, opérationnelle, en réseau, des établissements de santé référents (ESR) du territoire.
- ✧ Elle favorise rencontres et partages des expertises « métier » des infectiologues, hygiénistes, réanimateurs, urgentistes, référents NRBC, pédiatres, cadres de soins, médecins du travail, personnels administratifs... impliqués dans la prise en charge des patients REB.
- ✧ Chaque ESR est lui-même chargé d'animer au niveau de sa zone de défense, le réseau des autres établissements de santé sur le REB. La mission nationale participe ainsi à rapprocher la décision de l'expertise de terrain, afin d'améliorer la préparation et la réponse des ESR dans le cadre du dispositif ORSAN.
- ✧ La SPILF, à travers son groupe COREB-Émergences, apporte à la mission nationale l'expertise de terrain infectiologique et les partenariats établis avec les autres sociétés savantes concernées (SRLF, SF2H, SFM, SFMU et SAMU-Urgences de France, SMV, SFP, SFAR).

Equipe Opérationnelle en Infectiologie: EOI

Cellule permanente de veille et de gestion du risque infectieux



Infectiologues/EMI



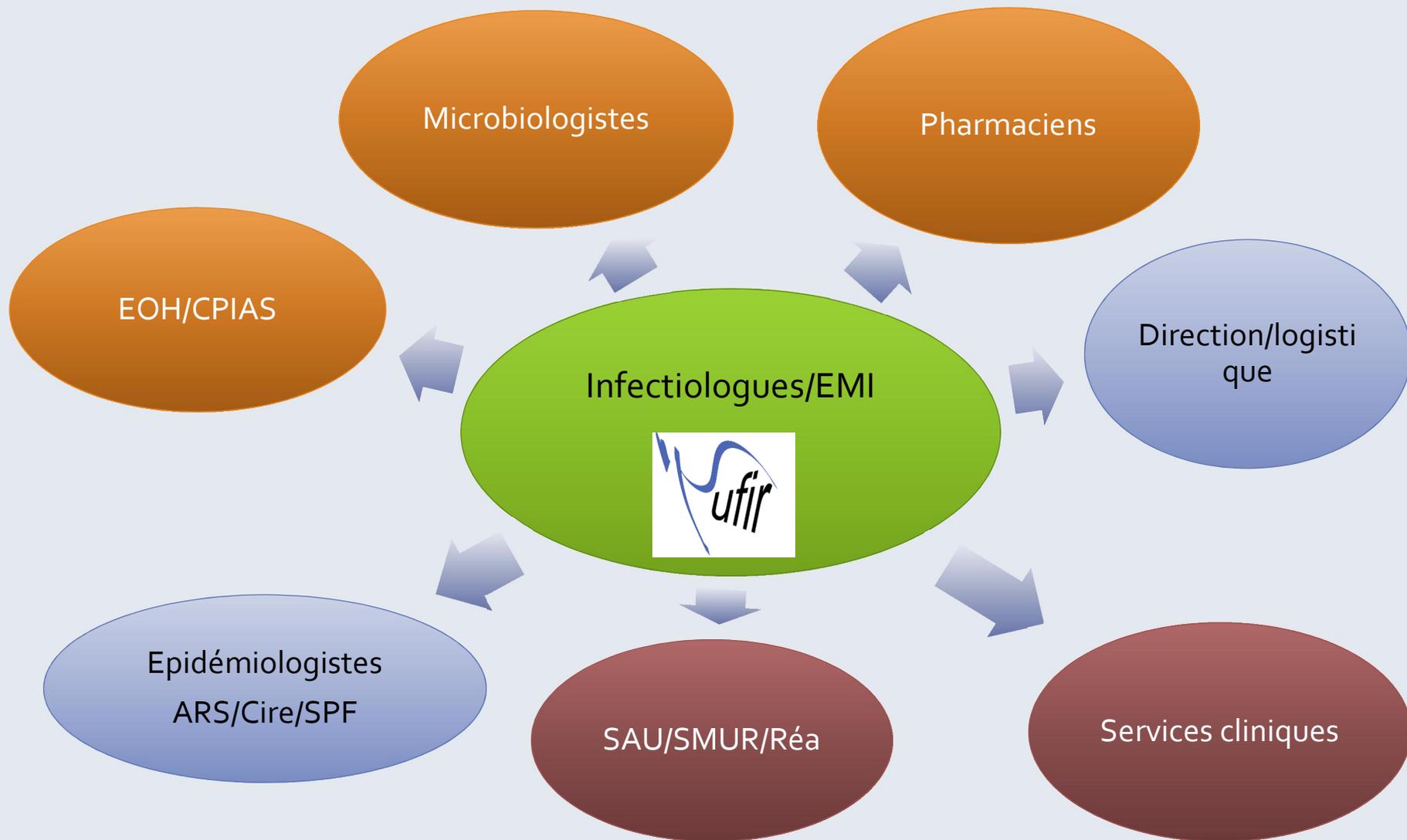
EOI

Microbiologistes/EOH

Pharmaciens

- Indicateurs de suivi du bon usage ATB
- Programme stewardship au CH Ajaccio
- Suivi prospectif des IN/ Clostridium difficile
- Réunions hebdomadaires: 14-15h mardi.

Equipe Mobile en Infectiologie: Au centre du dispositif de la prise en charge du REB



Que faut-il attendre d'une EMI dans un ES ?

▪ Impact pour les patients +++++:

- ✓ Optimisation de la prise en charge des pathologies infectieuses dont REB

▪ Impact pour l' établissement ++:

- ✓ Réduction des coûts (anti-infectieux, diagnostic microbiologique)
- ✓ Image de l' établissement, activité hors les murs
- ✓ Conséquences médico-légales

▪ Indicateurs:

- Mortalité, durée de séjour, taux de réadmission, consommation ATB/résistances bactériennes (Consores), infections à *Clostridium difficile*, ICATB2, Optimisation du codage GHM...

Diminution de la mortalité

Table 4. Unadjusted and Risk-Adjusted Outcomes for Stays With and Without Infectious Diseases Interventions

Outcome	Unadjusted Outcomes			Risk-Adjusted Outcomes			
	No ID	ID	OR/%Δ (95% CI)	No ID	ID	P Value	OR/%Δ (95% CI)
Index stay length of stay	7.3	11.5	+56.1% (+54.9% to +57.3%)	9.5	9.6	.001	1.3% (+.5% to +2.1%)
Index stay ICU days ^a	5.2	7.9	+54.2% (+51.4% to +57.1%)	6.7	6.4	<.001	-3.7% (-5.5% to -1.9%)
Index stay mortality (%)	10.1	9.7	0.95 (.93 to .98)	10.7	9.8	<.001	0.87 (.83 to .91)
30-day mortality (%) ^b	8.0	8.1	1.02 (.99 to 1.05)	8.7	7.7	<.001	0.86 (.82 to .90)
30-day readmission rate (%) ^b	20.8	23.4	1.17 (1.15 to 1.19)	22.7	22.1	.009	0.96 (.93 to .99)
ACH charges for index stay	\$46 974	\$86 117	+83.3% (+81.3% to +85.4%)	\$65 570	\$66 811	<.001	+1.9% (+.9% to +2.8%)
Medicare payments to ACH for index stay	\$12 699	\$18 802	+48.1% (+46.5% to +50.0%)	\$15 850	\$15 799	.435	-0.3% (-1.1% to +.5%)
Medicare payments for index stay	\$14 188	\$21 837	+53.9% (+52.4% to +55.4%)	\$18 017	\$18 076	.397	+0.3% (-.4% to +1.1%)
Medicare payments for 30-day episode ^b	\$6460	\$8512	+31.8% (+29.8% to +33.7%)	\$7706	\$7858	.069	+2.0% (-.2% to +4.1%)

Abbreviations: ACH, acute care hospital; CI, confidence interval; ICU, intensive care unit; ID, infectious diseases; OR, odds ratio; %Δ, percent difference.

