

L'esprit de « la Lettre COREB » est de faciliter le partage d'informations et d'expériences entre les professionnels de santé de terrain confrontés aux pathologies infectieuses émergentes, à travers le réseau national des 16 établissements de santé référents (ESR). La tribune des ESR donne la parole à un ESR. L'objectif est de les inviter à s'approprier cette Lettre pour construire et animer les réseaux des ES de la zone. La rubrique Info-Actus est une sélection de quelques repères documentaires clés. La lettre COREB s'inscrit dans une volonté de participer à préparer une réponse cohérente de tous les acteurs, de toutes disciplines, concernés par la prise en charge globale des patients suspects d'infection REB.

1. Activité COREB – Point d'étape et projet 2015-2016

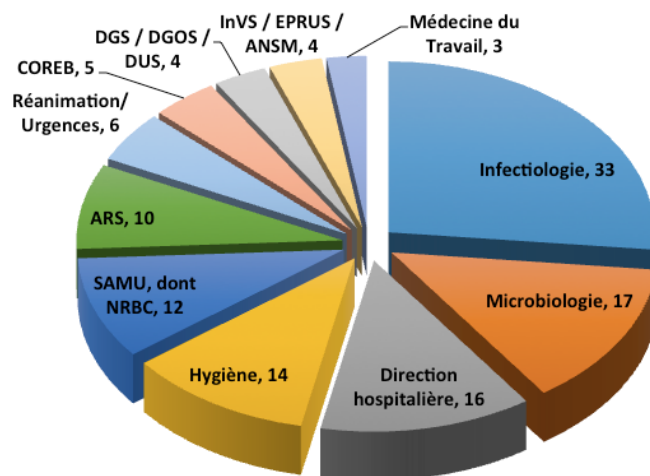
La **première journée des ESR** a été organisée le 3 juillet 2015, par la SPILF et son groupe COREB Emergences (SCE), avec le soutien des autorités sanitaires, DUS-DGS-DGOS. Elle a réuni 125 professionnels, médecins et non médecins, autour de présentations plénières et d'ateliers professionnels (prise en charge des patients, diagnostic microbiologique, mobilisation des soignants et aspects architecturaux). Elle a conduit aux constats et propositions suivantes :

- La forte mobilisation des acteurs multidisciplinaires témoigne d'une volonté de partager et de croiser les expériences, et de participer à la construction d'une expertise professionnelle opérationnelle.
- La maintenance d'une activité collective intercrise du réseau des ESR pourrait s'appuyer sur les retours d'expériences concrètes, la formation, la recherche. Le maintien de cette activité nécessite la mise en adéquation et optimisation des moyens dédiés aux ESR, et leur renfort, selon les besoins.
- Il est proposé de mettre en place des ateliers de travail animés par les ESR sur les questions prioritaires.

De cette production collective émane le **projet de plan d'action 2015-2016**, présenté au premier Comité de Pilotage de la mission COREB nationale prochainement. La mise à jour de la Procédure générique COREB, dont la première version date de 2009, intégrera les expériences des cinq dernières années, et sera soumise à analyse critique et validation par tous les membres du réseau. La mission d'animation du réseau COREB comportera :

- 1)Le développement d'un projet d'animation du réseau des ESR - méthodologie, outils et évaluation - conjuguant productions interactives entre ESR, interactions avec les autorités sanitaires, et développement des projets d'animation zonaux en liaison avec les ES des zones.
- 2)Une journée annuelle de restitution et d'échanges sur les travaux réalisés, supports d'une dynamique de construction et de maintenance.
- 3)La poursuite et la consolidation de travaux communs avec les autres sociétés savantes partenaires.
- 4)Une inscription progressive cohérente dans l'environnement européen et international.

Participants à la première journée des ESR – 3 juillet 2015



Calendrier prévisionnel :

- European EBR clinical working meeting, 17 nov. 2015, report 2 février 2016
- 2^{ème} Rencontre annuelle COREB-ESR, 30 juin 2016

« Tout seul, on va plus vite. Ensemble, on va plus loin »

La lettre COREB est l'occasion pour tous de contribuer à la moduler de leurs commentaires bienveillants et constructifs

Pour le clinicien* : vigilance REB

* à partager avec les médecins de premiers recours (service des urgences, médecins généralistes) et médecins d'autres spécialités



ACTU EBOLA :
Extinction progressive de l'épidémie en Afrique de l'Ouest. Guinée : plus de contacts suivis depuis le 15.11.2015. Libéria : nouveau cluster de cas, redéfini zone à risque depuis le 20.11.2015. Sierra Leone : sorti de la zone à risque

Réactivation d'une infection Ebola : oct. 2015, méningite et virémie chez une infirmière écossaise sortie « guérie » du *Royal Free Hospital* en jan. 2015. Vaccination par le rVSV-ZEBOV sur la base du volontariat de 26 personnes contacts. Données intermédiaires de **phase 3 sur efficacité et tolérance du vaccin** : AM Henao-Restrepo et al. Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine expressing Ebola surface glycoprotein: interim results from the Guinea ring vaccination cluster-randomised trial. *Lancet* 2015.

ACTU MERS-CORONAVIRUS

Source ECDC : Distribution of confirmed MERS cases by place of probable infection, as of 13.10.2015 (n=1616)



Retour du pèlerinage du **Hadj 2015** : recrudescence de patients suspects et cas possibles, **pas de cas confirmé**. Le patient symptomatique sans signes de gravité à domicile est parfois difficile à faire évaluer cliniquement.

