

Editorial - Le patient REB et la perte de chance : une question de temps...

L'accueil et la prise en charge d'un patient REB doivent relever le défi de protéger au mieux les personnes qui le soignent tout en réduisant la perte de chance qui en découle pour le patient.

L'expérience de l'alerte Ebola en Afrique de l'Ouest (2014) a montré que les patients classés cas possibles présentaient des délais diagnostics allongés, de grippe et d'accès palustre simple par exemple, jusqu'à 50 heures après leur admission (1). Ce phénomène s'accompagne d'un délai à la mise en route du traitement approprié avec une évolution parfois péjorative (2,3).

Comment réduire alors ces délais diagnostiques et thérapeutiques allongés par la mise en œuvre des mesures de protections incontournables pour soigner ces patients ?

• Du patient suspect au patient cas possible...

L'identification et le classement du patient suspect constituent un temps critique. La mobilisation de l'expertise clinico-épidémiologique la plus adaptée possible doit pouvoir décider de la meilleure attitude dans les meilleurs délais... En situation d'accueil d'un patient suspect REB dans un établissement de santé non référent, les compétences de l'ESR doivent être mobilisées, la décision finale revenant à l'infectiologue référent REB consulté.

Cette décision qui s'appuie sur la présentation épidémioclinique du patient, peut être influencée par d'autres déterminants liés au contexte : heure d'appel, situation épidémiologique mettant sous tension le système de santé, nombre d'appels à gérer simultanément, afflux de patients suspects (exemple du retour du Hadj), saturation du service de d'accueil... Ces déterminants méritent d'être analysés, *a minima* lors de reTEX, sinon dans le cadre de projets de recherche opérationnelle (telle l'étude REBECO, en cours) afin d'identifier les écueils dont le médecin devra se prémunir pour éviter une prise de décision par excès ou par défaut...

En situation d'incertitude, reconsidérer l'hypothèse initiale (réévaluation) doit être une préoccupation constante pour le clinicien au fil de la prise en charge et du recueil des informations chez le patient (nouvel interrogatoire sur les circonstances d'exposition, présentation clinique et délai d'apparition des symptômes, décompensation clinique brutale, nouveaux symptômes plus spécifiques...).

C'est bien la rapidité de mobilisation de l'expertise, justifiant une astreinte dédiée, pour une prise de décision éclairée (fiabilité de l'information, collégialité) qui doit être anticipée par chaque ESR.

• Du patient cas possible au patient exclu... ou confirmé...

Si le classement conclut à un « cas possible », l'enjeu devient alors de réduire au minimum le délai jusqu'à la levée de doute. Une fois le patient admis dans l'ESR, la suite va dépendre en grande partie du laboratoire de microbiologie, de ses capacités diagnostiques (tests rapides validés), de maintenance et de mobilisation de personnels formés/qualifiés, y compris aux heures non ouvrées (astreinte).

A tout moment, chez un patient avec co-morbidités et/ou signes de gravité doit se poser la question des traitements d'épreuve, tenant compte de la probabilité d'une infection REB réelle chez le patient.

Dans la perspective d'évolution de l'organisation sanitaire (ORSAN V2), il importe que chaque ESR identifie avec ses partenaires les étapes sensibles afin de trouver des solutions locales ou régionales. A ce stade, le partage des connaissances et expériences entre ESR, mais aussi avec les autorités sanitaires, auquel contribue la mission COREB est essentiel. Le projet de mise en place d'une cohorte nationale de patients suspects/cas possibles d'infection REB, permettra de mieux identifier ces points critiques, première étape à leurs résolutions.



1. M. Lachâtre et al. No evidence for major adverse events related to suspicion of Ebola in France, 2014–2015 CMI Volume 24, Issue 3, Pages 310–311
2. K R. Tan et al. Inadequate Diagnosis and Treatment of Malaria Among Travelers Returning from Africa During the Ebola Epidemic — United States, 2014–2015. Weekly / January 22, 2016 / 65(2);27–29
3. Bleibtreu A et al. Clinical management of respiratory syndrome in patients hospitalized for suspected Middle East respiratory syndrome coronavirus infection in the Paris area from 2013 to 2016. BMC Infect Dis. 2018 Jul 16;18(1):331.

Vigilance REB

Voir aussi : <https://www.ecdc.europa.eu/en/surveillance-and-disease-data> et <https://www.promedmail.org/>

ZIKA - Métropole : une première, 3 cas autochtones dans le Var.

DENGUE - Métropole : 9 cas autochtones éparés (Alpes-Maritimes, Rhône). **Réunion** : plus de 18 000 cas en 2019, circulation se poursuit (supérieure à celle de même période 2018), 6 cas entre 25 nov. et 1^{er} déc. **Mayotte** : départ épidémique, une centaine de cas entre mai et oct. **Polynésie française** : flambée épidémique, près de 1900 cas (nov. 19). **WEST-NILE - France** : 2 cas humains (juil. 19, Var). **UE** : 410 cas, 50 décès (Balkans, Europe centrale).

