

10^{ème} Journée nationale REB

Mardi 4 juin 2024 - Ecole du Val de Grâce (Paris)

Les points forts

DEROULÉ DE LA JOURNÉE

9h Accueil – *G Pelée de Saint Maurice (SSA)* Introduction – *M Baville (DGS)*

9h15 Nouveaux textes, nouveaux ESR, nouveaux enjeux – *JM Philippe (DGS)*

MATIN – Préparation aux grands évènements

- Surveillance et veille – *A Tarantola (SpF)*
- Bioterrorisme et grands évènements – *C Ficko (SSA)*
- Présentation de l'équipe nationale REB (EN REB) – *H Coignard (COREB) / C Leroy (ESR AP-HP)*
- Public health and the Olympic Games – challenges and opportunities – *B McCloskey (IOC Medical and Scientific Department)*
- Echanges avec la salle

DÉJEUNER

APRÈS-MIDI – Astreintes et alertes

- Actualités épidémiologiques – *F Goehringer (SPILF-Emergences)*
- Retex « prise en charge FHCC en Turquie » – *S Bessis / D Nguyen (SPILF-Emergences)*
- Classez un patient en direct ! – Animation : *M Revest (ESR Rennes)*
Retex « Patient REB cas possible »
M Mailhe (ESR Bichat AP-HP) / T Perpoint (ESR Lyon)
Discutantes – *S Burrel (SFM) / J Lizon (ESR Nancy)*

Conférence de clôture : les précautions standard protègent-elles de la transmission des agents émergents ? – *JC Lucet (ESR Bichat AP-HP)*

Introduction

Organisée par la mission COREB nationale en partenariat avec le groupe Emergences de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et le Service de Santé des Armées (SSA), la 10^{ème} Journée nationale REB a réuni les représentants des ESR REB, les membres des groupes de travail et partenaires de la mission COREB, ainsi que les représentants des opérateurs et autorités sanitaires régionales (ARS) et nationales.

La journée était placée sous le signe des « Grands évènements et alertes », notamment dans la perspective des Jeux olympiques et paralympiques (JOP) à venir en juillet, août et septembre. A cette occasion a été rappelée la place des ESR dont l'expertise et le savoir-faire jouent un rôle clé sur tout le territoire national, en lien avec les autres acteurs de la santé et du médico-social.

Menaces réelles et ressenties

Les différents intervenants ont souligné l'aspect multiple des risques et menaces, tout en mettant en garde contre la possible perte de chance pour les patients (procédures plus contraignantes, personnel surmobilisé) dès lors qu'il y a une suspicion de REB. Un intervenant britannique a fait un retour d'expérience des différents JO précédents, notamment ceux de Londres, montrant que la menace était souvent plus médiatique que biologique, et la décision politique plus rapide que la connaissance scientifique. Un protocole était mis en place pour toute alerte infectieuse grave, avec une définition de cas générique et la possibilité d'appeler un expert H24 : savoir avec quels interlocuteurs échanger lors d'une suspicion, et leur parler régulièrement, permet de limiter les fausses alertes fondées sur des signaux faibles tout en restant vigilant.

Dans ce contexte, la surveillance épidémiologique doit tout autant rassurer sur l'absence de risque que s'inquiéter des menaces réelles, en continuant de monitorer les possibles alertes dans les autres pays, comme l'ont rappelé les intervenants de Santé publique France et du groupe SPILF-Emergences. Quelques enjeux ont été identifiés pour la période des JOP 2024 : les arboviroses (dengue), la rougeole, la leptospirose. Des inquiétudes émergent aussi sur la circulation de la grippe H5N1. Les FHV, bien que très pathogènes et figurant en haut de la liste des maladies prioritaires identifiées par le Haut Conseil de Santé publique (HCSP), semblent peu probables dans ce contexte spécifiquement.

Parmi les menaces REB, figure également le bioterrorisme, notamment par aérosolisation, ou bien contamination d'eau ou d'aliments. La transmission interhumaine est alors un élément majeur pour la cinétique de crise, avec la nécessité de gérer à la fois la clinique et l'organisationnel. Il est alors essentiel de travailler de manière collective, en faisant remonter les informations du terrain, pour améliorer la prise de décision. A noter, les atteintes par toxine relèvent de l'expertise des ESR C et non REB : la coopération entre ESR est donc à privilégier.

