



## **3ème Rencontre COREB – ESR**

### **Animation opérationnelle du réseau national**

### **29 juin 2017**

Faculté de Médecine, site Villemin, Université Paris Diderot, Paris

#### **Points forts de la journée**

- ✓ Dans la perspective d'une alerte REB, les éléments de base de la réponse doivent être inscrits et opérationnels au quotidien dans la prise en charge des patients et l'organisation de l'établissement hospitalier (dont le respect et l'application systématiques des précautions standard d'hygiène).
- ✓ L'accès exhaustif à la littérature comprenant les données d'épidémiologie nationale et mondiale de santé animale peut permettre d'évoquer le diagnostic d'une infection REB inattendue.
- ✓ L'inscription dans un texte réglementaire de la définition, la composition, la mission d'animation des cellules opérationnelles zonales REB (ou Coz REB des ESR) serait un déterminant de la mobilisation de l'ensemble des ESR et ES non ESR de la zone.
- ✓ L'équipe mobile d'infectiologie, support de l'organisation REB de la Corse est un modèle original. Il pourrait contribuer à l'organisation du conseil REB, dans les autres ES et ESR.
- ✓ La mise en commun des conclusions des réunions de Coz REB a permis d'identifier des axes communs de travail : implication des ES non ESR dans la préparation, et groupe de travail dédié « pédiatrie REB ».
- ✓ L'attribution de moyens dédiés REB adaptés dans les ESR faciliterait la maintenance, en période inter crise, des actions d'animation zonale et de formation (compétences des formateurs et matériel nécessaire).

L'ensemble des diaporamas ainsi que les interviews filmées de quatre experts participants sont disponibles sur le site infectiologie.com, onglet COREB : <http://www.infectiologie.com/fr/coreb.html>

## Points forts des ateliers

### ***Atelier 1 : Réflexions sur le cahier des charges des ESR – management, information et communication***

- Identifier les référents soignants et administratifs REB de l'établissement et leurs coordonnées.
- Inscrire dans le projet d'établissement le projet d'animation REB, incluant un plan de formation.
- Impliquer les différentes directions, notamment la direction des soins pour la formation des personnels.
- Identifier les personnels habilités, sous l'autorité du directeur, à communiquer en cas de crise vers des publics différents : personnel, familles, autorités, presse.

### ***Atelier 2 : Retour d'expérience - Patient suspect REB***

- Afin de consolider la fiabilité des informations, basée sur une relation de confiance entre le patient et le médecin, il est nécessaire de répéter l'interrogatoire.
- Les questionnements éthico-réglementaires soulevés par la mise en isolement contre sa volonté d'un patient suspect de maladie hautement contagieuse, nécessitent le recours aux services compétents.
- Les transferts internes doivent être organisés de façon à ce que le patient soit pris en charge au plus tôt dans le service adapté.

### ***Atelier 3 : Réflexions sur le cahier des charges des ESR - aspects biologiques***

- Les laboratoires des ESR doivent disposer de kits diagnostic ou de screening fournis et validés par les CNR correspondants pour raccourcir le plus possible les délais diagnostiques.
- Le diagnostic rapide permet la mise en place des précautions complémentaires appropriées ou la levée de doute autorisant un diagnostic alternatif et un traitement dans les meilleures conditions.

### ***Atelier 4 : Formation - expérience d'une simulation d'alerte REB***

- Le recours à l'infectiologue référent est crucial pour évaluer la probabilité d'infection REB et mettre en œuvre les 1ères mesures de prise en charge des patients et de protection de la collectivité.
- L'infectiologue référent et son binôme doivent être présents l'un en cellule de crise et l'autre sur le lieu de prise en charge auprès des patients.
- Le traitement des urgences vitales soulève des questions majeures d'orientation, les soins ne pouvant être différés en attente du classement.
- Le traitement des personnes contact avec urgence vitale, peut s'avérer problématique pour les soignants des autres services de l'ESR non formés/non entraînés.

## SOMMAIRE

<b>1. Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Conférence inaugurale "An unexpected event in Spain: too much to learn" Dr M Mora, Hôpital La Paz- Carlos III, Madrid, Espagne.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Coz REB : animation et retours d'expérience .....</b>	<b>5</b>
3.1 <i>Présentations.....</i>	5
3.2 <i>Discussion .....</i>	7
3.3 <i>Conclusion.....</i>	7
<b>4. Ateliers .....</b>	<b>8</b>
4.1 <i>Atelier 1 : Référentiel technique - cahier des charges des ESR : management et information - communication.....</i>	8
4.2 <i>Atelier 2 : Retour d'expérience / Patient suspect REB.....</i>	9
4.3 <i>Atelier 3 : Réflexions sur le cahier des charges des ESR : aspects biologiques.....</i>	10
4.4 <i>Atelier 4 : Formation, expérience d'une simulation REB.....</i>	11
<b>5. Conférence de clôture « Rôle et organisation des ES non ESR : l'expérience Corse » JL Pesce, Dr B Castan, Ajaccio .....</b>	<b>13</b>
<b>6. Conclusion – C Rabaud, Nancy et R Migliani, DGS .....</b>	<b>14</b>
<b>7. Remerciements.....</b>	<b>15</b>
<i>UFR de Médecine, site Villemin.....</i>	15
<i>Groupe SPILF-COREB-Emergences .....</i>	15
<i>Intervenants :.....</i>	15
<i>ESR participants.....</i>	15
<i>Autres contributions .....</i>	15
<b>8. Annexes.....</b>	<b>16</b>

## 1. Introduction

Accueillie à la faculté de médecine de l'université Paris Diderot, la troisième journée des ESR organisée le 29 juin 2017 a été l'occasion de rappeler les orientations et l'organisation du travail de la mission COREB nationale avec :