^a Only patients with 1 or more ICU days.

^b Excludes patients expiring in the hospital.

Impact clinique des avis

	Intervention group (n=376)	Control group (n=377)	P
Length of stay, median (IQR)			
Overall	15 (9-25)	15 (9-27)	0.95
Community-acquired inf.	5 (3-10)	6 (3-14)	0.06
In-hospital mortality (%)	37 (9.8)	38 (10.1)	0.91
ICU admission within 7 days (%)	7 (1.9)	6 (1.6)	0.78
New course of antibiotic therapy (%)	17 (4.5)	25 (6.6)	0.21
Antibiotic treatment for relapsing infection (%)	13 (3.4)	30 (7.9)	0.01

Revue Cochrane: Antibiotic stewardship et impact de l'EMI



- 221 studies
- More inpatients treated according to antibiotic prescribing policy
- Duration of antibiotic treatment decreased by 1.95 days
- Interventions reduce length of stay by 1.12 days

- Authors' conclusions:
- « we found **high-certainty evidence** that interventions are effective in increasing compliance with antibiotic policy and reducing duration of antibiotic treatment.
- **Additional trials are unlikely to change our conclusions**”

Image de l'établissement



Ministère des affaires sociales et de la santé

Direction générale de l'offre de soins
 Sous-direction du pilotage de la performance de l'offre de soins
 Bureau de la qualité et de la sécurité des soins (PF2)
 Mél : dgos-pf2@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

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

Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé (pour attribution)

Mesdames et Messieurs les présidents de commission médicale d'établissement et aux conférences médicales d'établissement (pour attribution)

Mesdames, et Messieurs les responsables des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales CCLIN (pour information)

INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2012/286 du 16 juillet 2012 complétant la circulaire n°DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 et modifiant son annexe 4

Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)-Cahier des charges et Répartition des points attribués pour le calcul de l'indicateur

Répartition des points

Fonctions	Items	ICATB.2	Total	N1	N2	N3				
Organisation	Politique	ATB01	16	8	4	4				
	Accès à conseil	ATB02					4			
		ATB03						4		
	Alerte	ATB04					4		4	
Moyens	Informatique	ATBM1	38	16	12	6				
		ATBM2					4			
	Humains	ATBM3						2		
		ATBM4a							2	
		ATBM4b								2
	ATBM5	8								
Formation	ATBM6	10	10							
Actions	Prévention	ATBA1	100	46	18	4				
		ATBA2					4			
		ATBA3						5		
		ATBA4					3			
		ATBA5						2		
	Surveillance	ATBA6					10	2		
		ATBA7							2	
		ATBA8								2
		ATBA9								
		ATBA 10								2
	Evaluation-audit	ATBA11a					18	3		
		ATBA11b							2	
		ATBA11c								2
ATBA11d		2								
ATBA12			5							
ATBA13		4								

UNITE FONCTIONNELLE D'INFECTIOLOGIE REGIONALE



Dr Bernard CASTAN
Dr Delphine POITRENAUD
Stéphanie TORRE



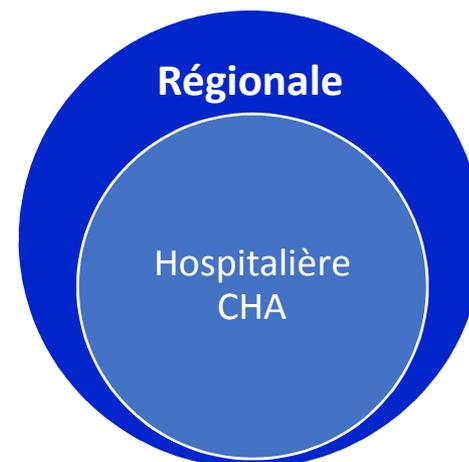


l'Unité Fonctionnelle d'Infectiologie Régionale 2012

*2 PH infectiologues
et 1 secrétaire*



Double mission



CH Ajaccio depuis 2008

119 lits de médecine

96 lits chirurgicaux

50 lits obstétriques

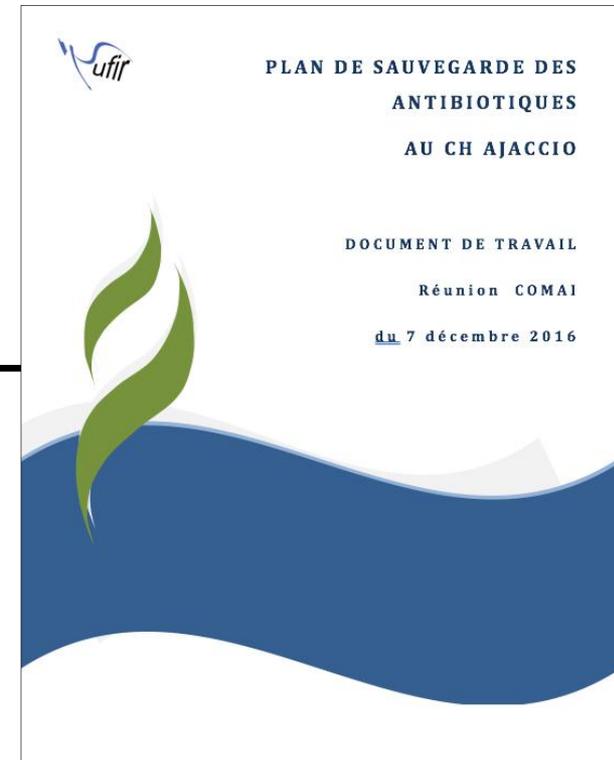
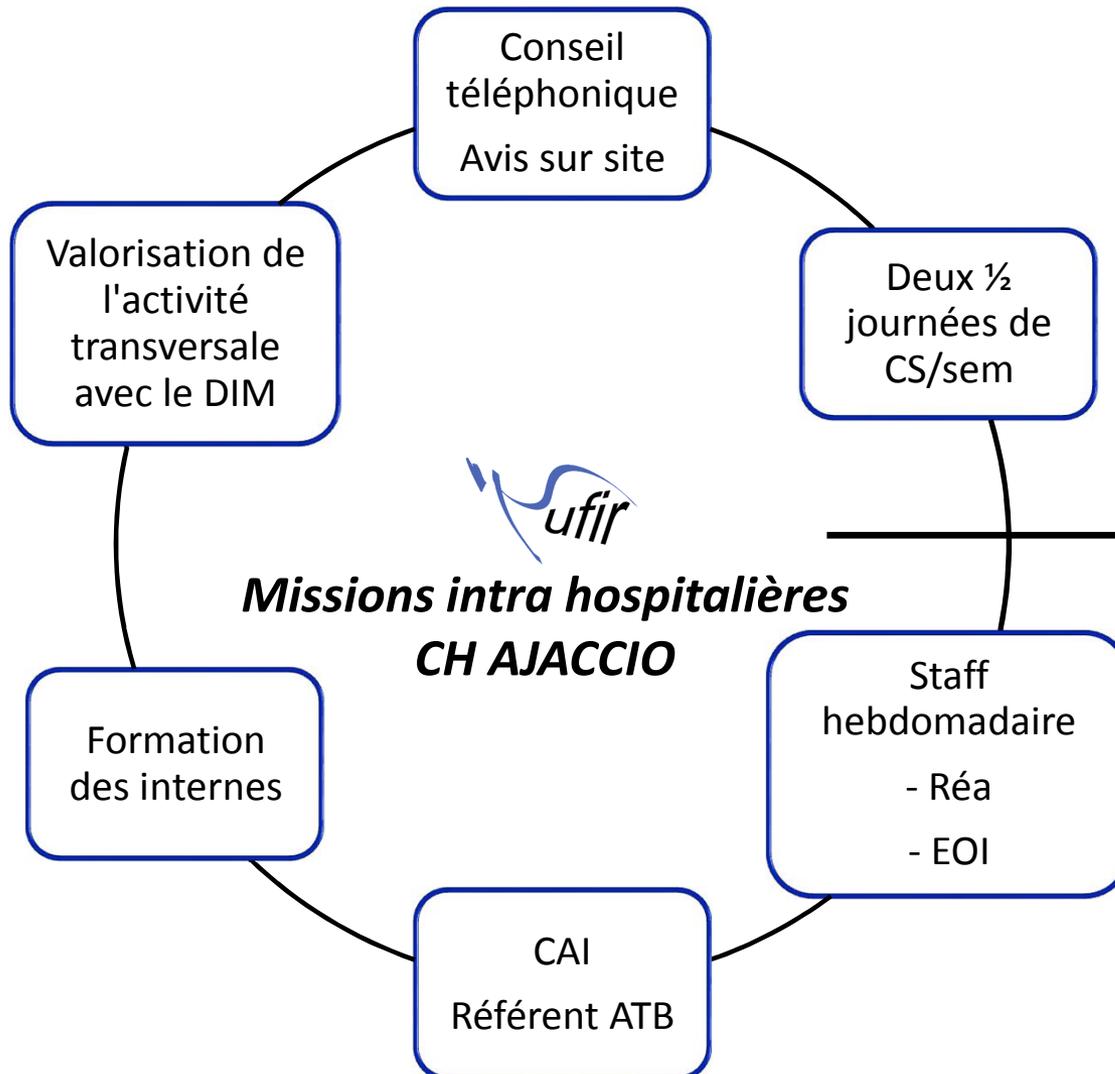
274 lits SSR et LS