Le diagnostic microbiologique en alerte REB

Tout au long de la journée, les intervenants ont rappelé le rôle essentiel du diagnostic microbiologique, qui permet de confirmer une suspicion ou bien un diagnostic alternatif, et dont la rapidité a un impact majeur sur la qualité des soins et les risques encourus. Des questions demeurent sur les modalités de la biologie au cours des différentes étapes du circuit du patient REB : la biologie courante en situation de suspicion REB, la question de l'envoi au CNR d'un prélèvement, l'arbitrage entre le transfert du patient en ESR ou bien son maintien en établissement de proximité tandis qu'on envoie le prélèvement, ont été évoqués. Dans tous les cas, la discussion entre le clinicien au lit du patient et les experts infectiologue et microbiologiste, incluant le CNR et le SAMU territorialement compétent, est essentielle à une prise de décision optimale au cas par cas.

Plusieurs retours d'expérience de classement de patients en REB avec une suspicion de FHV ont montré un délai de plusieurs heures entre l'admission en milieu protégé (service de maladies infectieuses armé avec une équipe entraînée) et le diagnostic. Ce délai peut être long et l'évocation d'un diagnostic de FHV peut intervenir pendant l'hospitalisation du patient (la suspicion), avec des prélèvements de biologie courante déjà réalisés sans précaution REB particulière. La question de l'usage de ces prélèvements initiaux à des fins diagnostiques a d'ailleurs été évoquée. Plus généralement, l'importante désorganisation générée par la suspicion

de FHV doit pousser à améliorer les circuits diagnostiques et travailler de manière collégiale, avec l'appui de procédures et *check-lists* à construire collectivement en amont des alertes.

Une attention particulière est à porter aux établissements d'outre-mer pour qui l'accès au CNR est beaucoup plus long et complexe, de même que le transport des prélèvements ou des patients qui dépend de compagnies aériennes et prestataires agréés.

De manière générale, les procédures doivent comprendre des circuits d'alerte bien identifiés, à chaque étape de la prise en charge, en s'assurant que tous les professionnels concernés soient préparés suffisamment en amont pour organiser leurs équipes. Par exemple, la communication SMIT-SAMU est toujours à privilégier très en amont car, même si la suspicion n'est pas confirmée, l'alerte pourra tenir lieu d'entraînement pour les équipes. Toute alerte REB doit remonter au point focal régional de l'ARS.

Protection et mesures barrières

Une expérience internationale : les échanges entre le groupe SPILF-Emergences et les collègues de Turquie ont permis d'aborder la question des mesures barrières dans un contexte épidémique de fièvre Crimée-Congo (1000 cas / an), montrant l'hétérogénéité des approches (très protective vs minimaliste) au sein du même pays.

Dans les zones endémiques, les patients ont accès sans restriction aux examens complémentaires et les mesures de protection sont minimalistes à l'inverse des grandes villes de l'ouest (comme Istanbul), où les conditions de soins sont plus exigeantes en termes de protection des soignants et de filières biologiques.

Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur le traitement spécifique et que la létalité en réanimation soit extrêmement élevée, les infectiologues turcs s'accordent à dire qu'il y a peu de transmission nosocomiale de la maladie, en dehors des formes hémorragiques, et qu'en cas d'AES, le traitement prophylactique post-exposition par ribavirine est efficace.

La conférence de clôture sur les précautions standard a permis de rappeler que ces dernières incluent également le masque et la friction hydro-alcoolique pour le patient, en plus des protections portées par les soignants. L'étude de la littérature montre l'hétérogénéité des pratiques et la faible observance des précautions standard dans les services d'accueil d'urgence. Les lunettes de protection sont très peu utilisées alors que le risque de contamination par projection dans les yeux est réel. En situation d'alerte, le choix des EPI doit se faire de manière collective en tenant compte du degré de suspicion, du pathogène évoqué, de l'état du patient (notamment excréteur ou non) et du type de soins prodigués. La collégialité de la décision permet de dégrader la protection quand c'est nécessaire, en emportant l'adhésion des professionnels. Il peut par exemple être contre-productif de se surprotéger, car le port d'EPI complexe augmente la fatigue des équipes et donc le risque d'erreur au déshabillage, entraînant un risque plus élevé de contamination.