- la signature par le Service de Santé des Armées de la convention tripartite (Ministère, SPILF, APHP) définissant les objectifs et le pilotage de la mission COREB nationale,
- la définition d'un périmètre d'animation du réseau des ESR constitué par les Cellules opérationnelles zonales REB (Coz REB) de chaque ESR, posant la question de la place des ES dans ce dispositif,
- la réalisation, en cours, avec un groupe de travail élargi, d'un référentiel technique pour le cahier des charges des ESR pour le REB, définissant les points essentiels requis d'un ESR pour la préparation et prise en charge (PEC) d'un patient REB,
- une réflexion sur la pédiatrie, peu représentée jusque-là dans les travaux menés par la mission nationale COREB,
- la poursuite de la participation à un réseau européen informel basé sur les échanges d'expériences, de pratiques et d'évaluations comparées des dispositifs en place.

### Intervention du Pr B Vallet, Directeur Général de la Santé

Le Pr Benoît Vallet a souligné les efforts réalisés ces dernières années dans le domaine de la prise en charge du risque infectieux hautement contagieux avec la mise en œuvre d'actions de préparation du système de santé dans le cadre du dispositif ORSAN mais aussi d'investissement, notamment dans l'équipement des laboratoires. La mise en place de la « Task force » Ebola a montré la capacité des autorités ministérielles, en particulier le ministère chargé de la santé, à mettre en place une réponse opérationnelle et coordonnée face à un REB.

Le dispositif ORSAN, inscrit dans la loi de la modernisation du système de santé, a permis de donner un cadre pour l'organisation de la réponse face à un REB.

Il convient dans ce cadre, de renforcer les capacités de prise en charge des patients à haut risque infectieux en structurant un dispositif robuste de détection des patients suspects et de parcours de soins adapté et sécurisé. Les ESR constituent la tête de ce réseau de prise en charge spécialisé. Ils doivent, à ce titre, disposer en permanence des capacités de prise en charge de ces patients qu'il convient de définir dans un cahier des charges et de préciser dans un référentiel technique.

Pour contribuer à renforcer la réponse au REB et ce réseau, la DGS et la DGOS ont confié une mission nationale à l'APHP qui disposait d'une UF COREB dans le cadre d'un partenariat avec le Service de santé des Armées et la SPILF. L'élaboration du référentiel technique des ESR a donc été confiée à la mission COREB. Un arrêté précisera le cahier des charges des ESR et le référentiel permettra sous forme de « check lists » d'évaluer la préparation d'un établissement au REB. Cette préparation des ESR et des autres établissements de santé au REB constitue un élément clé de sécurité sanitaire et de protection de la population.

### Intervention du Pr F Roblot, Présidente de la SPILF

Le Pr France Roblot, rappelle la frontière tenue entre le groupe COREB/Emergences de la SPILF (groupe SCE) et la mission nationale COREB, véritable originalité du dispositif. Elle souligne aussi la place primordiale des établissements de santé (ES) non ESR, puisque souvent correspondant à la porte d'entrée d'un patient REB dans le système de santé. Ces ES font preuve de volonté et de compétence mais ne disposent que de peu de moyens. La place de la médecine générale, pour les mêmes raisons, mérite aussi d'être considérée.

## **2. Conférence inaugurale "An unexpected event in Spain: too much to learn"**

**Dr M Mora, Hôpital La Paz- Carlos III, Madrid, Espagne**

Le Dr Mora a présenté une actualisation des connaissances sur les maladies émergentes en précisant définition et risques de survenue, puis illustré la situation inattendue d'une fièvre hémorragique de Crimée Congo chez un patient autochtone n'ayant jamais voyagé en dehors de la péninsule Ibérique où la maladie n'avait jamais été décrite chez l'homme.

La prise en charge de ce premier patient avait fait l'objet d'un délai diagnostique important, favorisant d'autant une transmission secondaire à une infirmière de réanimation l'ayant pris en charge. C'est l'apparition des symptômes chez l'infirmière qui avait fait évoquer le diagnostic.

L'oratrice discute les questions suivantes :

- Le caractère imprévisible de survenue d'une fièvre hémorragique Crimée-Congo en Espagne n'était finalement pas si évident ; quand on étudie in extenso la littérature sur le sujet, on trouve une publication mettant en évidence le virus responsable chez des tiques prélevées dans la région habitée par le patient. La revue de la littérature, à jour, et étendue, est un outil essentiel pour la pratique médicale et s'avère précieuse dans les situations de maladie jusque-là exceptionnelle ou inattendue,
- Le soin courant dans les ES peut-être un motif d'assurance ou d'inquiétude en fonction de la capacité des personnels soignants à appliquer les bonnes pratiques en hygiène, type précautions standard et complémentaires. L'observance de ces mesures permet de limiter de facto la probabilité d'une transmission secondaire avant que le diagnostic ne soit établi,
- La question du diagnostic biologique est centrale puisque c'est l'accès à la technique (et à sa maîtrise) qui permettra un diagnostic rapide et une levée ou un renforcement des mesures barrières. C'est un point crucial de la prise en charge.

## **3. Coz REB : animation et retours d'expérience**

### **3.1 Présentations**

Un représentant de la Coz de 5 ESR en a décrit les caractéristiques principales. La synthèse de ces présentations est rapportée ci-dessous.