Publication Coréenne (cluster de juin 2015) : étude du mode de transmission du virus du patient source vers différentes personnes contacts dans un service des urgences, via l'analyse des vidéosurveillances (Taeun Kim, et al. Transmission among health care worker contacts with a Middle East respiratory syndrome patient in a single Korean center. *Clin. Microbiol. and Infection* 2015).

Importance des **transmissions nosocomiales et intrafamiliales** à domicile.

POLIOMYELITE (POLIO SAUVAGE) : 2 pays endémiques : Pakistan et Afghanistan. ☞ Vacciner les voyageurs.

GRIPPE SAISONNIERE : Pour hiver 2015-2016, hémisphère Nord, à partir des donnes hémisphère Sud, efficacité attendue des vaccins. Un vaccin inactivé quadrivalent (AMM à partir de 3 ans) et un vaccin vivant atténué quadrivalent intra-nasal (AMM de 2 à 17 ans) sont disponibles pour la 1^{ère} fois en France.

GRIPPE AVIAIRE (H7N9) : Une 4^{ème} vague a commencé. Depuis 2013, 679 cas confirmés virologiquement dont 275 décès. ☞ Devant un tableau respiratoire fébrile grave, penser au diagnostic en cas d'exposition dans les zones épidémiques (Provinces Sud de Chine).

WEST NILE : 1^{er} cas autochtone depuis 2003 en France métropolitaine (Nîmes, octobre 2015). Le virus circule dans le Gard, l'Hérault et les Bouches-du-Rhône, avec présence concomitante du vecteur *Aedes albopictus*.

Atelier « Mobilisation / formation des soignants », journée ESR 2015 - M. Deschouvert, C. Dolard (NRBC/SAMU, Zone Ouest), Pr C. Rabaud (co-coordonnateur groupe SCE, Zone Est)

Au sortir de l'alerte Ebola, l'atelier « métier » « Mobilisation et formation des soignants » a été en grande partie consacré aux contraintes des formations habillage / déshabillage spécifiques. **Les EPI** (Equipement de Protection Individuelle) recommandés et distribués au sein des SAMU et des ESRH (Etablissements de Santé Référent Habilité) par l'EPRUS (Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires) ne devant laisser aucune partie de peau apparente, nécessitent pour leur utilisation optimale un protocole d'habillage et de déshabillage très spécifique. Aussi, les professionnels de santé prenant en charge des patients suspects ou cas possibles/avérés de Maladie à Virus Ebola devaient avoir acquis, par le biais d'une **formation inscrite au plan de formation institutionnel**, cette technicité qu'ils doivent désormais entretenir. A Rouen, Nancy et dans la plupart des ESRH, les formations ont été réalisées par des formateurs eux-mêmes aguerris à l'usage de ces EPI, s'appuyant sur des ressources internes à l'établissement, comme les Assistants-NRBC. Ces personnels, formés par les Missions NRBC, sont des professionnels motivés par le sujet d'autant plus qu'ils seront valorisés pour cette action. Un financement complémentaire à la MIG qui assure leur rémunération peut être obtenu grâce à la reconnaissance de ces actions comme action de Développement Professionnel Continu (retour sur investissement possible pour les établissements cotisants par exemple à l'ANFH (Association Nationale de Formation du personnel Hospitalier)). Pour revenir sur ces temps d'habillage et de déshabillage en secteur de soins, la présence d'un **superviseur**, en retrait des soins directs, apparaît comme un atout majeur. Le rôle de ce superviseur doit être bien défini et il ne doit intervenir que pour évaluer, ou à défaut identifier, un écart. L'équipe doit pouvoir le solliciter à tout moment pour un conseil. Il aura un regard vigilant pour veiller au strict respect du protocole de déshabillage notamment, pour éviter toute source d'erreur due à la fatigue, au thermo-stress. En cas d'accident exposant à un fluide biologique, il veillera à ce que le soignant soit impérativement déshabillé dans la zone dédiée avant la prise en charge spécifique de son exposition. La mise à disposition et la parfaite maîtrise de l'usage des EPI est la meilleure parade à **l'évocation du droit de retrait**. Pour mémoire, ce droit n'est opposable qu'en cas de danger imminent et grave pour sa vie, sa mise en œuvre ne devant pas engendrer une nouvelle mise en danger d'autrui (Loi 82-107 du 23 décembre 1982 et article L4131-1 du code du travail). Dès l'instant où le directeur de l'établissement fournit aux professionnels de santé les éléments de protection et la formation à leur utilisation, ce droit ne peut plus être invoqué. Aujourd'hui, **l'entretien de ces connaissances** par un suivi régulier de re-formation nécessite du temps, une motivation conservée, et des besoins financiers, trois éléments qui encore ne semblent pas encore avoir été complètement solutionnés. Au delà de cette seule problématique de l'habillage, et afin de limiter toutes sources de stress et d'interrogation autour de la prise en charge de ces patients, il est nécessaire d'**informer** tous les professionnels de santé ainsi que les diverses instances des établissements de santé par voies de forum, réunion d'information plénière et par la réalisation d'exercices qui permettent de visualiser ce que représente cette prise en charge spécifique.