



Organisation de la réponse du système de santé à la prise en charge des infections émergentes

Thierry Debord
Christophe Rapp



Déclaration d'intérêts de 2012 à 2015

- **Intérêts financiers : aucun**
- **Liens durables ou permanents : aucun**
- **Interventions ponctuelles : aucune**
- **Intérêts indirects : aucun**

Organisation de la réponse opérationnelle en France

La réponse à une infection émergente avec risque d'introduction sur le territoire national fait appel à **trois ensembles de mesures** visant à :

1. freiner l'introduction du virus sur le territoire national
2. assurer la préparation du système de santé à la prise en charge des patients
3. assurer la communication vers les professionnels de santé, les services de l'Etat et le grand public

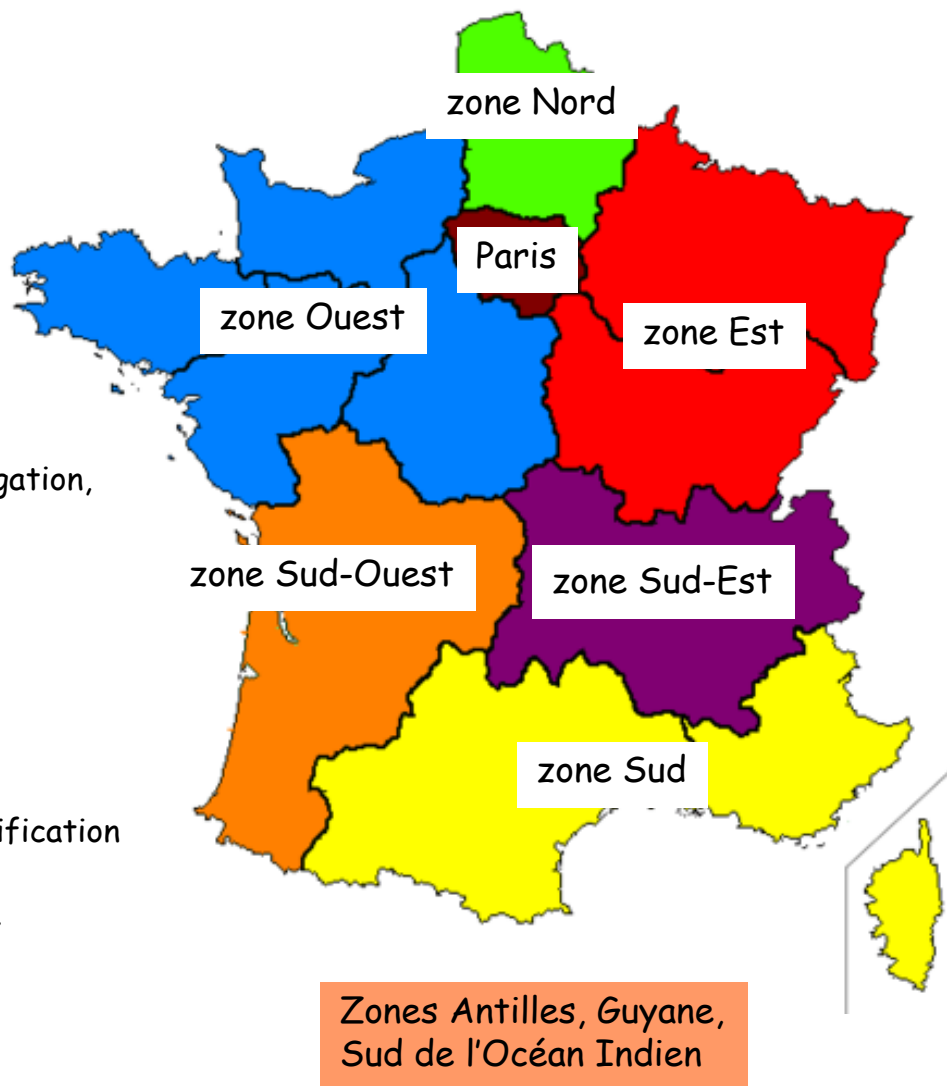
Modalités de prise en charge des patients

