

Parcours de prise en charge d'un patient REB en Ile-de-France

Journée annuelle CPIas IDF

Dr Morgane Mailhe

Référente ESR REB IDF

Hôpital Bichat – Claude Bernard

9 avril 2026

- **Risque Epidémique et Biologique**
- **Les agents pathogènes du REB**
- **Dispositif ORSAN**
- **Organisation REB en Ile-de-France**
- **Déclenchement de l'alerte REB**
- **Prise en charge d'un patient REB**



- **Ce risque est lié à:**

la possibilité d'être confronté à un agent pathogène biologique inhabituel

- soit nouveau / émergent

- soit nouvellement décrit dans une partie du monde inhabituelle

- + toute menace liée à un agent biologique (bioterrorisme)

agent pathogène biologique répandu de manière accidentelle / malveillante

Ces agents pathogènes sont transmissibles entre êtres humains

et peuvent être responsables d'épidémies / pandémies



- **Les pathogènes émergents**

- Accroissement régulier des voyages internationaux

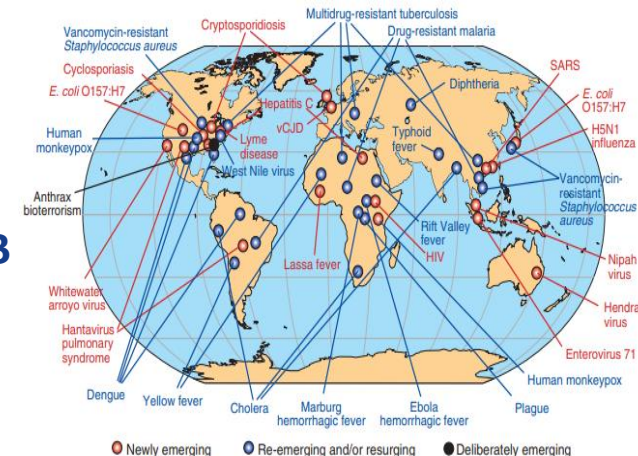
- Répartition aléatoire sur le territoire

- **La prise en charge d'un patient suspect d'une infection REB**

- Nécessité d'une levée de doute rapide

- Perte de chance d'un patient en isolement REB

- Risque pour les personnes contacts / soignants



Le REB désorganise le système de santé, car il peut :

- Apparaître à l'intérieur même du système du système de santé (par exemple chez un patient déjà hospitalisé chez qui on ferait le diagnostic après plusieurs jours d'hospitalisation)
- Toucher les soignants, entraînant un affaiblissement du système de soins en charge de la réponse
- Il peut aussi provoquer des attitudes irrationnelles chez les agents non informés sur le risque et/ou non formés aux procédures
- Enfin il peut se développer sur le long terme et de manière exponentielle (le nombre de patients peut augmenter en quelques semaines au point de déborder le système de santé)

Agents pathogènes du REB

Coordination Opérationnelle
Risque Épidémique et Biologique



Nature du risque	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Susceptible de provoquer une maladie chez l'homme	NON	OUI	GRAVE	GRAVE
Constitue un danger pour les travailleurs	-	OUI	SERIEUX	SERIEUX
Propagation dans la collectivité	-	PEU PROBABLE	POSSIBLE	RISQUE ELEVE
Existence d'une prophylaxie ou d'un traitement efficace	-	OUI	OUI	NON



Viral Haemorrhagic Fevers

Similar clinical forms observed : fever associated with hemorrhages and multiorgans/cardiovascular failure for the most severe cases

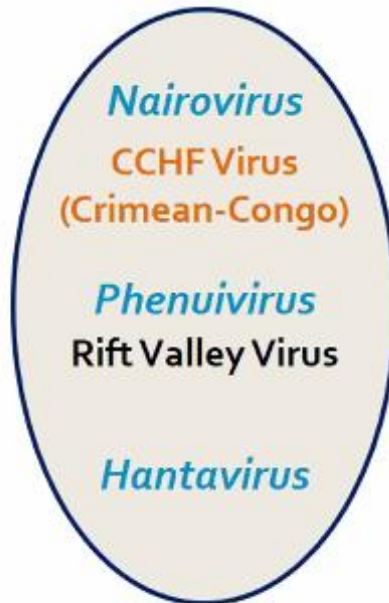
Induced by 3 families of RNA viruses

Flavivirus



† <5%

Bunyavirales



† 10-50%

Arenavirus



† 10-15%

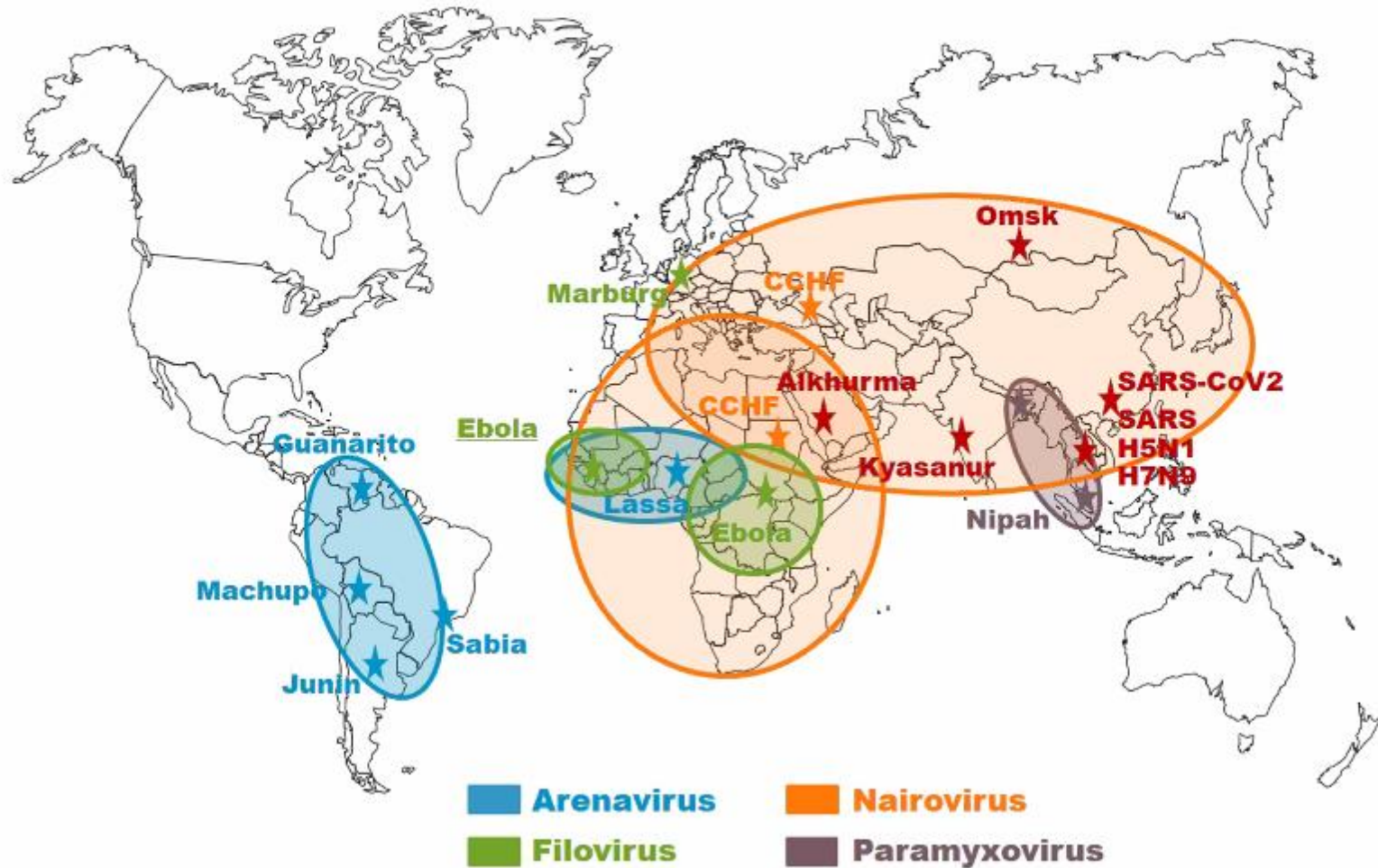
Filovirus



† 50-90%

No really effective treatment, very limited vaccines

Emergence and geography





Outbreaks 2014-2026

VIRUS	YEAR	COUNTRIES
Ebola	2014 2014-2017-2018-2020-2021-2022 2021 2020-2022 2025	Guinea - Sierra Leone - Liberia RDC Guinea Uganda RDC - Uganda
Marburg	2014-2017 2021 2022 2023 2024	Uganda Guinea Ghana Equatorial Guinea – Tanzania Rwanda
Lassa	2016 2017 - 2018 2021 2023 2025 (Lassa-Like)	Benin – Liberia - Nigeria Nigeria - Liberia Guinea Nigeria Chad
CCHF	2014 - 2023 2016 (2013)	Pakistan – Iran – Iraq – Turquie Espagne

➔ Public health problem in constant evolution



Ebola (maladie à virus)

Écologie des ebolavirus

Cycle enzootique

Un nouvel élément de preuve désigne avec une forte probabilité les chauves-souris comme les réservoirs-hôtes des ebolavirus, bien que les modes locaux de maintenance et de transmission enzootiques du virus au sein des populations de chauves-souris demeurent inconnus.

Les ebolavirus :

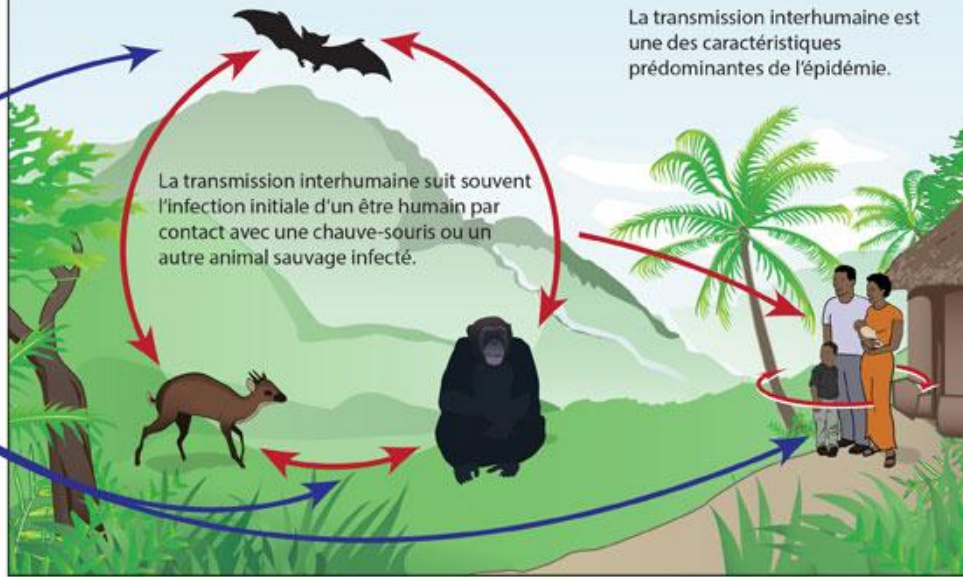
- Le virus Ebola (anciennement virus Ebola-Zaire)
- Le virus du Soudan
- Le virus de la Forêt de Tai
- Le virus Bundibugyo
- Le virus Reston (non humain)



Cycle épizootique

L'épizootie provoquée par les ebolavirus se manifeste de façon sporadique, entraînant une forte mortalité chez les primates non humains et les céphalopodes (duikers), susceptible de précéder l'apparition de cas chez l'être humain. Les épidémies dues aux ebolavirus entraînent chez

l'être humain une forme aiguë de maladie, à l'exception du virus Reston qui ne donne aucune pathologie détectable chez l'être humain. On ne sait presque rien du mécanisme de passage du virus chez l'être humain, déclenchant des vagues de transmission interhumaine et une épidémie



Durée d'incubation: 2 à 21 jours

Symptômes: début brutal,
fièvre, asthénie, myalgies, céphalées
puis vomissements, diarrhées, hémorragies



Transmission par contact direct avec:

- des liquides biologiques de personnes infectées (vivantes ou non) : sang, salive, urine, lait maternel, sueur, selles, vomis et sperme
Persistence du virus : dans le corps de personnes décédées / cérémonies funéraires et dans le sperme jusqu'à plusieurs mois après la guérison de personnes contaminées
- des objets contaminés par les liquides biologiques de patients infectés (aiguilles, linge)
- des animaux infectés lors de leur préparation, de leur cuisson ou de leur consommation (antilope, éléphant, chauve-souris, singe, etc.)

