

a.

REB

Risque épidémique et biologique

2024

Fiche contrôle du document

Caractéristiques du document		
Nom	Plan ORSAN REB Région PACA	
Objet	Décrire les organisations, les missions des acteurs lors de la crise et de la post crise	
Référent	Service zonal défense sécurité et planification (SZDSP) - Direction santé publique et environnementale	
Statut	Version Projet	
Comité de rédaction et de relecture du document		
	Nom	Rôle
Rédacteurs	Triboulet Quentin	Chargé de mission service zonal
	Huart Michaël	
Relecture	Boudriche Lydia	Responsable service zonal
	Ramdani Alaa	Responsable du département de la veille et de la sécurité sanitaire
	Reilhes Olivier	Responsable de la direction de la santé publique et environnementale
	Teruel Isabelle	Référente SSE DD04
	Bernier François	Référente SSE DD04
	Taix Magali	Référente SSE DD05
	Egger Sabrina	Référente SSE DD05
	Delille Karine	Référente SSE DD05
	Denorme Karine	Référente SSE DD05
	Maaliki Eliane	Référente SSE DD06
	Mathon-Grenet Anne- Marie	Référente SSE DD06
	Bergeron Marianne	Référente SSE DD06
	Tartonne Antony	Référente SSE DD13
	Morciano Cécile	Référente SSE DD13
	Girouin Camille	Référente SSE DD13
	Doucen Chantal	Référente SSE DD83
	Decoppet Anne	Référente SSE DD83
	Bonnans Christelle	Référente SSE DD83
	Leroy Karen	Référente SSE DD84

Suivi des versions		
Version	Date	Objet de la modification
V1	29/08/2023	Création du document
V2	23/05/2024	Actualisation du document

Liste de diffusion		
Périmètre / fonction	Date	Objet de la diffusion
Externe		
Les préfetures de départements de la région Paca		Présentation en CODAMUPS TS
Les SAMU de la région Paca		
Les établissements de santé de la région Paca		
Les établissements médico-sociaux de la région PACA		
Les structures d'exercice coordonné de la région PACA		
Les ordres et les unions régionales de professionnels libéraux de la région PACA		
Les entreprises de transporteurs sanitaires privés de la région PACA		
Les ATSU et les fédérations de transporteurs sanitaires privés		
Le Centre d'appui et de prévention des infections associées aux soins		
L'Etat-major Interministériel de la Zone SUD		
Interne		
La Direction générale de l'ARS PACA		
Les Directions métiers de l'ARS PACA		
Les Délégations départementales de l'ARS PACA		

SOMMAIRE

a.	.....	1
Fiche contrôle du document	.....	2
SOMMAIRE	.....	4
SYNTHÈSE AUTORITÉ	.....	6
RÉFÉRENCES	.....	7
1. le cadre de l'orsan reb	.....	10
1. Contexte	.....	10
2. Particularités régionales	.....	10
3. Objectifs et enjeux du plan ORSAN REB	.....	12
4. Champs d'application plan ORSAN REB	.....	13
5. Les risques d'émergences de maladies infectieuses	.....	14
6. La menace bioterroriste	.....	14
7. Principaux agents biologiques	.....	15
8. Classification des agents biologiques	.....	17
9. Principaux paramètres épidémiques et modes de transmission des agents biologiques	.....	17
10. Le déclenchement de l'ORSAN REB	.....	18
2. Mise en œuvre opérationnelle du plan orsan reb	.....	20
1. Doctrine nationale de réponse sanitaire	.....	20
1.1. Doctrine nationale de prise en charge des patients	.....	20
1.2. Les phases de réponse sanitaire	.....	23
2. Mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN REB en région PACA	.....	24
2.1. Phase d'endiguement	.....	24
b. L'alerte	.....	24
c. La coordination entre les acteurs	.....	28
d. Organisation de l'orientation des patients (suspects, possibles, confirmés)	.....	30
e. Organisation des transferts de patients	.....	31
f. Organisation de la prise en charge thérapeutique	.....	31
g. Organisation du diagnostic	.....	31
h. Organisation de la protection du système de santé et des populations	.....	32

2.2. phase d'atténuation.....	35
a. Organisation des circuits de prise en charge face à un nombre croissant de cas positifs	36
b. Réduire la circulation de l'agent pathogène au sein de la population	39
c. Organisation de la formation des professionnels de santé	41
2.3. phase de résilience.....	42
a. Poursuivre la prise en charge des patients et préparer le système de santé à un rebond épidémique.....	42
b. Organiser la levée progressive du plan ORSAN REB.....	42
c. Organiser le retour d'expérience	43
3. Les acteurs santé mobilisés en cas d'évènement REB en région PACA.....	43
3.1. AGENCE REGIONALE DE SANTE PACA – ARS DE ZONE DE DEFENSE SUD.....	43
3.2. LA CELLULE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE (SPF).....	46
3.3. LE SAMU 13 – SAMU REGIONAL ET ZONAL	47
3.4. LES SAMU DEPARTEMENTAUX.....	48
3.5. LES TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVES	49
3.6. L'ETABLISSEMENT DE SANTE DE REFERENCE NATIONAL	50
3.7. L'ETABLISSEMENT DE SANTE DE REFERENCE REGIONAL	51
3.8. LES ETABLISSEMENTS DE SANTE DU TERRITOIRE	53
3.9. LES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX.....	55
ANNEXES	57

SYNTHÈSE AUTORITÉ

La succession d'épidémies ayant entraîné un nombre important de victimes en France et partout dans le monde a mis en exergue la nécessité de mettre en place une organisation permettant de gérer un afflux de patients atteints d'une maladie infectieuse dans le cadre d'une circulation d'un agent pathogène au sein de la population. En effet, ceci représente un défi considérable pour le système de santé, en particulier pour les établissements de santé.

Cette situation peut être la conséquence :

- **De l'émergence ou de la réémergence d'une maladie infectieuse**, notamment si celle-ci a un potentiel épidémique. Celui-ci pourra être envisagé dès l'apparition de cas groupés (cluster), a fortiori en situation de circulation avérée de l'agent infectieux (épidémie).
- **D'une menace liée à un agent biologique** (bioterrorisme), définie comme l'emploi illégal et volontaire d'agents biologiques infectieux ou de toxines contre des personnes ou l'environnement animal ou végétal dans un but de terreur et de désorganisation de la société.