La **doctrine** de prise en charge des patients repose sur 3 axes :

- la **détection précoce** des cas suspects ou possibles
- la prise en charge de ces cas dans une **filière spécialisée**
rôle central du SAMU-C15, de l'ARS-CIRE,
de l'infectiologue référent
- l'identification et la prise en charge éventuelle des **personnes contact**

Organisation territoriale

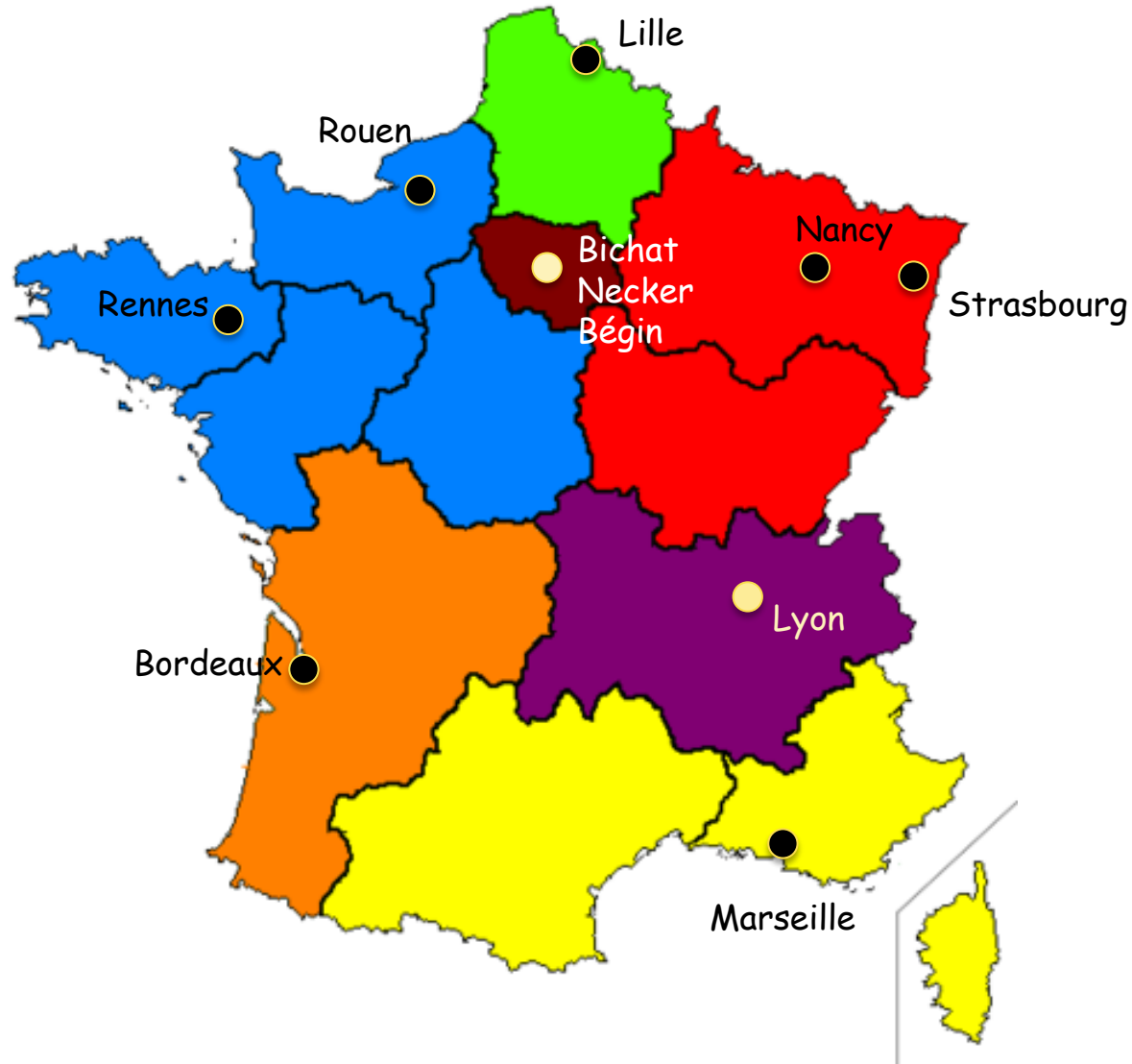
- **101 départements (dont 5 OM)**
 - **Professionnels de santé** (Médecins libéraux, Établissements de santé, SAMU, Réseaux sentinelles, ...)
 - Détection des signaux
 - Mise en œuvre de la réponse
- **18 régions (dont 5 OM) : ARS**
 - **Établissements de santé (CHU/CHR)**
 - Réception, analyse des signaux, investigation, évaluation
 - Coordination de la réponse
- **10 zones de défense et de sécurité (dont 3 OM) : ARS de Zone**
 - **ESR**
 - Coordination inter-régionale de la planification et de la réponse
 - Répartition des moyens de défense civile



