



*Recommandations
pour la prise en charge
des infections émergentes*

Pr. Christian RABAUD
Nancy, 12 Octobre 2013

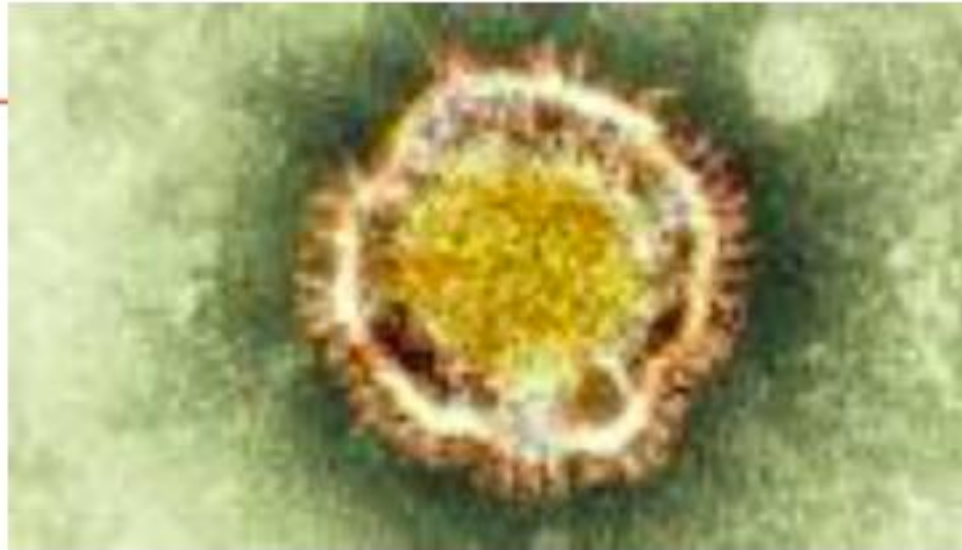
Maladies infectieuses émergentes : de nombreux cas de figure

- ✦ Apparition d'une nouvelle entité clinique
 - Agents infectieux nouveaux
 - Agents infectieux déjà connus
- ✦ Maladies connues, infectieuses ou présumées telles, agent causal nouvellement identifié (VHC)
- ✦ Maladie éradiquée
- ✦ Diffusion de micro-organismes résistants

QUELQUES AGENTS INFECTIEUX DECOUVERTS AU COURS DES 30 DERNIERES ANNEES

- ★ 1973: *Rotavirus*
- ★ 1975: *Parvovirus B19*
- ★ 1976: *Cryptosporidium*
- ★ **1977: *Legionella***
- ★ **1977: *Virus Ebola***
- ★ 1977: *Hantaan virus*
- ★ 1977: *Campylobacter jejuni*
- ★ 1980: HTLV 1
- ★ 1981: TSS *S aureus* toxinogène
- ★ 1982: *E coli* O157: H7
- ★ 1982: HTLV 2
- ★ 1982: *Borrelia burgdorferi*
- ★ **1983: VIH**
- ★ 1983: *Helicobacter pylori*
- ★ 1985: *Enterocytozoon*
- ★ 1988: HHV6
- ★ 1988: Hépatite virale E
- ★ **1989: Hépatite C**
- ★ 1992: *Vibrio cholerae* O139
- ★ 1992: *Bartonella henselae*
- ★ 1993: *Sin Nombre virus*
- ★ 1995: HHV8
- ★ **1995: prion nvCJD**
- ★ 1998: *Nipah virus*
- ★ 2000: *Tropheryma whipelii*
- ★ **2003: SRAS : coronavirus**
- ★ **2003: H7N7**
- ★ **2009 : H1N1v**
- ★ **2012 : MERSCoV**
- ★ **2013 : H7N9**

Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus" (MERS-CoV).

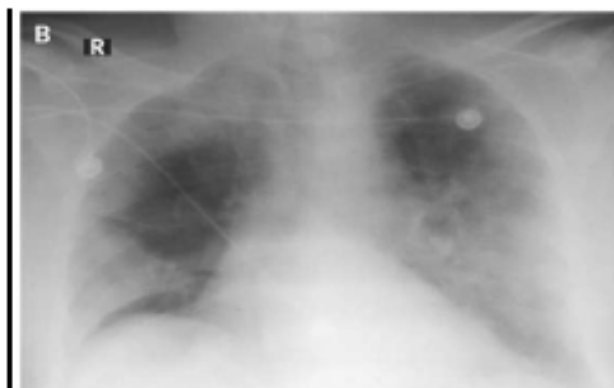


Données cliniques

- Nouveau virus identifié en Arabie saoudite en septembre 2012, chez deux patients qui avaient présenté en juin et septembre 2012
- Pneumopathie sévère parfois associée à une insuffisance rénale
- Nécessité parfois d'ECMO

Isolation of a Novel Coronavirus from a Man with Pneumonia in Saudi Arabia

Ali Moh Zaki, M.D., Ph.D., Sander van Boheemen, M.Sc., Theo M. Bestebroer, B.Sc.,
Albert D.M.E. Osterhaus, D.V.M., Ph.D., and Ron A.M. Fouchier, Ph.D.



Zaki AM et al. N Engl J Med
2012;367:1814-1820

Situation internationale au 08/10/2013

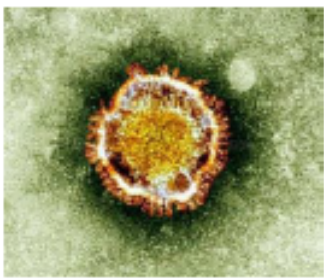
136 cas confirmés (dont 58 décès) dans 9 pays :

- ★ Allemagne : 2 cas (1 décès)
- ★ Arabie Saoudite : 114 cas (47 décès)
- ★ Emirats Arabes Unis : 5 cas (1 décès)
- ★ France : 2 cas (1 décès)
- ★ Italie : 1 cas
- ★ Jordanie : 2 cas (2 décès)
- ★ Qatar : 3 cas (2 décès)
- ★ Royaume-Uni : 4 cas (3 décès)
- ★ Tunisie : 3 cas (1 décès)

Données épidémiologiques en France



- Le 7 mai 2013, **1^{er} cas** d'infection respiratoire aigüe à nouveau coronavirus (NCoV) chez un touriste de retour des Emirats Arabes Unis
- **Deuxième cas** français le 12 mai 2013 (transmission inter-humaine très probable)
- Depuis le 1^{er} octobre 2012, surveillance coordonnée par l'Institut de Veille Sanitaire : 53 signalements concernant des cas suspects d'infection à NCoV : 2 seulement ont été confirmés par le CNR



MERS

Estimation R_0 : 0.7-0.8

✓ Renal transplantation immunosuppressed

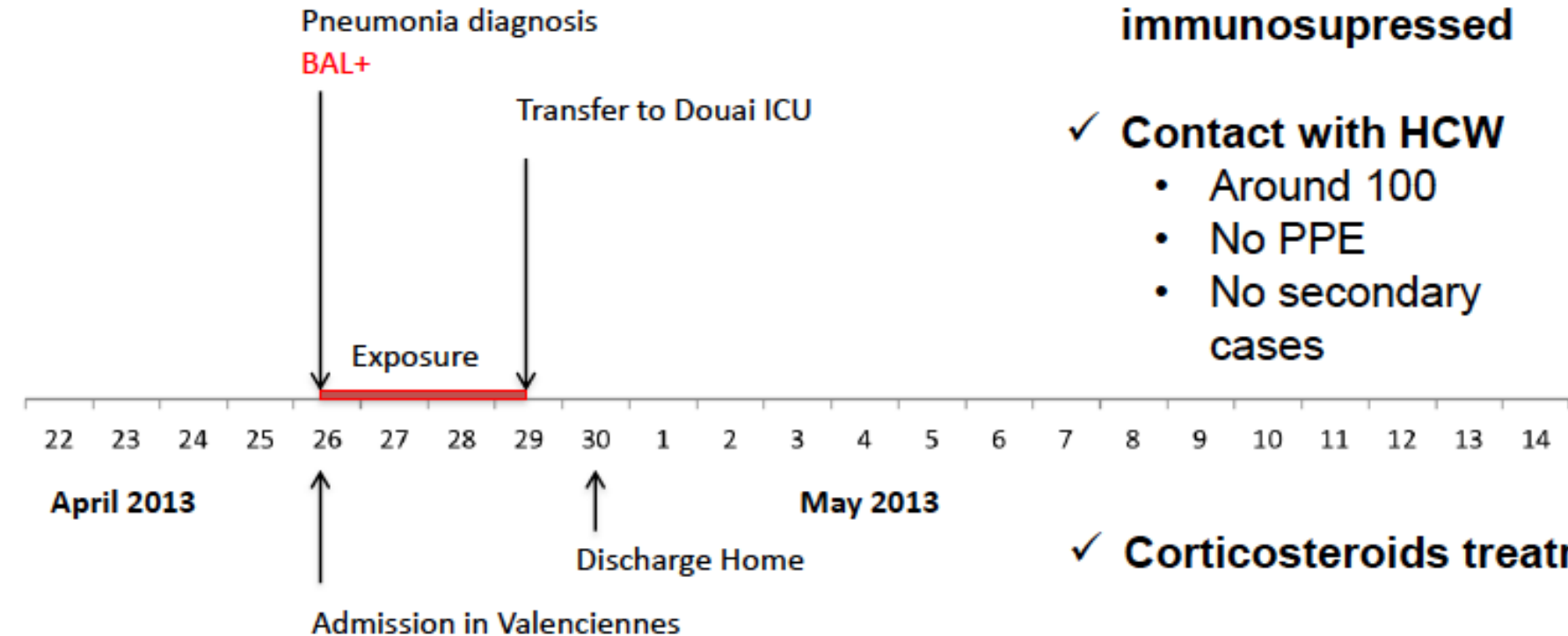
✓ Contact with HCW

- Around 100
- No PPE
- No secondary cases

✓ Corticosteroids treatment

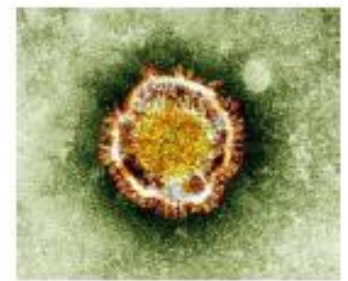
✓ 40 contacts (home)