Pas de transmission par voie aérienne

Virus EBOLA connu depuis 1976
de 1976 à 2013 : 1500 morts, létalité 70 à 90%
vs Paludisme : 600 000 morts par an

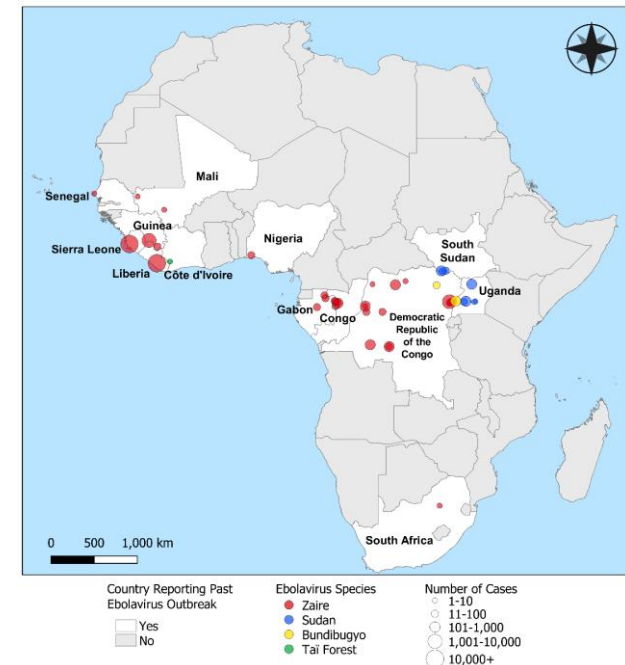
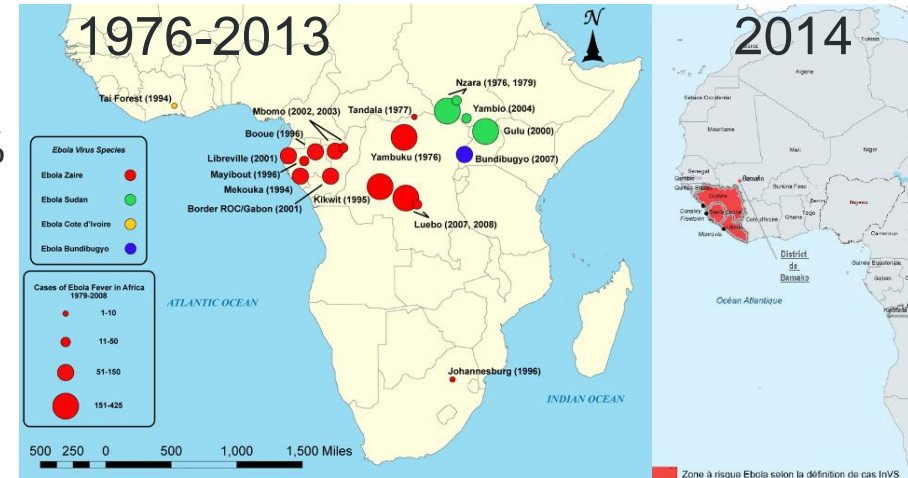
Epidémies de maladie à virus EBOLA

- 2014-2016 Afrique de l'Ouest (Sierra Leone, Libéria, Guinée)
- 2017-2020 RDC
- 2021 Guinée / RDC
- 2022 Ouganda / RDC

03/2025 Ouganda:

épidémie de maladie à virus du Soudan
14 cas (12 confirmés + 2 probables)
dont 4 décès (2 confirmés + 2 probables)

09/2025 RDC: 64 cas et dont 45 décès
(taux de létalité 70%)



Fièvre hémorragique de Crimée-Congo



Durée d'incubation:

dépend du mode de contamination

- Après une piquûre de tique: 1 à 3 j,
- Après contact liquide biologique infecté: 5 à 6 j

Symptômes:

J1 début brutal, syndrome pseudo-grippal aspécifique

J3-J7 phase hémorragique avec vomissements, diarrhées, hématurie, hématomène

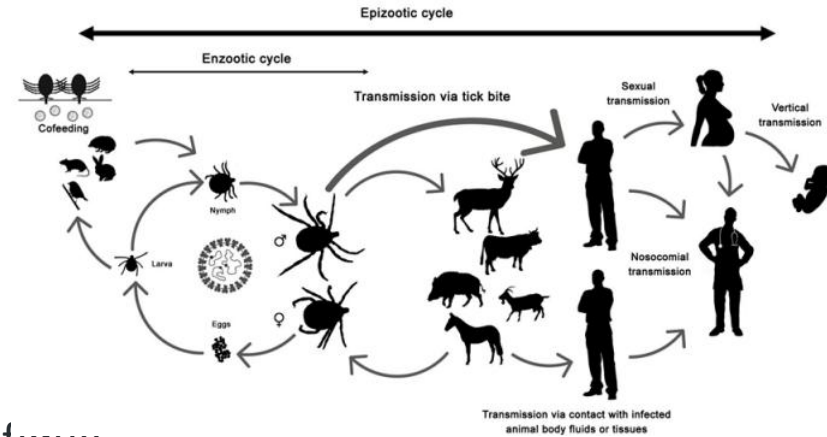
J10-J20 phase de convalescence, troubles de l'attention, syndrome dépressif

Hôtes: grand nombre d'animaux sauvages et domestiques (bovins, moutons, chèvres, autruches)

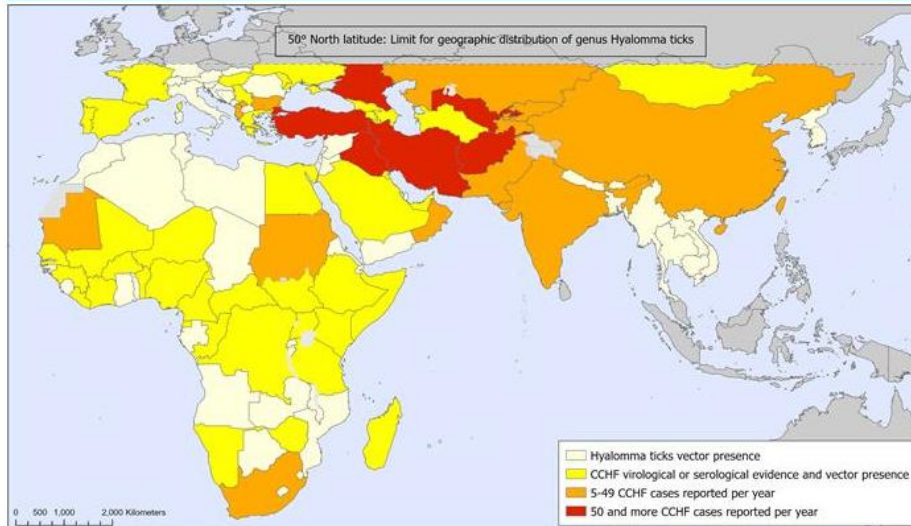
Transmission:

- Principalement par des tiques dures de avril à juillet
- Transmission interhumaine par contact direct avec liquides biologiques de sujets ou animaux infectés ou indirect avec objets souillés

Pas de transmission aérienne



Geographic distribution of Crimean-Congo Haemorrhagic Fever (2022)



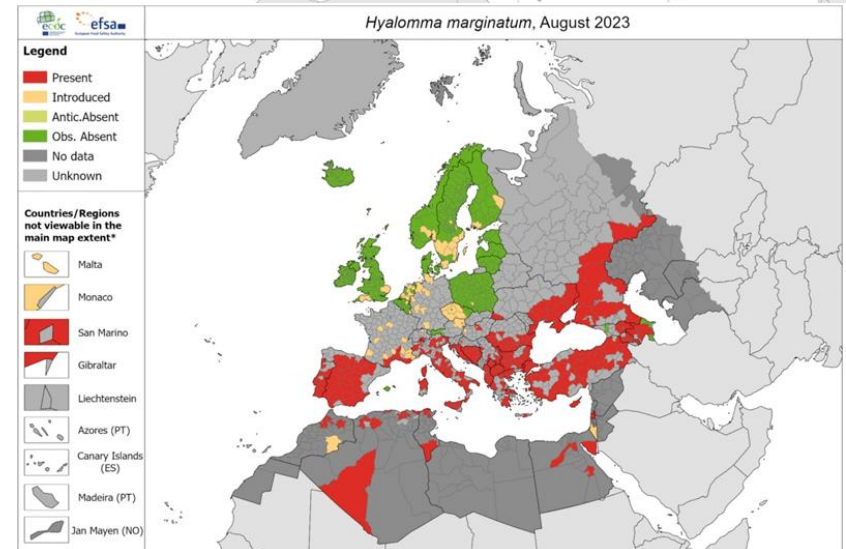
The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: WHO - Viral Haemorrhagic Fevers (VHF)
Map Production: Jewgeni Bader, EYE Secretariat
Map Creation Date: 01 September 2022



- Asie, Afrique, Balkans, Europe Sud / Est
- 2016: cas autochtones en Espagne
- 2023: détection du virus de FHCC dans des tiques de l'espèce *Hyalomma marginatum* collectées sur des bovins des Pyrénées-Orientales
- Aucun cas autochtone détecté en France

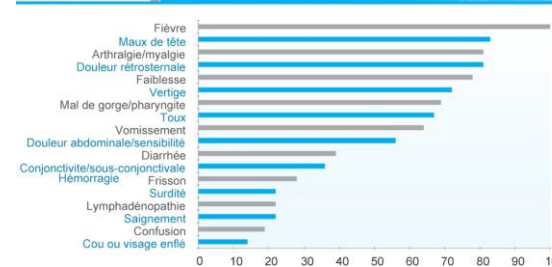
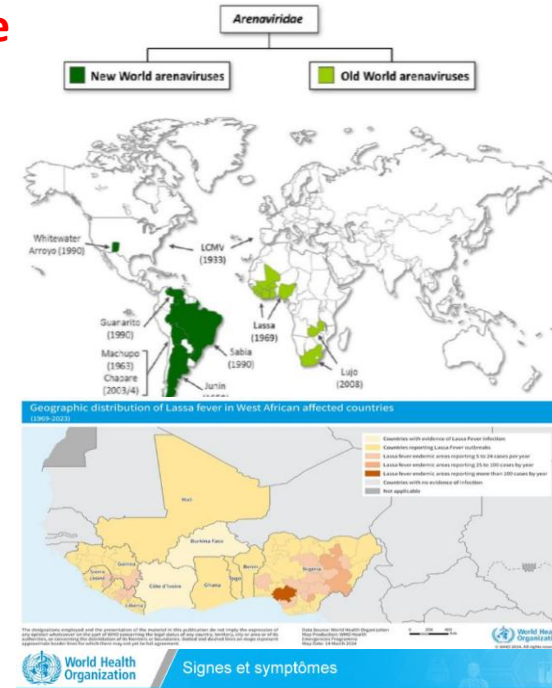
Figure 1. Regions of infection (in orange) for Crimean-Congo haemorrhagic fever cases infected via tick bites, EU/EEA, 2013–present