Liste des établissements de santé référents zonaux et des ESR habilités Ebola - janvier 2016

| Zones de défense | Région | Nom établissement (ESR) |
|-----------------------|---|--|
| Nord | Nord-Pas-de-Calais -Picardie | CHU de Lille (ESR) |
| Ouest | Bretagne, Centre-Val de Loire Normandie, Pays de la Loire | CHU de Rennes (ESR) CHU de Rouen (ESR) |
| Paris | Ile de France | Hôpital Necker (AP-HP) - enfants malades (ESR) Hôpital d'instruction des armées Bégin Hôpital Bichat (AP-HP) (ESR) |
| Sud | Provence-Alpes-Côte d'Azur Corse, Languedoc-Roussillon- Midi-Pyrénées | Hôpital Nord (AP-HM) (ESR) |
| Sud-Est | Auvergnes-Rhône Alpes | Groupement Hospitalier Nord, Hôpital de la Croix-Rousse (ESR) |
| Sud-Ouest | Aquitaine-Limousin-Poitou- Charentes | CHU de Bordeaux (ESR) |
| Est | Alsace-Champagne-Ardenne- Lorraine, Bourgogne-Franche- Comté | CHU de Strasbourg (ESR) CHU de Nancy (ESR) |
| Sud de l'Océan Indien | La Réunion, Mayotte | CHU de la Réunion (ESR) |
| Antilles | Guadeloupe Martinique | CHU de Pointe à Pitre CHU de Fort de France (ESR) |
| Guyane | Guyane | CH de Cayenne |

Liste des établissements de santé référents zonaux et des ESR habilités Ebola -Métropole- janvier 2016



Missions des ESR

Dans la zone de défense, les établissements de santé de référence sont chargés :

- D'apporter une **assistance technique** à l'agence régionale de santé de zone ;
- D'apporter une **expertise technique aux établissements de santé** sur toute question relative à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- De conduire des actions de **formation** du personnel des établissements de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- De proposer à l'agence régionale de santé de zone une **organisation de la prise en charge médicale des patients et des examens biologiques**,
- D'assurer le **diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients**.