- No PPE
- No secondary cases

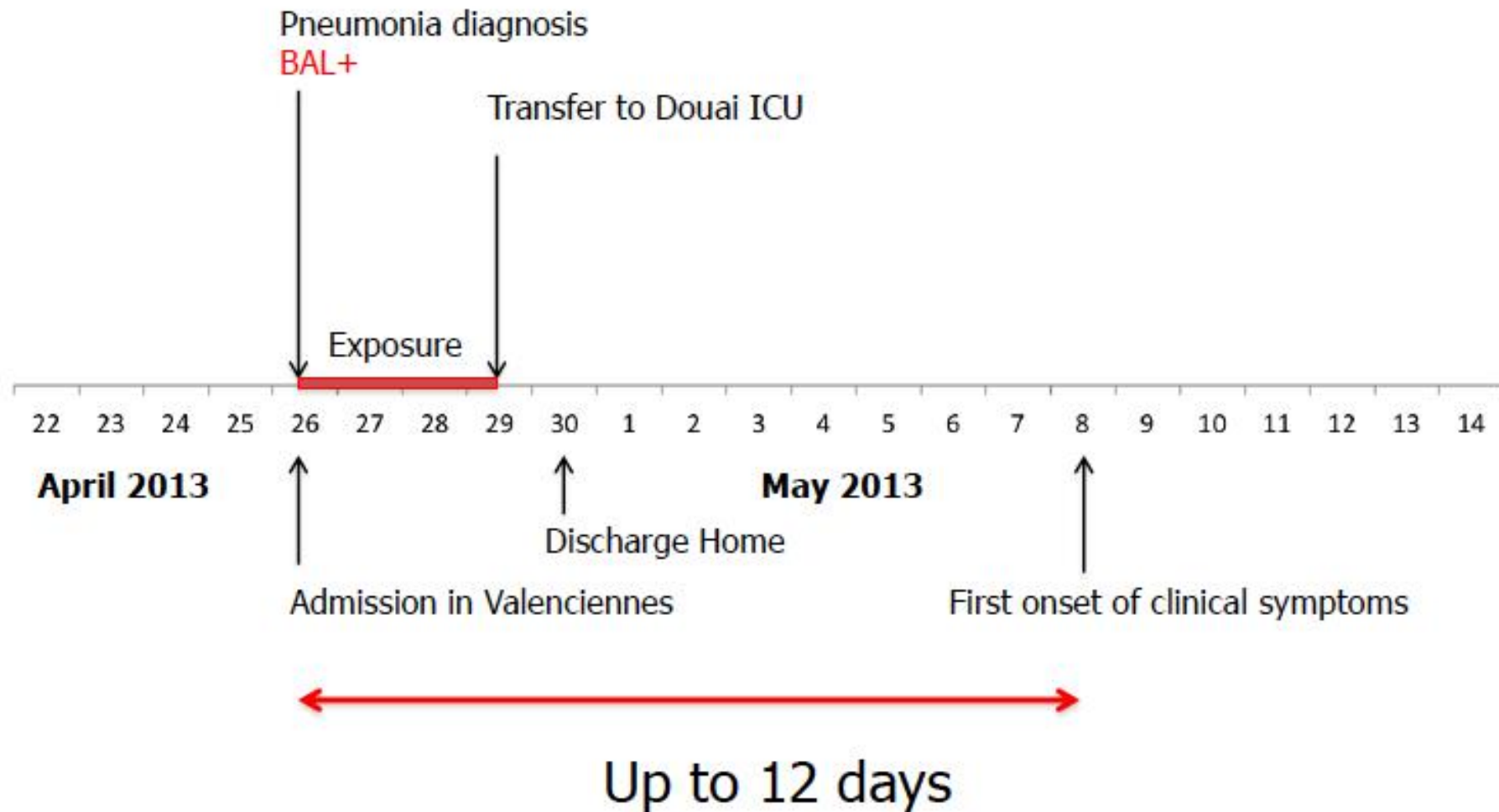


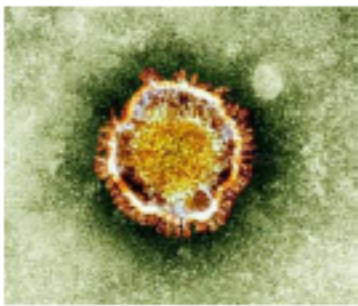
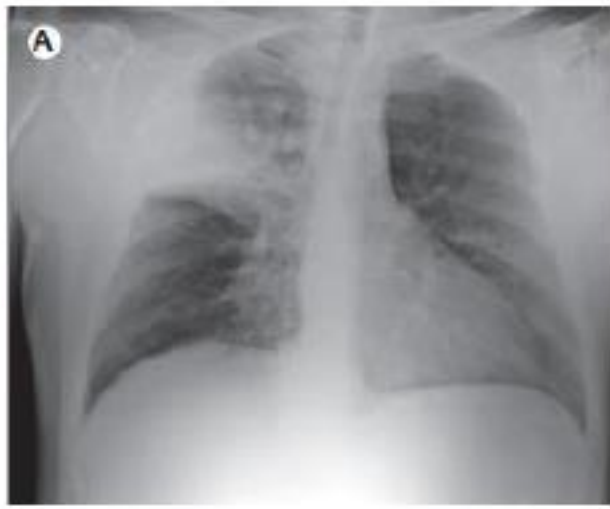
- ✓ The room was 20 m², and 1.5 m separated the two patients' beds.
- ✓ Both patients shared the same bathroom.

Incubation

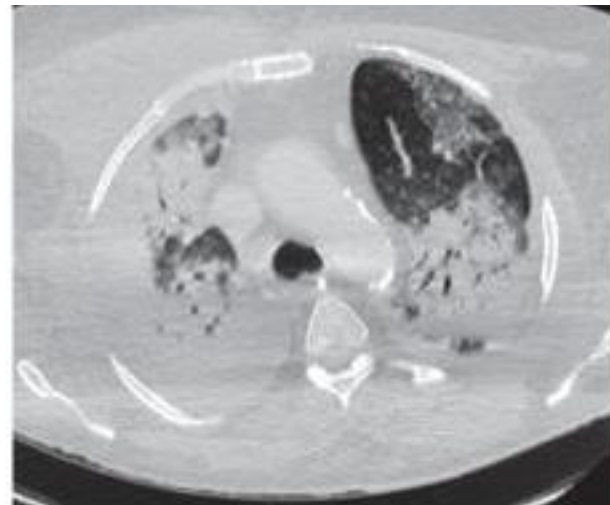
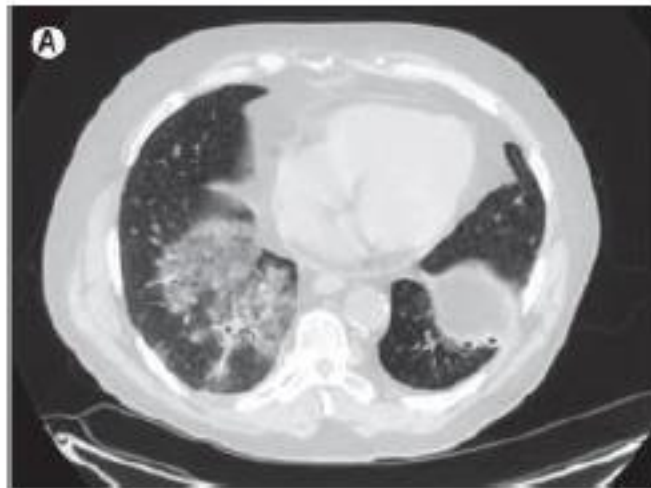
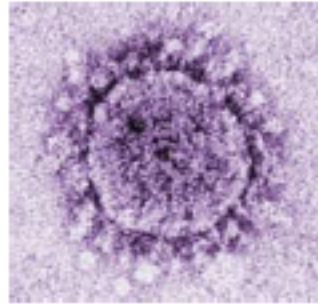


✓ MERS





CT Scan of the lungs



Structuration d'un Réseau SPILF-COREB national des Coordinations
Opérationnelles régionales des urgences infectieuses et du Risque Epidémique
et Biologique
en France

CA de la SPILF, 1 février 2012

Groupement Opérationnel Référent de
Veille (24h/24), Alerte et Intervention pour
Maladies Infectieuses Emergentes en relation avec :

- ☞ un risque Epidémique, ou
- ☞ un acte de Bioterrorisme



Mission générale COREB

Coordination Opérationnelle réseau multi-sites infectiologiques REB et urgences infectieuses

Interlocuteur autorités santé et interministérielles, EPRUS,
Pour préparation et gestion crise REB

En temps de veille

En cas d'alerte

En situation de crise

En période post-crise

Construction cohérente à partir des expériences :

- Ile de France, avec unité COREB
- multi-sites CHU et CHG, niveau national



Mission COREB national - SPILF :

activité Conseil REB

- ✦ Appui et conseils auprès des ARS et établissements de santé
- ✦ Participation à l'animation d'un réseau des référents crise REB (médecin, administratif, logisticien), établissements de soins
- ✦ Coopération civilo-militaire
- Interlocuteur autorités santé et interministérielles - EPRUS





Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à la gestion et à la prévention des infections à MERS-CoV,
coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient
(Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus)

28 juin 2013

Le HCSP recommande que :

- Une réflexion soit engagée dans chaque région pour organiser les circuits de prise en charge clinique et biologique en lien avec les infectiologues, les microbiologistes et les hygiénistes référents.
- Si un patient contacte le système de santé (un médecin, le centre 15), pour une symptomatologie pouvant évoquer une infection à MERS-CoV et avec une anamnèse compatible, il conviendra de ne pas l'orienter d'emblée vers les services d'urgence, mais d'organiser directement sa prise en charge avec les mesures détaillées en annexe 3, afin d'éviter le contact avec d'autres patients, dans l'attente du classement du cas par l'ARS et l'InVS.
- Si un patient se rend directement dans un service d'urgence, avec une symptomatologie pouvant évoquer une infection à MERS-CoV et avec une anamnèse compatible, il devra être pris en charge d'emblée dans un box fermé avec les mesures détaillées en annexe 3, et devra y rester jusqu'à classement en « cas possible » par l'ARS et l'InVS, puis il sera transféré vers le secteur d'hospitalisation ciblé (hôpital et service *ad hoc*). Il conviendra de prévenir l'infectiologue, le microbiologiste et l'hygiéniste référents.
- La prise en charge d'un cas classé possible se fasse dans un établissement hospitalier en capacité de mettre en place l'ensemble des mesures de prises en charge clinique et biologique détaillées ci-après.

Conduite à tenir pour les professionnels de santé prise en charge des premiers cas suspects en Lorraine 13 mai 2013

DEFINITIONS DE CAS (InVS)

Cas suspect :

- a) Personne ayant voyagé ou séjourné en Arabie Saoudite, Bahreïn, Émirats Arabes Unis, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, Syrie, Territoires palestiniens occupés, Yémen
El qui, au cours des 10 jours après son retour, a présenté :
- Des signes cliniques et/ou radiologiques de détresse respiratoire aigue (SDRA) ou d'infection du parenchyme pulmonaire, incluant une fièvre > ou = à 38° et de la toux
 - Sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la pathologie
- b) Tout contact (famille, soignants) d'un cas possible ou confirmé, ayant présenté une infection respiratoire aigue quelle que soit sa gravité, dans les 10 jours suivant le dernier contact avec le cas possible/confirmé pendant que ce dernier était malade
- Cas confirmé : cas possible avec prélèvements respiratoires indiquant la présence du nouveau coronavirus

Chaque cas suspect doit faire l'objet d'un signalement à l'InVS pour une évaluation épidémiologique et la confirmation du classement en cas possible

MATERIELS DE PROTECTION

POUR LES SOIGNANTS

- Masques FFP2
- Une paire de Gants à usage unique
- Lunettes de protection
- Calot (non)
- Sur blouses
- Sur chaussures (non)
- Utilisation de Solution hydro alcoolique pour lavage des mains après retrait de la tenue



POUR LES PATIENTS

- Masque chirurgical
- Sur blouse

PRELEVEMENTS

- Réalisés au service de maladies infectieuses du CHU de Nancy (là - il faut qu'on précise - la consultation ? Un endroit spécifique aménagé dans le hall ???)
- Envoyés au CNR sous triple emballage normalisé

CONDUITES A TENIR

1. MEDECINS GENERALISTES

- En cas d'appel d'un patient suspect, contacter le SAMU centre 15 avant visite au domicile en l'absence de moyens de protection.
- Si visite au patient se protéger (masque FFP2, gants jetables à usage unique)
- **APPELER LE CENTRE 15**
- Ne pas adresser de patients directement aux urgences
- Après chaque visite, désinfecter les mains (solution hydro alcoolique) et le matériel utilisé
- Jeter le matériel de protection utilisé dans un sac étanche (circuits CASRU)

2. CENTRES 15 (SAMU 55/57/88)

- Contacter l'InVS alarje@inovs.sante.fr ou tél astreinte 24h/24 06 20 42 87 85
- Contacter l'ARS 03 83 30 28 72 (heure ouvrable ou standard Préfecture 03 83 34 26 26) ars-lorraine-centre15@sante.fr
- Contacter le SAMU 54 (Tél : 03 83 32 85 79 Fax : 03 83 85 29 22)
- Le SAMU 54 contacte l'infectiologue d'astreinte du CHU et organise le transfert du patient vers le service de Maladies Infectieuses et Tropicales

3. SERVICES D'URGENCES

- Port du masque chirurgical pour les patients qui présentent toux et hyperthermie (affichage en amont)
- Isolement du patient dans une salle d'examen dédiée à proximité des urgences (circuit court)
- Protection du personnel médical et paramédical au contact du patient (cf. matériel de protection)
- Si cas possible : **APPELER LE CENTRE 15**
- Remplir le questionnaire InVS avec le SAMU qui contacte l'InVS
- Le SAMU contacte le SAMU 54 pour prise en charge
- Le SAMU 54 vient prendre en charge le patient au service d'accueil des urgences
- La prise en charge d'un patient en détresse respiratoire est assurée par une équipe SMUR du département concerné, jusqu'à l'arrivée de l'équipe du SAMU 54 qui assure le transfert jusqu'au CHU de Nancy