Ainsi le plan ORSAN REB a pour objectif global d'organiser la réponse du système de santé face à différents types de risques épidémiques et biologiques, notamment ceux à potentiel pandémique. Il coordonne la mobilisation des différents établissements de santé de la région pour faire face à ces risques. Ce plan générique inclut une déclinaison spécifique en fonction du type de pathogène, en particulier de sa transmissibilité et de l'existence de contre-mesures spécifiques. Son but est de définir l'augmentation du niveau capacitaire de prise en charge des patients, ainsi que le diagnostic et la gestion des différents prélèvements biologiques, en mobilisant les opérateurs de soins à l'échelon régional

RÉFÉRENCES

LOIS

- **Loi n° 2004-806 du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique.
- **Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007** relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur ;
- **Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé.
- **Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

DÉCRETS

- **Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005** relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure.
- **Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010** portant création des agences régionales de santé.
- **Décret n°2013-15 du 7 janvier 2013** relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles.
- **Décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016** relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- **Décret n° 2017-1001 du 10 mai 2017** relatif aux modalités de délivrance de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence par les unités de formation et de recherche de médecine ou de santé ou l'Ecole du Val-de-Grâce.
- **Décret n°2024-8 du 3 janvier 2024** relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.

INSTRUCTIONS

- **Instruction du 2 novembre 2011** relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé.
- **Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS 2013-274 du 27 juin 2013** relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- **Instruction DGS/DUS/SGMAS no 2014-153 du 15 mai 2014** relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- **Instruction DGS/CORRUSS/DGOS/USID n°2014-339 du 5 décembre 2014** relative à la mise en place des boîtes mails fonctionnelles pour les alertes sanitaires dans les établissements de santé.
- **Instruction DGS/DUS/SGMAS/SHFDS/2016/40 du 22 janvier 2016** relative aux principes d'organisation des missions de veille et de sécurité sanitaire et des missions relevant des domaines de la défense et de la sécurité au sein des agences régionales de santé ;
- **Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016** relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

- **Instruction n° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017** relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique
- La prise en charge de l'urgence médico-psychologique, **Instruction interministérielle du 10 novembre 2017** relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme.
- **Instruction interministérielle DGS/VSS/ministère de la justice** en date du 15 novembre 2017 relative à l'articulation de l'intervention des cellules d'urgence.
- **Instruction interministérielle du 2 janvier 2019** relative à l'élaboration du dispositif OR-SEC "secours à nombreuses victimes" NOVI.

ARRÊTÉS

- **Arrêté du 24 février 2014** relatif aux modalités d'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et aux conditions de participation des personnels et professionnels à une cellule d'urgence médico-psychologique.
- **Arrêté du 24 février 2014** fixant la liste des établissements de santé dotés de personnels et de professionnels affectés pour tout ou partie de leur activité à une cellule d'urgence médico-psychologique et les conditions de désignation d'établissements de santé dotés de personnels et de professionnels affectés par les agences régionales de santé.
- **Arrêté du 30 décembre 2014** relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.
- **Arrêté du 4 février 2015** modifiant l'arrêté du 17 février 2010 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « système d'information numérique standardisé » (SINUS).
- **Arrêté du 27 décembre 2016** fixant les modalités de l'organisation de l'urgence médico-psychologique.
- **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.

CIRCULAIRES

- **Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006** relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.
- **Circulaires du 27 décembre 2010** relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale.
- **Circulaire de la chancellerie aux juridictions du 28 décembre 2010** relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale.
- **Circulaire du 25 avril 2012** relatives à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale.
- **Circulaire relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures du 26 septembre 2023** relative à la gestion de crises majeures

- Circulaire n° DGS/VSS/2024/16 du 16 février 2024 relative au renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles et à l'organisation territoriale de leur gestion.

GUIDES ET REFERENTIELS REGIONAUX

- Guide méthodologique d'élaboration du dispositif ORSAN régional, 2024 ;
- Guide méthodologique d'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé, 2024.
- Guide méthodologique d'élaboration du plan de gestion de crise sanitaire des CPTS, 2023.
- Planification ORSAN volet REB, région Bretagne, 2023.

Bibliographie :

Référentiel technique ESR. (2023, 11 octobre). <https://www.coreb.infectiologie.com/fr/referentiel-technique-esr.html>

Transport de matières infectieuses et agents biologiques du REB - Société Française de Microbiologie. (2023, 5 juin). Société Française de Microbiologie. <https://www.sfm-microbiologie.org/actualites/transport-de-matieres-infectieuses-et-agents-biologiques-du-reb/>

Centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles. (2023). <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/nos-principes-fondateurs/centres-nationaux-de-reference-pour-la-lutte-contre-les-maladies-transmissibles-cnr>

Guide pratique sur l'application du Règlement relatif au Transport des matières infectieuses 2019–2020 : en vigueur le 1er janvier 2019. (2019, 1 janvier). Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-WHE-CPI-2019-20>

1. LE CADRE DE L'ORSAN REB

1. Contexte

Le volet ORSAN REB s'inscrit dans un contexte sanitaire marqué par des épidémies d'ampleur ayant impacté récemment le territoire national. En ce sens, cette planification a pour objectif d'organiser la réponse du système de santé en cas de risque d'émergence d'une maladie infectieuse, notamment si elle présente un potentiel épidémique.

Elle s'intègre dans le dispositif régional ORSAN, piloté par l'ARS Paca et se concentre principalement sur l'organisation de la prise en charge sécurisée des patients atteints de pathologies hautement contagieuses et/ou graves, telles que les fièvres hémorragiques virales, les coronavirus, les virus grippaux émergents, la variole et la peste pulmonaire. Cette prise en charge implique la protection des établissements de santé, du personnel (via l'utilisation d'équipements de protection individuelle) et de la population (par le biais de mesures de protection et de biosécurité). Les capacités de prise en charge doivent être adaptées au niveau de biosécurité requis et mobiliser des compétences spécialisées au niveau régional (établissements de santé de référence régionaux) voire national (établissements de santé de référence nationaux).

Ainsi en cas de propagation d'un agent infectieux émergent ou de la propagation d'une maladie endémique, l'ensemble du secteur sanitaire se doit d'assurer le bon fonctionnement de la chaîne des secours médicaux, qui s'étend de la prise en charge des patients suspects et/ou victimes contaminées jusqu'à leur évacuation/transfert vers les structures adaptées qui ont été identifiées préalablement.