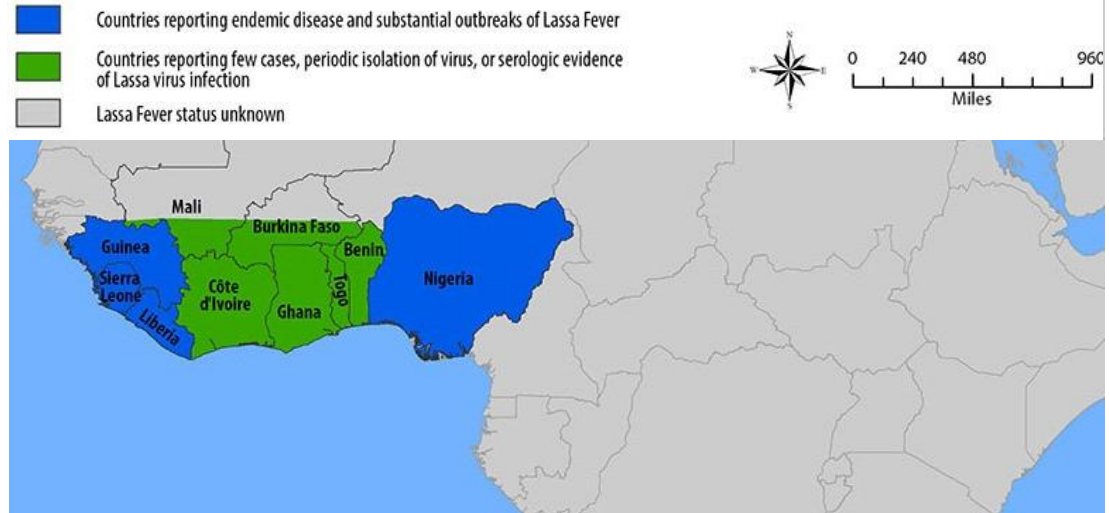


Fièvre de Lassa

- **Pathogène du groupe 4**
- Réservoir : rongeur *Mastomys natalensis*
- **Première fièvre hémorragique virale d'importation au monde**
- **Incubation** : 2 à 21 j (moyenne 10 j)
- **Signes cliniques** : Asymptomatique 80% des cas, Fièvre, Sd pseudo grippal, odynophagie, toux, nausées, vomissements, diarrhées
Phase d'état J4-7: signes hémorragiques muqueux 30-40% épistaxis, hémorragies sous-conjonctivales, gingivorragies, hématurie microscopique, rectorragies œdème face et cou très évocateur ++ signes neurologiques, méningo-encéphalite
- **Exposition** : voyage en zone d'alerte épidémique/endémique
- **Transmission**: contact direct avec le rongeur ou contact indirect par ingestion d'aliments contaminés par les déjections du rongeur (urines, selles)
Transmission interhumaine possible mais moins fréquente (liée au soins, sexuelle, contact direct avec liquides biologiques). Travailleur dans un laboratoire FHV.



LASSA FEVER DISTRIBUTION MAP



Endémique au Bénin, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Sierra Leone, Togo et Nigeria, mais elle existe probablement aussi dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest

La fièvre de Lassa est endémique au Nigeria le pic annuel des cas humains est observé pendant la saison sèche (décembre à avril)

Lassa Fever Situation Report

Epi Week 12: 16th – 22nd March 2026

Key Points

Table 1: Summary of the current week (12), cumulative Epi week 1-12, 2026 and comparison with the previous year (2025)

Reporting Period	Suspected cases	Confirmed cases	Probable cases	Deaths (Confirmed cases)	Case Fatality Rate (CFR)	States and LGAs affected (Confirmed cases)
Current week (week 12)	271	51	0	13	25.5%	State(s):12 LGA(s):25
2026 Cumulative (week 12)	3564	637	5	160	25.1%	State(s):22 LGA(s): 91

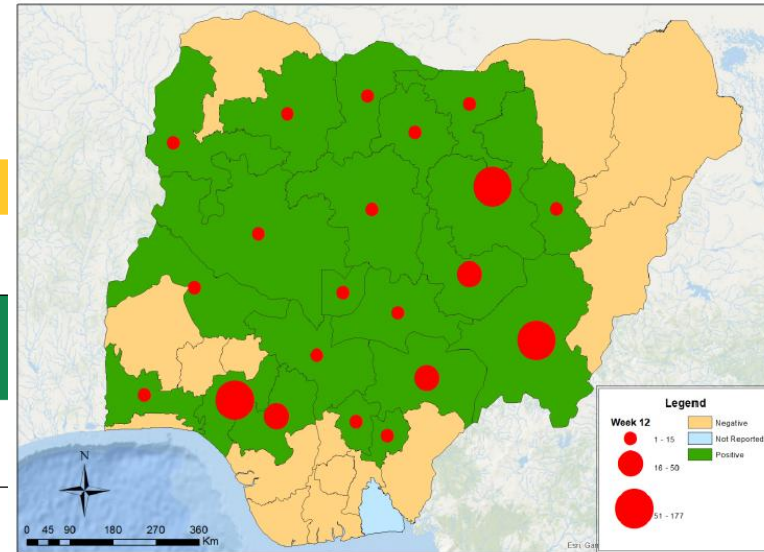


Figure 2. Confirmed Lassa fever cases by States in Nigeria, week 12, 2026

Nature du risque	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Susceptible de provoquer une maladie chez l'homme	NON	OUI	GRAVE	GRAVE
Constitue un danger pour les travailleurs	-	OUI	SERIEUX	SERIEUX
Propagation dans la collectivité	-	PEU PROBABLE	POSSIBLE	RISQUE ELEVE
Existence d'une prophylaxie ou d'un traitement efficace	-	OUI	OUI	NON

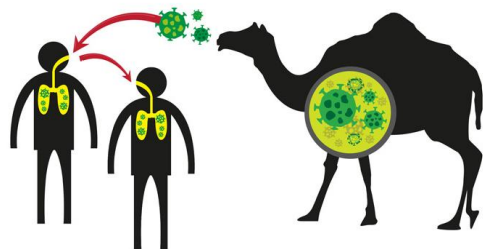


Middle East respiratory
syndrome coronavirus
(MERS-CoV)

Durée d'incubation: 5 à 15 jours

Symptômes:

Syndrome de Détresse Respiratoire Aigu
OU pneumopathie avec signes radiologiques
+ oxygénodépendance
+ fièvre > 38° C
OU diarrhées fébriles chez immunodéprimé



**Patient suspect = signes cliniques
(< 14J après exposition)
ET exposition compatible**



Surveillance des infections liées au MERS-CoV

(Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus)

Définition de cas

Document mis à jour le 10 juin 2024

La définition de cas n'a pas été modifiée par rapport à celle du 04 juillet 2022.

Cas possible :

a) Tout personne présentant un tableau clinique sévère avec :

- Un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)

OU :

- Une pneumopathie hypoxémiante définie par une oxygénorequérance associée à des anomalies sur l'imagerie de thorax, avec une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$

ET :

- Ayant voyagé ou séjourné dans un pays à risque (listés ci-dessous) dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes.

b) Tout personne présentant un tableau clinique d'infection respiratoire aiguë, quel que soit le niveau de gravité :

ET au moins une des expositions à risque listées ci-dessous, dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes :

- Contact (ex : famille, soignants) avec un cas possible ou confirmé lorsque que celui-ci était malade (i.e. symptomatique) ;
- Activité professionnelle ou hospitalisation dans un établissement de soins situé dans un pays à risque (cf. liste ci-dessous) ;
- Contact proche avec un dromadaire ou un produit issu de l'animal (lait non pasteurisé, viande crue, urine) dans un pays à risque (cf. liste ci-dessous).

Pour les personnes immunodéprimées ou présentant une pathologie chronique, il faut considérer également la survenue d'un syndrome fébrile avec diarrhée et/ou tableau clinique sévère.

Exposition : dans les 14 jours précédant les symptômes

Transmission:

- Contact direct ou indirect avec un dromadaire infecté ou un produit issu de l'animal (lait non pasteurisé, viande crue, urine) dans un pays à risque
- Transmission interhumaine possible: contact proche avec un cas confirmé OU hospitalisation / activité professionnelle dans un établissement de santé

Transmission interhumaine limitée en dehors des structures de soins



Fig. 2. Community versus hospital acquired MERS cases in Eastern Mediterranean Region, January 2014 – October 2023

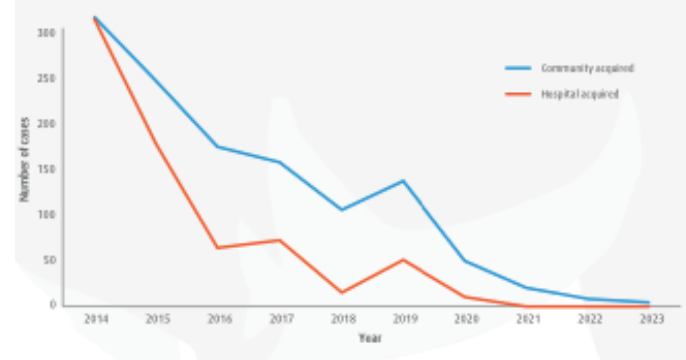


Figure 1. Distribution of confirmed cases of MERS by place of infection and month of onset, April 2012 to March 2026

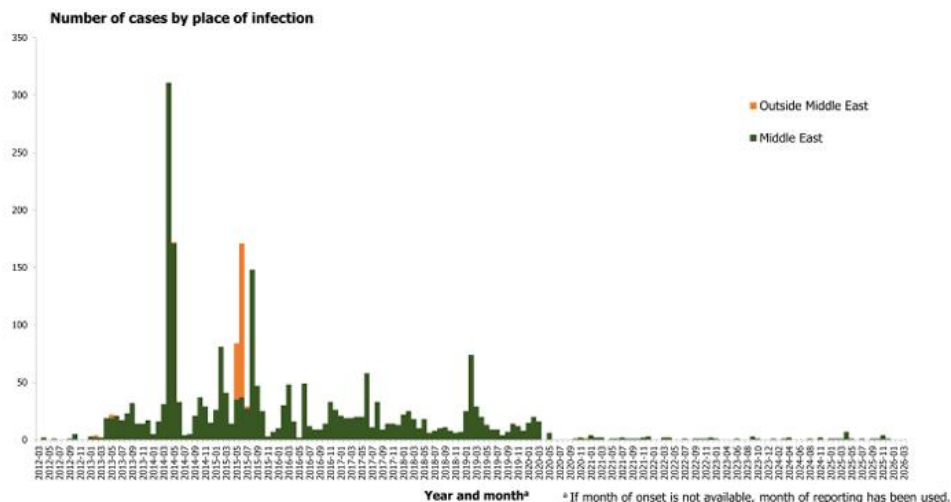
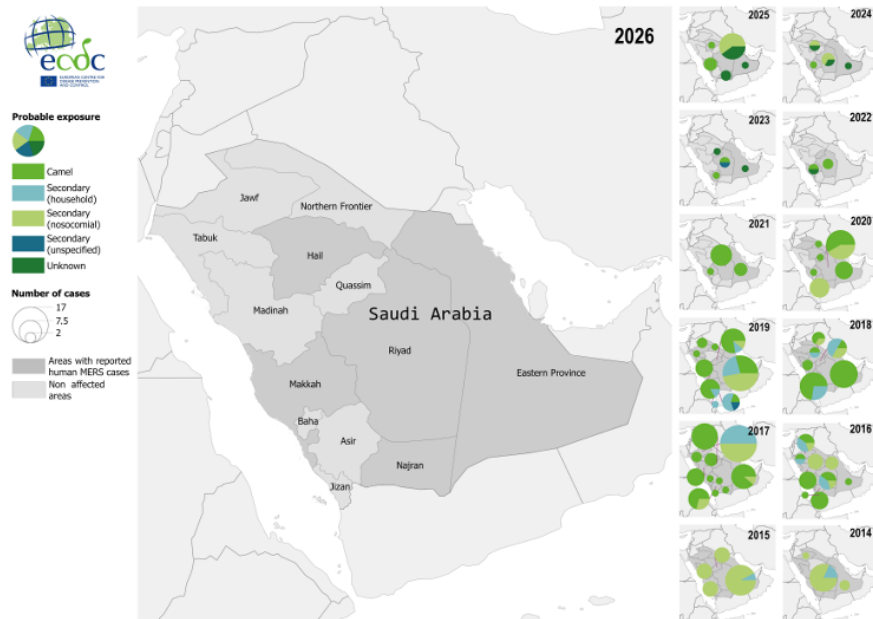