#### **► Coz REB Est - Pr Y Hansmann, Strasbourg**

1. La composition représente les différentes spécialités hospitalières impliquées dans le risque REB et l'ARS.
2. La réflexion sur la prise en charge est structurée autour du parcours du patient.
3. Une offre de prise en charge complémentaire est assurée entre Nancy - 4 lits dans une unité dédiée, fermée en routine - et Strasbourg -lits dédiés en service de soins.
4. La communication entre les différents acteurs est possible par l'utilisation d'un « share point » hébergé sur le site de l'ARS.
5. Les perspectives de travaux regroupent les transports internes des patients REB, les liens avec les différents ES de la zone, la configuration de la Coz en période de crise et en inter crise, l'identification de référents dans chacun des ES, avec des missions identifiées : consignes d'hygiène, consignes d'alerte (qui alerter), mise en place d'un annuaire des personnes ressources.
6. Pour les prochaines réunions : gestion de fiches réflexes, retour sur les actions mises en place et identification d'un binôme administratif / médecin pour l'ESR.

#### ► Coz REB Sud-Ouest - Dr T Pistone, Bordeaux

1. Un binôme identifié infectiologue – SAMU NRBC, les binômes sont doublés.
2. L'ESR est multi-site et présente de ce fait plusieurs points potentiels d'entrée inopinée avec principalement : SAU et réanimation des sites Pellegrin et St André ; SMIT Pellegrin.
3. L'ESR présente 2 points focaux opérationnels pour l'accueil direct d'un cas probable ou confirmé de maladie infectieuse émergente, grave et hautement transmissible : SMIT et réanimation.
4. La structuration de la Coz REB sera lancée le 9 octobre 2017, en tant que sous-groupe du « plan blanc », enrichi du binôme doublé Coz REB (SAMU NRBC- Infectiologues) et de binômes opérationnels réanimateurs, microbiologistes et hygiénistes.
5. Les premières missions ont regroupé la veille documentaire, annuaire (identification des correspondants), expertise auprès du NRBC, aide au classement des cas.
6. Un programme de formation REB adapté à différents niveaux opérationnels - piloté par la mission NRBC de l'ESR est prévu à partir du 2ème semestre 2017.
7. Les infectiologues pilotent un bulletin d'alerte épidémiologique hebdomadaire diffusé par la Société de Médecine des Voyages (SMV) qui sera diffusé au périmètre de la Coz après son lancement officiel.
8. L'équipement de décontamination hospitalière peut, en cas de besoin, se transformer en unité de vaccination de masse copilotée par l'axe NRBC - SMIT.

#### ► Coz REB Ouest - Dr JM Chaplain, Rennes

1. La zone présente les caractéristiques d'une vaste région côtière, à proximité géographique de l'Île de France.
2. Chaque ESR (Rennes et Rouen) anime ses propres régions et ES.
3. La Coz promeut les fondamentaux dans la prévention de la transmission pour les soins courants.
4. La Coz REB a d'emblée impliqué 2 ES non ESR (Caen et St Malo).
5. Les perspectives : recensement des ressources (formation, organisation) dans la zone (par un interne de santé publique), réflexion sur les modes d'entrée dans le système de santé (médecine de premier recours).
6. La nécessité de moyens dédiés adaptés est soulignée.

#### ► Coz REB Ile de France - Dr A Bleibtreu, Paris

1. La présentation a porté sur un travail rétrospectif (2013-2016) de 93 patients adultes cas possible de MERS, pris en charge à Bichat et à la Pitié Salpêtrière.
2. Les pics des alertes étaient sur de courtes périodes avec 3 à 4 patients « cas possibles » par jour pendant quelques semaines, entraînant une désorganisation des services. 70% des cas étaient survenus la nuit et le week-end, 80 % étaient liés au pèlerinage. La moyenne d'admission était de 2 jours après le retour. 80% des patients présentaient une ou des comorbidités. 80% des radios étaient pathologiques. Les identifications microbiologiques retrouvaient : 37% rhinovirus, 20% grippe, 6 % légionnelle, 6% pneumocoque et des causes plus rares (endocardite à staphylocoque doré, fièvre Q), 80% des patients ont reçu une antibiothérapie probabiliste. Il y a eu 24 heures en moyenne d'isolement (avant la levée de doute microbiologique), avec un délai de moins en moins important, de 40 heures au début, à une vingtaine d'heures maintenant (DMS 4 jours) – (A. Bleibtreu *et al.* ECCMID, 24 avril 2017, abstract n° OS0557).

### ► Coz REB Sud-Est - Dr T Perpoint, Lyon

1. Difficultés de mobilisation, mais participation des ES non ESR et de l'ARS.
2. Souhait de s'appuyer sur le rapport de la Task Force Ebola, parvenu tardivement aux principaux acteurs de l'ESR.
3. Promotion de formations opérationnelles, plus efficaces, mais prenant en compte le temps de formation, avec le projet de s'appuyer sur les formations zonales SAMU.
4. Bonne représentation des laboratoires dans la zone, 3 P3 + le P4.
5. Animation d'un groupe de travail pédiatrique.
6. Questions en suspens : biologie délocalisée, soins de réanimation, fonctionnalité pendant la période inter crise, soignants et patients.

### 3.2 Discussion

Les interrogations demeurent sur la pérennisation des organisations (liste d'astreintes), la biologie, la maintenance du matériel et la validation des tests diagnostiques commerciaux par les CNR permettant leurs utilisations « au plus près du malade ».

Les transports SMUR posent également quelques difficultés, comme les transports prolongés notamment avec des moyens routiers ; la possibilité de s'affranchir de la délimitation administrative zonale pour aller au plus près de l'ES où se trouve le patient est à envisager. Les réflexions inter ministérielles sont actuellement en cours sur le transport aérien.

La formation demeure une préoccupation centrale, la mission des équipes NRBC/SAMU est la formation des formateurs et a toute sa place dans le domaine REB. Des outils pédagogiques modernes se développent comme la simulation, les « serious game », ou même la simulation mentale !