La réponse médicale mise en œuvre suite à l'apparition d'un risque épidémique connu ou émergent nécessite une surveillance renforcée ainsi qu'une prise en charge spécifique des premiers cas. En outre, il conviendra de maintenir un lien étroit avec les dispositifs de veille et de sécurité sanitaire. Les actions mises en œuvre dans le cadre de l'ORSAN REB visent donc à assurer la cohérence et la continuité de réponse des services. L'objectif majeur de ce plan étant de préparer les structures hospitalières afin d'éviter leur désorganisation en cas de crise.

Ces actions s'inscrivent dans le cadre du plan national de préparation et de réponse à une pandémie, élaboré en collaboration avec le Secrétariat général à la défense et à la sécurité nationale (SGDSN). Le plan ORSAN REB constitue donc la déclinaison sanitaire de ce plan national.

2. Particularités régionales

La survenue d'évènements de type REB peut être influencée par des facteurs régionaux. Pour la région Paca, ceux-ci peuvent être regroupés en trois catégories : l'offre de soins du territoire,

les caractéristiques sociodémographiques des populations, les facteurs « autres » (tourisme, urbanisme, déplacements...).

La région Paca, située au sud-est du pays, jouxte les régions Occitanie et Auvergne Rhône-Alpes. Elle est frontalière de l'Italie sur sa façade Est (départements 04, 05 et 06) et intègre l'enclave monégasque dans le département des Alpes maritimes (06).

Elle est la septième région de France la plus peuplée (5 098 666 millions d'habitants). Sa densité de population s'élève à 16,4 habitants/km². Près de la moitié de celle-ci vit dans trois départements (06, 13, 83) et sur la bande littorale (Bouches du Rhône 2 000 000 d'habitants, Alpes-Maritimes et Var : 1 100 000 d'habitants chacun). Cette population se concentre principalement sur trois communes côtières, Marseille (deuxième ville de France, 868 300 habitants), la métropole Toulon Provence Méditerranée (437 460 habitants) et Nice (341 000 habitants). Les deux autres départements alpins, sont les moins peuplés (Alpes-de-Haute-Provence : 164 300 habitants et Hautes-Alpes : 141 200 habitants). Le Vaucluse (84) regroupe quant à lui, 561 500 habitants (Avignon et son aire urbaine: 507 000 habitants).

Dans le cadre d'un risque REB, le nombre de contacts engendrés dans les zones densément peuplées est un facteur favorisant la propagation d'une épidémie et rendant plus difficile l'identification des contacts à risques. De plus, la présence de zones peu peuplées, parfois difficiles d'accès (territoire alpin) peut complexifier l'accès aux soins des populations à risque.

Par ailleurs, la région est marquée par de fortes mobilités journalières, particulièrement chez les actifs (1 835 000 déplacements journaliers en 2018).

La région est une des plus touristiques de France avec 30 millions de visiteurs en 2022. Elle comporte plusieurs points d'entrée aéroportuaires majeurs tels que les aéroports de Marseille Provence et de Nice. Un fort flux de passagers et de marchandises transite également via les ports de la façade maritime (Marseille, Toulon, Fos sur Mer, Nice). En outre, un important réseau ferré vient interconnecter les différentes aires urbaines et les départements de la région avec le reste du territoire national et frontalier (TER, LGV). Enfin, la région PACA accueille régulièrement de grands rassemblements de portée internationale (Carnaval de Nice, Festival de Cannes, Foire de Marseille etc.). L'ensemble de ces éléments peut favoriser le risque d'importation, de circulation et de diffusion d'agents pathogènes sur le territoire.

La répartition des classes d'âge est également un facteur influençant les impacts que pourrait avoir un agent pathogène sur la région. Or, la structure démographique de la région est plutôt atypique, avec davantage de seniors mais aussi d'enfants (20,2 % de moins de 18 ans). Ces groupes d'âge (populations âgées et enfants), pouvant être plus sujets aux infections et présenter des risques épidémiques spécifiques (gravité, susceptibilité, infectiosité...).

En région PACA, environ 850 000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté, ce qui représente 17,1 % des habitants. Les enfants sont particulièrement touchés, avec un sur quatre vivant dans cette situation. Le taux de pauvreté en PACA est le 3ème plus élevé de France métropolitaine. Les grands centres urbains ainsi que les communes rurales très peu denses, notamment dans

les Bouches-du-Rhône et le Var, sont les plus impactés. De plus, on observe de fortes inégalités de logement : 12 % des habitants vivent dans un logement trop petit par rapport à la taille de leur ménage, un chiffre supérieur à la moyenne nationale. La sur occupation des logements concerne principalement les zones les plus denses et les familles avec de jeunes enfants. Par ailleurs, de nombreuses zones rurales sont isolées des équipements de la vie courante. Ces inégalités peuvent entraîner des disparités d'accès aux soins et avoir des conséquences néfastes sur la sensibilité des populations face aux risques épidémiques et biologiques (REB), notamment en raison de l'insalubrité et de la surpopulation, qui augmentent la susceptibilité au sein des populations précaires et facilitent la diffusion des agents pathogènes.

3. Objectifs et enjeux du plan ORSAN REB

Le plan ORSAN REB a pour objectif global d'organiser la réponse du système de santé face à différents types de risques épidémiques et biologiques, notamment ceux à potentiel pandémique. Il coordonne la mobilisation des différents établissements de santé de la région pour faire face à ces risques. Ce plan générique inclut une déclinaison spécifique en fonction du type de pathogène, en particulier de sa transmissibilité et de l'existence de contre-mesures spécifiques. Son but est de définir l'augmentation du niveau capacitaire de prise en charge des patients, ainsi que le diagnostic et la gestion des différents prélèvements biologiques, en mobilisant les opérateurs de soins à l'échelon régional.