<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-west-nile-virus-transmission-season-europe-2019>



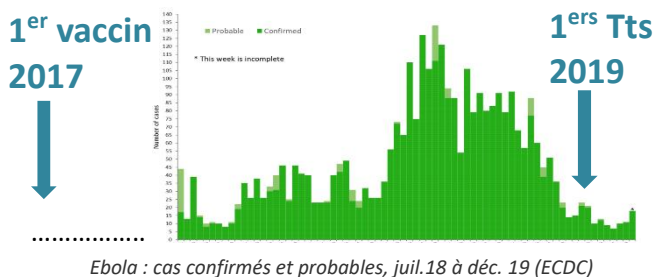
Répartition mondiale des cas de dengue - sept. à nov. 19 (ECDC)

MONKEY POX - Un cas, Royaume-Uni, ex Nigeria.

<https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-case-confirmed-in-england>

ROUGEOLE - France : près de 2500 cas en 2019, pic à S21, diminue depuis. **Vigilance** maintenue et **couverture vaccinale** à renforcer. **Ukraine** : près de 60 000 cas, 20 décès (oct. 19). **RDC** : épidémie fulgurante. 223 000 cas, 4 500 décès au 3 nov. 19. (SPF, ECDC). <https://www.ecdc.europa.eu/en/measles>

EBOLA - RDC : 3195 cas dont 2207 décès (67%), l'épidémie s'infléchit mais reste une urgence de santé publique internationale. Accès aux soins et notification des nouveaux cas rendus difficiles par



Ebola : cas confirmés et probables, juil.18 à déc. 19 (ECDC)

l'insécurité dans certains bassins de santé. 4 cas en Ouganda importés de RDC. Près de 260 000 personnes vaccinées (Lancet, 2017). Réduction de mortalité par traitements (Tts) basés sur des anticorps monoclonaux anti Ebola, mAb114, Régénéron (NEJM, 2019).

<https://www.who.int/csr/don/archive/disease/ebola/en/>

FIÈVRE de LASSA - NIGERIA : 785 cas (létalité ~ 20%) en 2019. **PAYS BAS** : 2 cas rapatriés de Sierra-Leone, dont un décès. **Y penser** devant un tableau compatible au retour d'Afrique de l'Ouest. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-Lassa-fever-in-the-Netherlands-ex-Sierra-Leone_0.pdf

GRIPPE - A vos marques ! La saison est ouverte en métropole ! La vaccination reste la meilleure façon de se protéger. <https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/>

Retrouvez les informations du groupe SPILF Emergences sur le site <https://www.infectiologie.com>

Tribune ESR - Dengue à l'ESR de La Réunion : retex - R Manaquin, S Cosials

✓ En 2018 la Préfecture et l'ARS de l'île de La Réunion unissent leurs efforts pour élaborer un plan en prévision d'une épidémie de dengue. La réponse est organisée dans le cadre d'une collaboration incluant l'ARS et le CHU Nord et Sud (impliquant les instances) en anticipant plusieurs scénarios. Un plan global est défini, avec parcours patient identifié, consultation dédiée Dengue aux urgences, tableau de suivi des RH, création d'une UF « Dengue » pour tracer les malades, surveillance de seuils de déclenchement pour une montée en charge progressive, communication ciblée vers la population et les professionnels.



✓ En pratique, le scénario anticipé par les prévisions épidémiologiques se réalise en 2019 avec un seuil de déclenchement atteint en mars (> 5 passages « Dengue » aux urgences deux jours consécutifs) l'autre en avril (> 2 hébergements au SMIT), avant l'arrêt du dispositif en juin. La consultation permet de fluidifier les urgences : 80% des patients sont réadressés en médecine de ville, avec possibilité de suivi à 48h pour limiter les hospitalisations. Le SMIT assure une astreinte 24h/24, augmente sa capacité en lits et notifie les hospitalisations à l'ARS, tout en maintenant un turnover important des patients pour libérer des places. Les critères diagnostiques d'hospitalisation sont transmis aux médecins généralistes en lien avec la CIRE Océan Indien et les PCR dengue sont mises à disposition en ville. L'ESR se concentre sur la prise en charge des patients graves.

✓ Ce retex montre que si l'ESR bénéficie de la culture de crise très développée sur l'île, il a souffert d'un sous-dimensionnement des urgences et du temps d'obtention des TROD, entraînant une embolisation du laboratoire Sud. L'anticipation et l'organisation très en amont de la prise en charge ont été déterminantes, de même que la capacité d'adaptation le moment venu, avec un fort engagement de la direction et de l'ARS.