Bassin de population: 151 652 habs

→ Hôpital neuf en construction



Activités de soins en Maladies Infectieuses - CH Ajaccio



Missions - fonctionnement



- Consultations 4 matinées par semaine
- Référent antibiotique
- Avis sur site au CH Ajaccio
 - ❖ Demande des services
 - ❖ Passage quotidien au laboratoire et à la pharmacie
- Staff hebdomadaire (Réa, EOI)
- Formation des internes

**Un numéro unique joignable
du lundi au vendredi aux heures ouvrées**

06 37 59 50 97

Secrétariat: 04 95 29 94 53

Activités de soins en Maladies Infectieuses



Missions régionales



Bassin de population: 324 212 habitants

- Conseil téléphonique diagnostique et thérapeutique en Infectiologie:
 - *Médecine libérale, ES publics ou privés, EHPAD*
- Soutien des référents ATB des autres ES
- Formations /EPU
- COPIL Régional Bon usage ATB/ ARS



Implication au niveau national



- Secrétaire général de la SPILF
- Coordination du groupe « bon usage des ATB ». SPILF
- Membre du groupe Recommandations. SPILF.
- Membre du groupe de travail permanent SPILF/GPIP/ANSM « Rupture de stock des anti-infectieux »
- Organisation de la Journée Nationale des référents antibiotiques
- Membre du comité de rédaction de Médecine et Maladies Infectieuses
- Membre du groupe de travail: Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. RPC SPILF/SFD- HAS.



Au sein de l'unité

Au niveau local

- Création d'un centre de vaccination internationale
- Mise en place d'un CeGIDD
- Création d'un 3^{ème} poste de PH en maladies Infectieuses
- Création d'un poste d'interne

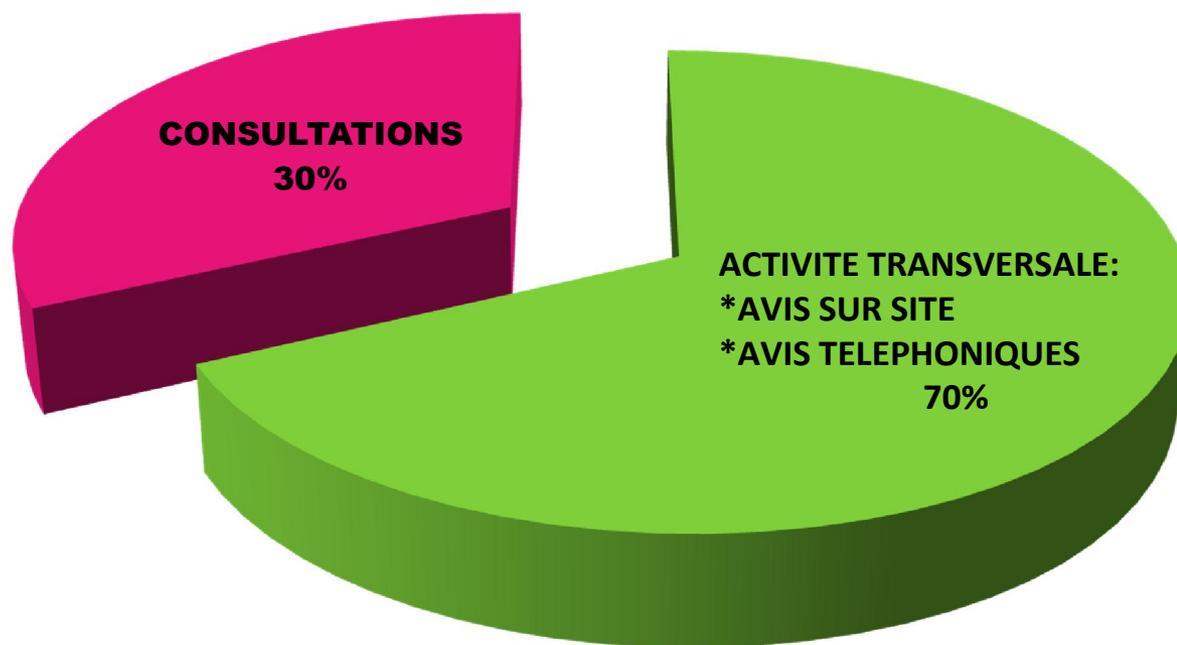
Au niveau régional:

- Développement de RCP bimensuelles en infectiologie, en visio conférence avec le CH Bastia
- Projet Infectiologie et GHT
- Déploiement de l'outil ConsoRes



Bilan d'activité 2016

(Répartition par type de recours N= 2494)