L'implication de la pédiatrie et de la réanimation est hétérogène selon les ESR mais elle est absolument nécessaire. Un groupe de travail « Pédiatrie et REB » est en cours de formation.

Les astreintes et leurs rémunérations sont abordées avec là encore des solutions locales différentes d'un ESR à l'autre.

### 3.3 Conclusion - Dr JM Philippe (DGS)

Le dispositif ORSAN définit le cadre de la réponse du système de santé face à une situation sanitaire exceptionnelle notamment un REB. Dans ce cadre la création, l'animation et le fonctionnement de structures de coordination de l'expertise dans le domaine du REB (ex. Coz REB) semble être un atout important afin d'assurer la meilleure prise en charge de ce type de risque. Cette nouvelle organisation instituée par la mise en œuvre du dispositif ORSAN nécessite une acculturation des acteurs de la santé (ESR, ARS) pour permettre une totale appropriation. Les rapports de la « Task force » Ebola, lors des visites des ESR en 2015 peuvent permettre aux établissements concernés de mieux orienter leurs priorités. Ils constituent à ce titre une base de travail et ont vocation à être partagés auprès des acteurs impliqués dans chaque ESR (directions, médecins, soignants).

L'enjeu de la gestion du REB est d'identifier rapidement les premiers patients, de prendre les mesures d'isolement appropriées, d'initier un parcours de soins adapté et sécurisé mais aussi de prendre en charge les éventuelles personnes contacts. Ces mesures reposent sur la robustesse du système de santé dans toutes ses composantes (ambulatoire, hospitalière, médico-sociale) et ce, sur l'ensemble du territoire. Le parcours de soins du patient REB impose de prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter le risque de transmission de l'agent infectieux concerné. Il est donc nécessaire de définir les capacités et obligation des ES identifiés pour assurer la prise en charge de ces patients. C'est dans cet esprit qu'un travail est en cours sur le référentiel technique pour le cahier des charges des ESR, permettant de guider les autorités de santé sur la capacité de l'ESR à prendre en charge un patient REB en toute sécurité.

Une réflexion est aussi en cours afin de mieux organiser la mise en œuvre des missions dévolues aux ESR et notamment de répartir les missions à l'échelon zonal en intégrant en particulier les hôpitaux d'instruction des armées à cette offre de soins spécialisés. L'objectif est aussi d'optimiser l'organisation de la prise en charge des patients REB dans le cadre du dispositif ORSAN en renforçant la gouvernance exercée par les ARS pour le bon fonctionnement du dispositif et des ESR pour l'accomplissement de leurs missions. Il s'agit aussi de valoriser des pôles d'expertises nationaux dans le domaine du REB mais aussi des risques NRC. Un travail est actuellement en cours entre la DGS et la DGOS pour en définir le cadre, et la valorisation de ces activités NRBC, réalisées ou en projet.

#### 4. Ateliers

##### 4.1 Atelier 1 : Référentiel technique - cahier des charges des ESR : management et information - communication

Animateurs : J Salomon (Garches), P Brouqui (Marseille), F Spinhirny (Paris)

###### • **Question 1 : Devoirs et obligations des ESR en période inter crise**

En période « inter-crise », il convient de disposer d'un cadre général de l'ESR pour les situations sanitaires exceptionnelles : relations régulières entre ESR et ARS zonale, connaissance des mesures ORSAN et du « plan blanc », direction identifiée en charge des crises, anticipation avec exercices réguliers et Retex.

Pour la gestion spécifique du REB, il faut un profil dédié des responsables, une organisation fixe, des formations, des simulations, des exercices réguliers intra et extra hospitaliers, s'appuyer sur des mises en situations de routine, la mobilisation régulière des compétences spécifiques. Sans ces actions, il existe un risque élevé de perte de mémoire, de disparition de la culture spécifique des situations sanitaires exceptionnelles. Cela passe en outre par le suivi des personnels formés, avec une forme « d'habilitation », ainsi que la maintenance des équipements dédiés. Les circuits de prise en charge dédiés doivent être placés sous une responsabilité et une coordination de haut niveau (référént SSE de l'ESR). Pour valoriser les personnels, on peut faire appel à une expertise externe, une formation externe (c'est le rôle des CESU) et assurer la formation régulière des formateurs.

###### En résumé :

- communiquer en interne sur le statut ESR de l'établissement,
- communiquer sur le rôle du Conseiller zonal,
- identifier les référents REB de l'établissement,
- mettre à jour les plans : « plan blanc » (version du plan ORSAN)...
- centraliser les actions en matière de gestion de crise : identifier la cellule de coordination,
- réaliser des exercices : attentat, REB, entraînement + ateliers, évacuation, test du circuit de prise en charge,
- mener des RETEX,
- communiquer sur les situations sanitaires exceptionnelles et la culture NRBC,
- former les référents,
- assurer la gestion du matériel (stock, maintenance...),
- faire un rappel des procédures habillage/déshabillage au moins 1 fois par an,
- coordonner les services administratifs (RH, logistique ...).

Donc : bien définir les moyens alloués et prendre en compte un « turn over » important. La déclinaison de la culture NRBC en ES reste compliquée à mettre en œuvre.

- **Question 2 : Problèmes managériaux en ESR en période inter crise**

On observe un « turn over » important des personnels (donc un problème en termes de formation), une tension économique en ESR (MIG biotox insuffisante, problème des astreintes) et une charge de travail élevée : il est donc proposé de faire appel à du e-learning car les entraînements sont fastidieux à organiser, des simulations régulières, une couverture administrative et financière officielle des astreintes. Il est proposé une liste de volontaires ayant reçu une formation préalable (profil de poste, contenu pédagogique national) avec une ligne de financement pérenne sous forme de MIG récurrente (formation, maintenance, astreintes) impliquant une forte participation des directions, notamment la direction des soins infirmiers.