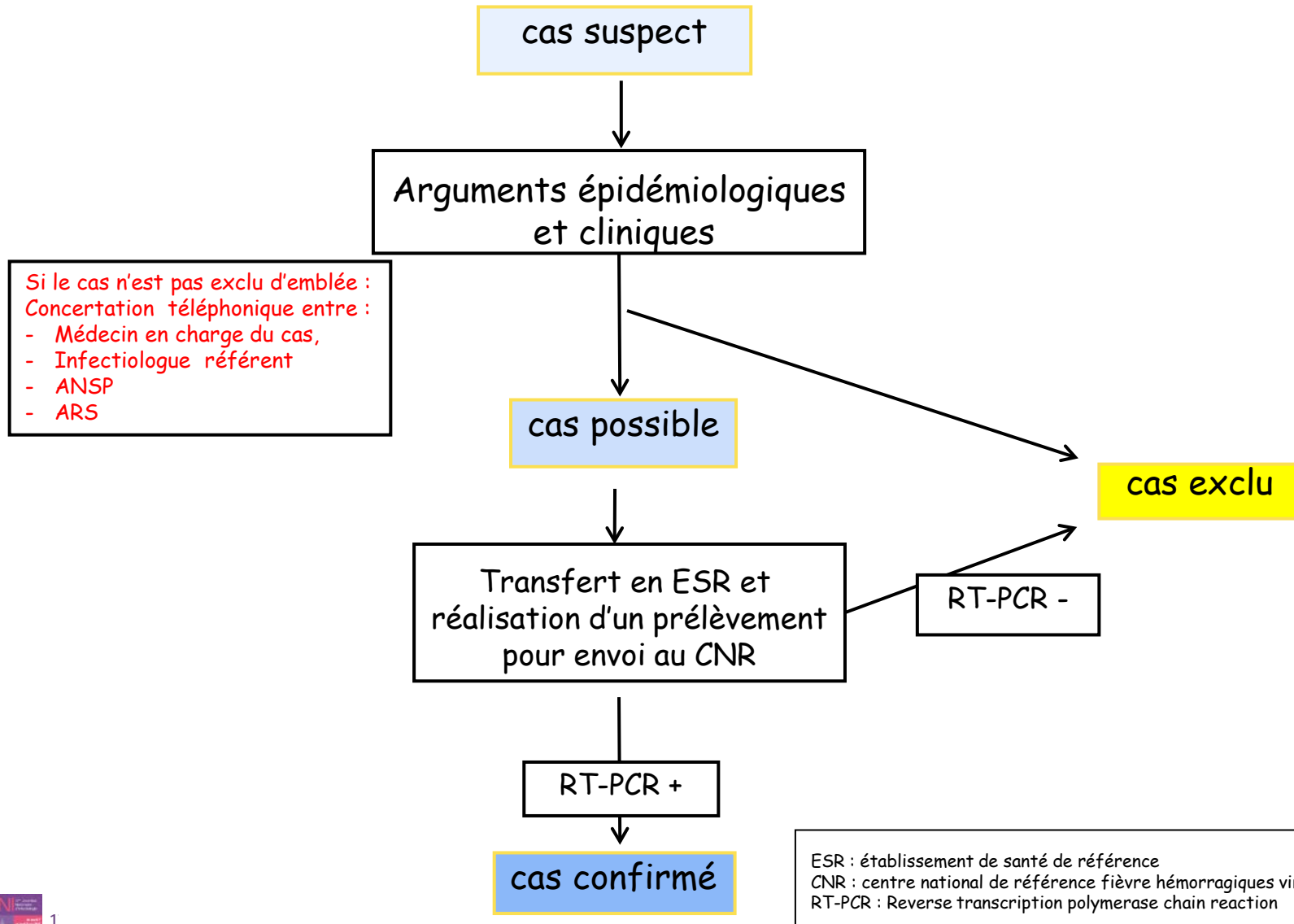
La mission nationale CO-REB

Mission nationale de **coordination sur le risque épidémique et biologique** dans le cadre d'un partenariat entre la DGS, la DGOS, la SPILF et l'AP-HP.

La mission nationale CO-REB est chargée :

- d'animer les cellules opérationnelles zonales des ESR dans le domaine du risque épidémique et biologique. Elle s'appuie sur le réseau des services de maladies infectieuses des **ESR** et le **groupe SPILF-COREB-Emergences**
- d'apporter à la DGS et à la DGOS une expertise et un appui à la préparation et à la réponse
- d'élaborer et de diffuser des **procédures opérationnelles** de prise en charge des patients
- d'assurer une mission d'expertise clinique de terrain incluant des activités de **recherche**

Ebola : principes de classement



Ebola : doctrine de prise en charge des patients

Le rôle de tout **professionnel** :
détection

**Pays à risque depuis moins de
21 jours + fièvre**

Si oui cas **SUSPECT**

Le 15
+ ARS CIRE ANSP

Exposition à risque

Si oui, cas **POSSIBLE**

Transfert vers **l'ESR** habilité du territoire

Stratégie

patient « isolé » chez lui, au cabinet,
dans le service d'urgence... :