REFERENCES

- www.invs.sante.fr
- www.sante.sports.nancy.fr
- www.hcsp.fr

MERS: Food for thoughts

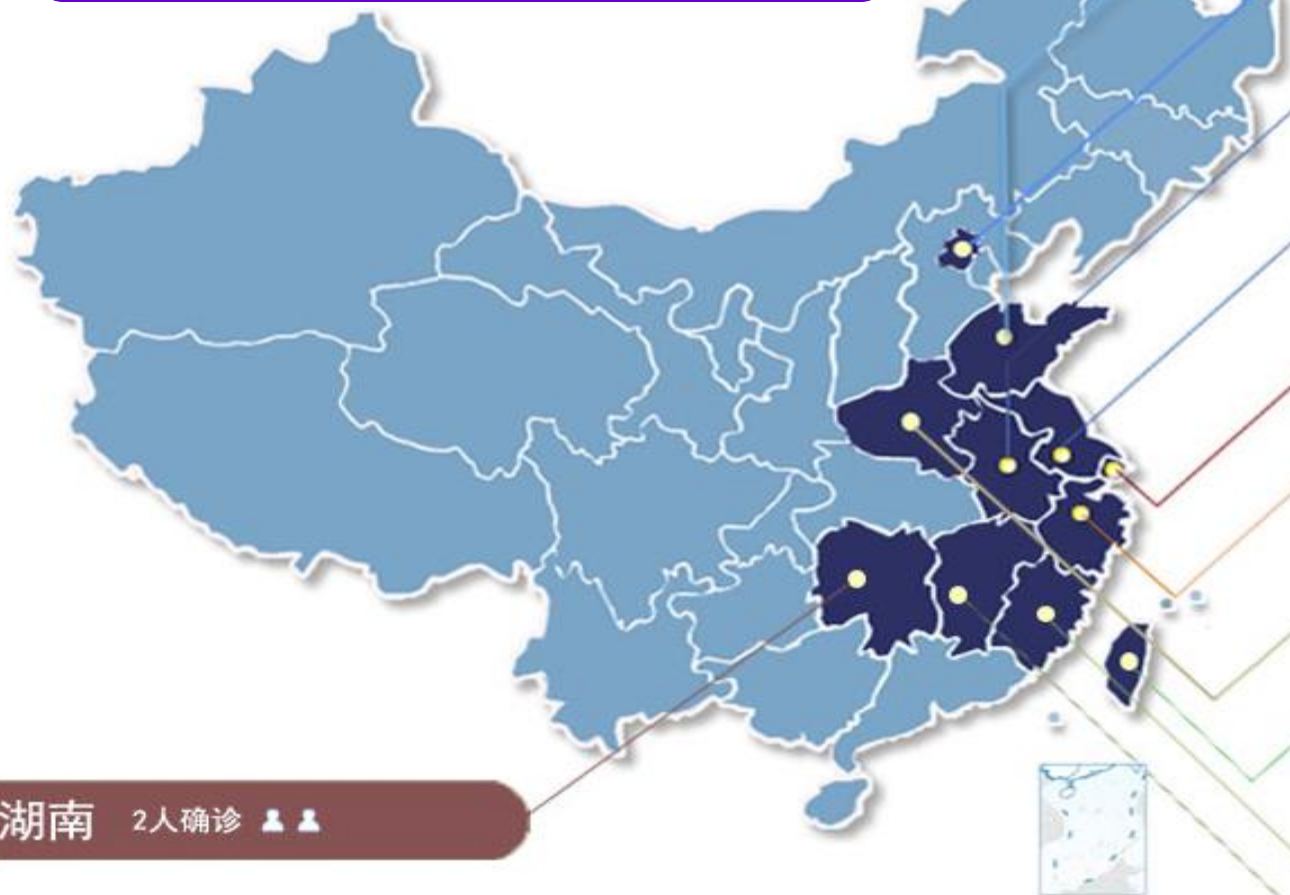
- ✓ Compare Ribavirin+IFN vs either Riba or IFN alone
 - Ribavirin 10mg/kg/8h IV
 - IFN α 2b 5 M IU/kg/16h SC or PEG-IFN
- ✓ Monoclonal antibodies: Dutch and English
- ✓ Convalescent plasma if available
- ✓ Consider may be steroids very early in the disease as well as cyclosporin
 - based on the host response profile
 - Associated to IFN for replication?

The background features a dark blue field filled with various shades of blue gears of different sizes, some overlapping. On the left side, there is a vertical strip with a colorful, abstract, and somewhat pixelated texture in shades of orange, yellow, and brown.

关于H7N9

中国 H7N9 禽流感分布

全国总计128人确诊 其中26人死亡
(截至5月1日16点)



山东 2人确诊

北京 1人确诊

安徽 4人确诊
(1人死亡)

江苏 27人确诊
(6人死亡)

上海 33人确诊
(13人死亡)

浙江 46人确诊
(6人死亡)

河南 4人确诊

台湾 1人确诊

福建 3人确诊

江西 5人确诊

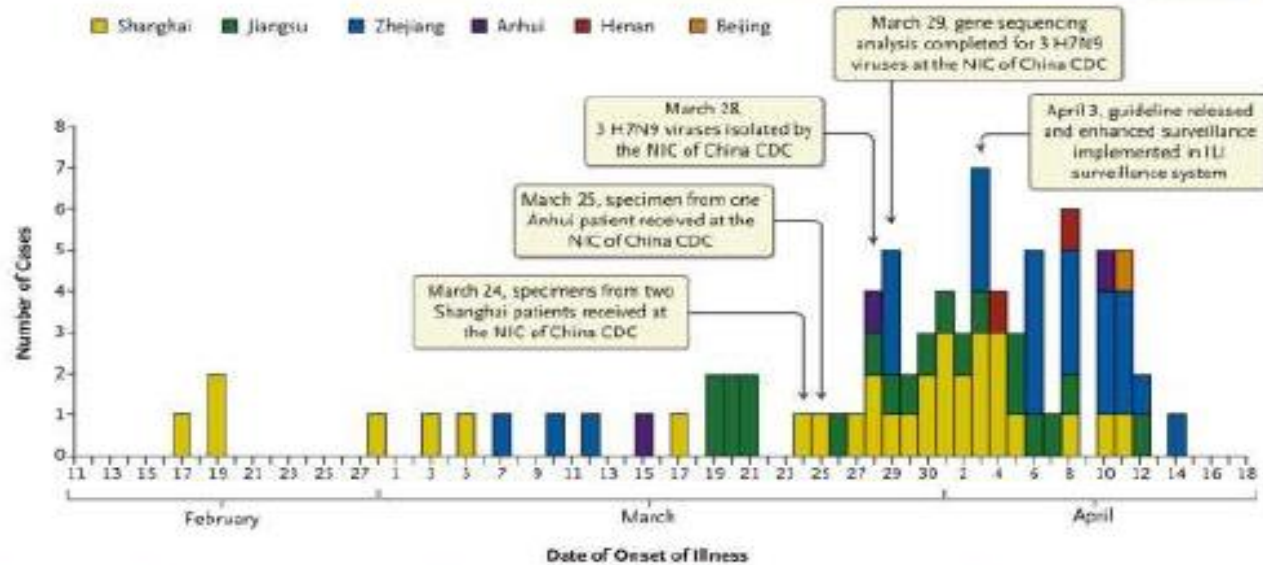
湖南 2人确诊

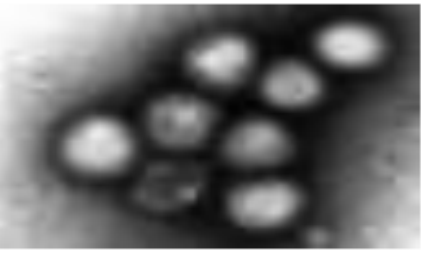


World Health Organization

H7N9

Au 30 mai 2013
132 cas; 37 décès
Mortalité :28%





Clinical Findings in 111 Cases of Influenza A (H7N9) Virus Infection

Characteristic	Value
Age	
Median (range) - Yr	61 (3-88)
Subgroup – no. (%)	
0-4	1 (0,9)
5-14	1 (0,9)
15-49	28 (25,2)
50-64	34 (30,6)
≥ 65	47 (42,3)
Female sex – no. (%)	35 (31,5)
Current smoker	27 (24,3)
Exposure to live poultry	
In previous 14 days – no (%)	62 (55,9)
Median incubation time since exposure (interquartile range) - days	5 (2-8)
Hospitalization – no. (%)	109 (98,2)

Characteristic	Value
Coexisting condition – no. (%)	
Any	68 (61,3)
Hypertension	51 (45,9)
Diabetes	18 (16,2)
Coronary heart disease	11 (9,9)
Immunosuppression	10 (9,0)
COPD	8 ((7,2)
Cancer	6 (5,4)
Cerebrovascular disease	4 (3,6)
Hepatitis B infection	4 (3,6)
Chronic renal disease	2 (1,8)
Pregnancy	2 (1,8)

Grippe A(H7N9) et Antiviraux

- Points à considérer :
 - Absence de vaccin
 - Sévérité des cas, mortalité substantielle
 - Transmission interhumaine limitée, mais potentialités de transmission
 - Sensibilité *in vitro* aux INA, inefficacité des adamantanes
 - Absence de données concernant traitement précoce par INA dans la grippe A(H7N9)
 - Mais leçons de la pandémie A(H1N1)
- Recommandations thérapeutiques (CDC)
 - Traiter le plus tôt possible par INA
 - Tous cas confirmés, probables, en investigation
 - Formes non compliquées, non sévères : oseltamivir ou zanamivir
 - Formes compliquées ou sévères : oseltamivir PO
 - Voire oseltamivir ou zanamivir IV

Recommandations



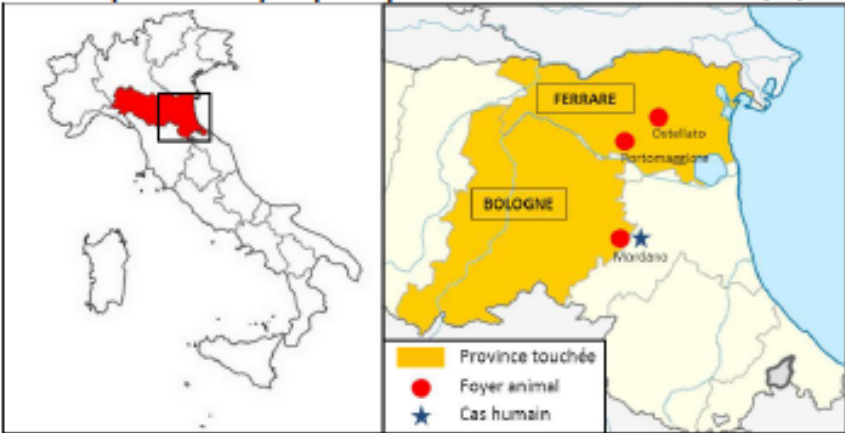
Haut Conseil de la santé publique

AVIS

**relatif à la prise en charge des patients suspects d'infections dues
aux virus *influenzae* aviaires A(H7N9) ou A(H5N1)**

25 avril 2013

Ce bulletin a pour objectif de signaler les nouveaux événements sanitaires survenant à l'étranger et susceptibles d'avoir des implications pour les populations françaises. Il ne prétend pas fournir un relevé exhaustif de l'ensemble des alertes sanitaires internationales. Ces informations recueillies auprès de différentes sources officielles et informelles sont destinées aux partenaires de l'InVS dans le cadre du réseau de santé publique. Malgré toutes les précautions prises pour fournir des informations précises, des erreurs peuvent survenir. L'InVS ne pourra en être tenu pour responsable et il incombe au lecteur d'utiliser les données contenues dans ce tableau avec précautions.

Zone	Type	Situation	Commentaire
Italie	A(H7N7)	<ul style="list-style-type: none"> • Le 2 septembre 2013, le Ministère de la Santé italien a rapporté le premier cas humain confirmé dû au virus influenza A(H7N7) en Italie. Il s'agit de : <ul style="list-style-type: none"> - Homme de 51 ans travaillant dans un élevage de poules pondeuses à Mordano (région d'Emilie Romagne). - Diagnostic le 28/08 : conjonctivite unilatérale. - Dernier contact non protégé avec des animaux malades le 21/08. • Un cas suspect travaillant dans le même élevage est sous surveillance, selon les autorités de la région d'Emilie Romagne. Des tests en laboratoire sont en cours. • La confirmation de ce cas humain intervient dans un contexte d'épizootie due au virus influenza A(H7N7) hautement pathogène (4 foyers dans 3 localités) rapportée par l'OIE depuis le 10 août 2013 dans la même région. <p>Carte 1 : Répartition des foyers épidémiques humains et animaux en Italie au 03/09/13</p>  <p> Province touchée Foyer animal Cas humain </p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les infections liées à des virus de grippe aviaire chez l'homme sont rares. La plupart sont dues à A(H5N1), A(H7N7), A(H7N9) et A(H9N2). • Lors de la dernière épidémie de A(H7N7) rapportée aux Pays-Bas en 2003 (89 cas humains), la possibilité d'une transmission interhumaine a été documentée¹. • La pathogénicité du virus A(H7N7) rapportée chez les cas humains reste modérée avec plus de 95% de formes cliniques de type conjonctivites². Un seul décès avait été rapporté chez un vétérinaire. • Les autorités sanitaires italiennes ont mis en place des mesures de surveillance des personnes exposées, ainsi que des mesures de prévention pour limiter la diffusion de l'épizootie. • La situation reste suivie avec attention. <p><small>1 Du Ry van Beest Holle M et al. Euro Surveill. 2005;10(12). Available online: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=384, consulté le 03/09/13</small> <small>2 http://www.who.int/csr/don/2003_04_24/en/, consulté le 03/09/13</small></p>



Et les BMR ???