Les participants ont tous souligné le besoin en personnel dédié et formé à la crise.

Solutions proposées : formation spécifique pour le SMIT et autres services impliqués, développer le e-learning, impliquer la DSI (soins).

- **Question 3 : Rôle de la Coz dans l'aide au management et à la communication**

La cellule opérationnelle de l'ESR doit être parfaitement connue, coordonnée, équipée, rodée par des exercices annuels et faire l'objet d'auto évaluations annuelles avec pour principales missions de :

- aider dans la coordination entre établissements de zone,
- évaluer les besoins spécifiques,
- être le relai pour la MIG,
- préparer les exercices d'entraînements,
- préparer l'auto-évaluation annuelle de l'ESR.

- **Question 4 : Plan de communication en période inter crise et période de crise**

Pour l'aspect règlementaire, c'est l'ARS de zone qui s'avère compétente.

La communication est un axe majeur réservé à la direction qui doit s'adresser à des publics différents : personnel, familles, presse, autorités. Se pose la question du rôle de l'ESR par rapport au Préfet.

Il convient d'être formé au préalable et de respecter le secret professionnel.

En matière de communication interne, peu de personnes sont autorisées à communiquer.

Pour la communication externe, il convient de solliciter la presse dans un cadre précis et pré-établi.

Remarque : Ne pas confondre process de PEC du patient suspect REB et PEC du patient identifié.

- **Conclusions**

- Identifier les référents soignants et administratifs REB de l'établissement et leurs coordonnées.
- Inscrire dans le projet d'établissement le projet d'animation REB, incluant un plan de formation.
- Impliquer les différentes directions, notamment la direction des soins pour la formation des personnels.
- Identifier les personnels habilités, sous l'autorité du directeur, à communiquer en cas de crise vers des publics différents : personnel, familles, autorités, presse.

#### **4.2 Atelier 2 : Retour d'expérience / Patient suspect REB**

Animateurs : MC Chopin (Lille), S Jauréguiberry (Paris)

- Cas clinique numéro 1 – Lille, septembre 2014 : suspicion FHV Ebola, patient non compliant
- Les questions abordées ont été :

Un frottis goutte épaisse positif à *P. falciparum* fait revenir sur l'interrogatoire d'un patient fébrile n'ayant déclaré initialement aucun voyage hors de France depuis plusieurs années.

Ont été discutés les cas rares de paludismes autochtones, la relation médecin - malade, la confiance réciproque, la nécessité d'interrogatoires répétés, le possible appel aux instances compétentes pour mettre le patient en isolement contre sa volonté, en cas de suspicion de maladie hautement contagieuse, le temps des investigations complémentaires.

Il est important de noter que la mise en quarantaine ou en isolement ne signifie pas que les soignants peuvent alors passer outre le consentement du patient de refuser le traitement, ou de manière plus générale d'être soigné. Cette mesure ne vise qu'à éloigner le patient potentiellement affecté du reste de la population afin d'éviter tout risque d'épidémie.

Références du Code de santé publique, citées lors de ces discussions :

L.3131-1 : « en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population ».

Article R3115-3-1 Décret/3 avril 2017/ section « contrôle sanitaire aux frontières » :

« Pour lutter contre la propagation des maladies, le préfet peut prescrire sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé :

1° Des mesures de placement et de maintien en isolement (...), en établissement de santé ou dans tout autre lieu adapté, des personnes affectées.

2° Des mesures ayant pour objet la mise en quarantaine (...) à leur domicile ou tout autre lieu d'hébergement adapté » (par exemple des espaces sécurisés) « des personnes susceptibles d'être affectées ».

Mais uniquement lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° La personne a été diagnostiquée porteuse d'une maladie contagieuse grave;

2° La personne a refusé, pour partie ou totalement, une prise en charge sanitaire adaptée à son état de santé, notamment son isolement et le suivi de son traitement, et ce, en dépit des demandes répétées des professionnels de santé et des services de santé ».

- Cas clinique numéro 2 – Pitié-Salpêtrière, avril 2017 : suspicion FHV Lassa, une prise en charge multidisciplinaire compliquée

Les points soulevés ont été :

- Les difficultés de communication avec un patient isolé de façon prolongée dans un service non adapté (ici les urgences)
- Un transfert de patient en service adapté d'ESR retardé par indisponibilité des équipes SAMU : comment organiser la surveillance / prise en charge du patient suspect, peut-on organiser le transfert d'un tel patient sans le SAMU ?
- La nécessaire coordination entre les différents acteurs : outre le lien infectiologue référent - SAMU, ne pas oublier l'administrateur de garde, les équipes soignantes, le laboratoire (de référence : CNR, +/- laboratoire local), la pharmacie

Au final, comme souvent, le diagnostic retenu a été celui d'un accès palustre à *P. falciparum*

#### **4.3 Atelier 3 : Réflexions sur le cahier des charges des ESR : aspects biologiques**

Animateurs : A Merens (Saint Mandé), N Lemaître (Lille), C Rabaud (Nancy)

Cet atelier s'est appuyé sur le travail déjà réalisé sur le référentiel technique pour le cahier des charges des ESR concernant les laboratoires de biologie. Les items prioritaires ont été discutés soulevant un certain nombre de questions focalisées sur la période inter crise.

Cette période est délicate pour les laboratoires car elle doit prendre en compte d'une part les efforts de maintenance technique pour le traitement de prélèvements à haut risque, et la formation des personnels habilités à les manipuler.