Les objectifs opérationnels de ce plan sont :

- **D'assurer à toutes les phases la prise en charge sécurisée des patients** atteints d'infection liée à des agents infectieux connus ou émergents, notamment ceux présentant un risque épidémique, de même que la protection des structures de soins (établissements et services médico-sociaux, centres de santé, structures de soins de ville), des professionnels de santé et des personnels de ces structures, et de la communauté (mesures de protection et de biosécurité). Une attention particulière est à porter aux personnes fragiles, handicapées et précaires, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, foyers d'hébergement etc. De même, le maintien de la capacité de prise en charge des autres patients afin d'assurer le maintien de l'activité courante de soins
- **D'endiguer la propagation de l'agent infectieux** en appliquant une stratégie stricte de contrôle de l'infection. Cette phase permet d'appuyer le système de santé afin qu'il puisse mettre en œuvre l'augmentation de son capacitaire. C'est aussi durant cette période que se fait la mobilisation des établissements de santé non experts et des établissements médico-sociaux (définition des filières de prise en charge et priorisation des ressources). Durant cette phase, les patients ainsi que leur l'entourage doivent être testés pour éviter tous des clusters. En outre, il apparaît nécessaire de contrôler les points d'entrée et de confiner les patients/ coexposés.

- **D'atténuer les effets de l'épidémie** lorsque les mesures de gestion classiques n'arrivent pas à la contenir et qu'une diffusion est attendue avec un risque de franchissement du seuil capacitaire des structures de santé. Cela passe par la mise en œuvre des mesures barrières populationnelles pour limiter la circulation du virus (distanciation physique et limitation des rassemblements, confinement, gestes barrières tels que le port du masque et le lavage des mains...) et protéger les personnes fragiles (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ...) tout en assurant la prise en charge des patients atteints par des formes sévères et graves dans les établissements de santé de référence régional REB (ESRR REB : APHM – Hôpital de la Timone) et les établissements de santé de première ligne et le cas échéant, de deuxième ligne. La prise en charge des formes mineures et modérées est assurée en médecine de ville et la prise en charge de patients ne présentant pas de risque épidémique et biologique est assuré dans la mesure du possible par les établissements de troisième ligne. Cette action nécessite la montée en puissance graduée du système de santé notamment des soins critiques (adultes et le cas échéant, pédiatriques) et l'optimisation du parcours de soins des patients ainsi que la coordination des différents établissements de santé.
- **D'organiser la phase post-vague épidémique** à travers la mise en œuvre, le cas échéant, de mesures de protection et de contrôle épidémiques (stratégie « tester, alerter, protéger » (TAP), séquençage et suivi des mutations, contact-tracing, isolement des malades, vaccination...), et la prise en charge des éventuelles pathologies induites. Il s'agit de réévaluer les mesures de gestion mises en place, planification de mesures préventives pour éviter de futurs rebonds.
- **D'adapter le système de santé à la prise en compte du risque lié à la circulation active virale dans l'organisation des soins** (préparation au rebond épidémique).
- **D'assurer une remontée rapide d'informations à travers les plateformes dédiées** et au niveau territorial, informer, en lien avec les préfets, les populations.

4. Champs d'application plan ORSAN REB

Le plan ORSAN REB est mis en œuvre dès lors qu'il existe un risque d'émergence ou réémergence d'une maladie infectieuse notamment si celle-ci a un potentiel épidémique. À ce titre, il peut être activé par l'ARS PACA suite à l'identification d'une alerte au niveau régional, ou sur demande de la DGS lorsqu'il s'agit d'une alerte nationale ou internationale.

Le plan ORSAN REB, s'applique en cas de :

- **Risque d'émergence ou réémergence d'une maladie infectieuse**, notamment si celle-ci a un potentiel épidémique. Le potentiel épidémique pourra être envisagé dès l'apparition de cas groupés (cluster), a fortiori en situation de circulation avérée de l'agent infectieux (épidémie). A noter que la présence d'un cas isolé de patient suspect d'une maladie émergente, notamment avec un agent de catégorie 4 (type Ébola), sera traitée dans le cadre défini par ce plan même s'il ne s'agit pas stricto sensu d'une situation épidémique.

- **Menace liée à un agent biologique** (bioterrorisme), définie comme l'emploi illégal et volontaire d'agents biologiques infectieux ou de toxines contre des personnes ou l'environnement animal ou végétal dans un but de terreur et de désorganisation de la société. Cette menace s'inscrit dans le cadre du plan gouvernemental NRBC-E, pour la partie « B » (biologique).

Les principes fondamentaux de prise en charge des patients sont cependant les mêmes, que l'agent infectieux émerge naturellement ou qu'il soit le fruit d'un acte malveillant.

Quatre groupes principaux d'agents infectieux sont identifiés : les bactéries, les virus, les parasites et les agents fongiques.

Ne seront pas abordées dans ce plan les toxines d'origine animale ou végétale telles que la ricine, la toxine botulinique, les entérotoxines et les saxitoxines.

Ne seront pas abordées dans ce plan les maladies infectieuses saisonnières (ex : *grippe, bronchiolite, covid-19*) ou ponctuelles (ex : *rougeole, coqueluche*) relevant du volet ORSAN EPI-CLIM.

5. Les risques d'émergences de maladies infectieuses

Nous pouvons identifier 4 types de situation d'émergence de maladie infectieuse :

- **L'importation sur le territoire national d'un agent pathogène émergent** identifié ou circulant au préalable à l'étranger ou dans des territoires éloignés (ex : Ebola, Lassa...);
- **L'émergence sur le territoire national d'un agent pathogène connu** dans d'autres territoires, après une introduction détectée tardivement ayant permis sa diffusion secondaire ;
- **La réémergence sur le territoire national d'agents pathogènes précédemment connus et maîtrisés** (ex : rougeole, variole, poliomyélite...);
- **L'émergence sur le territoire national d'un agent jusqu'alors totalement inconnu.**

Les phénomènes d'émergence ou de réémergence sont difficilement prédictibles. En effet ils peuvent être favorisés par différents facteurs en interaction dynamique tels que:

- Des modifications de l'agent infectieux dues à des mutations ;
- Des causes environnementales (mondialisation, changement des écosystèmes et du climat, évolution des méthodes d'élevage...);
- Des causes socio-économiques (détériorations des systèmes d'assainissement, des structures de soins, insalubrité...);
- Des modifications comportementales des hôtes (évolution des pratiques sexuelles, augmentation des déplacements...).

6. La menace bioterroriste

Le **bioterrorisme** se réfère à l'utilisation illégale et délibérée d'agents biologiques infectieux ou de toxines contre des individus, des animaux ou des plantes, dans le but de semer la terreur et de désorganiser la société. Cette pratique représente un risque supplémentaire d'introduction d'agents infectieux potentiellement épidémiques sur un territoire donné.