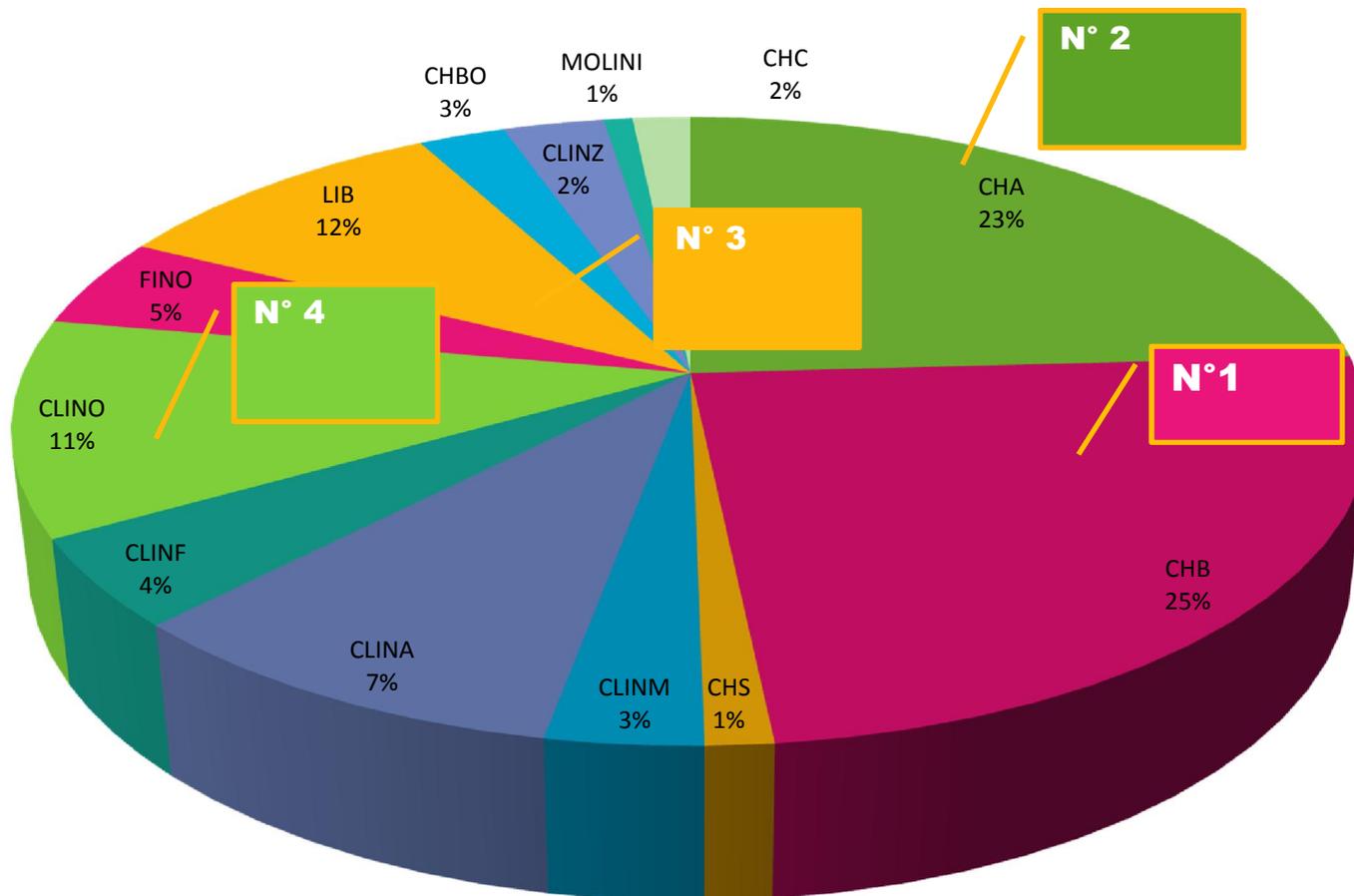


*Activité pour l'année 2016 correspondant à l'activité clinique d'un seul praticien
Projet de nomination d'une 2^{ème} infectiologue au 1^{er} janvier 2017*

Bilan d'activité 2016

Conseil en infectiologie avis N= 2494

Répartition par établissement



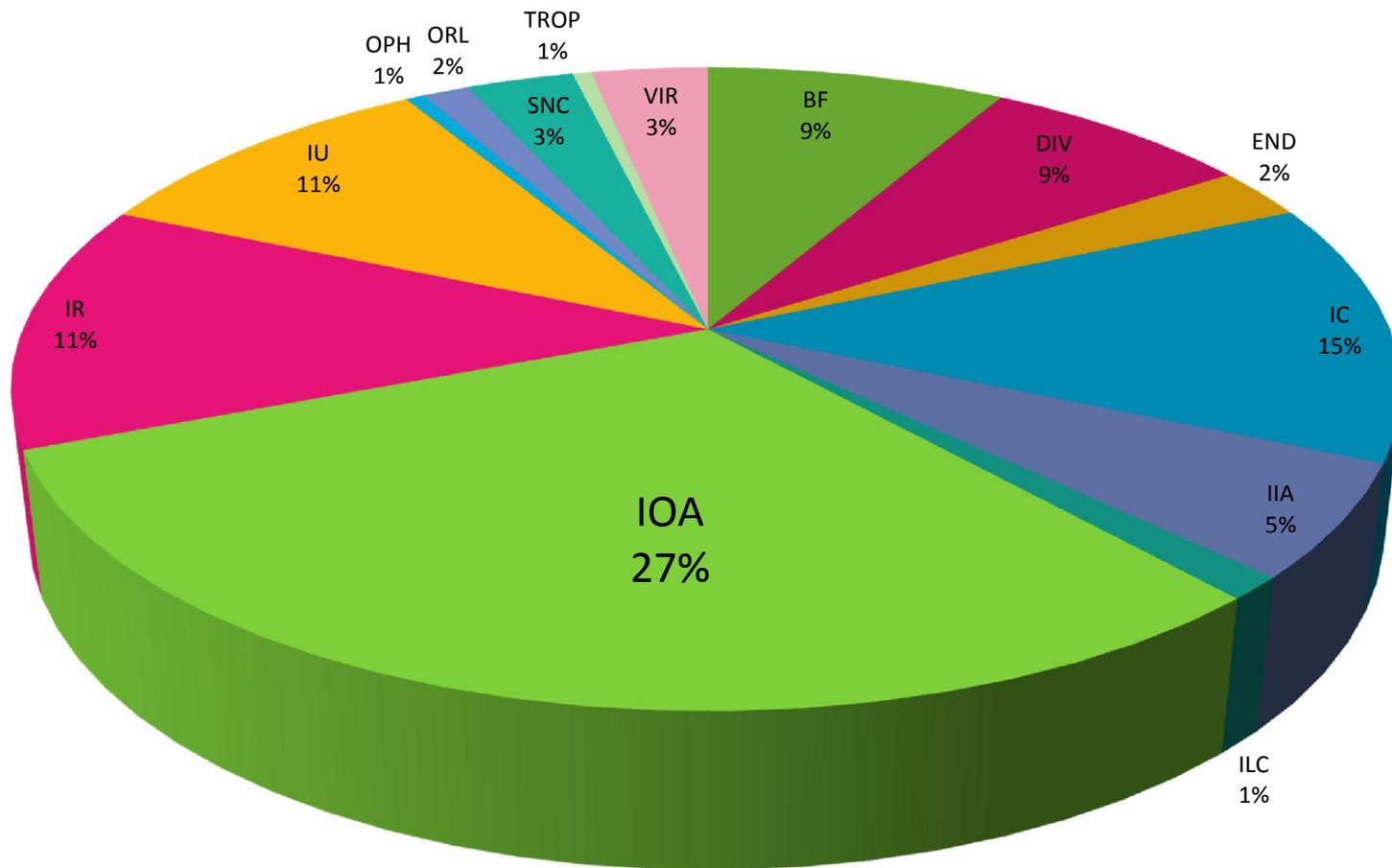
4 Structures totalisent 71% des demandes de conseils en infectiologie



Bilan d'activité 2016

Conseil en infectiologie avis N= 1315

Répartition par Pathologies





Bilan d'activité 2016

Conseil en infectiologie avis N= 1315

Répartition par Indice de gravité

G3: infections complexes ou graves
Hospitalisation
Pronostic vital ou fonctionnel
Avis infectiologue indispensable:
Pneumonie de ventilation, endocardite, sepsis sévère, fasciite, germe multi-R...

