

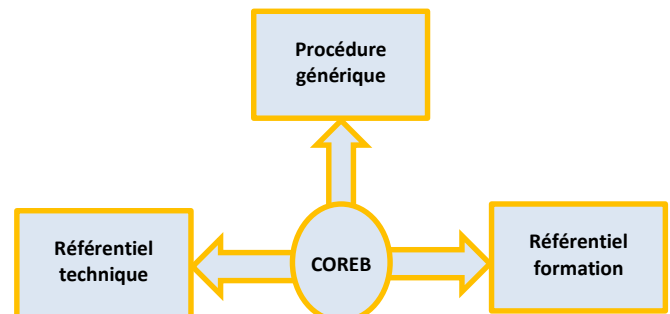
**A VOS AGENDAS ! Les 4<sup>èmes</sup> rencontres COREB-ESR se tiendront le lundi 25 juin 2018 à Paris**

### Editorial COREB – Promouvoir l’expertise collective des acteurs REB

Même si des efforts ont été réalisés en termes de prédiction, de prévention, d’anticipation, les maladies infectieuses émergentes, ou liées au REB, continueront de se présenter de façon soudaine et inattendue, avec des enjeux liés à la fois à la transmission inter-humaine d’un agent infectieux et à la gravité du tableau clinique avec létalité élevée.

Les exemples récents devraient sensibiliser les acteurs à la persistance du REB, que ce soit sur un mode épidémique de MERS-CoV à partir d’un patient admis aux urgences d’un hôpital en Corée du Sud en 2015, ou sous une forme isolée comme le patient hospitalisé à Madrid, 1<sup>er</sup> cas autochtone d’une fièvre hémorragique Crimée-Congo en 2016. De tels évènements étant rares, l’attitude recommandée pour les acteurs du système de santé est la *vigilance raisonnable*. La juste préparation face au risque en période inter crise doit pouvoir s’appuyer sur une organisation pluri-professionnelle où les responsabilités sont connues et sur une expertise multidisciplinaire.

Dans cet esprit trois documents, piliers de l’animation des ESR, sont proposés par la mission COREB nationale. Ces documents, sous la forme de recommandations professionnelles multidisciplinaires opérationnelles, ont pour perspective d’être évolutifs et modulables. Ils expriment la volonté de mettre en place des organisations pérennes inscrites dans la pratique soignante quotidienne, notamment de la gestion des urgences infectieuses « ordinaires ».



**Dépister, Protéger, Prendre en charge, Alerter, Orienter**

#### Les piliers de l’animation des ESR par la mission COREB nationale

- ✓ **La procédure générique** décrit les étapes incontournables de la prise en charge d’un patient suspect REB, agent connu ou non identifié.
- ✓ **Le référentiel technique pour le cahier des charges des ESR** établit en sept chapitres les caractéristiques d’un ESR nécessaires à cette prise en charge.
- ✓ **Le référentiel formation national** à destination du personnel des ESR propose un cadre pour aider à la mise en place des formations locales afin d’assurer un maintien des compétences, essentiel en période inter crise.

### Tribune des ESR – Coz Nord, ESR CHU de Lille

*Pilotage de la Coz REB Nord : Dr P Goldstein, Chef du pôle de l’urgence et du SAMU zonal, Dr R Joly, Médecin responsable SSE du SAMU zonal, P Vandewoestyne, Directeur Qualité Risques Vigilances, J Dusautois, Ingénieur coordonnateur SSE, Pr K Faure, Chef du service de Maladies Infectieuses, et Dr MC Chopin, PH du service de Maladies Infectieuses*

La Coz REB de la zone de défense et de sécurité Nord a pour mission d’organiser et de coordonner la prise en charge des patients « suspects », « cas possibles » et « cas confirmés » d’une infection REB. Coordinée par le CHU de Lille, ESR, elle bénéficie de l’expertise et de l’appui de ses référents REB et SSE. La particularité de la région est qu’il existe une adéquation géographique entre la région des Hauts-de-France et la zone Nord permettant la mise en place d’un parcours de soin sur l’ensemble de la région, en collaboration avec l’ARSz. La Coz REB assure les missions zonales, et contribue à la prise en charge de tels patients au sein de l’ESR, en concertation avec le COPIL REB de l’ESR. Ce dernier est une instance opérationnelle interne au CHU de Lille, et n’a donc pas vocation à organiser l’offre de soins en situation sanitaire exceptionnelle REB au niveau zonal.