Figure 2. Geographical distribution of confirmed cases of MERS in Saudi Arabia by probable region of infection and exposure, with dates of onset from January 2014 to March 2026

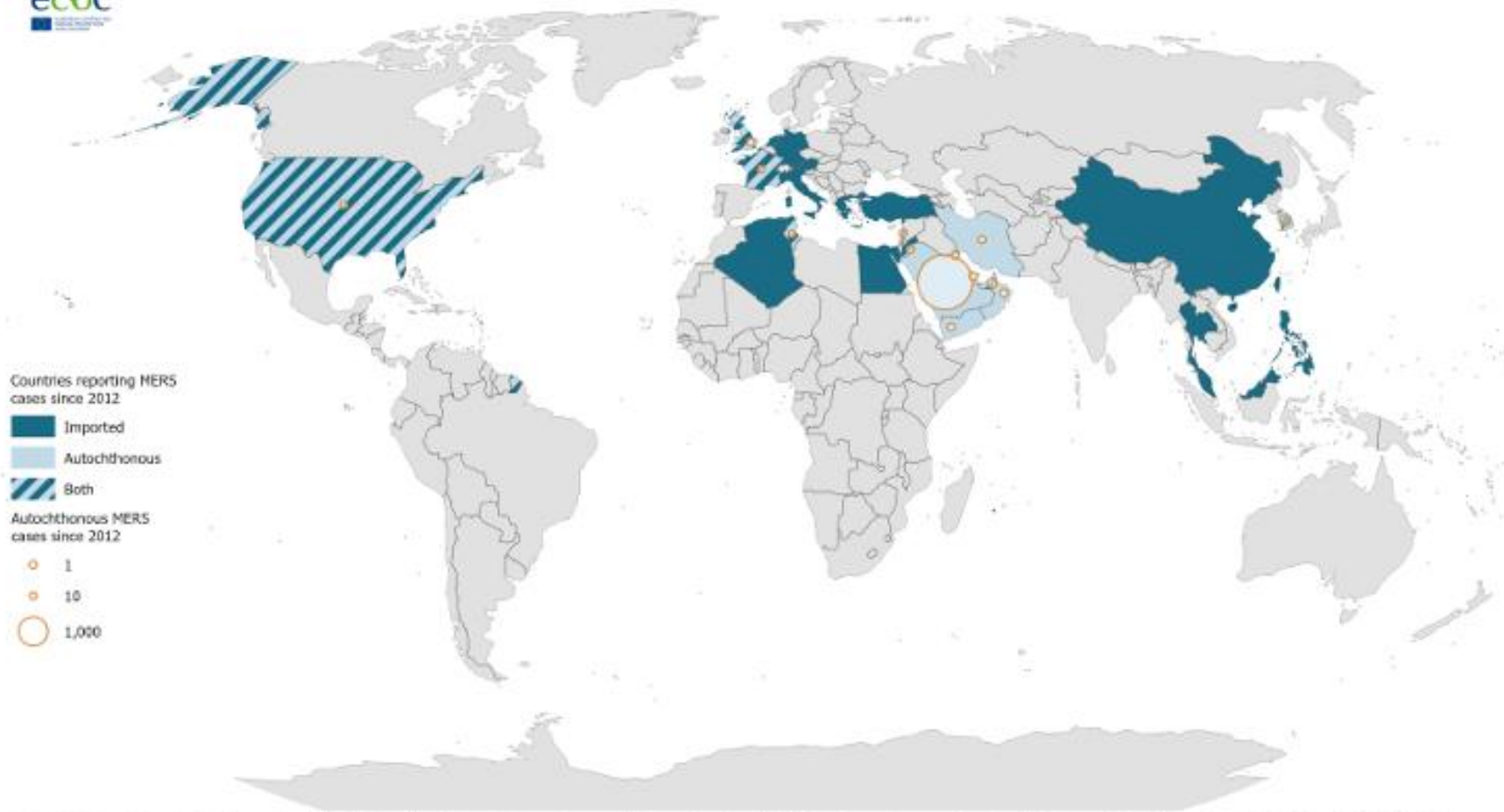


Depuis 2012, et au 30 mars 2026:
2 647 cas dont 959 décès (létalité 36%)
Saisonnalité marquée par retour de la Mecque
Incidence au plus bas depuis 2014

4 cas en France: mai 2013 et décembre 2025

Pays à risque: Arabie Saoudite (84%),
UAE, Bahrein, Koweit, Oman, Qatar, Yémen

Figure 3. Geographical distribution of confirmed cases of MERS by reporting country, April 2012 to March 2026



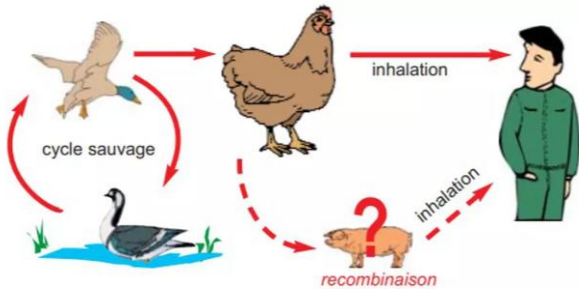
Administrative boundaries: ©EuroGeographics ©UN-FAO. The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union. Map produced by ECDC on 30 March 2026



Grippe (aviaire et autres grippes zoonotiques)

Durée d'incubation: 1 à 3 jours

Symptômes: apparition brutale
Fièvre >38C
et syndrome respiratoire aigu
et/ou conjonctivite
et/ou manifestations
extra-respiratoires atypiques



**Patient suspect = signes cliniques
(< 10j après exposition)
ET exposition compatible**

Exposition : dans les 10 jours
précédant les symptômes

Transmission: Contact direct avec
l'avifaune sauvage et domestique
dans une zone à risque identifiée
oiseaux/volailles/mammifère,
malades/morts ou leurs déjections

Aucune transmission interhumaine signalée

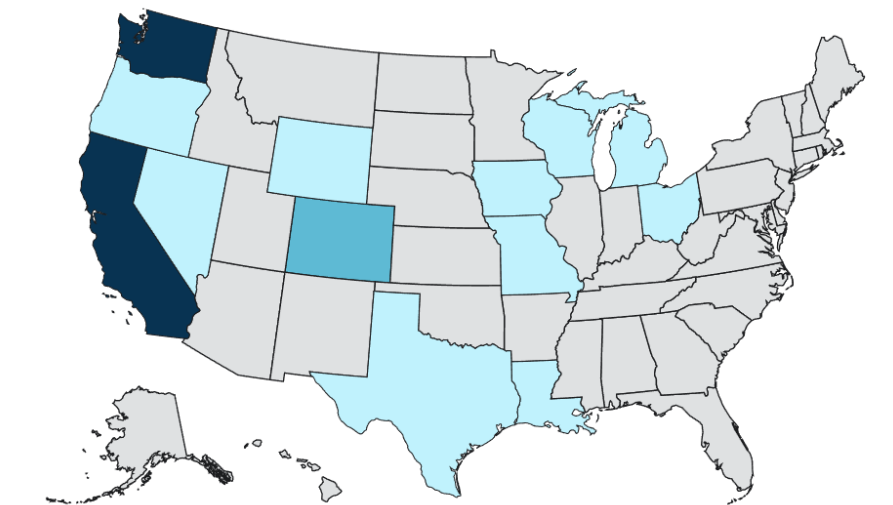


4. Exposition à risque

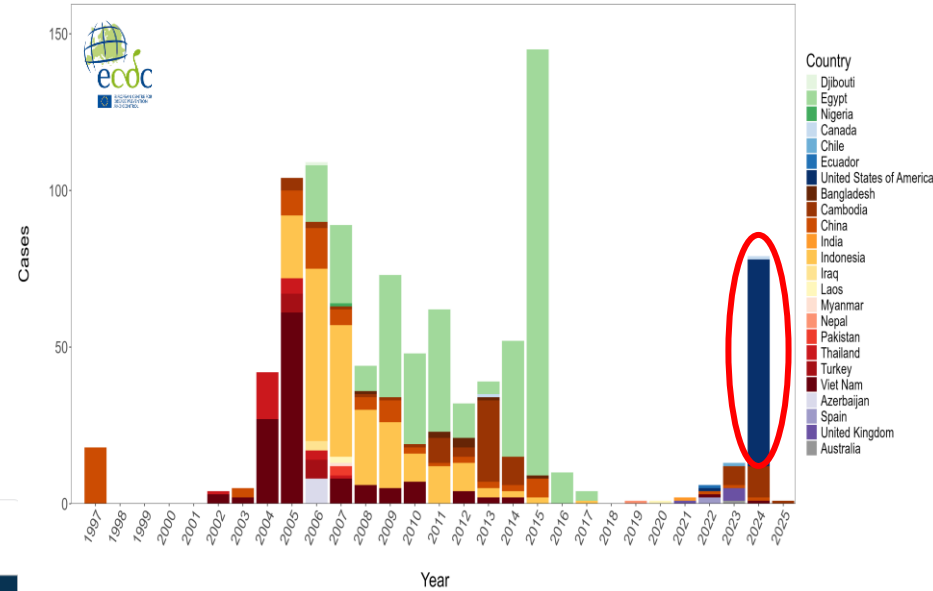
Contact direct avec <u>un être vivant confirmé d'infection</u> par un virus influenza aviaire ou porcin	Contact direct avec <u>un animal suspecté d'infection</u> par un virus influenza aviaire hautement pathogène ou porcin	Contact avec <u>un environnement ou du matériel contaminé</u> par un virus influenza aviaire ou porcin
<p>Animal confirmé d'infection par un virus IA/IP par le Laboratoire National de Référence influenza aviaire/porcin ou tout autre laboratoire habilité¹ : oiseau, porc, ou toute autre espèce animale domestique ou sauvage</p> <p>Cas humain confirmé par le CNR Virus des infections respiratoires (cf. définition d'une personne-contact)</p>	<p>Contexte d'élevage d'oiseaux (professionnel ou de loisir) avec mortalité soudaine et anormale</p> <p>Contexte d'élevage de porcs (professionnel ou de loisir) avec des animaux présentant un syndrome grippal</p> <p>Contexte de contact direct avec la faune sauvage : l'oiseau ou le mammifère sauvage manipulé était malade ou trouvé mort.</p>	<p>Fréquentation pendant au moins 15 minutes d'un lieu confiné où des animaux infectés par un virus influenza aviaire ou porcin ont séjourné</p> <p>Contact direct avec du matériel ou une surface d'un foyer confirmé d'influenza aviaire ou porcin Exemple : manipulation d'outils ou de litière, nettoyage des déjections</p> <p>Contact direct avec un prélèvement ou tout autre matériel biologique contaminé par un virus influenza aviaire ou porcin Exemple : en laboratoire de recherche ou de diagnostic</p>

¹ Diagnostic d'infection par un virus IAHP rendu soit par le LNR Influenza aviaire (Anses), soit par un laboratoire agréé par la Direction Générale de l'Alimentation.