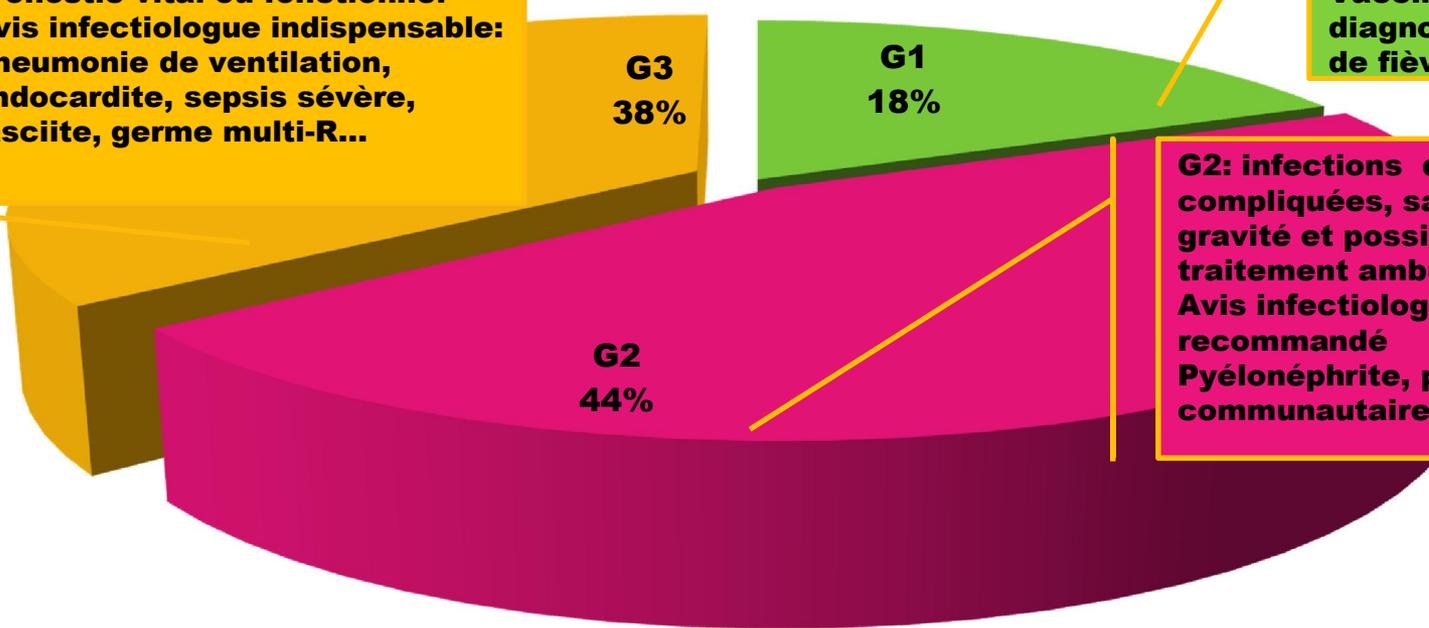
G3
38%

G1: infections sans signes de gravité
Prévention, conseil
Vaccination, avis diagnostique, bilan de fièvre, IST...

G1
18%

G2: infections d'organe, non compliquées, sans signes de gravité et possibilité de traitement ambulatoire
Avis infectiologue recommandé
Pyélonéphrite, pneumonie communautaire, prostatite...

G2
44%



Traçabilité des avis-I

[Accueil](#) | [Déconnexion](#)

Patients

ENREGISTREMENT PATIENTS

Date de création	03	02	2017	(jj/mm/aaaa)
Nom *	TEST			
Prénom *	patient			
Date de naissance *	05	05	1950	 (jj/mm/aaaa)
Sexe *	<input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M			

[Annuler](#)

[Enregistrer](#)

AVIS EN MALADIES INFECTIEUSES

[Ajouter](#)

Traçabilité des avis-II

Accueil | Déconnexion

FICHE PATIENT		Nom	TEST
Editer		Date de naissance	05/05/1950
		Prénom	patient

demande page 1 | **demande page 2** | demande page 3 | demande page 4

PAGE 1 - DEMANDE D'AVIS INFECTIOLOGIQUE

fiche *
 initiale (saisie origine et contexte)
 de suivi - même demandeur et contexte inchangé.
 de suivi - autre demandeur et contexte inchangé.
 de suivi - même demandeur et contexte modifié.
 de suivi - autre demandeur et contexte modifié.

Date de la demande * 06 02 2017 (j/m/m/aaaa)
 Heure de la demande * 10 00

Origine de la demande

Médecin demandeur * Dr E. Coli
 Clinique * ambulatoire (consultation sans hospitalisation)
 Service * autre service
 Téléphone 0606060606

Motif de la demande

préciser *
 Aide au diagnostic
 Conseil de prévention
 Aide au traitement

Contexte

contexte épidémiologique *
 aucun
 BMR
 contexte nosocomial

comorbidité(s) ou grossesse *
 Oui
 Non
 ne sait pas

si présence de comorbidité ou grossesse

préciser *
 Autre
 Cancer
 Diabète
 Immuno-dépression
 Insuffisance hépatocellulaire
 Neutropénie
 Terrain vasculaire
 BPO
 Dénutrition
 Grossesse
 Insuffisance cardiaque
 Insuffisance rénale
 Obésité

Circonstance d'intervention

Avis donné *
 au lit du malade
 par téléphone

Date de la prise en charge * 06 02 2017 (j/m/m/aaaa)
 Heure de la prise en charge * 10 00

FICHE PATIENT		Nom	TEST
Editer		Date de naissance	05/05/1950
		Prénom	patient

demande page 1 | demande page 2 | **demande page 3** | demande page 4

PAGE 2 - ETAT DES LIEUX AVANT AVIS

Infection diagnostiquée/présumée *
 Infektion urinaire

documentation microbiologique/sérologique *
 documentation microbiologique
 documentation sérologique
 en attente de résultats microbiologiques
 aucune documentation
 ne sait pas

préciser

micro-organisme(s) identifié(s) *
 autre
 Enterococcus faecalis
 Propionibacterium acnes
 Staphylococcus aureus MR
 Staphylococcus epidermidis
 Staphylococcus à coagulase négative
 Eméricobactérie autre
 Escherichia coli
 Pseudomonas aeruginosa MR
 Staphylococcus aureus MS
 Staphylococcus lugdunensis
 VIH

ancienneté documentation bactériologique *
 ancienne (supérieure à 3 mois)
 intermédiaires (entre 1 mois et 3 mois)
 récente (< 1 mois)