HIER

Bactéries multirésistantes



Nosocomiales

Communautaire

SARM

S. aureus résistants
à la méticilline

ERV

Entérocoques résistants
à la vancomycine

PSDP

Pneumocoques de
sensibilité diminuée à
la pénicilline

PAMR

P. aeruginosa multirésistants

ABMR

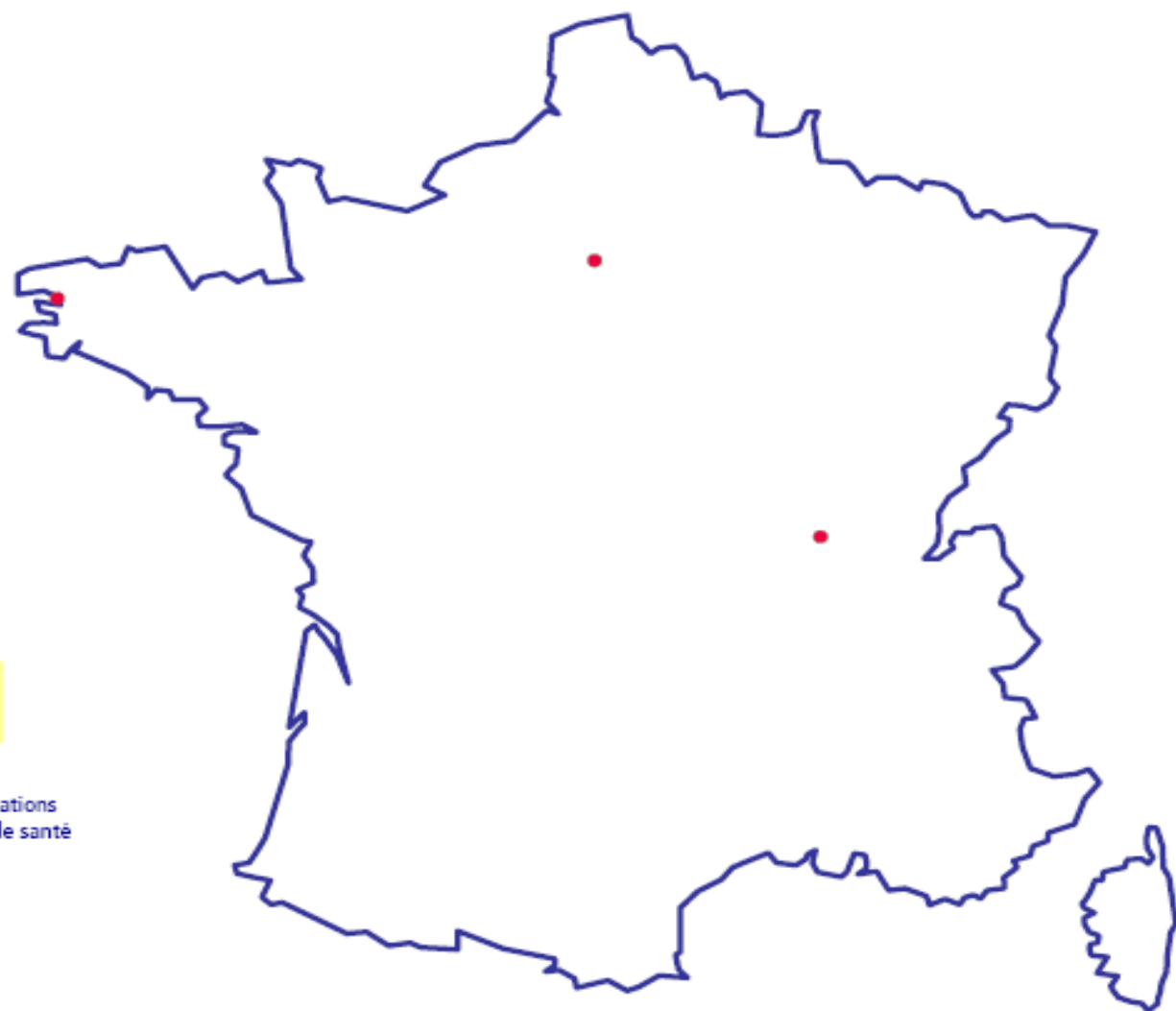
A. baumannii multirésistants

BLSE

β -lactamases à spectre
étendu chez Enterobactéries

H

ERG (*E. faecium*), signalements IN, France 2003 (N=3)

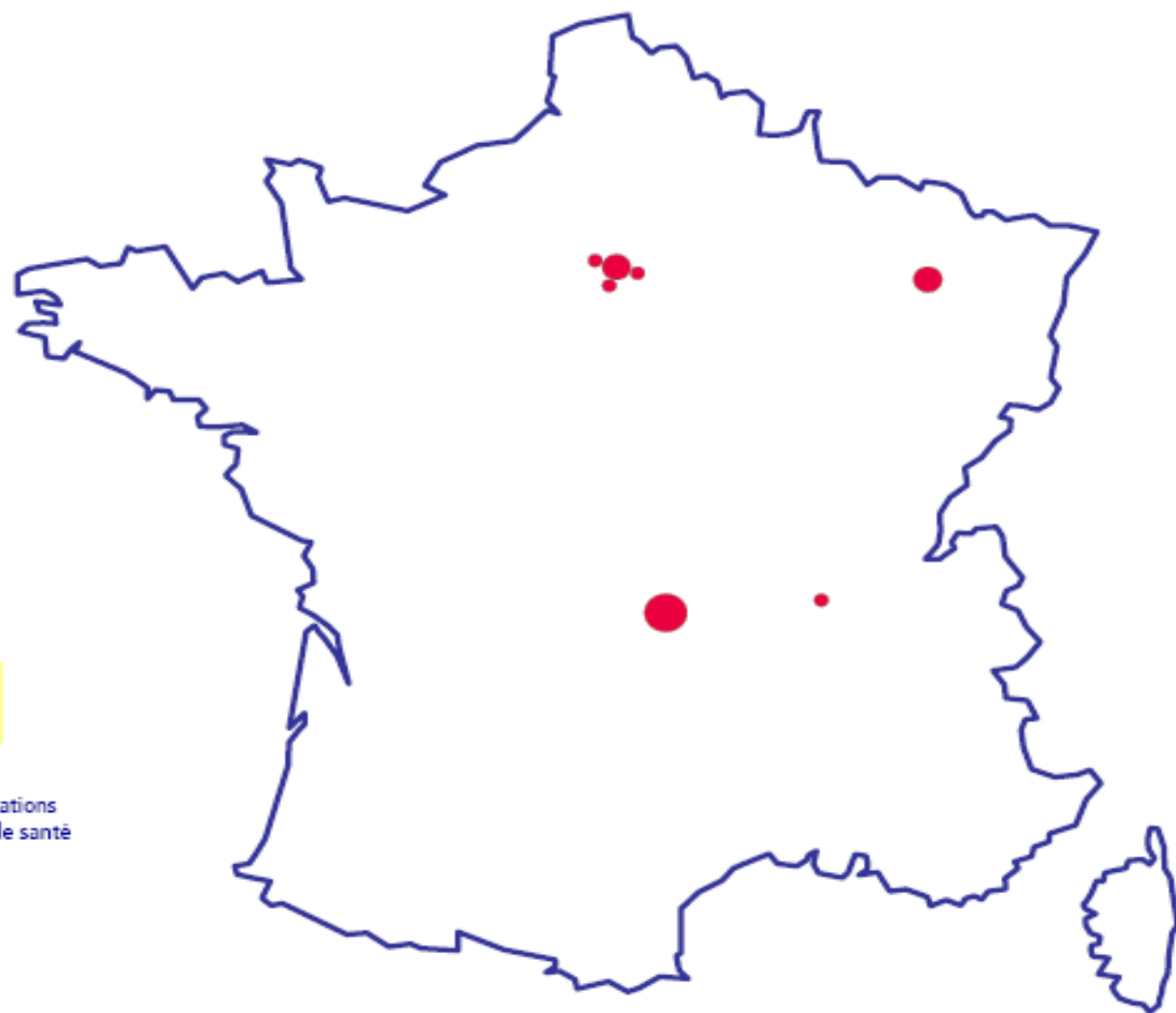


Source : InVS, données nationales signalement

Nombre d'infections / colonisations signalées par établissement de santé

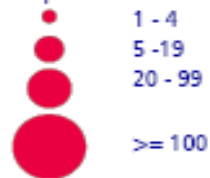
●	1 - 4
●	5 - 19
●	20 - 99
●	≥ 100

ERG (*E. faecium*), signalements IN, France 2004 (N=13)

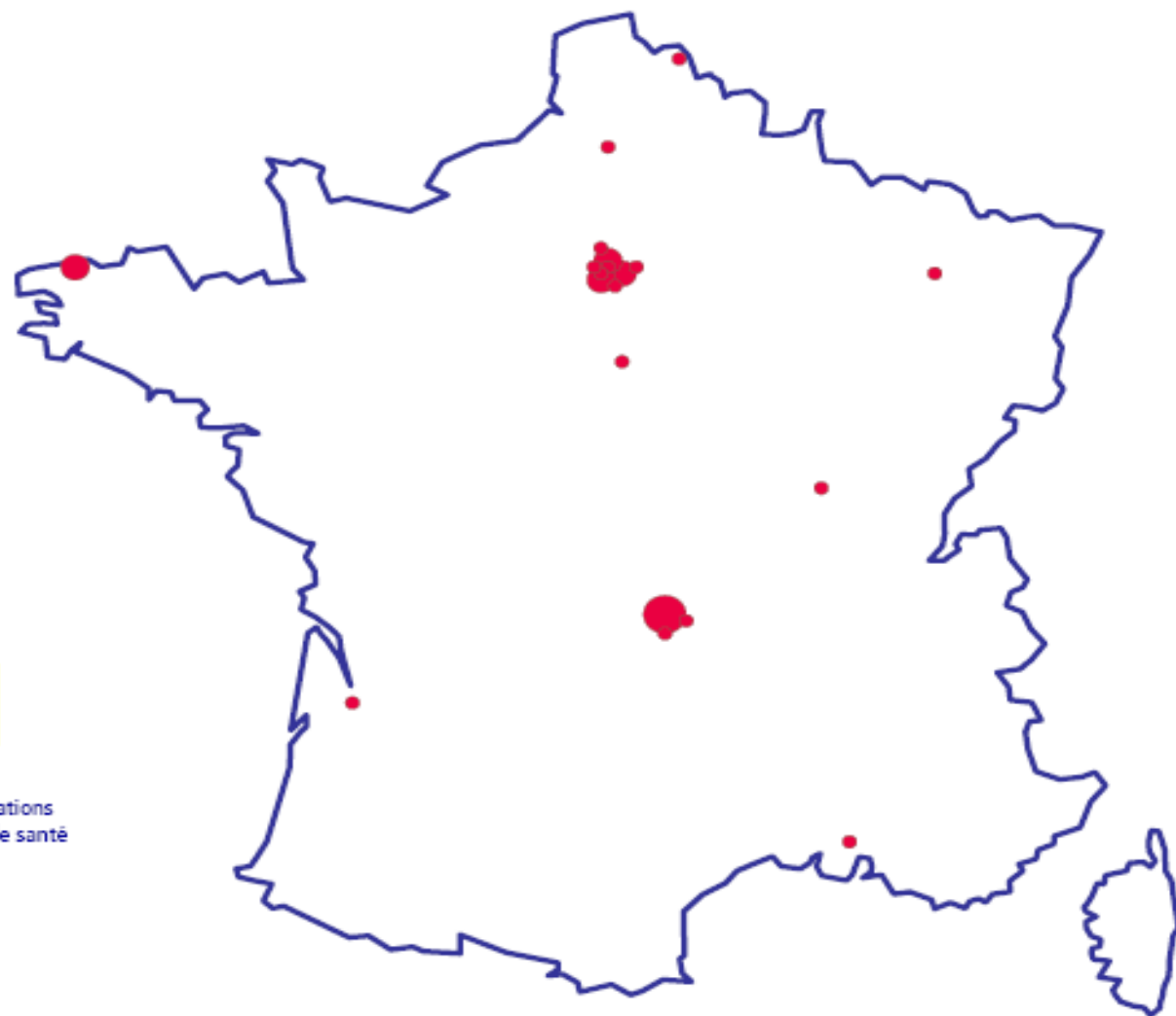


Source : InVS, données nationales signalement

Nombre d'infections / colonisations signalées par établissement de santé



ERG (*E. faecium*), signalements IN, France 2005 (N=34)