Epidémiologie - USA



Total cases



Epidémie de grippe A(H5N1) chez bovins aux USA depuis 04/2024:

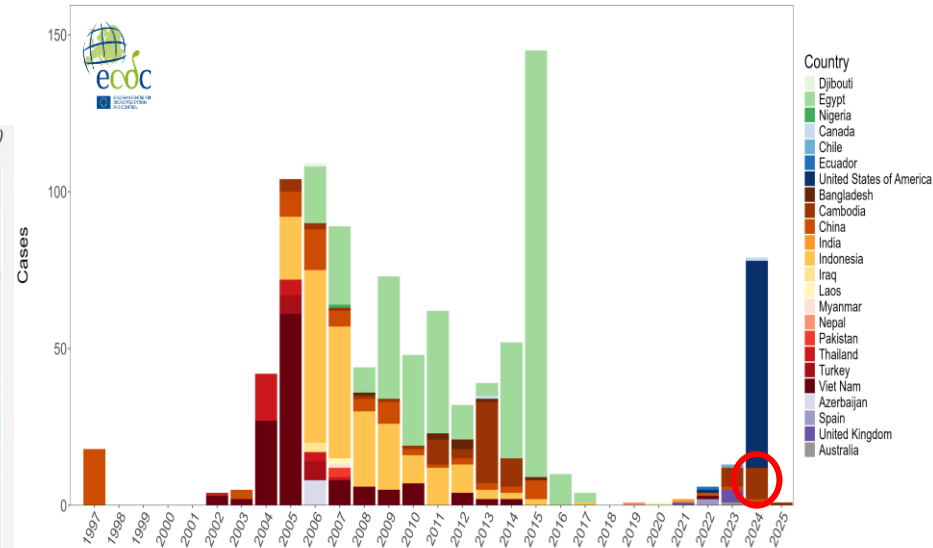
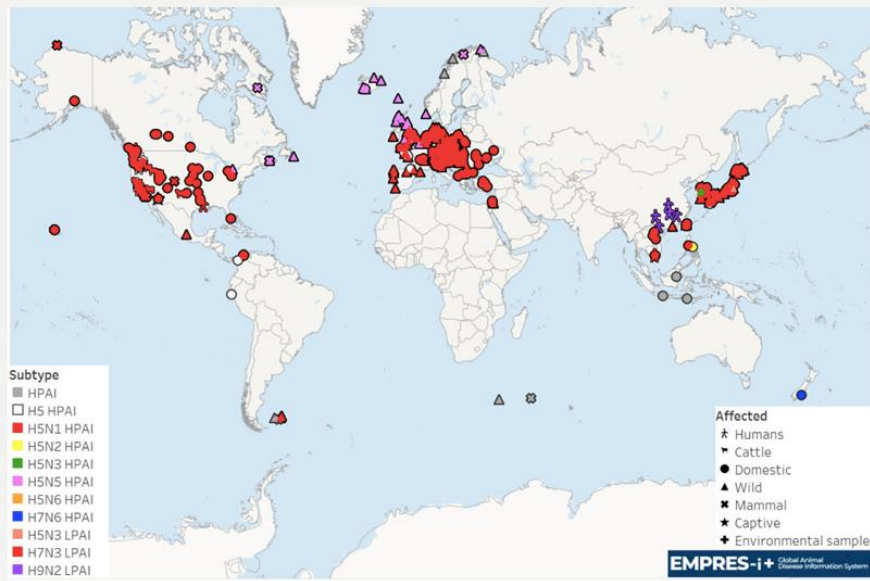
70 cas humains dans 10 Etats

- 41 exposés à des vaches laitières infectées par grippe A(H5N1)
- 24 travailleurs exposés à des foyers de HPAI A(H5) dans des fermes avicoles touchées par l'épidémie
- 3 sans exposition connue + 2 exposés à d'autres animaux

01/2025: 1er décès en Louisiane, homme 65 ans avec pathologies chroniques

Epidémiologie - Cambodge

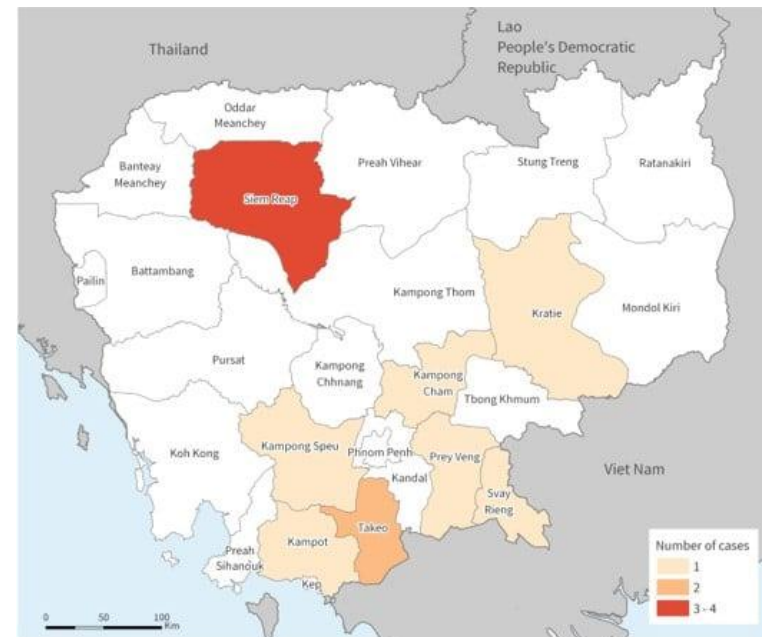
Map 1. Global distribution of AIV with zoonotic potential* observed since 1 October 2024 (i.e. current wave)



Epidémie de grippe A(H5N1) au Cambodge:

Depuis 2003, et au 31 mars 2026:
 93 cas humains de grippe aviaire A(H5N1),
 dont 52 décès (létalité 56%)
 dont 3 cas en 2026

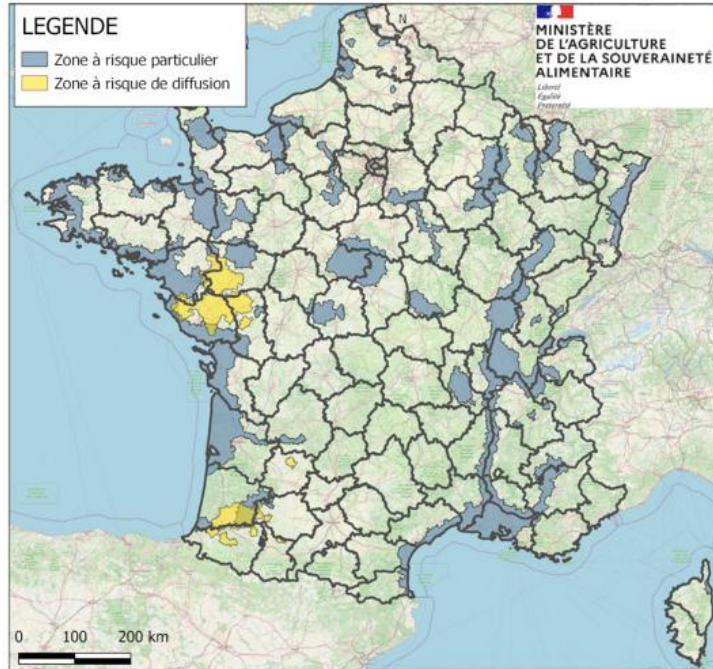
Monde: 997 cas humains
 dont 477 décès (létalité 48%)



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.
 Data Source: Ministry of Health, Cambodia
 Map Production: WHO Health Emergencies Programme
 Map Date: 4 July 2025

Epidémiologie - France

IAHP : zones à risque particulier (ZRP) et à risque de diffusion (ZRD) en France



En date du 20 mars 2026 :

- 121 foyers ont été recensés dans des élevages commerciaux (Pas-de-Calais, Loire-Atlantique, Lot-et-Garonne, Vendée, Cher, Haute-Marne, Allier, Côte-d'Or, Marne, Dordogne, Maine-et-Loire, Loire, Deux-Sèvres, Haute-Vienne, Ain, Yvelines, Somme, Finistère, Loir-et-Cher, Calvados, Landes, Côtes-d'Armor, Nord, Drôme, Eure) ;
- 30 foyers dans des basses-cours et oiseaux captifs non commerciaux (Seine-Maritime, Vendée, Charente-Maritime, Loire-Atlantique, Loir-et-Cher, Bas-Rhin, Aube, Gironde, Ain, Indre-et-Loire, Drôme, Calvados, Pyrénées-Atlantiques, Lot-et-Garonne, Essonne, Cher, Haute-Vienne, Ille-et-Vilaine, Creuse, Nord, Sarthe, Mayenne).

Niveau de risque actuel pour l'IAHP : élevé

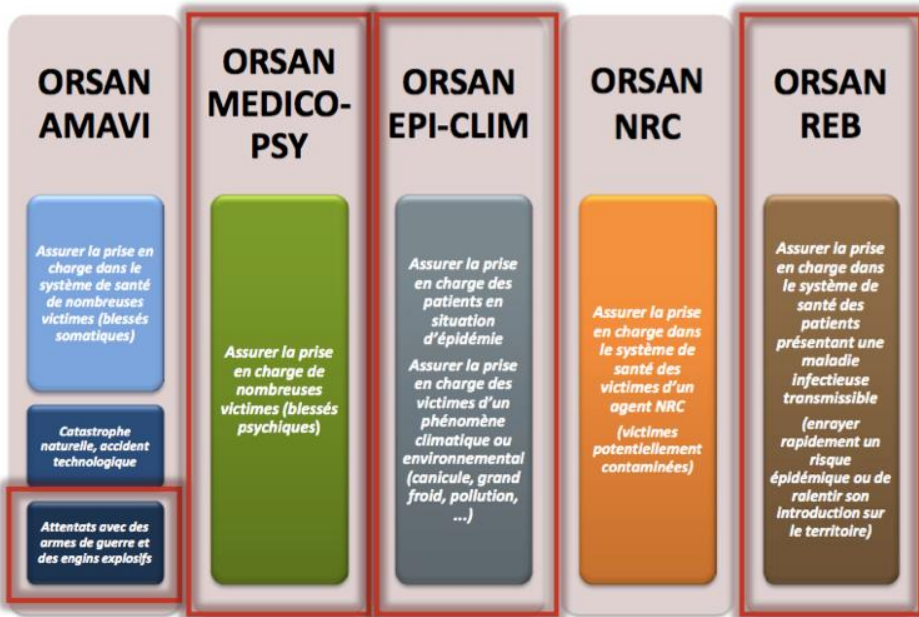
↑ sans précédent de l'épizootie de grippe aviaire dans la faune sauvage et domestique en Europe / France

Pas de cas humain signalé sur le territoire

Dispositif national ORSAN



- Organise la réponse du système de santé pour faire face aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE)
- Coordonne la mobilisation des professionnels de santé et la montée en puissance des opérateurs de soins
- Définit les parcours de soins et structure les filières de prise en charge
- Régionalisation des missions de référence et gradation des prises en charge: ES, ESRR, ESRN



- Couvrir les stratégies de réponses aux risques épidémiques et biologiques à potentiel pandémique
- Assurer la prise en charge des patients présentant une maladie infectieuse transmissible
- Enrayer rapidement un risque épidémique ou ralentir son introduction sur le territoire

Réponse globale du système de santé aux SSE : ORSAN REB et déclinaisons

HORS CRISE

TENSION HOSPITALIERE (TH) => SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE (SSE)

Développer une culture du risque épidémique et biologique (REB)

Renforcer les organisations de soins (robustesse)

Former et maintenir les compétences

Rédiger procédures et référentiels

Développer les liens avec le réseau



ORSAN national : actions pilotées par le Ministère de la Santé, EVASAN, renforts nationaux, Service de Santé des Armées, ...
=> *Lois, décrets, arrêtés*
=> *Plans nationaux*