En 1972, la « Convention sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication et du stockage des armes bactériologiques (biologiques) ou à toxines et sur leur destruction » a été ratifiée par la quasi-totalité des pays du globe et interdit l'utilisation de tels moyens sur les théâtres de guerre. Cependant, dans un contexte prégnant de menace terroriste, ce risque est à considérer.

Nous pouvons citer plusieurs agents majeurs de la menace bioterroriste tels que le virus de la variole, le bacille *Bacillus Anthracis* (maladie du charbon), le bacille *Yersinia pestis* (peste), le bacille *Francisella Tularensis* (tularémie), la toxine botulique...

Plusieurs modes de dissémination de ces agents ont été identifiés au cours de l'Histoire :

- **Aérosolisation** (ex : diffusion dans l'air d'un agent) ;
- **Transmission par des supports inertes** (ex : enveloppes contenant de la poudre de *Bacillus Anthracis*) ;
- **Transmission par contamination interhumaine** (ex : terroriste porteur d'une pathologie contagieuse se rendant dans un lieu très fréquenté) ;
- **Contamination des réseaux d'eau, des chaînes alimentaires ou via des animaux infectés.**

7. Principaux agents biologiques

Certaines maladies contagieuses, connues ou émergentes, peuvent donner lieu à des épidémies. En effet, celles-ci se caractérisent par l'augmentation du nombre de « cas malades » (transmission interhumaine ou vectorielle) dans une zone et une période déterminée. Les maladies virales sont particulièrement aptes à provoquer des épidémies. Les virus pouvant se multiplier et se transmettre facilement entre êtres humains. De par le risque qu'elles représentent pour la santé publique, ces maladies sont les objets d'étude du plan ORSAN REB.

Dans le cadre du Règlement Sanitaire International (RSI), certaines de ces maladies émergentes ou à forte propension épidémique font l'objet d'une surveillance particulière par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les voici ci-dessous :

Maladies surveillées par l'OMS	
<ul style="list-style-type: none"> • Dengue et dengue hémorragique • Fièvre de lassa • Fièvre hémorragique de Crimée-Congo • Fièvre de la vallée du Rift • Fièvre jaune • Grippe • Grippe aviaire • Hépatites • Infections à coronavirus • Infection à virus Hendra • Maladie X (maladie hypothétique, actuellement inconnue et de nature à provoquer une épidémie grave pour 	<ul style="list-style-type: none"> • Infection à virus Nipah • Maladie à virus Ebola • Maladie à virus de Marbourg • Méningite à méningocoques • Orthopoxvirose simienne • Peste • Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) • Tularémie • Variole • Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) et syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

l'espèce humaine à l'échelle mondiale)	
--	--

Une liste complète des agents pathogènes et de leur classification a été précisée dans l'arrêté du 16 novembre 2021. Celui-ci fixe la liste des agents biologiques pathogènes¹. Cette liste peut cependant être amenée à évoluer en fonction des connaissances.

De surcroît, de par leur risque pour les populations, 32 maladies infectieuses sont à déclarer obligatoirement. En voici la liste ci-dessous :

Maladies infectieuses à déclaration obligatoire	
<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose • Légionellose • Hépatite aigue A • Toxi infections alimentaires collectives • Infections invasives à méningocoques • Listériose • Fièvres typhoïdes et paratyphoïdes • Rougeole • Brucellose • Botulisme • Charbon • Chikungunya • Choléra • Dengue • Diphtérie • Fièvre jaune • Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jacob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles. • West Nile virus. • Zika 	<ul style="list-style-type: none"> • Les Fièvres hémorragiques africaines • Infection aigue symptomatique par le virus de l'hépatite B • Infection par le VIH quel qu'en soit le stade • <i>Orthopoxviroses</i> dont la variole • Peste • Poliomyélite • Rage • Tétanos • Tularémie • Typhus exanthématique • COVID 19 • Leptospirose • Mésothéliomes • Rubéole • Saturnisme chez les enfants mineurs • Schistosomiase • Toxi-infection alimentaire collective • Tularémie • Typhus exanthématique

Particularité des agents biologiques de la menace :

Les principaux agents de la menace biologique se trouvent ci-dessous :

Principaux agents de la menace biologique	
<ul style="list-style-type: none"> • Botulisme • Brucellose • Charbon 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricine (non traité dans ce plan) • Saxitoxine (non traité dans ce plan) • Toxine diphtérique

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044454319>

<ul style="list-style-type: none"> • Entérotoxine B staphylococcique • Fièvres hémorragiques virales • Peste 	<ul style="list-style-type: none"> • Tularémie • Variole et Poxviridés
---	--

8. Classification des agents biologiques

Afin de catégoriser les différents agents biologiques, une classification en quatre groupes a été construite en fonction de l'importance du risque d'infection qu'ils présentent (article R.4421-3 du code du travail) :

Groupe 1	Agents biologiques non susceptibles de provoquer une maladie chez l'homme.	
Groupe 2	Agents biologiques pouvant provoquer une maladie chez l'homme et constituer un danger pour les travailleurs. Leur propagation dans la collectivité est peu probable et il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace.	Ex : - <i>Haemophilus influenzae</i> (bactérie, bacille de Pfeiffer) - Virus de l'hépatite A, virus de la poliomyélite - <i>Paracoccidioides brasiliensis</i> (parasitose) - <i>Aspergillus fumigatus</i> (Aspergillose champignon)
Groupe 3	Agents biologiques pouvant provoquer une maladie grave chez l'homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs. Leur propagation dans la collectivité est possible, mais il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace.	Ex : - <i>Bacillus Anthracis</i> (bacille du charbon) - Virus MERS-Cov, Virus de l'Encéphalite à Tique - Les leishmanioses <i>brasiliensis</i> et <i>dovovani</i> (parasitoses) - <i>Paracoccidioides brasiliensis</i> (champignons)
Groupe 4	Agents biologiques qui provoquent des maladies graves chez l'homme et constituent un danger sérieux pour les travailleurs. Le risque de leur propagation dans la collectivité est élevé. Il n'existe généralement ni prophylaxie ni traitement efficace.	Ex : - <i>Filoviridae</i> (virus Ebola, virus de Marburg) - <i>Paramyxoviridae</i> (virus Nipah, virus Hendra) - <i>Poxviridae</i> (virus de la variole)