Enfin, hors alerte identifiée, toute personne du système de santé doit savoir repérer le risque REB et se protéger a minima, comme cela est rappelé par l'ensemble des recommandations promues par les sociétés savantes concernées.

Nouvelles organisations

Nouveaux textes et leur application

Présentés par la DGS, les textes qui encadrent le nouveau dispositif ORSAN REB et plus largement la réponse du système de santé français aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) sont parus au début de l'année 2024 :

- décret du 3 janvier et arrêtés du 18 janvier avec cahier des charges et liste des ESR
- circulaire ministérielle du 16 février 2024 ;
- guides de mise en œuvre de ces textes : aide à la préparation d'ORSAN, guide méthodologique de préparation aux tensions hospitalières et SSE ;
- notes techniques de cadrage : formation aux SSE, décontamination hospitalière (en cours), Equipe nationale REB (EN REB, en cours).

Pour rappel, le dispositif ORSAN REB repose sur trois piliers : la planification opérationnelle, la formation (notamment AFGSU et nouvelle plateforme EHESP), et les moyens logistiques. Au niveau régional, il doit faire l'objet d'une construction collective sous l'égide des ARS et inclure tous les acteurs, en s'appuyant sur les retours d'expérience. En particulier, il s'appuie sur l'expertise de l'établissement de référence régional (ESRR) REB qui est la tête de pont du réseau des professionnels de santé. L'ESRR REB est donc responsable de la prise en charge du patient REB et de l'animation du réseau régional (ville, hôpital et médico-social), avec la possibilité de passer le relais à l'ESR de niveau national (ERSN) en cas de situation plus complexe, par exemple pour un patient atteint d'un pathogène REB de groupe 4.

Equipe nationale REB

L'équipe nationale REB est une équipe dédiée au transport et à l'expertise de patients REB de groupe 4, adossée aux SAMU des six ESR REB nationaux. Sa composition et son fonctionnement font l'objet d'une note de cadrage rédigée par des groupes de travail dédiés, composés notamment de ses futurs membres, pilotés par la mission COREB nationale, à la demande de la DGS. Une première session de formation nationale de cette équipe a été organisée en mai 2024 et sera suivie d'une seconde en octobre. Elle comprend notamment la manipulation et la gestion des caissons Epishuttle qui seront affectés à l'équipe.

Une première configuration de l'Equipe nationale REB permettra de répondre aux besoins générés par l'organisation des JOP, et des travaux complémentaires seront réalisés pour affiner son organisation et la consolider.

Conclusion

Il est important de souligner les sollicitations plus nombreuses en situation de grands événements et la nécessité d'une organisation robuste, et de circuits d'alerte et de communication fluides et accessibles à l'échelon régional, entre l'expertise du terrain (ESR) et les autorités de santé (ARS).

Les nouveaux textes et crédits associés à la création du Centre de Crises Sanitaire à la DGS permettent d'appréhender au mieux ces nouveaux défis.

En outre, la poursuite des rencontres entre ESR, et des retex sur des situations cliniques réelles, sont un gage de montée en compétence pour tous. Ils rappellent l'importance de l'accès rapide à

un diagnostic microbiologique fiable, et de l'application des mesures d'hygiène de base en routine.

La mission COREB nationale poursuivra son rôle d'animation et de coordination, véritable carrefour des connaissances et des pratiques. Elle saura inspirer et appuyer les initiatives de coordinations pour les autres risques sanitaires, tels que le risque radiologique (CORRAD), le risque chimique (CORTOX) et les situations d'afflux massif de victimes (CORAMAVI).

Quelques ressources utiles

Mission COREB nationale :

<https://www.coreb.infectiologie.com/>

<https://www.coreb.infectiologie.com/fr/carte-des-etablissements-de-sante-de-referance-esr-pour-le-reb.html>

(carte des établissements de santé de référence)

Ressources épidémiologiques :

<https://www.coreb.infectiologie.com/fr/epidemiologie.html>

(renvoie vers les principales sources fiables d'information épidémiologique liée au REB)

Dispositif ORSAN :

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/le-dispositif-orsan-cadre-integre-de-preparation-et-de-reponse-du-systeme-de>

(textes et guides du Ministère de la Santé)

Transport REB en microbiologie :

<https://www.sfm-microbiologie.org/actualites/transport-de-matieres-infectieuses-et-agents-biologiques-du-reb/>

(procédures validées par la SFM pour le transport des prélèvements)