La situation des laboratoires L3 des ESR, si elle est globalement satisfaisante en termes de règles de sécurité et de capacité à traiter les échantillons, présente une hétérogénéité d'organisations et de ressources. Le cahier des charges des ESR, volet biologique, tentera d'appréhender ces différences, dans la mesure où les laboratoires auront les moyens de s'y conformer.

Les trois thématiques principales abordées ont porté sur :

- Les ressources en personnel

C'est le problème, pour un évènement rare (prise en charge d'un patient atteint d'infection REB suspectée, possible ou confirmée), de pouvoir maintenir la présence d'un personnel de laboratoire formé et disponible de façon imprévue : 7/7, 24h/24, tout au long de l'année.

Il faut distinguer la période d'alerte où la mise en place d'astreintes spécifiques peut permettre de faire face au besoin immédiat, et la période d'inter crise actuelle, où le laboratoire doit, au sein de sa routine de fonctionnement, pouvoir mobiliser son personnel.

La question de l'entraînement des personnels est un point critique car elle dépend de chaque laboratoire, des ressources humaines dédiées et du matériel utilisé.

- La maintenance technique des laboratoires

Sur le plan technique, les laboratoires doivent produire un effort soutenu et constant de maintenance de leurs appareils. Cela occasionne des fermetures temporaires (pour Rennes et Rouen) et des investissements pérennes.

La question de la biologie délocalisée ne fait pas l'unanimité des organisations de chaque ESR et cette question reste en discussion.

- Les capacités diagnostiques

Le délai du diagnostic microbiologique est crucial pour la prise en charge d'un patient en service de soins puisqu'il va conditionner la poursuite ou non des mesures de protection des personnels soignants et possiblement aboutir à une perte de chance, en cas de diagnostic alternatif.

Le transfert ou la validation des techniques diagnostiques restent de la compétence des CNR. Si des tests rapides sont disponibles dans le commerce ils ne sont pas tous validés par les CNR correspondants, et en particulier pour les fièvres hémorragiques virales. Il apparaît fondamental d'avancer dans le domaine de la validation et la diffusion des méthodes de diagnostic. La capacité d'un laboratoire à traiter un prélèvement d'un patient suspect doit conduire à la possibilité de réaliser le diagnostic. Les CNR pourraient fournir des méthodes aux laboratoires des ESR, cela peut très bien être une technique de screening avec une bonne valeur prédictive négative ; les laboratoires pourront alors adresser le prélèvement au CNR pour confirmation.

Le cahier des charges des laboratoires des ESR présente de façon complète et détaillée les items essentiels nécessaires à la réalisation du diagnostic et de la biologie classique pour la prise en charge d'un patient, prenant en compte l'environnement en ressources humaines, en formation et en architecture des locaux. Il permettra à chaque laboratoire d'effectuer les mises aux normes utiles afin de prendre en charge un échantillon dans des délais les plus courts possibles et en toute sécurité pour le personnel impliqué.

#### **4.4 Atelier 4 : Formation, expérience d'une simulation REB**

Animateurs : C Michelet (Rennes), C Dolard (Rouen), E Bougeard (Rennes)

L'atelier proposait aux participants d'échanger à partir d'un exercice de simulation réalisé dans l'ESR de Rennes, le 7 juin 2017.

Le scénario de l'exercice était le suivant :

- Le commandant de bord d'un avion en provenance de Kinshasa (RDC), à destination de Londres, demande l'autorisation de se poser en urgence à l'aéroport St Jacques de Rennes, il est 7h30 un mercredi matin.
- La préfecture déclenche le plan PIGUS (Plan d'Intervention et de Gestion d'une Urgence en Santé publique) et contacte le SAMU pour organisation de l'accueil de patients éventuels En effet, selon les informations de l'équipage :

Sur 120 passagers, 8 ont de la fièvre, dont un vomit du sang et a fait un malaise (perte de connaissance) ; une passagère a du mal à respirer, mais n'est pas fébrile ; un passager est décédé.

Il s'agit d'un évènement dont la probabilité de survenue est rare, d'où l'intérêt d'une mise en situation permettant de tester la méthode adoptée pour y faire face. Nous avons repris avec le groupe certaines étapes de l'exercice et discuté des choix faits au sein de l'ESR pour les confronter avec les avis des participants à l'atelier.

- Un premier point de discussion a porté sur la composition de la cellule de crise au sein de l'ESR et la place de l'infectiologue clinicien en situation d'alerte :

Lors de l'exercice rennais, la cellule de crise était constituée d'un directeur hospitalier (directeur qualité), d'un directeur des soins, d'un infectiologue clinicien et d'un cadre supérieur (du SMIT et de la réanimation médicale).

De nombreux échanges ont eu lieu autour de cette composition et de la place de l'infectiologue dans ce dispositif L'exemple d'une situation similaire ayant eu lieu dans un port de l'île de la Réunion sur un bateau a été partagé et débattu ; l'infectiologue s'était rendu à bord avec le SMUR afin de réaliser une première évaluation « clinique » du REB. Tous les participants vont s'accorder sur la nécessité d'avoir deux infectiologues disponibles, un sur site pour permettre une évaluation très précoce du risque REB et un schéma d'orientation des patients pertinent, et l'autre en cellule de crise.

Il y a eu également consensus sur la pertinence de la présence des deux directeurs et du cadre supérieur. D'autres propositions ont été faites pour la compléter : directeur de garde, représentant de la cellule NRBC, médecin régulateur SAMU, hygiéniste, directeur des ressources humaines, réanimateur, urgentiste... Se recentrer sur le rôle de la cellule de crise, qui est de piloter, mobiliser et organiser, a permis de revenir à une composition recommandée similaire à celle choisie dans l'ESR de Rennes.