9. Principaux paramètres épidémiques et modes de transmission des agents biologiques

La classification des agents pathogène (groupes 1,2,3 et 4) se construit en fonction de trois principaux paramètres :

- **Le R0** : nombre moyen de nouveaux patients contaminés généré par une personne malade dans une population non immunisée (susceptible). Lorsqu'une épidémie circule au sein

d'une population, la notion de R_0 évolue en « **R effectif** » qui correspond au nombre moyen de nouveau patients contaminés corrélé aux mesures de contrôle appliquées pour lutter contre la maladie (confinement, distanciation physique, mesures d'hygiène...);

- **La virulence** : capacité de l'agent infectieux à causer une maladie grave ;
- **La dose infectieuse** : quantité minimale d'agent infectieux permettant l'infection ;
- **La létalité** : nombre d'individus malade décédant de la maladie ;
- **La capacité de l'agent infectieux à survivre** dans un environnement tout en restant viable ;
- **La connaissance et/ ou l'existence de moyens thérapeutiques et de dépistage** de la maladie.

Le mode de transmission d'un agent pathogène va également déterminer sa propension à se répandre dans une population. Différents modes de contamination sont connus :

- **Par gouttelettes** : La transmission par gouttelettes se fait lorsqu'une personne infectée projette dans l'air des gouttelettes respiratoires contenant l'agent infectieux en tousant, en éternuant ou simplement en parlant. Ces gouttelettes sont de différentes tailles. Elles ne demeurent pas en suspension dans l'air, et retombent généralement à deux mètres ou moins d'une personne infectée. Elles peuvent se déposer sur la muqueuse du nez, de la bouche ou des yeux d'une personne.
- **Par voie aérienne** : La transmission par voie aérienne se produit lorsque l'agent infectieux, présent dans des microgouttelettes respiratoires ou dans des particules de poussière en suspension dans l'air, est inhalé. L'agent infectieux peut rester dans l'air pendant une longue période et être dispersé par les courants d'air;
- **Par contact (direct/indirect) avec des surfaces infectées** : ils impliquent la transmission d'un agent infectieux par des sécrétions (respiratoires, oculaires, salivaires, gastriques, génitales), des excréments (selles, urines), du sang, des composants cutanés (lésions cutanées, pus, squames, cheveux et ongles).
 - **Contact direct** : Le contact direct est un contact physique étroit, sans intermédiaire, entre une personne infectée et une personne réceptive ;
 - **Contact indirect** : Le contact indirect se produit lorsqu'une personne entre en contact avec un objet ou des mains contaminés.
- **Par voie vectorielle**: l'agent infectieux doit passer par un intermédiaire pour être transmis (ex : arthropodes hématophages). Le virus du Nil occidental (VNO), transmis par les moustiques du genre *Culex*, et la maladie de Lyme, transmise par la tique à pattes noires (*Ixodes scapularis*), sont des exemples de transmission par vecteur.
- **Par un vecteur commun** : Ce mode de transmission implique une unique source contaminée (eau ou aliment comme du lait ou des œufs non pasteurisés, de l'air, l'eau d'une piscine ou d'une pataugeoire ou un objet à usage commun comme un refroidisseur d'eau ou un thermomètre partagé) qui transmet l'infection à de nombreuses personnes.

10. Le déclenchement de l'ORSAN REB

L'opportunité du déclenchement du plan ORSAN REB s'apprécie au cas par cas en fonction de l'événement et de son impact potentiel sur le système de santé, en particulier sur les établissements de santé de première ligne (nombre et gravité de malades à prendre en charge).

Il est déclenché pour répondre à un événement provoquant un nombre important de patients contaminés, dépassant la capacité courante de prise en charge des établissements de santé du territoire concerné et nécessitant l'adaptation de l'offre de soins.

Il est déclenché par le directeur général de l'ARS PACA, de sa propre initiative, et/ou dès lors qu'un Préfet de département déclenche le plan ORSEC NRBC et/ou à la demande du ministre chargé de la santé. Le DGARS PACA en informe sans délai le (ou les) préfet (s) de département (s) concerné (s), le CORRUSS, ainsi que l'ensemble des acteurs santé participant au volet REB.

Dans ce cadre, des messages types sont adressés par l'ARS PACA, informant notamment de la situation sanitaire exceptionnelle en cours, de la nécessité pour les acteurs de santé de se tenir prêts à déclencher leurs plans de gestion de SSE, voire de les déclencher. Ces messages précisent également les coordonnées sur lesquelles la cellule de crise de l'ARS PACA est joignable. Aussi, l'ensemble des acteurs santé de la région doit veiller à communiquer sans délai à l'ARS PACA toute actualisation de leurs coordonnées d'alerte.

L'ORSAN REB peut, en tant que de besoin, être complété par d'autres volets de l'ORSAN :

- **Le volet EPI-CLIM** en cas d'épidémie s'installant de manière saisonnière ou ponctuelle ou d'épidémie émergente s'étant au fil au temps transformée en épidémie saisonnière ou ponctuelle (ex : COVID-19).
- **Le volet MEDICO PSY** dès lors qu'il est nécessaire d'assurer la prise en charge médico-psychologique des victimes ;

Il s'articule avec plusieurs plan opérateurs dont voici quelques exemples ci-dessous :

- Le plan de préparation et de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE) ;
- Le plan bleu pour les EMS ;
- Le règlement sanitaire international ;
- Le plan Biotox ;
- Le plan gouvernemental de préparation et de réponse due à une maladie émergente ou résurgente ;
- Les plans de variole, charbon, tularémie, peste du SGDSN ;
- Le plan pandémie grippale du SGDSN ;
- Le plan intergouvernemental NRBC-e du secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale.

Enfin, dans le cadre d'un évènement dépassant les capacités de la mobilisation régionale, l'ARS PACA de zone peut mobiliser des moyens zonaux en s'appuyant sur le plan zonal de mobilisation (PZM).

2. MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE DU PLAN ORSAN REB

La stratégie de réponse du système de santé à un événement générant un événement de type REB s'articule autour de 3 grandes phases :

- **L'alerte et l'endiguement.** Il s'agit de disposer d'un schéma d'alerte rapide et performant de l'ensemble des chaînes institutionnelles et opérationnelles concernées par un événement de type REB.
- **La montée en puissance du dispositif de réponse et l'atténuation des effets de l'épidémie.** Il s'agit de mobiliser et coordonner les moyens et ressources adaptées afin d'atténuer la situation.
- **La sortie de crise et la résilience.** Il s'agit d'accompagner le désarmement des dispositifs de gestion et d'organiser le suivi, notamment des patients, après la phase aiguë de crise.