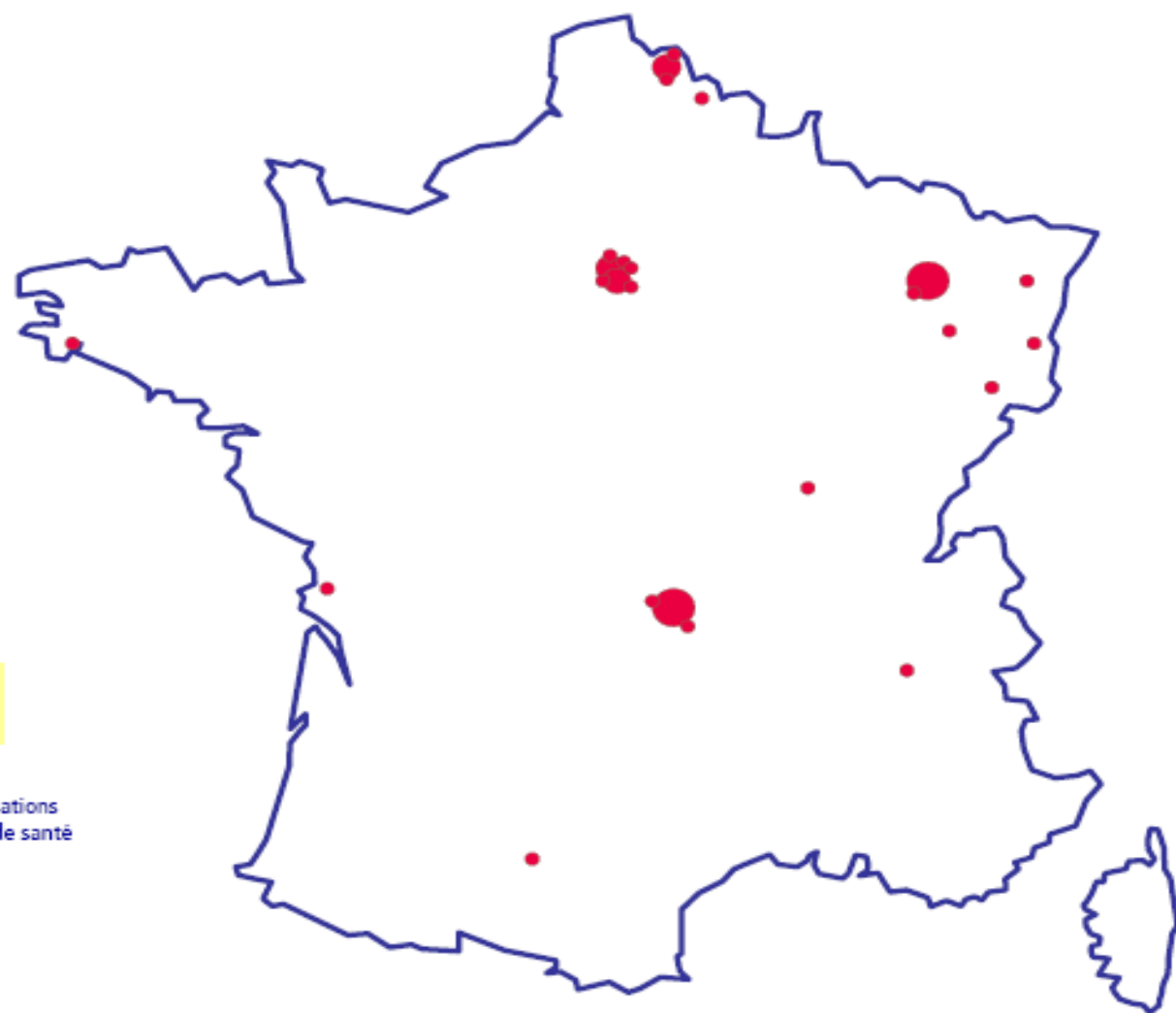


Source : InVS, données nationales signalement

Nombre d'infections / colonisations signalées par établissement de santé

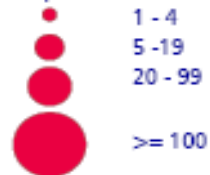


ERG (*E. faecium*), signalements IN, France 2006 (N=34)

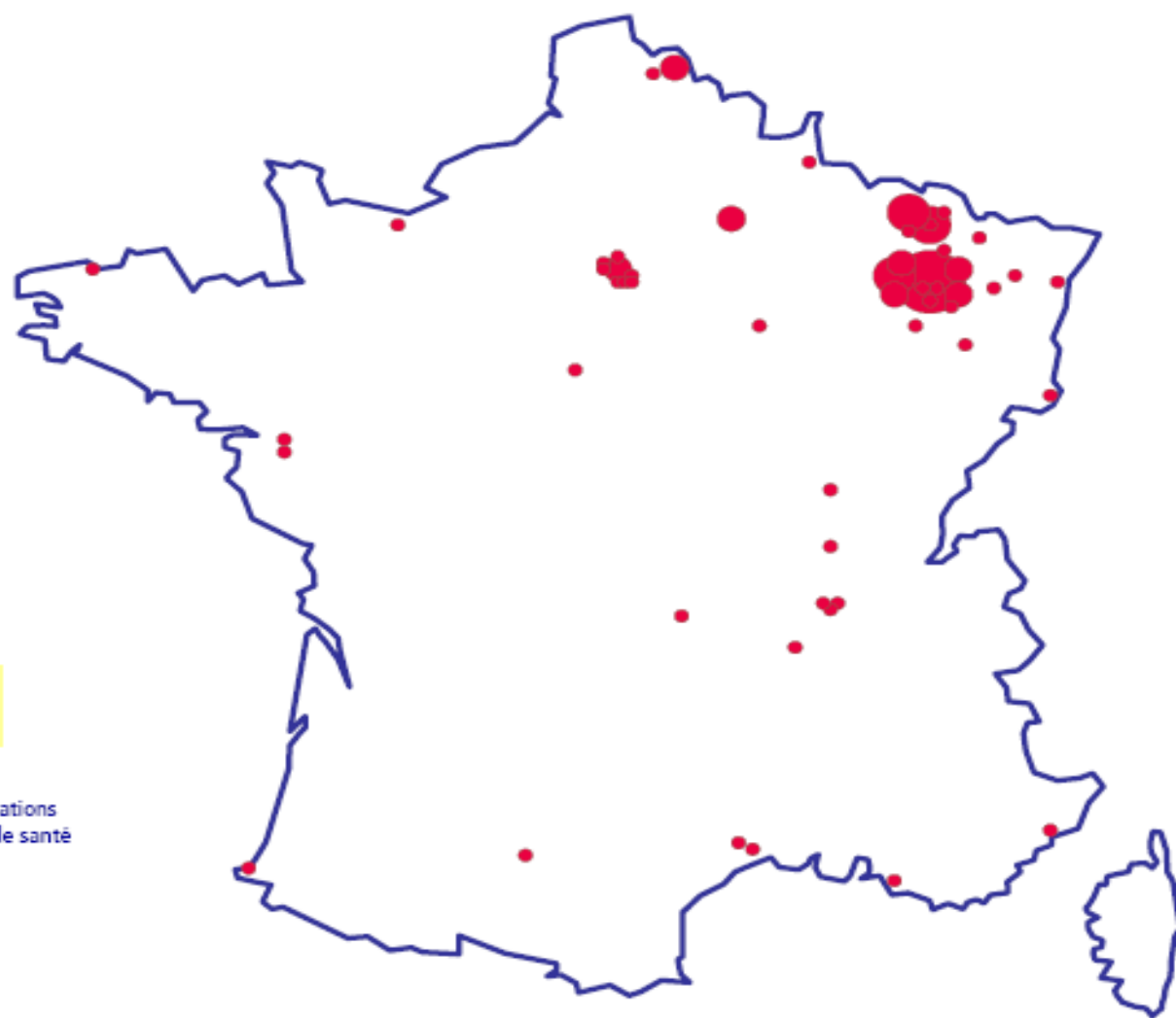


Source : InVS, données nationales signalement

Nombre d'infections / colonisations signalées par établissement de santé

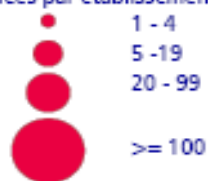


ERG (*E. faecium*), signalements IN, France 2007 (N=130)



Source : InVS, données nationales signalées

Nombre d'infections / colonisations signalées par établissement de santé



AUJOURD'HUI

Bactéries multirésistantes



Nosocomiales

Communautaires

ERV

Entérocoques résistants
à la vancomycine

PAMR

P. aeruginosa multirésistants

ABMR

A. baumannii multirésistants

SARM

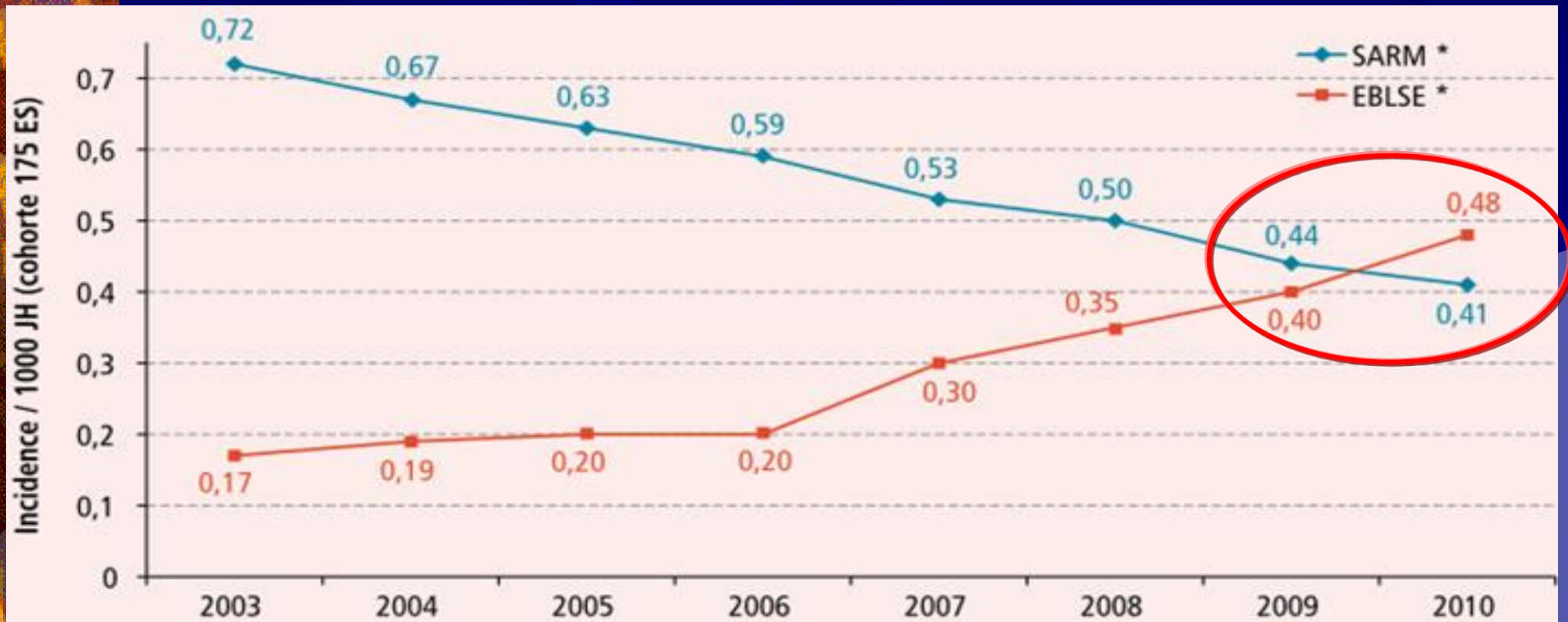
PSDP

BLSE

β -lactamases à spectre
étendu chez Enterobactéries

H

Evolution de la prévalence et des densités d'incidence. SARM et EBLSE. France. Données RAISIN.