- Un deuxième point de discussion a porté sur l'orientation et l'accueil des deux patients admis dans l'ESR :
  - Patient REB : l'exercice réalisé a pointé le retard dans le classement du patient REB admis dans le service de Maladies Infectieuses avant le classement en patient cas possible). Ce point a rejoint le point précédent, dans une situation complexe (plusieurs patients concernés) la présence de l'infectiologue sur place permet un classement plus rapide et une orientation mieux anticipée.
  - Patient contact relevant d'un service de cardiologie : Plusieurs scénarios ont été proposés par les participants de l'atelier :
    - Hospitalisation en USC de maladies infectieuses même sans signes infectieux (pas de fièvre)
    - Hospitalisation en cardiologie en chambre seule avec des précautions complémentaires air et contact
    - Mise en attente dans une chambre à pression négative aux urgences en attendant le classement de la patiente

Dans cette situation, l'équipe médicale concernée en cardiologie était peu encline à accueillir cette patiente pourtant simple contact d'une infection REB. Les différents échanges ont tenté de recentrer la priorité pour cette patiente et ont permis d'arriver à la conclusion que l'urgence cardiaque était à prioriser face au risque REB inexistant. Cette orientation en cardiologie, malgré les réticences du personnel, devait être accompagnée par l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement.

Commentaire : en lien avec les ressources et contraintes de chaque ESR, nous avons constaté qu'il n'était pas aisé d'aboutir à un modèle uniforme de conduite à tenir en situation d'alerte. Face à une même situation, les réponses ne sont pas similaires car les organisations diffèrent sensiblement. Cependant, les participants s'accordaient sur la place de l'infectiologue clinicien au plus près des patients afin d'évaluer rapidement le risque, de permettre un classement rapide et une orientation appropriée. Pour cela, il doit pouvoir s'appuyer sur une cellule de crise chargée de faire circuler les informations auprès des interlocuteurs concernés, de coordonner, d'organiser l'hospitalisation au sein de l'ESR dans les services adéquats et de mobiliser les moyens humains, matériels et logistiques adaptés.

##### **5. Conférence de clôture « Rôle et organisation des ES non ESR : l'expérience Corse » - JL Pesce, Dr B Castan, Ajaccio**

La présentation pointe la préparation hétérogène des ES non ESR pour la prise en charge d'un patient REB, certains ES étant plus impliqués que d'autres. Pourtant il s'agit bien, par leur nombre et leur répartition sur le territoire de la porte d'entrée majoritaire dans le système hospitalier français à un niveau opérationnel polyvalent.

Les questions peuvent autant porter sur le REB d'un patient suspect d'une fièvre hémorragique virale que d'un patient porteur d'une bactérie hautement résistante émergente (BHRe) en provenance d'un hôpital étranger.

L'expérience du Centre Hospitalier d'Ajaccio montre la création et le fonctionnement d'une équipe mobile d'infectiologie (EMI) gérant la prise en charge des malades dans les différents services en collaboration avec les microbiologistes et l'équipe opérationnelle d'hygiène avec un soutien déterminant de la direction.

Cette approche réactive et multidisciplinaire, à l'échelle de l'ES, permet la prise en charge rapide des interrogations diagnostiques incluant le REB et par là-même, des précautions préventives à mettre en place.

L'extension de la mission de l'EMI à l'ensemble de l'île en 2012 permet de déployer une mission d'avis et d'expertise en infectiologie et en antibiothérapie aux autres acteurs de la santé : référents antibiotiques des autres établissements, médecins généralistes, en coordination avec l'ARS de Corse. En 2016, les consultations ont occupé 30% de l'activité, contre 70% pour les activités transversales dont près de 50% pour les deux principaux ES non ESR de l'île, à Bastia et Ajaccio.

L'infectiologie transversale permet ainsi l'identification des événements justifiant un signalement, une aide au signalement (connaissance et rappel des circuits), une synthèse des données : cliniques, épidémiologiques, microbiologiques (recueil systématique de l'activité), le repérage précoce de cas groupés ou récurrents et l'incitation au signalement.

L'implication des ES non ESR dans le dispositif COREB pourrait faciliter la communication entre les différents échelons, des autorités sanitaires et des ESR, vers les ES non ESR. Dans le modèle proposé par l'Unité Fonctionnelle d'Infectiologie Régionale (UFIR) en Corse, l'infectiologue ou l'EMI se présente comme une interface avec les autres acteurs de la santé locaux (autres ES, médecins généralistes...) dans le domaine du REB. Les missions de l'EMI comportent également des actions de formations.

Ce dispositif s'apparente à une cellule de vigilance et d'intervention en temps réel sur le terrain mais sa pérennité n'est pas assurée et si celui-ci est jugé efficient il est nécessaire de l'inscrire dans le long terme à partir de financement spécifique pour l'animation de ces activités au niveau régional.

## **6. Conclusion – C Rabaud, Nancy et R Migliani, DGS**

Christian Rabaud et René Migliani concluent la journée en soulignant la diversité et la densité des échanges entre les acteurs et la nécessité de poursuivre la structuration du réseau des ESR sous la coordination des ARS zonales.

\*\*\*

**La 4<sup>ème</sup> journée COREB de rencontre des ESR se tiendra le jeudi 28 juin 2018  
à l'école du Val-de-Grâce**

\*\*\*

## 7. Remerciements

A l'UFR de Médecine, site Villemin, Université Paris Diderot, pour l'accueil réservé à la journée.