Le 15 régle

Stratégie

SAMU SMUR transporte vers l'ESR

INFO Ebola

Gestion des suspicions de FHV évolution

Le contexte

- fin de l'épidémie de MVE, risque d'importation limité
- même situation pour les autres FHV
- fin du dispositif de surveillance renforcée, retour au dispositif de DO

Le principe

séparer la phase d'expertise initiale de la phase de mise en œuvre des mesures de gestion en évitant la mise en place immédiate d'une gestion nationale

Le schéma proposé

- l'expertise de la pertinence d'une suspicion de FHV doit revenir au **clinicien et à l'infectiologue référent, en lien avec le CNR**

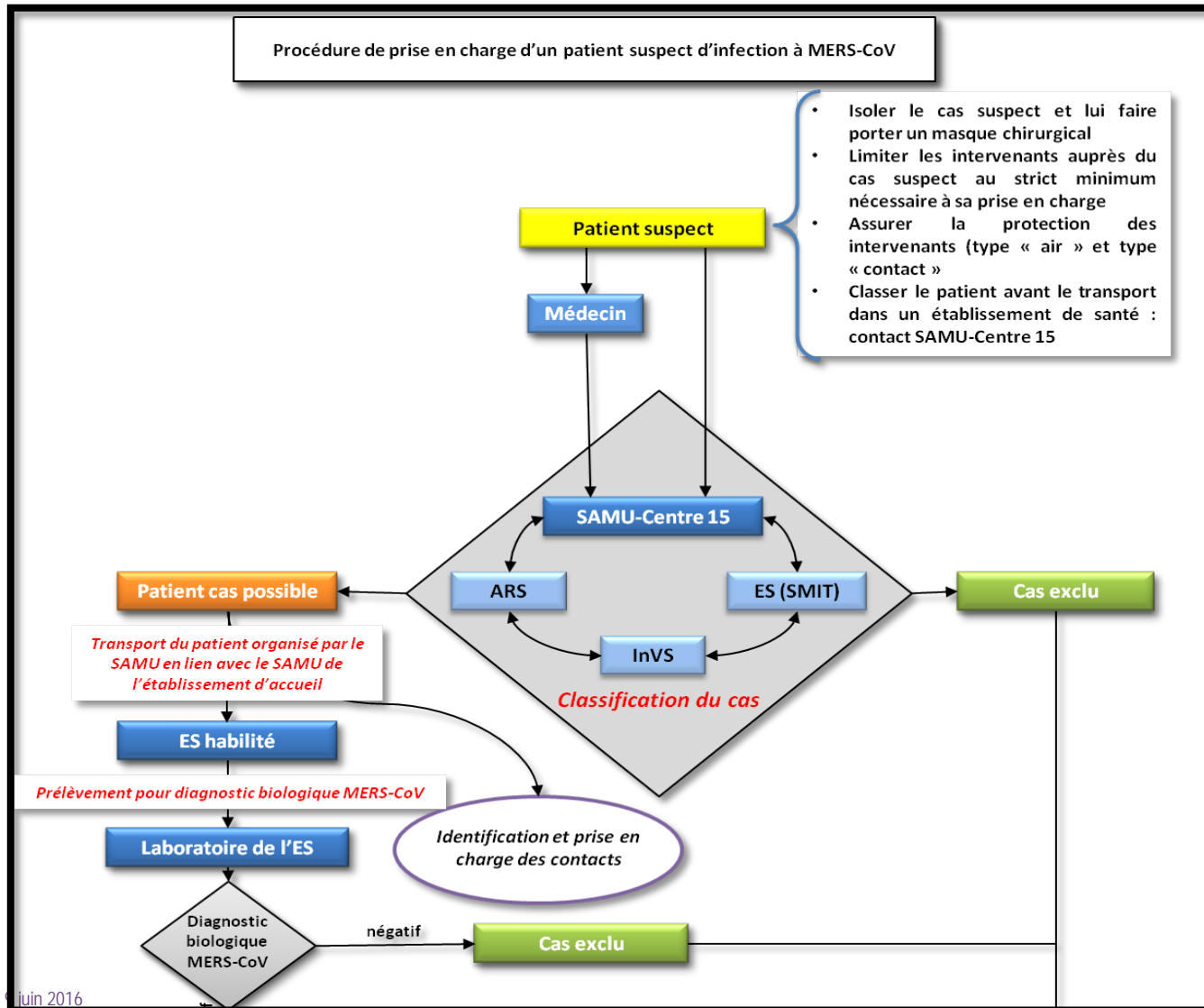
Gestion des suspicions de FHV

- à l'issue de cette expertise, si la suspicion est retenue :
 - des prélèvements sont adressés au CNR
 - le clinicien informe sans délai l'ARS et le CNR informe l'ANSP
 - l'ANSP informe la DGS/CORRUS
- à l'issue de cette information, le signalement entre dans sa phase de gestion
- gestion initiale d'un cas suspect de FHV
 - nécessité d'une **procédure de compromis entre sécurité du patient et des soignants et pragmatisme**
 - si l'ES d'accueil répond au cahier des charges garantissant des capacités de prise en charge dans des conditions de sécurité :
 - pas de transfert systématique vers ESR dans l'attente des résultats du CNR
 - **transfert réservé aux cas confirmés et aux cas particuliers**