La cellule se réunit chaque trimestre en période inter crise et autant que nécessaire en cas de crise sanitaire. Au niveau zonal, nous aspirons à établir un maillage pour fluidifier le parcours d'un patient « suspect » d'une infection REB : l'idée est d'identifier des ES de 1<sup>ère</sup> ligne capables d'évaluer de tels patients pour classement en « cas possible », en vue d'organiser ensuite leur hospitalisation au sein de l'ESR. Cela implique également d'identifier des référents REB au sein de ces ES, de mutualiser les procédures et d'organiser leur formation continue.

Ce partage des procédures a déjà été mis en place au sein de la zone lors de l'alerte Ebola. Le CHU de Lille avait mis à disposition des sessions d'information et de formation pour les ES de 1<sup>ère</sup> ligne, avec notamment la réalisation d'un film concernant l'habillage et le déshabillage, leur permettant d'acquérir des compétences et une expertise pour l'accueil et l'évaluation d'un patient « suspect » d'infection à virus Ebola.

Au CHU de Lille, nous poursuivons l'organisation du parcours patient au sein des services concernés en mettant l'accent sur l'élaboration des procédures, leur application et leur évaluation avec un programme de formation des professionnels de santé. Ainsi, en 2017, nous avons réalisé un exercice en situation réelle sur la prise en charge d'un patient suspect d'infection à MERS-CoV admis dans le service d'accueil des urgences et nécessitant secondairement un transfert en réanimation médicale. Nous sommes passés de la théorie à la pratique et l'ensemble des procédures a pu être évalué, puis réajusté.

Pour conclure, la prise en charge de tels patients requiert un partage de compétence et d'expertise, l'intervention de nombreux acteurs de santé, l'élaboration de procédures, l'organisation d'un « parcours patient » et une harmonisation des pratiques, qui apparaissent indispensables tant au niveau zonal, qu'au sein de l'ESR.

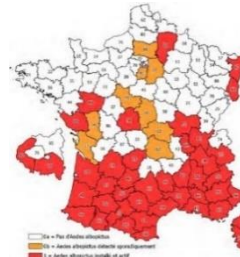
## Bibliographie REB

1. Barney S. Graham, et al. Novel Vaccine Technologies Essential Components of an Adequate Response to Emerging Viral Diseases. JAMA. 2018;319(14):1431-1432.
2. Carroll D, et al. The Global Virome Project. Science. 2018 Feb;359:872-874.
3. Negredo A, et al. Autochthonous Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in Spain. N Engl J Med. 2017 July;377:154-161

## Vigilance REB

**Campagne MERS-CoV : pèlerinage El Hadj.** Retours à compter du 24 août 2018, période de vacances estivales. Cette particularité invite à rappeler les nécessaires mesures pour dépister précocement, isoler et prendre en charge tout patient fébrile avec signes respiratoires jusqu'à 14 jours après retour d'Arabie Saoudite.

**Dengue à la Réunion.** Plus de 3700 patients cas probables ou confirmés de dengue sérotype 2 identifiés. A noter, l'implantation d'*Aedes albopictus* dans 42 départements cette année en métropole (source DGS 01/2018).



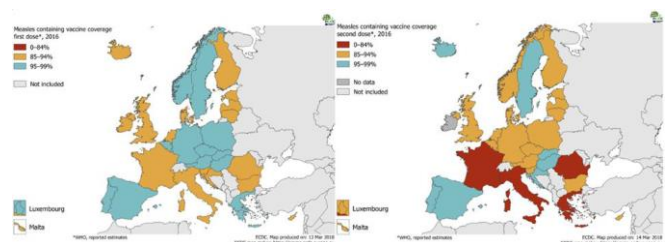
## Fièvres hémorragiques virales

- *Epidémie de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo.* A ce jour (30 mai) 50 patients cas probables ou confirmés, dont 25 décès. Risque d'extension régionale et internationale qualifié de faible (régions peu accessibles). Les ESR en France sont chargés de s'assurer de la possibilité de prendre en charge un patient suspect en toute sécurité.

- *West Nile en Grèce.* Réémergence depuis 2017, avec 45 cas confirmés, 135 cas probables, dont 26 formes neuro-invasives (5 décès).

- *Fièvre jaune au Brésil.* Du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 17 avril 2018, 1157 cas confirmés et 342 décès. Majorité des cas à Sao Paulo, Rio de Janeiro, Espirito Santo, Minas Gerais. Vaccination indispensable.

## Couverture vaccinale contre la rougeole en Europe



En France, décroissance de l'incidence – cependant l'épidémie 2017-2018 a été responsable de 513 hospitalisations (228 complications, 20 patients en réanimation et un décès).

## Nouvelles plateformes de formation

- OMS sur le REB : <https://openwho.org/>
- CDC (US) sur la communication de crise : <https://emergency.cdc.gov/cerc/training/index.asp>