Patient déjà sous traitement anti-infectieux? *
 Oui
 Non

si oui, préciser:

nombre de jours * 2

dernière ligne antibiotique *
 autre
 Amoxicilline
 Azithromycine
 Céfadroxil
 Céfépime
 Céfotaxime
 Cefazidime
 Céfuroxime
 Clindamycine
 Daptomycine
 Erythromycine
 Imipénème
 Linézolide
 Minocycline
 Nitrofurane
 Pénicilline G IV
 Piper-tazobactam
 Teicoplanine
 Ticarcilline
 Tobramycine
 Acide fusidique
 Amoxicilline-clavulanate
 Aztreonam
 Céfalexine
 Céfexime
 Cefopodoxime
 Ceftriaxone
 Ciprofloxacine
 Colistine
 Doxycycline
 Fosfomycine
 Josamycine
 Méclizine
 Moxifloxacine
 Norfloxacine
 Pénicilline V orale
 Pristinamycine
 Télithromycine
 Ticarcilline-clavulanate
 Vancomycine
 Amikacine
 Ampicilline-sulbactam
 Benzathine-pénicilline
 Céfazoline
 Céfotaxime
 Cefotaxime
 Ceftriaxone
 Cefuroxime
 Cefuroxime
 Clarithromycine
 Cotrimoxazole
 Erapipénème
 Gentamycine
 Lévéfloxacine
 Méropénème
 Mupirocine
 Ofloxacine
 Pipéracilline
 Rifampicine
 Témoïcilline
 Tigécycline

FICHE PATIENT		Nom	TEST
Editer		Date de naissance	05/05/1950
		Prénom	patient

demande page 1 | demande page 2 | demande page 3 | **demande page 4**

PAGE 3 - CONSEIL EN INFECTIOLOGIE

type(s) de conseil délivré *
 examen(s) complémentair(e)s
 réévaluation plus tard
 consultation infectiologique
 traitement anti-infectieux
 mesures de précaution
 présentation du dossier en RCP

conseil anti-infectieux

conseil anti-infectieux *
 pas d'anti-infectieux
 arrêt des anti-infectieux
 introduction d'un traitement anti-infectieux
 modification du traitement anti-infectieux
 maintien du traitement anti-infectieux
 modification de la durée du traitement

préciser

motif de changement de traitement *
 adaptation posologique
 adaptation au site infecté
 intensification (bactéricide)
 effet adjuvant du traitement
 simplification
 inefficacité
 adaptation à l'antibiogramme
 adaptation aux "reco"
 déseccolade
 interaction(s) médicamenteuse(s)
 adaptation aux données microbiologiques partielles

Antibiotiques

cochez les anti-infectieux conseillés *
 autre
 Amoxicilline
 Azithromycine
 Céfadroxil
 Céfépime
 Céfotaxime
 Cefazidime
 Céfuroxime
 Clindamycine
 Daptomycine
 Erythromycine
 Imipénème
 Linézolide
 Minocycline
 Nitrofurane
 Pénicilline G IV
 Piper-tazobactam
 Teicoplanine
 Ticarcilline
 Tobramycine
 Acide fusidique
 Amoxicilline-clavulanate
 Aztreonam
 Céfalexine
 Céfexime
 Cefopodoxime
 Ceftriaxone
 Ciprofloxacine
 Cotrimoxazole
 Colistine
 Doxycycline
 Fosfomycine
 Josamycine
 Méropénème
 Mupirocine
 Ofloxacine
 Pipéracilline
 Rifampicine
 Témoïcilline
 Tigécycline
 Amikacine
 Ampicilline-sulbactam
 Benzathine-pénicilline
 Céfazoline
 Céfotaxime
 Cefotaxime
 Ceftriaxone
 Cefuroxime
 Clarithromycine
 Cotrimoxazole
 Erapipénème
 Gentamycine
 Lévéfloxacine
 Méropénème
 Mupirocine
 Ofloxacine
 Pipéracilline
 Rifampicine
 Témoïcilline
 Tigécycline
 Vancomycine

durée conseillée du traitement

préciser durée en jours: * 14

FICHE PATIENT		Nom	TEST
Editer		Date de naissance	05/05/1950
		Prénom	patient

demande page 1 | demande page 2 | demande page 3 | **demande page 4**

PAGE 4 - SYNTHÈSE ET ENREGISTREMENT

Synthèse clinique (optionnel):
 IU masculine communautaire à E. Coli BLSE sans signe de gravité chez un patient diabétique à fonction rénale normale

Synthèse du conseil (optionnel):
 Arrêt **Augmentin**
 Introduction **COTRIMOXAZOLE**
 durée: 14 jours
 Sur tolérance TTT: Fonction rénale, NFS, CRP
 X1/sem

Heure de la fin de l'entretien/avis * 10 15

Valorisation de l'activité par l'optimisation du codage

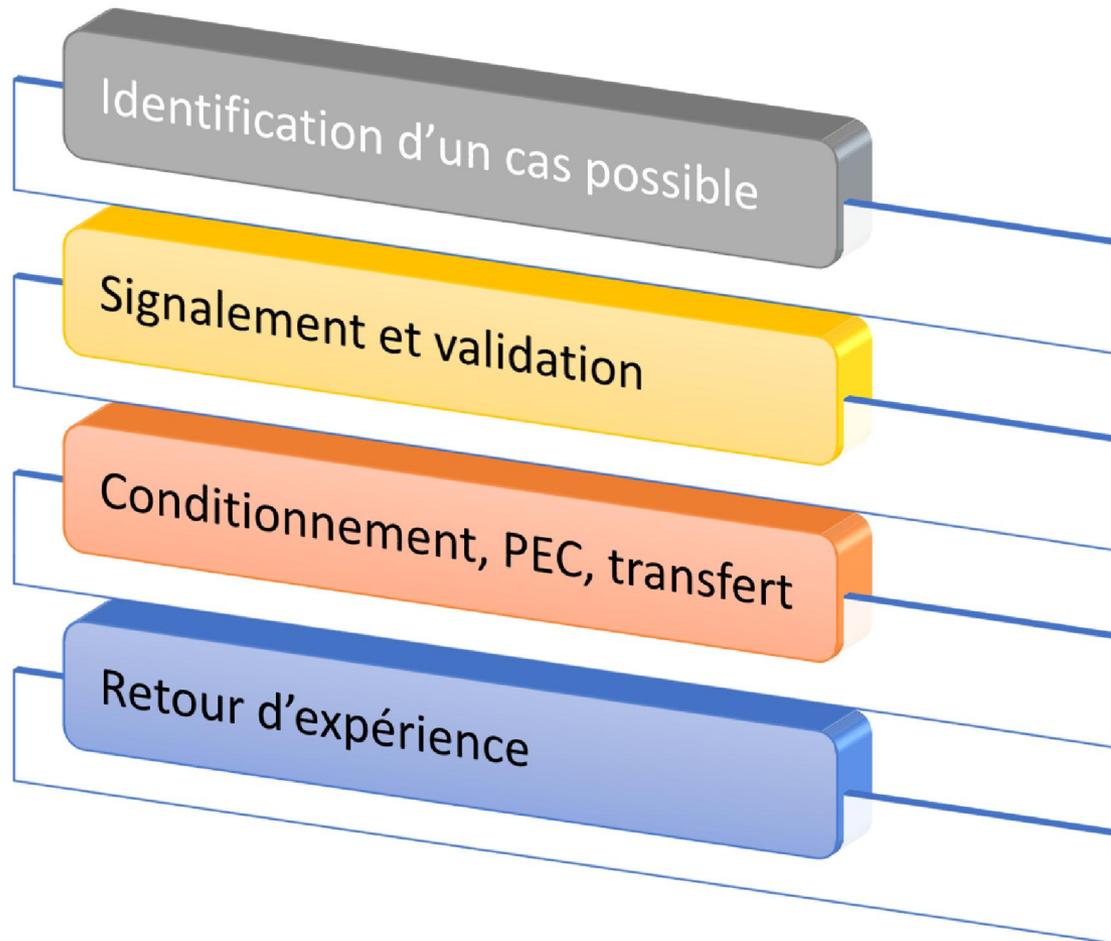
IEP	Nom	Prénom	DDN	BMR	Prescription isolement	Infection nosocomiale	Comorbidités	Diagnostic pathologie infectieuse	Germes	Code résistance
655533				oui	oui	oui	HTA / AC/FA / porteuse d'une PTH gauche	Infection liée au cathéter (VVP) bactériémique	staphylococcus aureus	U82.1+0
653529				non		non	toxico sous méthadone, tabagisme actif, alcoolisme chronique	Pleurésie purulente drainée, bactériémique communautaire	Klebsiella pneumoniae	