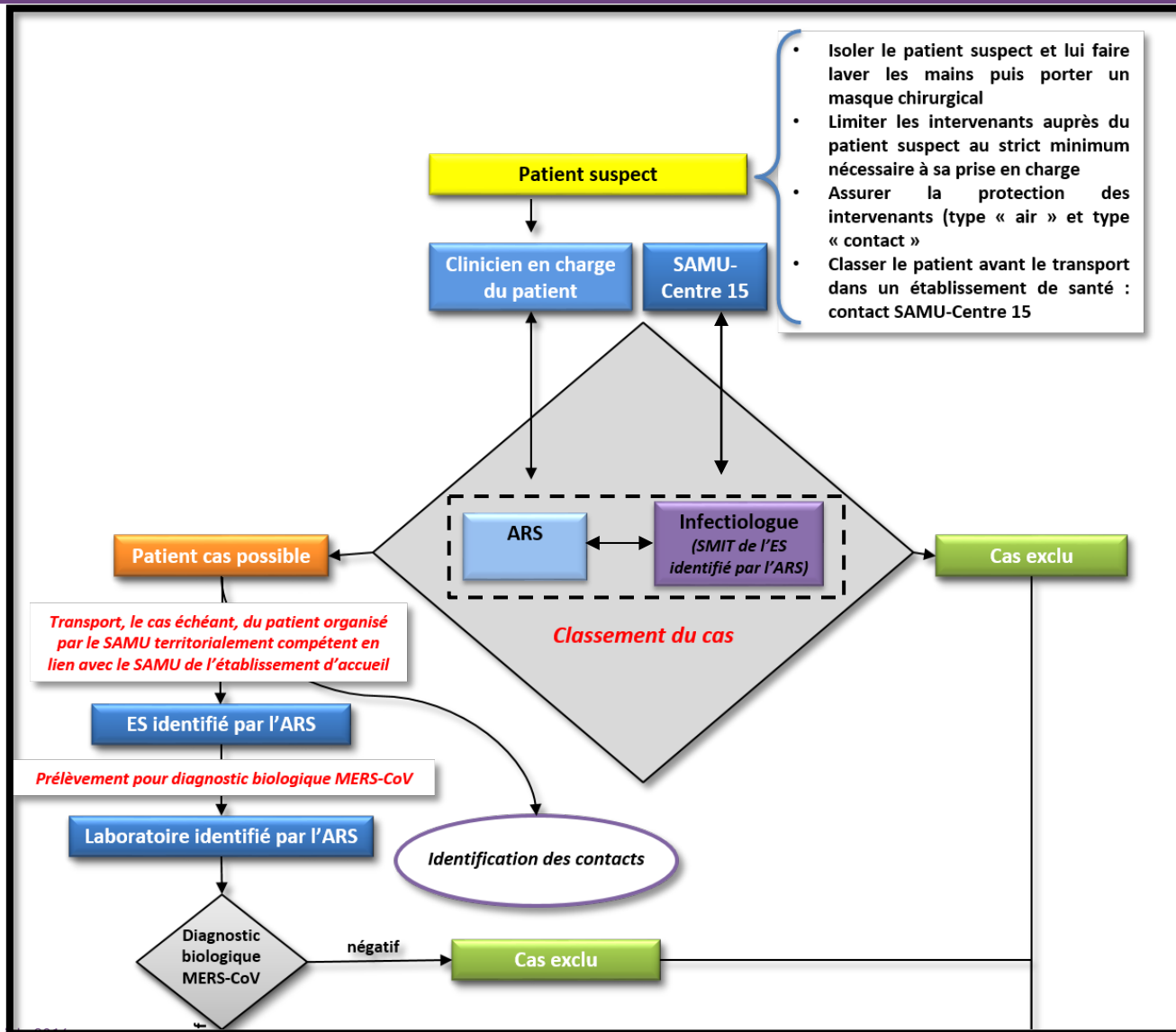
Gestion des suspicions de FHV

- évaluation de la capacité de l'ES d'accueil à mettre en œuvre les mesures de protection évaluée par le clinicien, l'infectiologue référent et l'ARS.
Travail d'identification et de préparation en amont effectué par l'ARS.
- circuit de l'information:
 - le CNR informe le prescripteur des résultats
 - le CNR informe l'ANSP et la DGS/CORRUSS
 - la DGS/CORRUSS informe l'ARS