### Groupe SPILF-COREB-Emergences

Comité de pilotage : S. Alfandari (Tourcoing), H. Aumaitre (Perpignan), F. Bricaire (Paris), P. Brouqui (Marseille), J-M. Chapplain (Rennes), M-C. Chopin (Lille), H. Coignard (Lyon), B. Hoen (Pointe-à-Pitre), C. Leport (Paris), O. Lortholary (Paris), C. Chidiac (Lyon), C. Rabaud (Nancy), C. Rapp (Saint-Mandé), F. Roblot (Poitiers), J. Salomon (Garches), A. Merens (Saint-Mandé), N. Lemaitre (Lille), B. Lina (Lyon).

Autres membres : J. Beytout (Clermont-Ferrand), E. Bouvet (Paris), A. Cabié (Fort-de-France), F. Caron (Rouen), E. Caumes (Paris), Y. Hansmann (Strasbourg), F. Djossou (Cayenne), D. Malvy (Bordeaux), K. Faure (Lille), B. Marchou (Toulouse), C. Michelet (Rennes), M-P. Moiton (Saint-Denis), C. Perronne (Garches), F. Roblot (Poitiers), P-M. Roger (Nice), E. Senneville (Tourcoing), J-P. Stahl (Grenoble), R. Verdon (Caen), D. Vittecoq (Kremlin-Bicêtre).

### Intervenants :

B. Vallet (DGS), F. Roblot (Présidente de la SPILF), M Mora (Madrid), Y. Hansmann (Strasbourg), T. Pistone (Bordeaux), JM Chapplain (Rennes), A. Bleibtreu (Paris), T. Perpoint (Lyon), JM Philippe (DGS), J Salomon (Garches), P. Brouqui (Marseille), F. Spinhirny (Paris), S Jaureguiberry (Paris), MC Chopin (Lille), R. Migliani (DGS), A. Merens (Saint Mandé), N. Lemaitre (Lille), C. Rabaud (Nancy), C. Michelet (Rennes), C. Dolard (Rouen), E. Bougeard (Rennes), JL Pesce (Ajaccio), B Castan (Ajaccio).

### ESR participants

CHU Bordeaux Hôpital Pellegrin 33076 Bordeaux	CHU Saint Denis Site Félix Guyon Allée des Topazes 97400 La Réunion	AP-HP CHU Bichat- Claude Bernard 46 rue Henri Huchard 75877 Paris	CHU Rouen 1 rue de Germont 76031 Rouen
CH de Cayenne Av des flamboyants BP 6006 97306 Cayenne	CHRU Lille 2 av O. Lambret 59037 Lille	AP-HP CHU Pitié Salpêtrière 47 Bd de l'Hôpital 75013 Paris	HIA Bégin 69 Avenue de Paris 94160 Saint-Mandé
CHU de Martinique CS 90632 97261 Fort-de-France	HCL CHU de la Croix Rousse 69317 Lyon	AP-HP CHU Necker Enfants Malades 149 rue de Sèvres 75015 Paris	Hôpitaux Universitaires 1 Place de l'Hôpital 67091 Strasbourg
CHU Pointe-à- Pitre BP 465 97159 Pointe-à-Pitre	AP-HM CHU Nord Chemin des Bourrellys 13915 Marseille	CHU Rennes 2 rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes	CHRU de Nancy Rue du Morvan 54511 Vandœuvre-lès- Nancy

SMIT – ESR : P. Brouqui (Marseille), A. Cabié (Fort-de-France), F. Caron (Rouen), E. Caumes (Paris), C. Chidiac (Lyon), F. Djossou (Cayenne), M. Dupont (Bordeaux), K. Faure (Lille), Y. Hansmann (Strasbourg), B. Hoen (Point-à-Pitre), O. Lortholary (Paris), C. Michelet (Rennes), M-P. Moiton (Saint-Denis), C. Rabaud (Nancy), D. Andriamanantena (Saint-Mandé), Y. Yazdanpanah (Paris)

### Autres contributions

Rapporteur : M. Cabon (Saint Mandé)

Assistance - secrétariat : C. Chéneau, V. Le Goff

Cellule de coordination SCE : J-M. Chapplain, H. Coignard, C. Leport, C. Rabaud

## 8. Annexes

L'ensemble des diaporamas ainsi que les interviews filmées de quatre experts participants sont disponibles sur le site infectiologie.com, onglet COREB :

<http://www.infectiologie.com/fr/coreb.html>

Liste des diaporamas de la 3<sup>ème</sup> journée COREB de rencontre des ESR - 29 juin 2017 :

- J ESR 29 juin 17\_Messages forts\_C Leport
- J ESR 29 juin 17\_Unexpected event in Spain\_M Mora
- J ESR 29 juin 17\_Coz Est\_Y Hansmann
- J ESR 29 juin 17\_Coz Sud Ouest\_T Pistone
- J ESR 29 juin 17\_Coz Ouest\_JM Chaplain
- J ESR 29 juin 17\_Atelier 1\_RefTec-Cahier de charges ESR\_J Salomon & P Brouqui
- J ESR 29 juin 17\_Atelier 2\_S Jauréguiberry\_Retex-Patient suspect REB
- J ESR 29 juin 17\_Atelier 2\_MC Chopin\_Retex-Patient suspect REB
- J ESR 29 juin 17\_Atelier 4\_C Michelet Formation

Interviews vidéos de quatre experts participants :

- Préparation de la réponse au REB - Interview C Rabaud, Nancy
- Préparation à la prise en charge d'un patient REB en ESR - Interview C Michelet, Rennes
- Formation et mobilisation des soignants à la prise en charge d'un patient REB - Interview G Bendjelloul, Paris
- Préparation et réponse au REB d'un ES non référent – Interview B Castan, Ajaccio