Sur chacune de ces phases, et au vu du nombre d'acteurs de santé mobilisés, les dispositifs de coordination inter-acteurs doivent être sécurisés.

1. Doctrine nationale de réponse sanitaire

1.1. DOCTRINE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

La mission COREB nationale, sous le pilotage de la DGS et de la DGOS, assure l'animation des services de maladies infectieuses et tropicales des ESR REB. Cet organisme a rédigé une procédure de prise en charge des patients suspectés d'être infectés par un agent de type REB. Celle-ci, à destination des professionnels de santé de première ligne, a pour objectif d'organiser la prise en charge de ces patients tout en évitant une dissémination d'un agent de type REB au sein de la population. Elle est accessible via le lien suivant : <https://www.coreb.infectiologie.com/fr/procedure-generique.html> .

Cette procédure est adaptable en fonction de l'agent infectieux concerné ainsi que de la situation clinico-épidémiologique. Chaque établissement doit être en mesure de décliner ces principes de prise en charge dans ses plans de gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Elle se décline en 10 points :

- a. **Dépister :**

Première étape dans l'identification d'un agent infectieux chez un patient, le dépistage s'appuie sur une corrélation entre les symptômes présentés par l'individu et une exposition à un pathogène. Tout ceci doit s'inscrire avec les définitions de cas proposées par Santé Publique France (dans le cas où celles-ci sont disponibles).

Tout individu présentant une symptomatologie et une exposition (paramètres épidémiologiques d'exposition + délai d'incubation) compatibles est considéré comme patient suspect.

b. Protéger :

Dès qu'un patient suspect est identifié, l'urgence est de mettre en place des mesures barrières afin de protéger l'entourage, le soignant et la collectivité.

Les principes généraux à appliquer en toute circonstance sont les suivants. Ils seront cependant à adapter au milieu dans lequel se trouvent le patient et les soignants:

- L'application des précautions standard systématique (recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière de 2017 : <https://www.sf2h.net/publications/actualisation-des-precautions-standard.html>), avec désinfection des mains par solutés hydro-alcooliques (SHA) avant et après la prise en charge du patient reste le meilleur moyen de se prémunir du risque infectieux en pratique quotidienne.
- Pour tout patient qui entre à l'hôpital, le port du masque chirurgical doit pouvoir être appliqué en cas de symptômes respiratoires fébriles (information par affichette, mise à disposition de masques et SHA, éventuelle aide par un soignant ou personnel d'accueil).
- Dès le dépistage d'un patient suspect, des mesures d'hygiène complémentaires pour le soignant doivent être mises en place immédiatement.
- L'isolement géographique du patient doit être réalisé par tout moyen : box de consultation dédié, local isolé d'une salle d'attente, pièce du domicile identifiée comme la plus à l'écart. Dans le cas où cet isolement géographique n'est pas possible, les autres patients ou personnes potentiellement « contacts » doivent être éloignés du lieu d'attente ou de prise en charge du patient suspect. A l'hôpital, la mise en place d'un « parcours patient REB » dédié doit être anticipée et prédéfinie. Ce parcours doit être identifié et régulièrement testé.
- Des mesures d'hygiène concernant le patient comportent outre le port d'un masque chirurgical montré et vérifié par le soignant en face du patient la désinfection des mains par un SHA, et, au mieux un déshabillage avec port d'un vêtement à usage unique. Dans ce cas la gestion du linge potentiellement souillé doit être organisée.
- A l'hôpital, la mobilisation rapide d'une équipe soignante limitée et dédiée sera effectuée, formés au risque infectieux, en liaison avec l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement de santé.
- Un arrêt des systèmes de ventilation / climatisation du local dans lequel le patient aura été isolé, sera effectué, selon le contexte. En cas de suspicion de transmission de l'agent infectieux par voie aérienne l'idéal est un local en dépression mais a minima il faut vérifier l'absence de surpression ou de recyclage de l'air ailleurs dans le bâtiment.
- La gestion des déchets et matériels utilisés privilégiera le principe du matériel à usage unique, et du traçage de la filière DASRI Tout le matériel médical reste dans la pièce d'isolement, est dédié à la prise en charge du patient et sera désinfecté (voire détruit selon l'agent) à la fin de la prise en charge de celui-ci.

c. Evaluation clinico-épidémiologique et recherche de signes de gravité :

Une fois l'environnement du patient protégé, il est urgent de caractériser le tableau clinico-épidémiologique par :

- Un interrogatoire minutieux reprenant la description précise des symptômes, la recherche de comorbidités, des circonstances d'exposition à risque et des liens épidémiologiques avec d'autres patients suspects ou cas confirmés ;
- Un examen clinique complet, notamment à la recherche de signes de gravité.

d. Traiter :

La prise en charge thérapeutique précoce, avec mesures de réanimation si nécessaire, est débutée sans délai pour éviter les pertes de chances. La stratégie de mise en place des mesures thérapeutiques spécifiques fait l'objet d'une évaluation et d'une discussion pluridisciplinaire.

e. Alerter :

Dès les premières étapes mises en œuvre, et afin d'organiser au mieux le circuit du patient suspect dans la filière appropriée, il est nécessaire de contacter l'infectiologue référent REB et de partager l'alerte aux autorités sanitaires (ARS PACA), au SAMU concerné et au sein de l'établissement d'accueil.

f. Classer :

Dans les suites de l'alerte, l'étape de classement du patient suspect est réalisée en concertation avec le médecin de première ligne, entouré de la triade d'expertise (médecin régulateur du SAMU-Centre 15, infectiologue référent de l'établissement ou de l'ESR, ARS PACA et SpF). Ce classement va conditionner l'organisation du parcours de soins du patient.

Au terme de cette première concertation, plusieurs classements sont possibles :

- **Patient « cas exclu »**, et la prise en charge médicale du patient peut donc continuer avec les mesures de précautions d'hygiène habituelles, dans le circuit de soins classique.