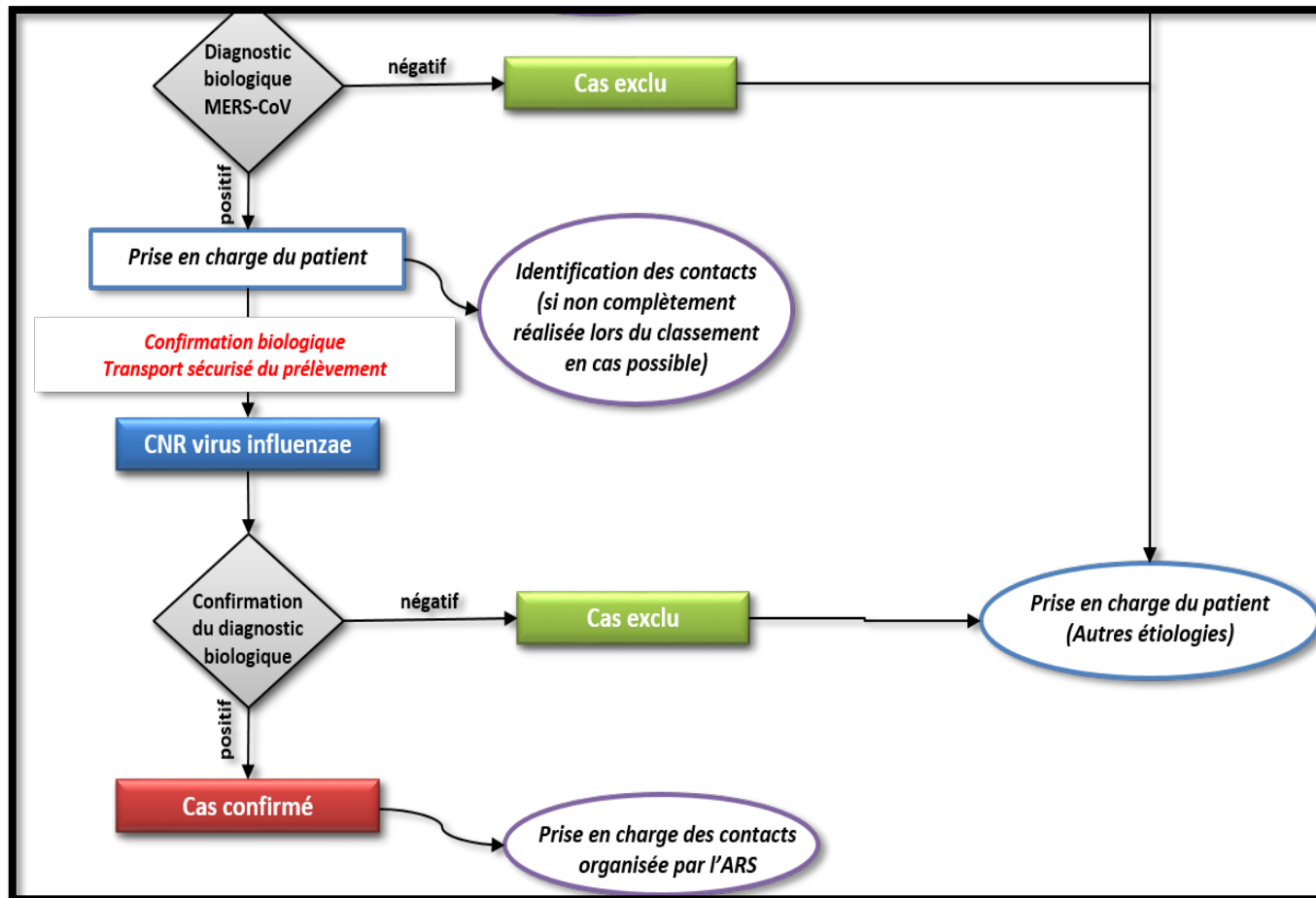
MERS-CoV : doctrine de prise en charge



MERS-CoV : doctrine de prise en charge évolution



MERS-CoV : doctrine de prise en charge



Modalités de prise en charge des patients réflexions

La doctrine actuelle de prise en charge des cas possibles ou confirmés vers des ESR habilités ou des ES identifiés est-elle adaptée à l'ensemble des risques infectieux émergents ?

Réfléchir à une **évolution du modèle de prise en charge** des patients à haut risque infectieux prenant en compte :

- l'agent infectieux émergent avec son degré de contagiosité et son impact sur la population
- le maillage des ESRH (à revoir ?)
- les scénarios d'anticipation de risques
- le niveau de sécurité biologique requis pour la prise en charge des patients
- le rôle et l'implication des ES de proximité

Modalités de prise en charge des patients réflexions

Etablir un **cahier des charges** précis (installations, équipements, personnels, formation) pour les ES en capacité d'accueil de ces patients.

Sécuriser et accélérer le diagnostic biologique des cas en développant le **transfert des capacités** de diagnostic du CNR vers les ES habilités à prendre en charge ces patients.

En sortie de crise, envisager la délocalisation du classement des cas, avec le rôle des infectiologues, l'ANSP assurant la centralisation des résultats.