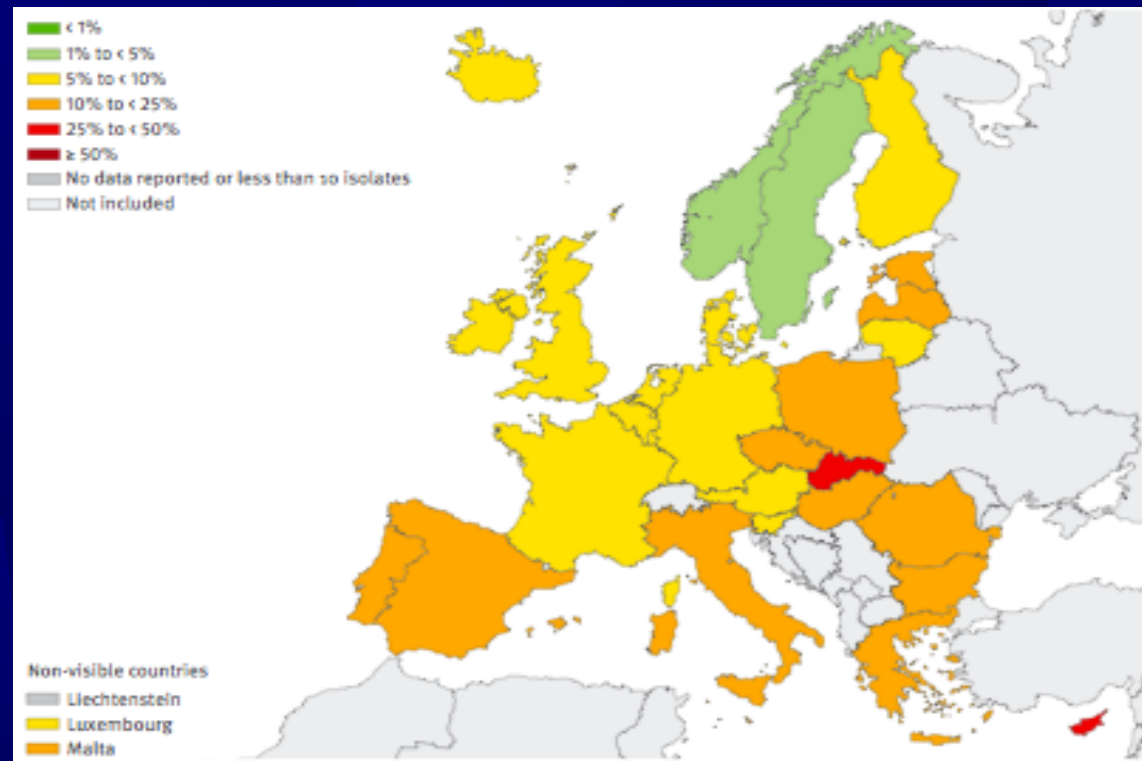


En communautaire : multiplication de la prévalence par 10 entre 2006 et 2011 chez des personnes en bonne santé à Paris : 0,6 % à 6,1 %

Résistance de *E coli* aux céphalosporines de 3^{ème} génération (85 à 100 % de BLSE)



2003 : < 1%



2010 : 7,2%

2011 : 9,1%

Source: European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net).

<http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-Net/Pages/Database.aspx>

Current Status of Antimicrobial Resistance in Asia

ESBL-producing *E. coli*



	R %
Korea	10-25%
Japan	10-25%
China	>50%
Hong Kong	25-50%
Taiwan	10-25%
Philippines	10-25%
Thailand	25-50%
Vietnam	>50%
Malaysia	10-25%
Singapore	25-50%
Indonesia	25-50%
India	>50%
Sri Lanka	?
Saudi Arabia	25-50%

E. coli BLSE

En communautaire : multiplication de la prévalence par 10 entre 2006 et 2011 chez des personnes en bonne santé à Paris : 0,6 % à 6,1 %

(Nicolas-Chanoine. C2-1233.ICAAC. 2011)

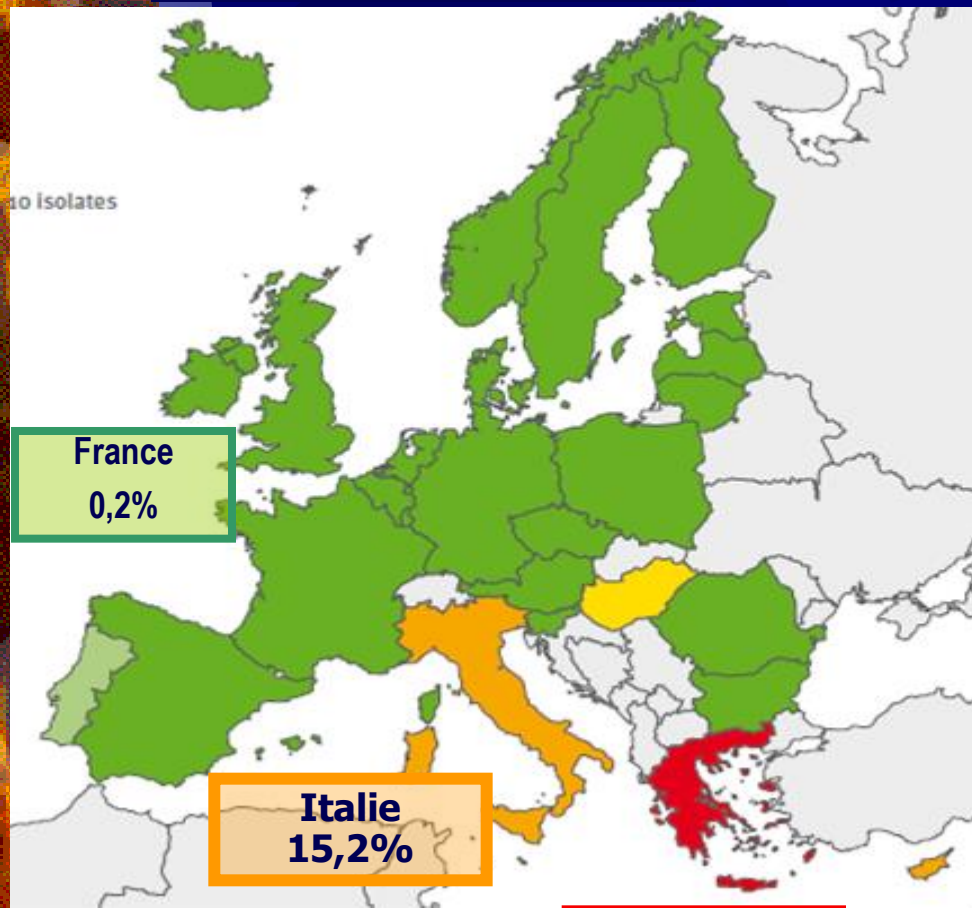
Evolution de la consommation de carbapénèmes



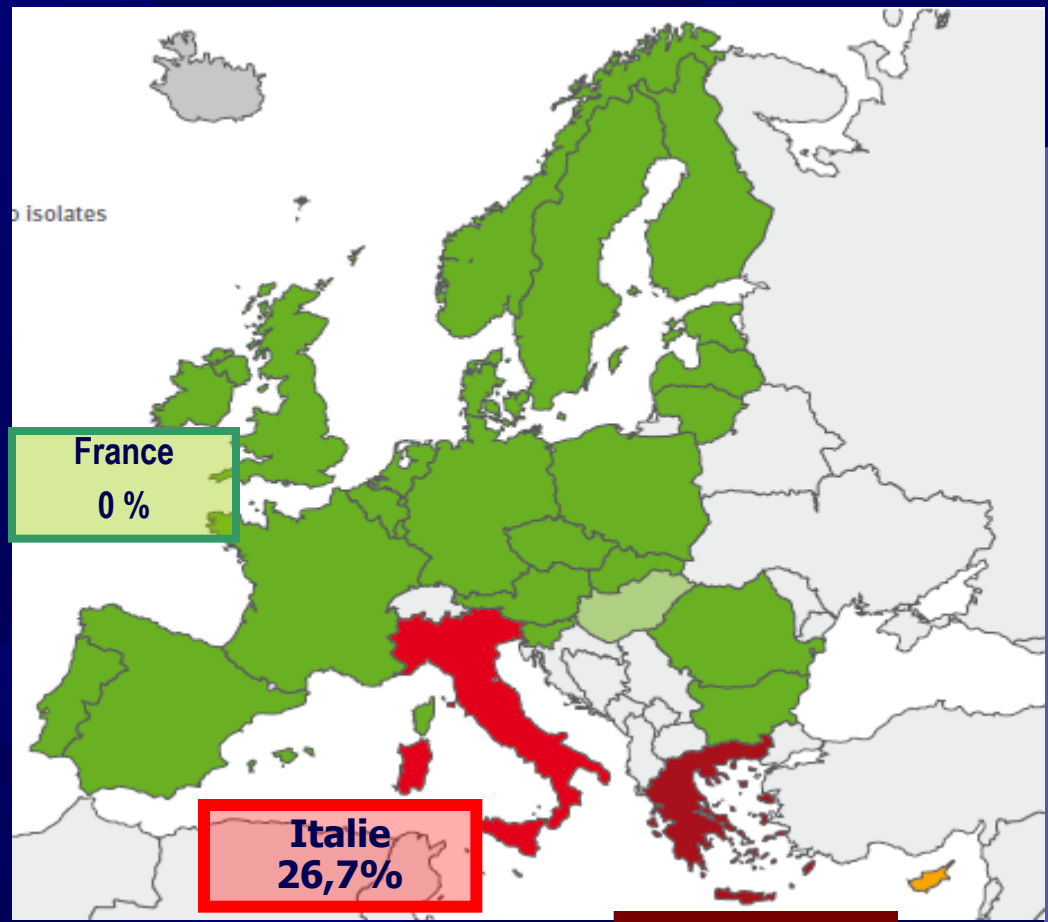
Source : Afssaps (P. Cavalieri)