ARS active **ORSAN régional** dont **volet REB** et dispositions spécifiques transversales (DST), type vaccination exceptionnelle
Renfort zonal possible par ARS_z



Selon gravité : Plan de mobilisation interne, **Plan Blanc** (sanitaire) ou Bleu (médico-social) volet REB, prévu dans **plan de gestion des tensions hospitalières et SSE**



 **ORSAN REB : acteurs de santé répondant à un cahier des charges REB : capacités, plateaux techniques, formations...**

Régionalisation des missions de référence et gradation des prises en charge: ES, ESRR, ESRN

Tout établissement ou professionnel de santé susceptible d'accueillir un patient à risque épidémique et biologique (REB) : *accueil, détection, isolement*
=> réponse minimale



Etablissements de santé (ES) de 1^{ère} ligne dont ESR

SAU/SMIT/moyens médicotechniques H24 : *accueil, détection, mesures barrière, prise en charge, +/- transfert*
=> ES 1^{ère} ligne



ESR régional : *idem + expertise / prise en charge groupe 3 (type MERS)*
=> ES 1^{ère} ligne expert ESR R REB



ESR national : *idem + expertise / prise en charge groupe 4 (type Ebola)*
=> ES 1^{ère} ligne expert ESR N REB



Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 18 janvier 2024 relatif aux missions de référence, aux capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic des établissements de santé de référence et aux missions des agences régionales de santé

- **Mission d'expertise et conseil**

- Elaboration du plan ORSAN avec l'ARS
- Développement de filières de prise en charge des patients au sein de la région
- Définition de parcours de soins dans le cadre d'une démarche de qualité structurée
- Conseil en matière d'organisation de la prise en charge des urgences collectives et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) auprès de l'ARS et des ES de la région

- **Mission de formation (CESU)**

- Formation des formateurs et des référents REB des ES pour les SSE

- **Mission d'animation de réseau**

- Développement et animation du réseau régional constitué des ES et des professionnels de santé libéraux contribuant à la prise en charge des patients concernés dans le cadre des parcours de soins et des filières
- Participation au réseau des ESR nationaux en collaboration avec la COREB

REPARTITION DES ESR SUR LE TERRITOIRE

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 18 janvier 2024
fixant la liste des établissements de santé de référence



• Guadeloupe



• Martinique



• Guyane



• Mayotte

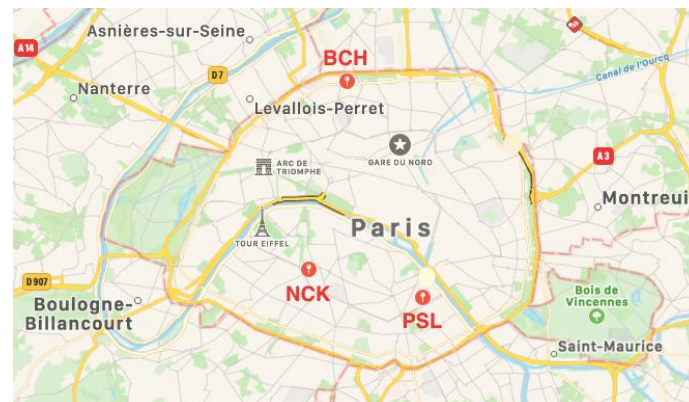
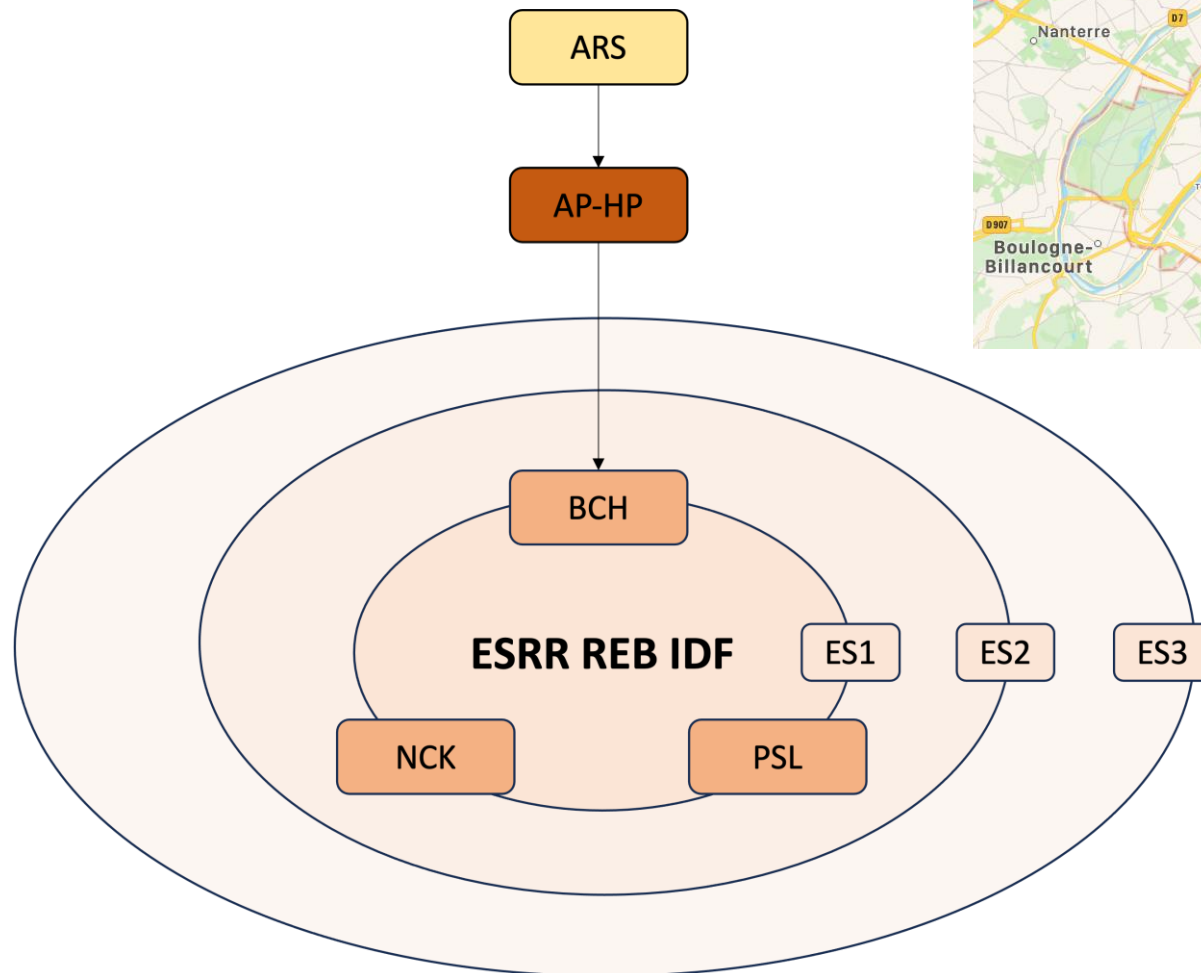


• La Réunion



Organisation REB en IDF





Capacités spécifiques pour l'exercice de la mission de diagnostic et de prise en charge thérapeutique :

- Disponibilité permanente d'un médecin infectiologue référent pour le REB
- Unité de soins dotée de chambres d'isolement à pression négative avec un sas d'entrée
- Laboratoire de biologie médicale de niveau de confinement L3 (7J/7 8h-18h)

**ASTREINTE FRANCILIENNE
RISQUE ÉPIDÉMIQUE ET
BIOLOGIQUE (REB) >>**

MISSIONS

Conseils et aide aux praticiens d'Ile-de-France :

- au **classement** de cas de patients suspects de pathologies REB ;
- à la **prise en charge de patients adultes et enfants** présentant une suspicion d'infection ou d'infection confirmée par un agent biologique classé REB.

HORAIRES

24H/24 et 7j/7.

CONTACT

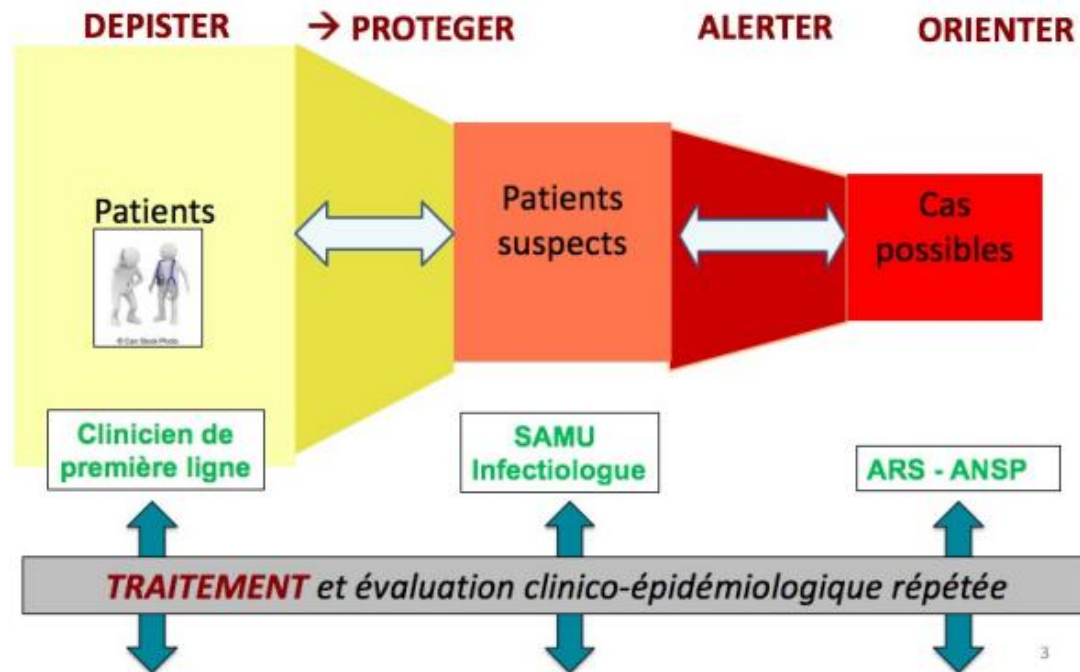
Un infectiologue senior référent REB francilien.