Merci pour votre attention

NAISSANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

y rencontrerions deux obstacles : en premier lieu la longueur, si nous étions tentés de prendre l'une après l'autre toutes les maladies et de chercher leur origine. Le second obstacle, le plus grave, c'est que, du fait de leur nombre, chacune de nos hypothèses, en elle-même soutenable, prendrait l'allure dangereuse d'une vie de microbe romancée.

Nous en avons dit assez pour que le lecteur se rende compte de l'opinion qu'on peut se former sur l'origine des maladies infectieuses.

IL Y AURA DES MALADIES INFECTIEUSES NOUVELLES

Les essais de la nature dans la voie de la création de maladies infectieuses nouvelles sont aussi constants qu'ordinairement vains. Ce qui s'est passé aux époques anciennes où, par exception

la nature a réussi un essai, se répète à tous les instants présents et se répétera de même toujours.

Il y aura donc des maladies nouvelles. C'est un fait fatal. Un autre fait, tout aussi fatal, est que nous ne saurons jamais les dépister dès leur origine, que, lorsque nous en aurons notion, elles seront déjà toutes formées, adultes pourrions dire. Elles apparaîtront comme Minerve apparut, sortie tout armée du cerveau de Jupiter. Comment

— 129 —

NICOLLE.

9



NICOLLE Charles - 1866-1936
Médecin et bactériologiste français