Klebsiella pneumoniae et résistance aux carbapénèmes

2010



2011



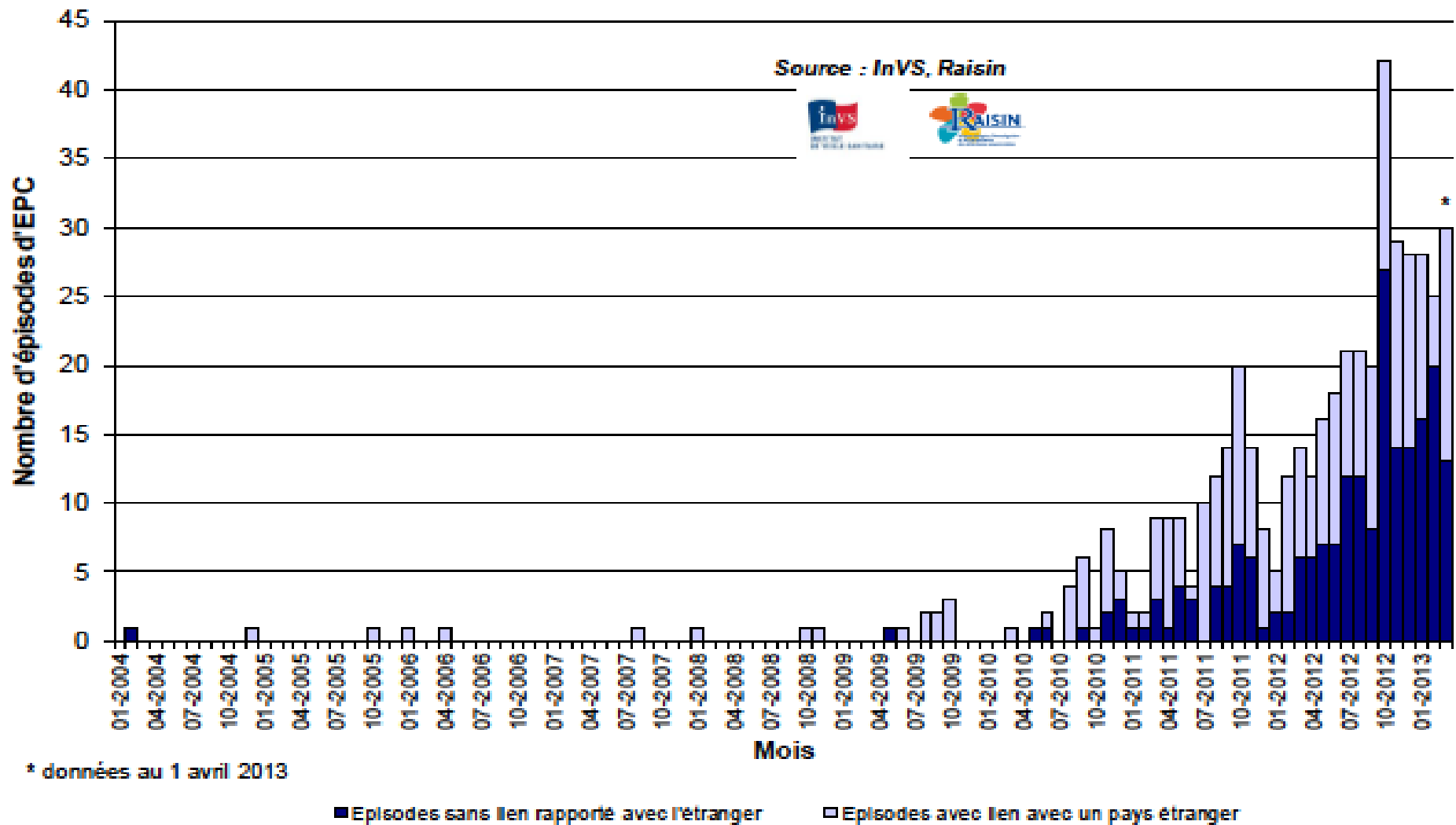
Current Status of Antimicrobial Resistance in Asia

Carbapenem R Enterobacteriaceae



	R %
Korea	<1%
Japan	5-10%
China	1-5%
Hong Kong	<1%
Taiwan	1-5%
Philippines	1-5%
Thailand	<1%
Vietnam	<1%
Malaysia	
Singapore	1-5%
Indonesia	1-5%
India	5-10%
Sri Lanka	
Saudi Arabia	<1%

Epidémiologie des carbapénémases en France

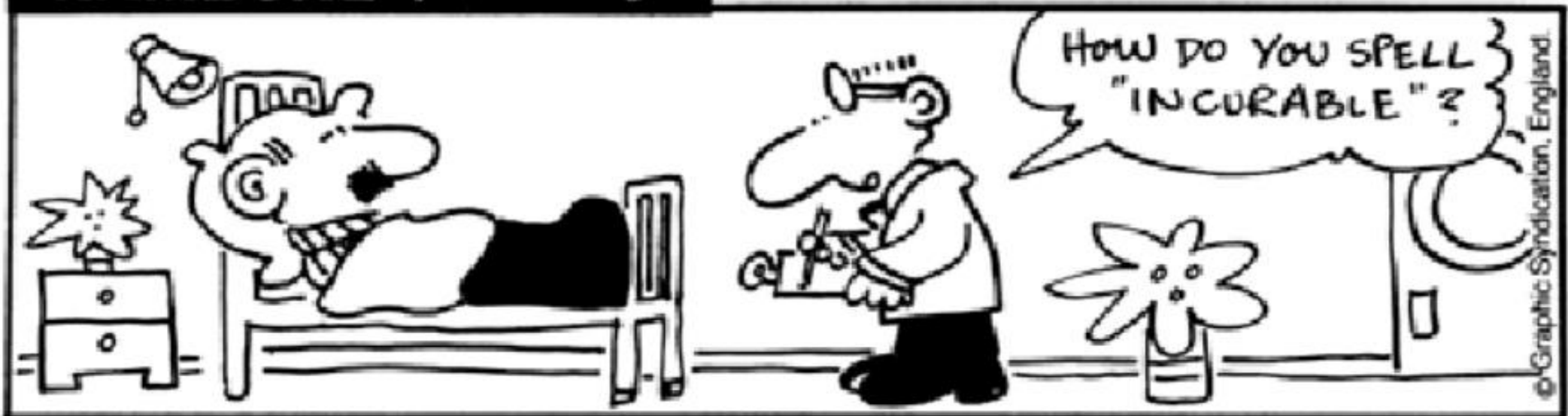


En Europe, 25.000 patients décèderaient chaque année d'une infection à BMR qui n'a pas pu être traitée *

(d'après Mossialos E et al, LES-ABI Stockholm 2009)

Treatment regimens for multi-resistant Gram-negative organisms



HAMBONE by Mike Flanagan



ANTIBIOTIC RESISTANCE THREATS in the United States, 2013



Estimated minimum number of illnesses and deaths caused by antibiotic resistance*:

At least  **2,049,442** illnesses,
 **23,000** deaths

423.000 infections/an

4750 décès/an

	USA	France
Population	315 millions	65 millions
Décès/an EPC	610	125
Décès/an BLSE	1700	350
Décès/an SARM	11000	2270

**Recommandations pour la prévention de la
transmission croisée des « Bactéries
Hautement Résistantes aux
antibiotiques émergentes » (BHRe)**

Est définie en 2013, dans le cadre de ce guide, comme une
« Bactérie hautement résistante émergente » (BHRe)

1. Bactérie commensale du tube digestif
2. Résistante à de nombreux antibiotiques
3. Avec des mécanismes de résistance aux antibiotiques transférables entre bactéries
4. Emergente selon l'épidémiologie connue, c'est-à-dire n'ayant diffusé en France que sous un mode sporadique ou un mode épidémique limité

Ainsi on considèrera comme BHRe :

- Parmi les bacilles à Gram négatif : Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC),
- Parmi les cocci à Gram positif : *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG)

Pan résistance et échec thérapeutique



**MAITRISE DE LA DIFFUSION des
émergences**

Identification + mesures spécifiques
(Dépistage des contacts + cohorting + gestion des transferts)

BHR

Précautions complémentaires

BMR

Précautions standard

TOUT PATIENT

Fiche 2. Admission d'un patient hospitalisé à l'étranger dans l'année précédente

Prise en charge du patient cible

- Chambre individuelle, PCC
- Dépistage du patient à la recherche de BHRé

Dépistage négatif

- Levée des PCC
- Renouvellement du dépistage si ATB

Dépistage positif

- Renforcement du personnel paramédical
- Personnel dédié ou marche en avant

3 cas de figure selon modalités de prise en charge effective du porteur

Pas de PCC,
pas d'équipe dédiée

PCC d'emblée,
pas d'équipe dédiée

PCC d'emblée,
puis équipe dédiée

Prise en charge des patients contacts

cf. fiche 3
découverte fortuite

- Dépistages hebdomadaires des contacts présents tant que le porteur est présent
- + au moins un dépistage des contacts après la sortie du porteur
- Si transfert d'un contact négatif : PCC + au moins un dépistage

- Au moins un dépistage des contacts
- Poursuite des transferts des contacts

Fiche 3. Découverte fortuite d'une BHRé en cours d'hospitalisation

Prise en charge du porteur de BHRé

- Chambre individuelle, PCC
- Renforcement du personnel paramédical
- Personnel dédié si impossible marche en avant

Prise en charge des patients contact

- Arrêt des transferts du porteur et des contacts
- Identifier contacts, présents dans l'unité + déjà transférés
- PCC pour les contacts déjà transférés
- Dépistages hebdomadaires des contacts, répétés au moins 3 fois

A l'issue des 3 dépistages

Dépistages négatifs

Dépistages positifs
cf. fiche 4 contrôle épidémie

Selon modalités de prise en charge effective du porteur

PCC, pas d'équipe dédiée

PCC et équipe dédiée

Prise en charge des patient contact

- Dépistages hebdomadaires des contacts présents tant que le porteur est présent
- + au moins un dépistage des contacts après la sortie du porteur
- Si transfert d'un contact : PCC + au moins un dépistage

- Poursuite des dépistages non obligatoire
- Reprise transfert contacts

Fiche 4. Contrôle d'une épidémie de BHRé

Dès les premiers jours

- Activer le plan local de maîtrise d'une épidémie
- Arrêter les transferts des porteurs et des contacts
- Arrêter temporairement les admissions
- Regrouper porteurs, contacts, indemnes en 3 secteurs distincts avec personnels dédiés
- Dépistage hebdomadaire des contacts
- Dépistage des contacts déjà transférés dans un autre établissement
- Alerte informatique pour repérer réadmission

Epidémie considérée comme contrôlée si, depuis la découverte du dernier porteur:

- les porteurs, les contacts, les indemnes sont pris en charge par du personnel distinct
- au moins 3 dépistages des contacts présents sont négatifs

Prise en charge des patients contact

- Reprise des transferts des contacts si nécessaire
- PCC pour les contacts transférés
- Poursuite des dépistages hebdomadaires des contacts
- Si hospitalisation prolongée, dépistages espacés, mais renouvelés si ATB
- Avis référent en antibiothérapie avant ATB



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
Département des Urgences Sanitaires
Sous direction prévention des Risques Infectieux
DGS/DUS/RI

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous direction du pilotage de la performance des
acteurs de l'offre de soins (SDPF)
Bureau Qualité et sécurité des soins (PF2)
DGOS/PF2

Paris, le 7 MAI 2013

013158

Le Directeur général de la santé

Le Directeur général de l'offre de soins

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs
généraux des agences régionales de santé de
zone
(pour attribution)

Copie à :
Mesdames et Messieurs les Directeurs
généraux des agences régionales de santé
(pour information)

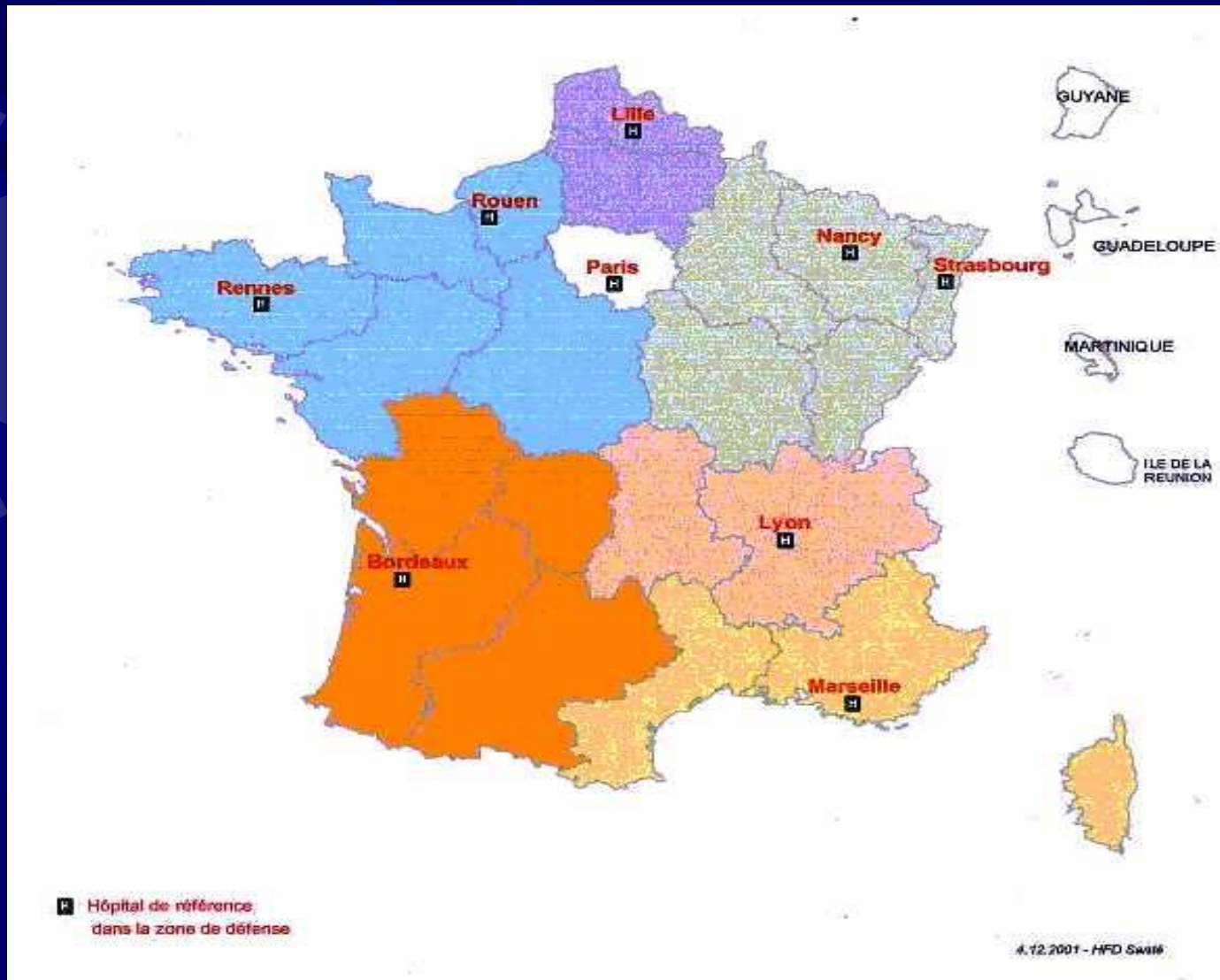
Validée par le CNP le 26 avril 2013 - Visa CNP 2013-102

Objet : Organisation de la prise en charge des patients présentant une tuberculose multi ou ultra résistante en métropole.