NUMÉRO D'APPEL :
01 40 25 41 12

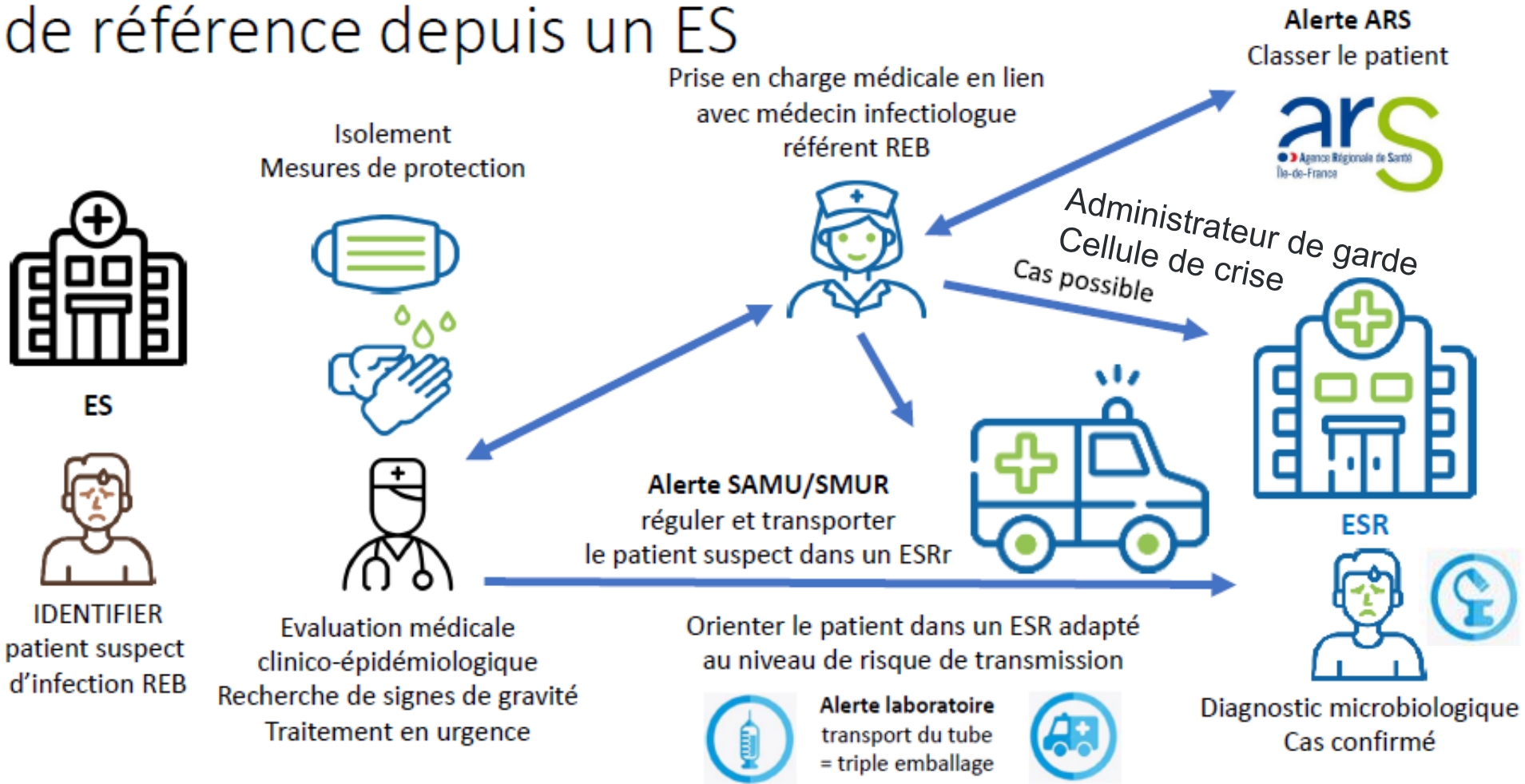
MERS-CoV
Grippe aviaire
Fièvres hémorragiques virales (FHV)
Ebola
Lassa
Fièvre hémorragique de Crimée Congo (FHCC)
Liste de pathologies non exhaustive

2024

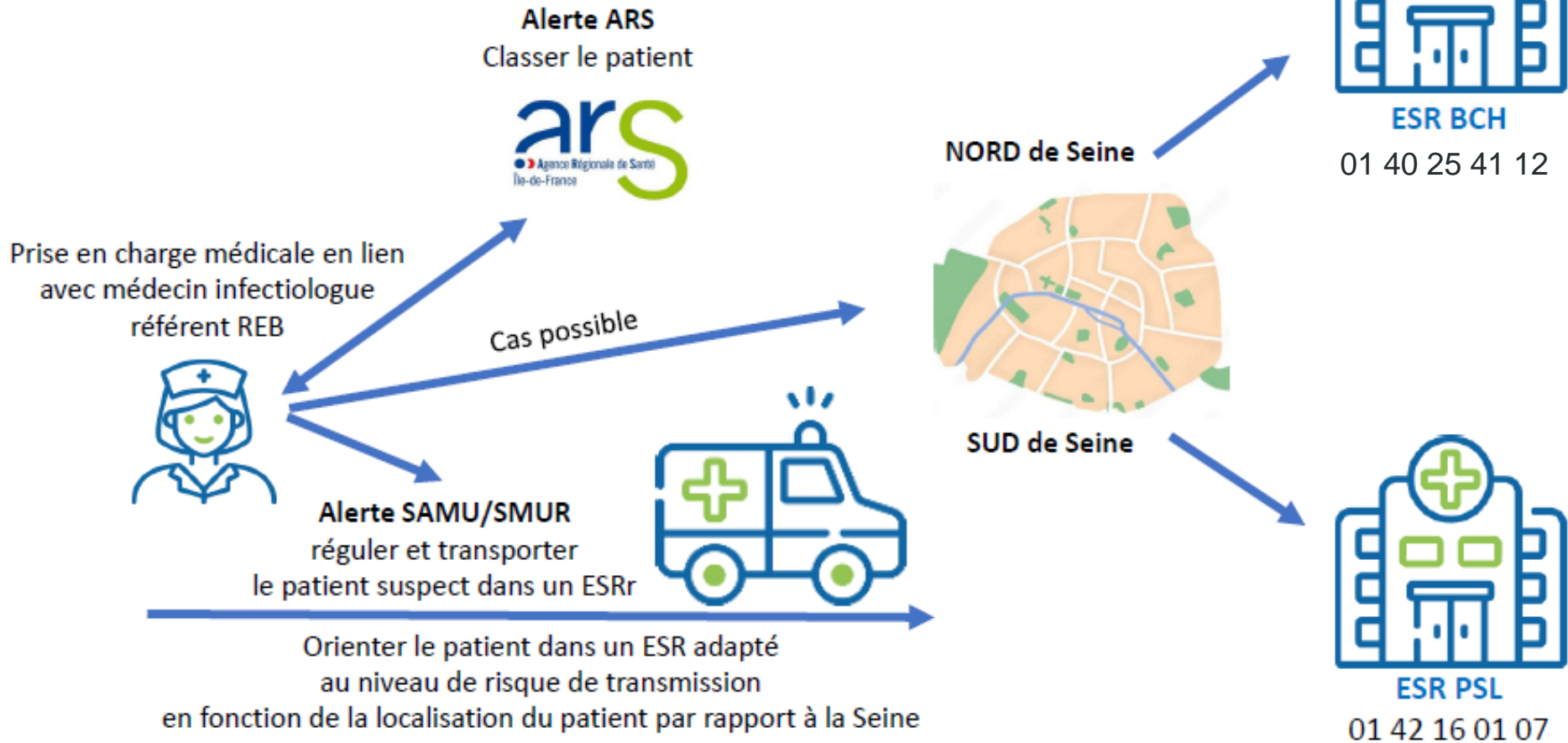
Procédure de déclenchement d'alerte REB



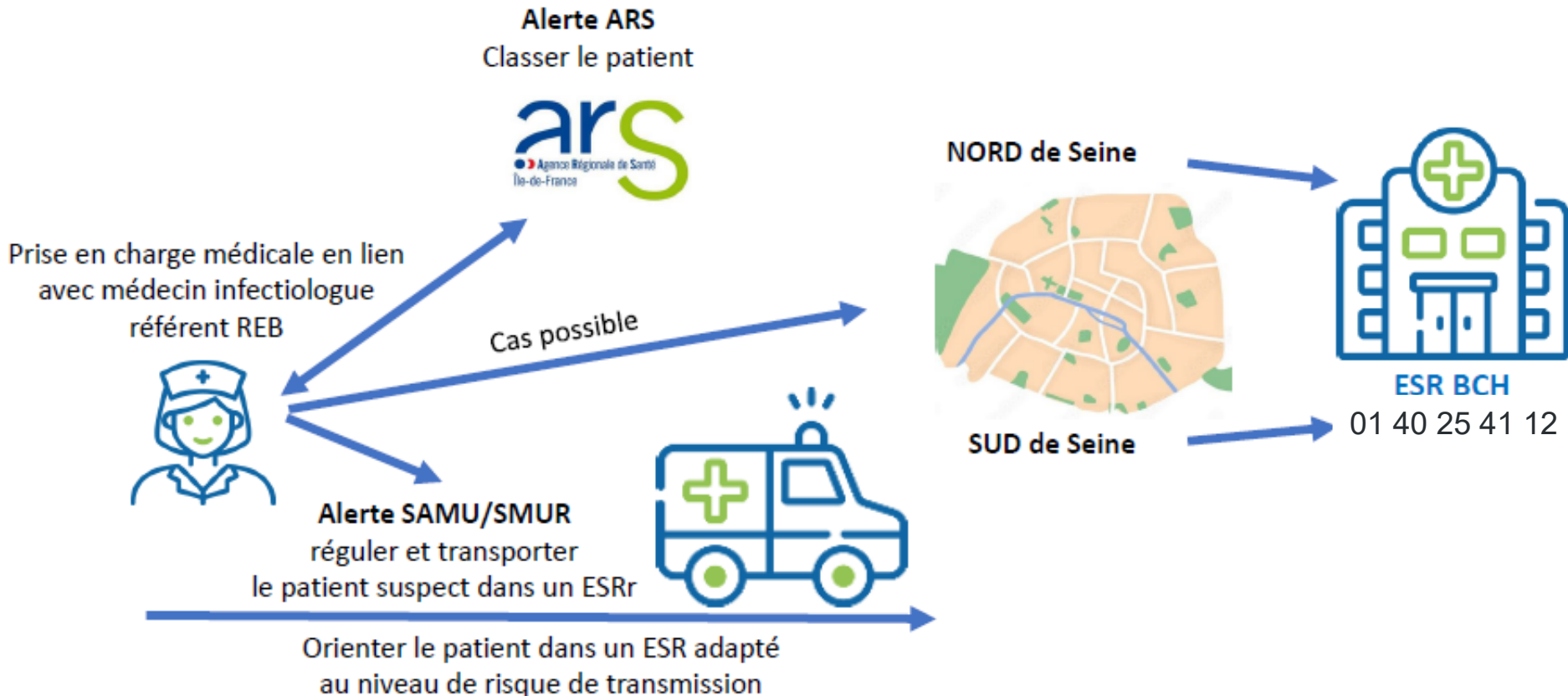
GESTION DE L'ALERTE: modalités de prise en charge de référence depuis un ES