Mois	Identification du patient				Structure		Valorisation GHS Avant/Après		
	IEP	Nom	Prénom	DDN	Sexe	Unité Fonctionnelle	Service	DIM	Gain
MARS	643044				F	URO/REA	6 366 €	17 167 €	10 801 €
MARS	655533				F	CSG	7 333 €	10 223 €	2 890 €
MARS	666829				M	URO	1 336 €	3 711 €	2 375 €
AVRIL	657582				F	GASTRO	4 348 €	7 333 €	2 985 €
AVRIL	664383				M	CARDIO	1 896 €	3 257 €	1 361 €
AVRIL	654972				M	ORTHO	7 535 €	9 938 €	2 403 €
AVRIL	661039				F	CARDIO	4 489 €	8 345 €	3 856 €
AVRIL	669344				M	CARDIO	2 953 €	4 972 €	2 019 €
AVRIL	662661				M	REA	1 152 €	5 816 €	4 664 €
MAI	670074				M	CHIRURGIE VISCERALE	7 967 €	16 959 €	8 992 €
MAI	659584				M	CARDIO	4 882 €	10 223 €	5 341 €
MAI	669831				F	CARDIO	5 337 €	7 372 €	2 035 €
									49 722 €

Estimation prévisionnelle borne basse: 5 patients / semaine. 10mois/an= 200 patients/an
 Valorisation moyenne 5000 euros.
Valorisation attendue: 1M euros/ an

Etapes de la prise en charge d'un REB:

Collaboration étroite nécessaire avec SPF et ESR





Référentiel métier

Compétences de l'infectiologue



Collège des Universitaires
de Maladies Infectieuses
et Tropicales (CMIT)
et Conseil National
des Universités (CNU)
Sous-section 45/03

Veille épidémiologique et gestion des crises sanitaires, bioterrorisme

Savoir



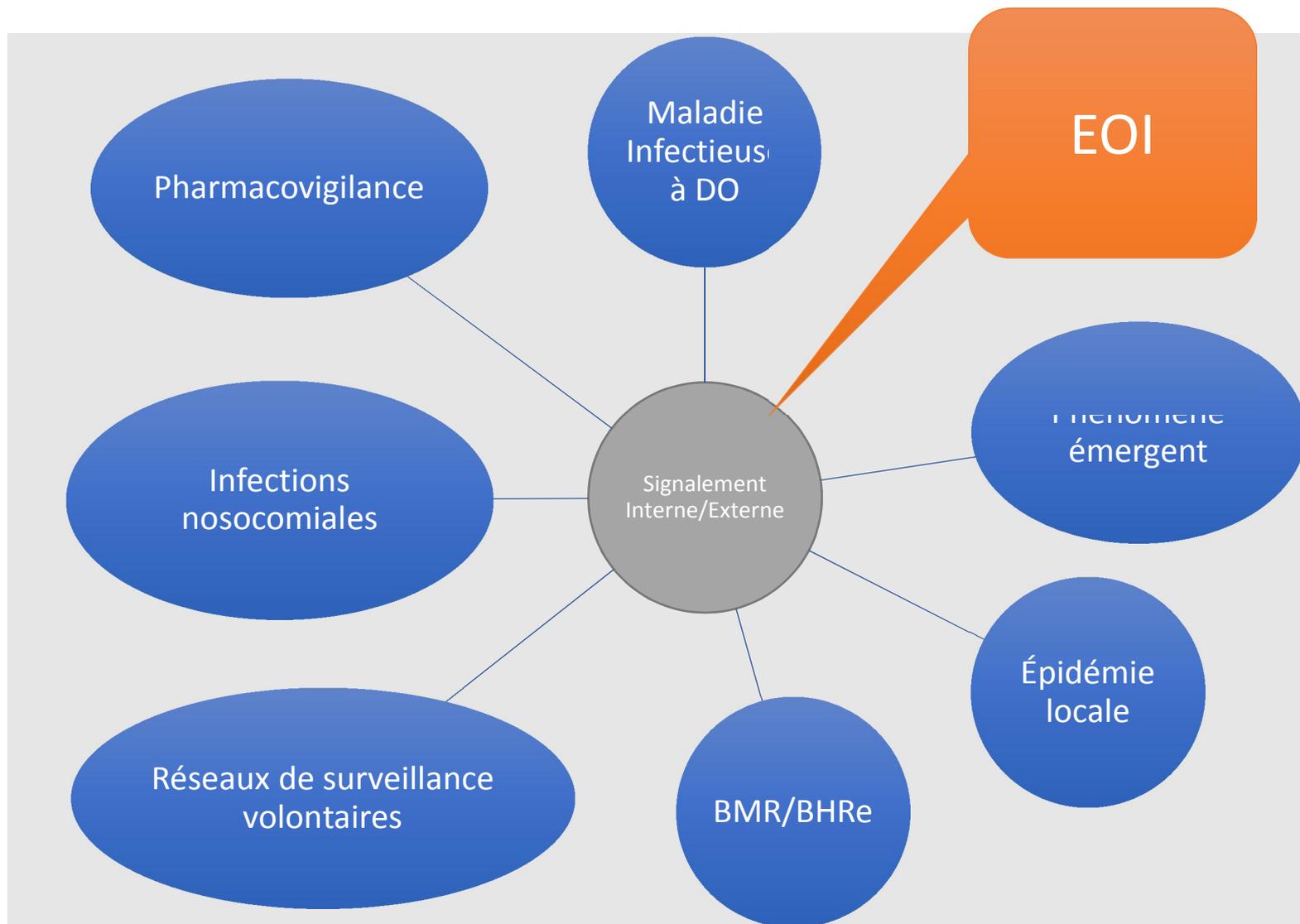
- Connaître les principes de la vigilance épidémiologique et alertes :
 - surveillance des maladies infectieuses, maladies émergentes, déclaration obligatoire (alerte CIRE, InVS), alertes
 - observatoires et réseaux sentinelles des épidémies et endémies
 - déclaration obligatoire des maladies infectieuses
- Gestion et réponse aux crises sanitaires
 - connaître les principes de la gestion des crises sanitaires
 - épidémie/Pandémie, bioterrorisme, infections émergentes, (risques biologiques et infectieux NRBC)

Savoir-faire



- Savoir se comporter face à un premier cas ou en cas d'attaque bioterroriste
- Savoir reconnaître un événement inhabituel.
- Savoir donner l'alerte
- Connaître les réseaux de surveillance
- Savoir gérer et coordonner les filières de prise en charge des patients en cas d'alerte
- Savoir mettre en place les procédures
- Savoir accéder aux ressources documentaires
- Savoir maîtriser la communication en situation de crise sanitaire (grand public, médias, professionnels de santé)

Hors REB, les occasions de signaler un évènement sont multiples:



L'Infectiologie transversale

Modalités:

Avis téléphoniques, sur site, Staffs, RCP...