Organisation

Les zones de défense





Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports

CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013

ANTICIPER ET DETECTER L'ÉMERGENCE D'AGENTS PATHOGENES A POTENTIEL ÉPIDÉMIQUE

Pour prévenir et maîtriser leur diffusion

Améliorer la détection des situations d'alerte et promouvoir leur gestion coordonnée

ACTIONS NATIONALES ET INTER-REGIONALES

- Intégrer aux plans blancs des établissements un volet sur la gestion des situations épidémiques et de leurs conséquences sur l'organisation des soins

ACTIONS REGIONALES

- Intégrer dans le schéma régional de prévention des ARS un volet sur la gestion des situations épidémiques

ACTIONS LOCALES

- Mettre en œuvre le volet sur la gestion des situations épidémiques des plans blancs

Plan Régional de Gestion d'une Epidémie

Réception du signal par le CCLIN Est –ARLIN et l'ARS :

- ☀ Description du phénomène infectieux et première expertise :
- ☀ Confirmation du potentiel de diffusion hors établissement signalant
- ☀ Point (au minimum hebdomadaire) sur l'évolution de la situation sera établi avec le (les) établissements par le CCLIN Est-ARLIN.

**Si la situation est considérée comme préoccupante,
le CCLIN Est-ARLIN alerte l'ARS,
via la cellule de veille sanitaire, dont le Directeur Général est en charge de
déclencher la réunion de la cellule de crise régionale
dans un délai de 48h maximum.**

Plan Régional de Gestion d'une Epidémie

CELLULE DE CRISE REGIONALE :

1/ Membres permanents :

- ☀ - Directeur général de l'ARS ou son représentant
- ☀ - Responsable de la Cellule de veille et de gestion sanitaire (CVGS) ou son représentant
- ☀ - Responsable du CCLIN Est ou responsable de l'ARLIN (ou leurs représentants)
- ☀ - 1 binôme, direction/ responsable de l'équipe d'hygiène (ou leurs représentants) pour
- ☀ chaque établissement de santé concerné par l'épidémie

2/ Membres pouvant être convoqués par l'ARS, sur demande d'un des membres permanents de la cellule de crise ...

Plan Régional de Gestion d'une Epidémie

Missions de la cellule de crise régionale :

- ✱ Elle partage l'analyse de la situation de crise
- ✱ Elle valide la définition de cas (certains, probables, contacts).
- ✱ Elle décide des mesures à mettre en place par les établissements (le délai maximal de 7 jours)
- ✱ Elle est chargée de suivre l'évolution de la crise
- ✱ Le cas échéant, elle propose le déclenchement des mesures de cohorting régional des cas et des contacts et valide les mesures de communication autour de cette ouverture.
- ✱ Elle appuie techniquement les établissements sites de cohorting (CHU de Nancy et/ou CHR de Metz Thionville), afin que l'ouverture du ou des secteurs puisse être effective dans un délai maximum de 7 jours

Plan Régional de Gestion d'une Epidémie


Missions de la cellule de crise régionale :

- ✱ Elle identifie et réduit les situations de perte de chance que pourrait induire pour un patient son affectation en terme de cohorting.
- ✱ Elle définit le cas échéant, les modalités de prise en charge des patients qui ne peuvent pas être accueillis dans le secteur de cohorting (refus du patient ou de sa famille, manque de place)
- ✱ Elle définit les modalités d'information du patient et de sa famille
- ✱ Elle réévalue la nécessité du maintien du ou des secteurs de cohorting et décide de leurs fermetures

Plan Régional de Gestion d'une Epidémie

Le CHU de Nancy et le CHR de Metz Thionville :


- ✱ Chaque établissement est en mesure de mettre en place un secteur de cohorting de 12 à 15 lits.
- ✱ La localisation géographique prédomine sur la spécialité.
- ✱ Ces unités de cohorting se font dans des unités de soins existantes en interrompant tout ou partie d'une activité.
- ✱ Le délai d'ouverture d'un secteur de cohorting, attendu après notification du directeur général de l'ARS, est de 7 jours.
- ✱ Les procédures d'ouverture, de fonctionnement et de fermeture de chaque secteur de cohorting rédigées par chacun des deux établissements sites de cohorting, sont annexées au plan régional.
- ✱ Programmé et suivi : calcul des surcoûts pour les établissements sites de cohorting régional

	Plan local de gestion d'une épidémie			
			Version	
			Applicable le :	
Rédaction		Vérification	Approbation	
		Ch. RABAUD	V. DUWOYE - L. NACE	

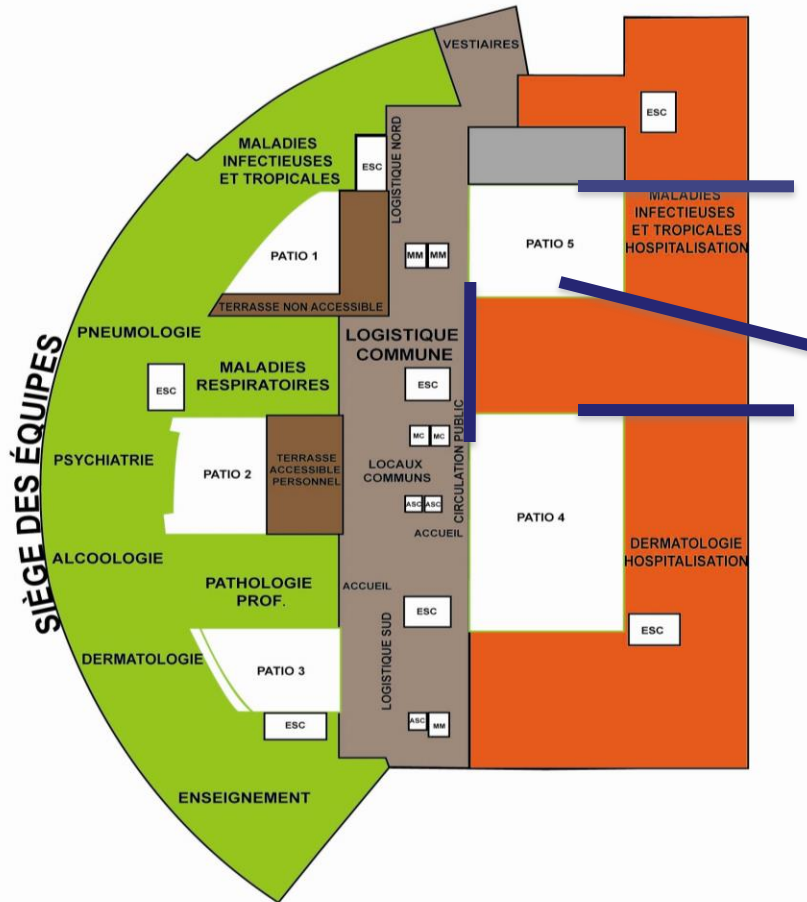
7. Contenu..... 4

7.1. Prise en charge d'un problème épidémique ayant émergé au sein de l'établissement..... 4

7.2. Prise en charge d'un (ou plusieurs) patient(s) arrivant au CHU porteur(s) d'un micro-organisme à potentiel épidémique..... 5

	Procédure d'accueil de patients porteurs d'infections par agents émergents à transmission respiratoire			
			Version	
			Applicable le :	
Rédaction		Vérification	Approbation	

Gestion d'un phénomène infectieux émergent (transmission air) (Hors activation du P3)



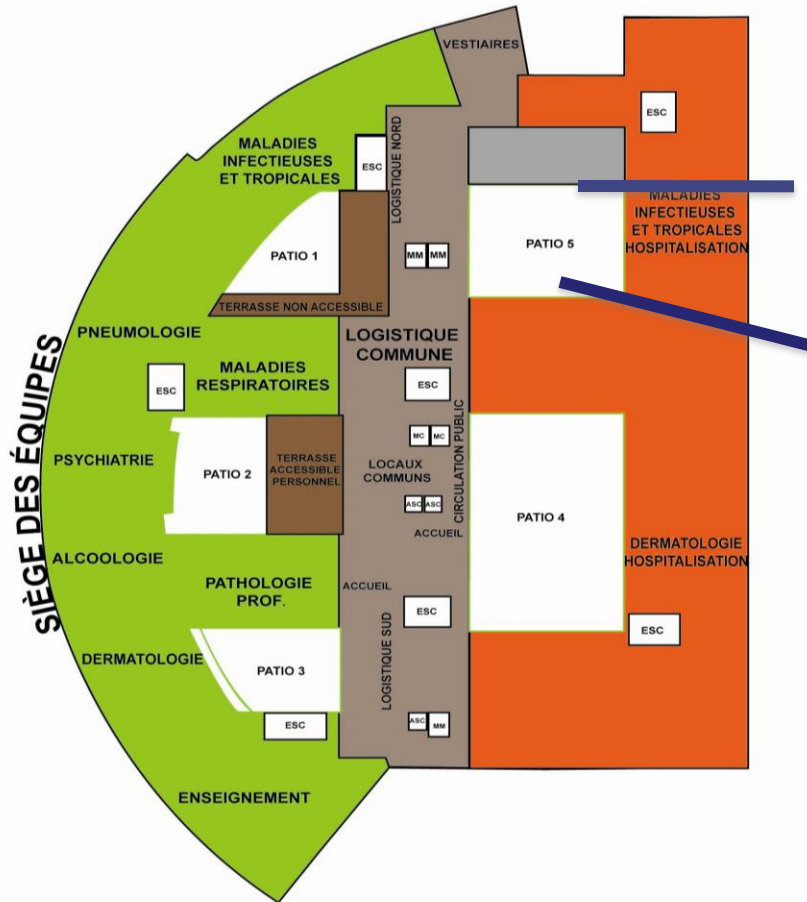
Un circuit patient dédié depuis l'arrivée patient couché

Une mobilisation possible en deux phases :

1/ Un secteur fermé par l'activation des portes coupes feu ; 4 chambres (247- 250) dédiées à l'accueil des patients ; 2 chambres mobilisées = salle de soins, lingerie ...

2/ Une extension autant que de besoin au B +/- B' ...

Prise en charge d'un phénomène épidémique nécessitant la mise en oeuvre d'un cohorting (PLGE / PRGE)



Une même philosophie

1/ Un secteur fermé par l'activation des portes coupes feu ; 4 chambres (247- 250) dédiées à l'accueil des patients ; 2 chambres mobilisées = salle de soins, lingerie ...

2/ Une extension autant que de besoin au B

C.H.U. DE NANCY – HÔPITAUX DE BRABOIS



**CONSTRUCTION D'UN BÂTIMENT DE SPECIALITES MEDICALES
PAR VOIE DE BAIL EMPHYTEOTIQUE ADMINISTRATIF**

SECTEUR P3 – M.I.T.

18 juin 2008

Naissance, vie et mort des maladies infectieuses ; Charles Nicolle, 1930

- ✱ Ce qui est nouveau, ce n'est pas la survenue d'une maladie antérieurement inconnue, c'est cette survenue au sein d'un monde qui se croyait définitivement aseptisé, protégé et tranquille.
- ✱ Les migrations humaines importeront en tous pays les maladies humaines et animales de chaque région. L'œuvre est déjà avancée, elle est assurée d'avenir.
- ✱ 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 répètera de même toujours.

Il y aura donc des maladies nouvelles : c'est un fait fatal.