GESTION DE L'ALERTE: Pathogène groupe 3

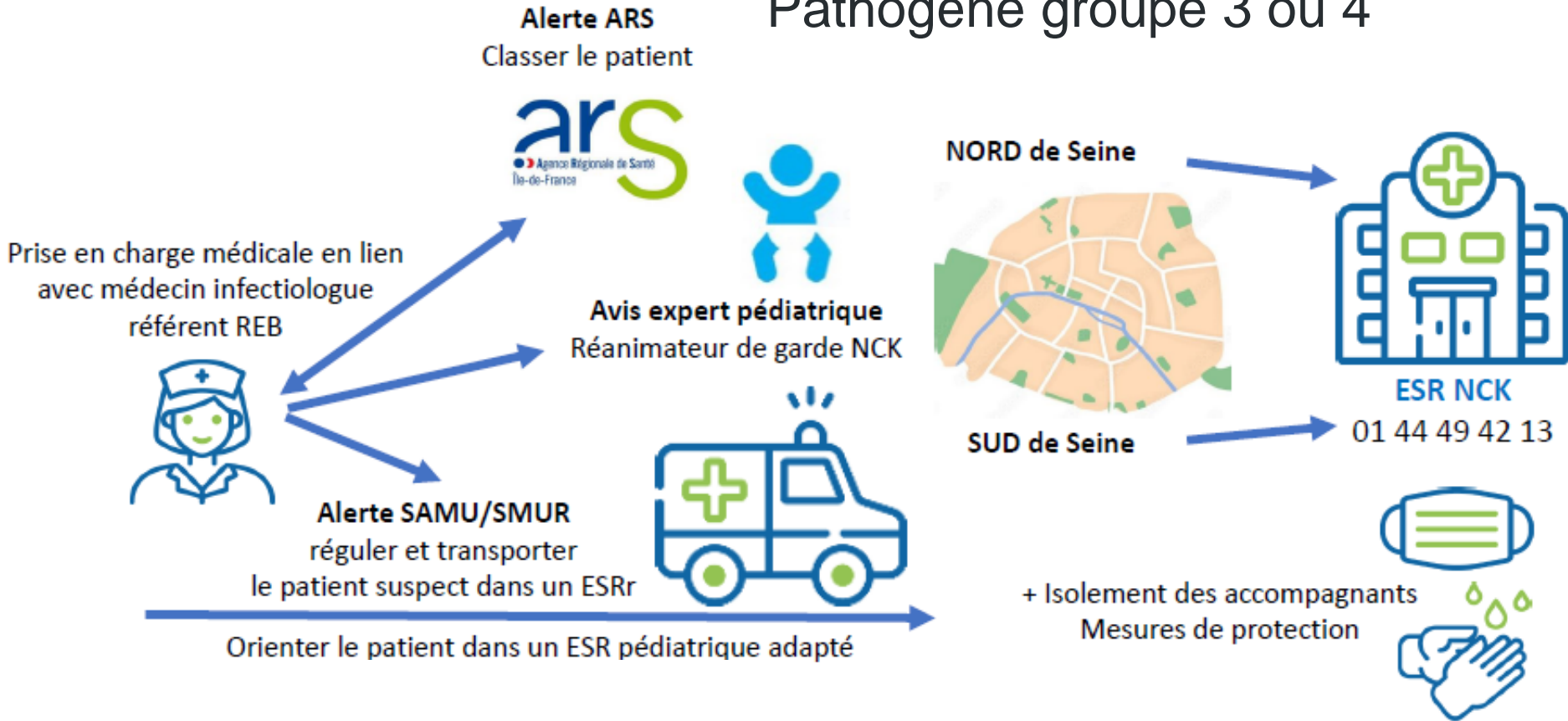


GESTION DE L'ALERTE: Pathogène groupe 4



GESTION DE L'ALERTE: enfant

Pathogène groupe 3 ou 4



Prise en charge d'un patient REB



A L'ACCUEIL

■ Patient :

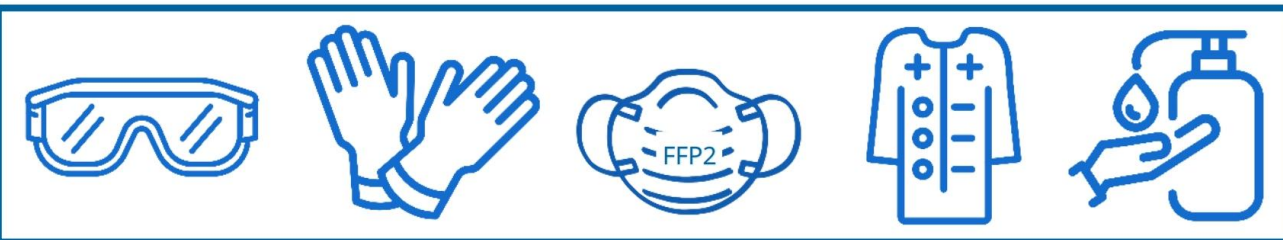
- Lui donner un masque chirurgical (ces masques doivent être disponibles à l'accueil)
- Hygiène des mains, friction hydroalcoolique
- Isolement en chambre individuelle



Isoler le patient = l'accompagner par un circuit dédié en box dédié avec porte fermée

■ Soignant : EPI définit en fonction du pathogène, validé avec le médecin référent REB lors du classement de cas

- Hygiène des mains, friction hydroalcoolique
- Port d'un masque FFP2
- +/- gants, surblouse, lunettes de protection, tablier plastique si soins mouillants



Nature du risque	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Susceptible de provoquer une maladie chez l'homme	NON	OUI	GRAVE	GRAVE
Constitue un danger pour les travailleurs	-	OUI	SERIEUX	SERIEUX
Propagation dans la collectivité	-	PEU PROBABLE	POSSIBLE	RISQUE ELEVE
Existence d'une prophylaxie ou d'un traitement efficace	-	OUI	OUI	NON

Nouvelles recommandations habillage FHV HCSP 2022

Cas non sécrétant

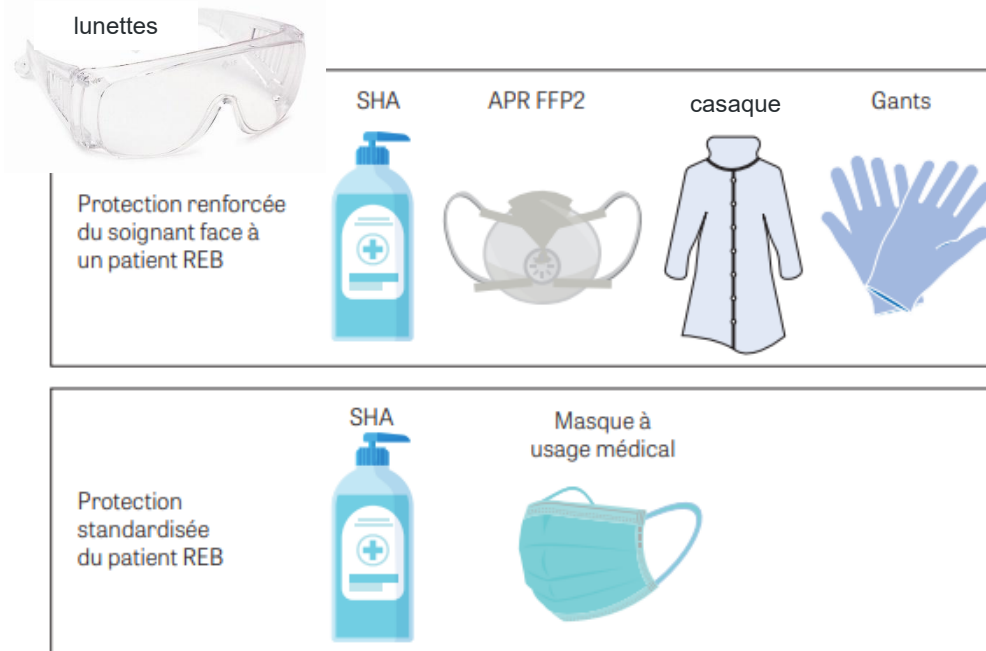


Cas sécrétant / avéré



Modalités d'habillage définies par le médecin en collaboration avec l'équipe et le superviseur

Nature du risque	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Susceptible de provoquer une maladie chez l'homme	NON	OUI	GRAVE	GRAVE
Constitue un danger pour les travailleurs	-	OUI	SERIEUX	SERIEUX
Propagation dans la collectivité	-	PEU PROBABLE	POSSIBLE	RISQUE ELEVE
Existence d'une prophylaxie ou d'un traitement efficace	-	OUI	OUI	NON



3 possibilités :

- ▶ Etat clinique stable : PEC au SMIT
- ▶ Etat clinique précaire, instable : PEC au SMIT par la RMI
- ▶ Etat réanimatoire : PEC en RMI

■ Organisation médicale : 1 médecin dédié

■ Organisation paramédicale (variable)

- 1 IDE et 1 AS dédiés (personnels de la suppléance viennent renforcer le SMIT/double équipe au 2^e Est)
- 1 AS dédié au bio nettoyage de l'ascenseur
- Renfort équipe de RMI si patient devient instable

■ Organisation encadrement : 1 cadre superviseur REB



PREPARATION DES CHAMBRES

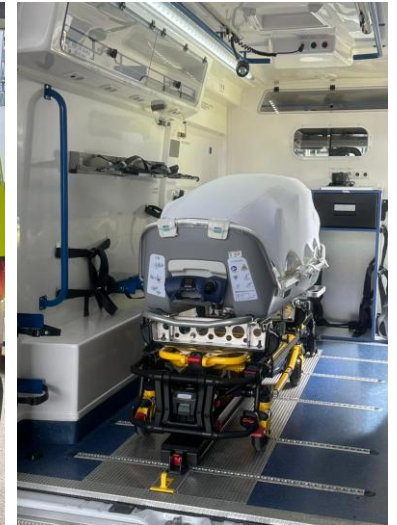


SAS de sortie



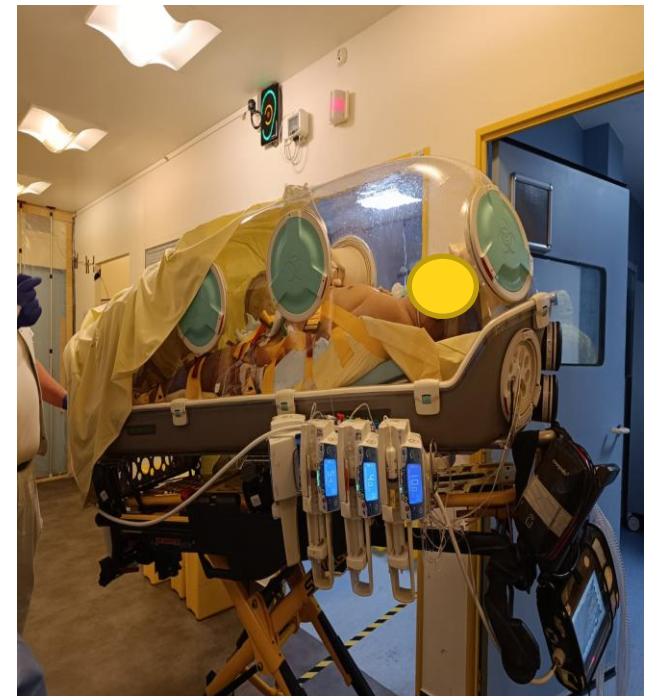


Transports des patients FHV assuré par le SAMU de l'ES de départ vers l'ESR



Ambulance REB – SAMU94 Caisson EpiShuttle

Transports des patients FHV assuré par le SAMU
de l'ES de départ vers l'ESR



Caisson EpiShuttle

Si suspicion agent pathogène REB: pas de prélèvement

- Sauf sur demande médicale / médecin référent REB
En 1^{ère} intention : prélèvement pour le diagnostic microbiologique
(par exemple PCR fièvre hémorragique virale)
Pas d'autre prélèvement possibles dans l'attente du résultat
- Si biologie courante : liste limitative des analyses
Laboratoire de sécurité de niveau 3
EPOC au lit du patient
- **Triple emballage** avec tubes désinfectés (Eau de javel®)
Envoi externe: transporteur habilité « matières dangereuses »
- Destination en fonction de l'agent pathogène:
groupe 3 : laboratoire de l'ESR
groupe 4: laboratoire de l'ESR ou CNR FHV Lyon



- Tous les déchets doivent être gélifiés / javellisés
- DASRI
- Prévoir désinfection des lunettes de protection
- L'environnement de la chambre est traité par l'équipe du service
 - application d'un détergent désinfectant
 - rinçage avec un spray d'eau
 - application terminale d'eau de Javel



Déshabillage



- Les précautions d'isolement seront levées dès que le médecin référent REB de l' ESR aura reçu les résultats de diagnostic microbiologique et les aura transmis à l'équipe de l'ES de départ
- **Le patient réintègre la filière de soins classique : rechercher d'autres étiologies**
Des prélèvements biologiques pourront de nouveau être réalisés

- Le REB correspond à une situation infectieuse inhabituelle et potentiellement grave
- Il peut désorganiser les soins du patient à court terme et le système de santé sur le moyen ou long terme
- Tout le monde a un rôle à jouer dans sa prévention
 - être vigilant
 - appliquer les procédures d'alerte
 - mobiliser au plus tôt l'expert concerné (= l'infectiologue référent REB de l'ESR)
 - veiller à l'application des précautions standard d'hygiène
- **Sensibiliser les personnels pour identifier un cas possible REB dès son arrivée**
acculturer les personnels des services d'urgences, de la ville au travers des CPTS etc.
- **Protéger les personnels avec des tenues adaptées:** Formation habillage/déshabillage
- **Appliquer les recommandations actualisées:** <https://www.coreb.infectiologie.com>

**01 40 25 41 12**