L'infectiologue, ou mieux l'EOI, au centre du dispositif

Activité à dimension régionale, hors les murs

Un atout pour:

- ✓ L'identification des évènements justifiant un signalement
- ✓ Aide au signalement (connaissance et rappel des circuits)
- ✓ Synthèse des données: cliniques, épidémiologiques, microbiologiques
- ✓ Repérage précoce de cas groupés ou récurrents
- ✓ Incitation au signalement.

La veille sanitaire:

Une activité quotidienne des EMI, mais besoin de structuration

Proposition d'organisation régionale:
Infections à agent infectieux émergent (AEI):
Référentiel technique ES non ESR

Niveau de communication intermédiaire entre
COREB national et les établissements de santé non ESR

Référent AEI ou
Correspondant Régional
REB

- ✓ Membre du comité de pilotage des vigilances de l'ES
- ✓ Animation d'un réseau régional (UFIR)
- ✓ Correspondant ARS/CIRE/SPF/ESR
- ✓ Représentation des ES non ESR au niveau de la mission nationale COREB et du groupe COREB-SPILF-Emergence

Missions du référent AIE

- ✓ Participation au comité de pilotage et groupes de travail
- ✓ Formation des intervenants de 1^{ère} ligne
- ✓ Information des personnels des ES
- ✓ Organisation d'exercices opérationnels hors crises
- ✓ Veille bibliographique
- ✓ Mise à jour des procédures spécifiques annexées au plan blanc
- ✓ Communication externe: population, activité libérale
- ✓ Retour d'expérience

Besoins et domaine de compétence du référent AEI

- Pas d'infectiologue dans tout les CHG (Pour l'instant...Mutualisation autour d'un ES support)
- EOI: Hygiéniste, pharmacien, microbiologistes, cliniciens autres spécialités
- Binôme médecin/administratif-logisticien
- Temps dédié dans le cadre d'une activité spécifique d'infectiovigilance +++ (modèle ETP dédié ICATB)
- Activité chronophage et imposant une actualisation permanente des connaissances
- Besoin de supports de communication/formation (e-learning, diaporama), mise en commun de procédures (Toolbox Groupe BUA) , interventions d'experts ESRH
- Formation continue DPC/DIU maladies émergentes-gestion de crises
- Participation aux activités d'un réseau national

Dengue
Chikungunya
Zika
FHV
SRAS
Mers-CoV
West Nile
Toscana
Lyme
Brucellose
Fièvre Q
FBM
Hépatite E
Trichinose
Bilharziose
Hantavirus
Carbapénémases+++
BLSE...++++++

Infections émergentes en Corse et sollicitations de l'EMI pour des cas suspects ou avérés



Conclusions

- **I. Evaluation et homogénéisation du niveau de préparation des ES au REB:**
- Coordonner un réseau de référents dans la lutte contre le REB
- Etablir un cahier des charges de la prise en charge hors CHU-ESR (Référentiel technique)
- Etablir une classification et une cartographie des ES à partir d'une grille d'évaluation: Type ICATB
- Organiser le retour d'expérience
- **II. Moyens**
- Soutenir les actions de formations,
- ETP dédié, moyens logistiques

Le risque d'émergence un vaste domaine

Un premier cas de Xylella en Corse

La bactérie est déjà présente en Italie, où elle ravage les oliveraies



Source : Ministère de l'Agriculture

AFP

NE RAPPORTEZ PAS DE VÉGÉTAUX DANS VOS BAGAGES



Les maladies des plantes ne s'arrêtent pas aux frontières.

En rapportant des fruits, légumes, plantes, boutures ou graines, **vous risquez d'introduire des ravageurs** et de détruire nos forêts, parcs, jardins et cultures. Une fois ces ravageurs introduits en France, **leur élimination est difficile. Elle oblige à utiliser des pesticides.**

TOUS VÉGÉTAUX INTRODUITS ILLÉGALEMENT EN FRANCE SERONT SAISIS ET DÉTRUITS, LEURS DÉTENTEURS SERONT SOUMIS À DES SANCTIONS.

Il existe des exceptions : pour plus de précisions, veuillez consulter le site Internet du Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Forêt : <http://agriculture.gouv.fr/importation-dans-les-animaux-vegetales>



Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Forêt



NE RAMENEZ PAS LA FIÈVRE APHTEUSE DANS VOS BAGAGES

Information aux voyageurs en provenance et à destination de l'Île Maurice, Rodrigues, La Réunion, Mayotte, Madagascar, les Seychelles et les Comores

La fièvre aphteuse est une maladie des animaux très contagieuse qui provoque des conséquences sanitaires et économiques très importantes dans les élevages. Elle s'est récemment propagée à Rodrigues et à l'Île Maurice.

Une vigilance accrue est demandée aux personnes en provenance ou à destination de ces îles.

À l'entrée dans l'Union européenne, il est interdit de rapporter des animaux (bœuf, mouton, porc et sanglier, chèvre) et les produits suivants provenant de ces animaux :



originaires de l'Île Maurice, Rodrigues, Madagascar, les Seychelles et les Comores.

Si vous avez visité un élevage (ou un lieu de détention de ces animaux) ou si vous avez participé à une chasse dans ces pays, pensez à nettoyer vos vêtements et à désinfecter vos chaussures avec une solution désinfectante.

TOUT PRODUIT INTERDIT SERA SAISI ET SYSTÉMATIQUEMENT DÉTRUIT. LES CONTREVENANTS S'EXPOSENT À DES POURSUITES PÉNALES. LA FIÈVRE APHTEUSE EST SANS DANGER POUR L'HOMME.

Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Forêt



Ministère des Finances et des Comptes Publics

Merci pour votre attention.



An aerial photograph of a coastal landscape. The foreground is dominated by dense green vegetation. A sandy beach curves along the coast, meeting clear turquoise water. The water transitions to a deeper blue as it extends into the distance. In the background, a small island or peninsula is visible, and the horizon shows a clear blue sky with a few distant mountains.

Risque Biologique

Rôle et Organisation des ES non ESR

l'expérience Corse

Jean-Luc PESCE
Directeur Général
Centre Hospitalier d'Ajaccio

Juin 2017

Centre Hospitalier d'Ajaccio

- Seul ES public de premier niveau de Corse du Sud
- Situation budgétaire de l'établissement:
 - Surcouts non compensables par l'établissement
 - Surcouts maitrisables
- Etablissement de référence régional pour la prise en charge des maladies infectieuses
- Obligation d'organisation et de disposer de ressources humaines, dont médicales, structurelles et matérielles
- Spécificité de l'insularité y compris pour une éventuelle EVASAN:
 - ◆ SAMU/SMUR
 - ◆ Moyens hélicoptés

Centre Hospitalier d'Ajaccio vs risque biologique

- Ressources Humaines :

- Noyau (UFIR)
- Ressources périphériques

- Ressources Structurelles et Matérielles

- Hôpital vieillissant. Hôpital neuf fin 2018



Les enjeux de la collaboration Infectiologue-Direction

Limiter les recours aux ATB

Maitrise du risque infectieux

Politique qualité et réduction des coûts imputables aux examens biologiques non pertinents

Certification H AS

Optimisation du codage

PERSPECTIVES:

Urgence et efficacité dans la prise en charge:

Savoir-faire et Faire-savoir.

Communication

Exercices

Retours d'expérience

FINANCEMENT:

MIG régionale?

Synthèse : Rôle et Organisation du CHA

De la prise en charge d'un cas



jusqu'au Volet B du Plan Blanc
d'Etablissement



The background features a series of parallel diagonal stripes. The stripes alternate between a vibrant blue and a bright red, creating a dynamic, geometric pattern. The stripes are oriented from the top-left towards the bottom-right.

Je vous remercie