- **Patient « cas possible »** et il convient alors d'organiser son transport et sa prise en charge dans un ESR ou autre ES habilité, si besoin par un transport sécurisé organisé par le SAMU territorialement compétent, avec vecteur adapté et personnel protégé. Il est essentiel d'éviter que ce classement en « cas possible » ne soit source de préjudice pour la démarche diagnostique et thérapeutique, le diagnostic d'infection REB pouvant être plus « grave » mais souvent pas le plus probable.

- **« Patient restant suspect REB »**, ce patient peut alors rester, pour un temps le plus court possible, « patient suspect REB », avec la poursuite de la prise en charge médicale adaptée ; par précaution, l'application des mesures d'hygiène proposées à un « cas possible » restant en vigueur jusqu'à la levée de doute.

g. Orienter :

Tout doit être fait pour éviter qu'un patient suspect n'arrive dans un service d'accueil des urgences (SAU). Cependant, un circuit d'admission direct dédié évitant le contact avec d'autres

patients, visiteurs ou personnels de l'établissement doit être prévu dans le plan blanc d'établissement. L'orientation du patient classé « cas possible » sera ensuite effectuée dans une structure habilitée à prendre en charge la pathologie REB suspectée.

h. Transporter :

Le transport du patient suspect REB, une fois classé, est sous la responsabilité organisationnelle du médecin régulateur du SAMU-Centre 15, avec information de l'ARS PACA.

i. Confirmer :

La confirmation ou l'infirmer du diagnostic suspecté repose sur la recherche de l'agent infectieux causal, tout en conduisant la recherche de diagnostics alternatifs. Selon les phases de l'épidémie, les prélèvements seront envoyés au Centre National de Référence du pathogène (CNR), vers le laboratoire de l'ESRR ou d'autres laboratoires L3 ou L2.

j. Suivi des personnes contacts et co-exposées :

Dès le début de la prise en charge du patient, toutes les personnes contact ou co-exposées potentielles (entourage et soignants) doivent être identifiées et suivies.

1.2. LES PHASES DE REPONSE SANITAIRE

L'émergence d'un agent biologique à risque épidémique peut être résumée en **trois phases durant lesquelles des stratégies de gestion adaptées sont entreprises :**

- **Phase 1 :** introduction ou réintroduction de l'agent dans la population ou dans un territoire donné
- **Phase 2 :** diffusion de cet agent dans la population
- **Phase 3 :** pérennisation de la circulation de l'agent au sein de cette population.

L'objectif de la réponse sanitaire est de freiner l'introduction et la diffusion de l'agent infectieux au sein de la population afin de maintenir les capacités d'agir du système de santé (cf. schéma ci-dessous).



Dans le cas où l'agent infectieux a d'ores et déjà entamé sa diffusion, il s'agira alors d'atténuer son impact sur le système de santé ainsi que sur la population (protection des groupes les plus fragiles).

La stratégie de réponse sanitaire se déclinera en trois phases :

- La phase d'**endiguement** ;
- La phase d'**atténuation** ;
- La phase de **résilience**.

Chacune de ces phases correspond à une période donnée de l'évolution de la propagation d'un agent infectieux dans une population donnée sur un territoire donné (cf. schéma ci-dessous).



2. Mise en œuvre opérationnelle du plan ORSAN REB en région PACA

La stratégie régionale de réponse du système de santé à un évènement générant un évènement de type REB s'articule autour de 3 grandes phases :

- **L'alerte et l'endiguement** ;
- **La phase d'atténuation** ;
- **La sortie de crise et la résilience**.

Sur chacune de ces phases, et au vu du nombre d'acteurs de santé mobilisés, les dispositifs de coordination inter-acteurs doivent être sécurisés. La liste et les prérogatives des acteurs santé impliqués dans la gestion d'un évènement REB en région PACA se trouvent dans la partie 3 « Les acteurs santé mobilisés en cas d'évènement REB en région PACA ».

2.1. PHASE D'ENDIGUEMENT

Elle a pour objectif d'identifier l'introduction sur le territoire d'une maladie infectieuse émergente et d'en freiner la propagation. Le déclenchement de la réponse opérationnelle se fera en coopération avec les établissements experts du risque REB.

b. L'alerte

➔ Survenue d'une alerte en dehors du territoire de la région PACA

En respect du règlement sanitaire international, chaque état doit notifier à l'OMS tout évènement pouvant constituer une urgence de santé publique internationale. Après appréciation du

signal, l'OMS alerte les états limitrophes ou pouvant être impactés par la situation sanitaire. Ces alertes peuvent être diffusées à l'échelon régional afin de préparer l'ensemble du système de santé à une éventuelle circulation de cas/ diffusion d'un agent infectieux sur le territoire.

Deux cas se distinguent :

- Dans le cas d'une alerte internationale provenant d'un pays tiers et pouvant avoir un impact sur le territoire national :

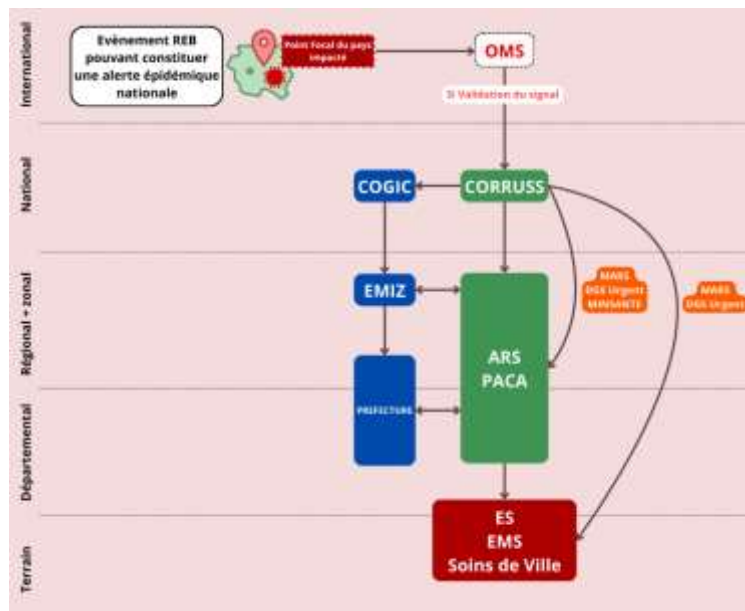


Schéma d'alerte en cas d'un évènement de type REB survenu dans un pays tiers

- Dans le cas d'une alerte extrarégionale pouvant avoir un impact sur le territoire national :

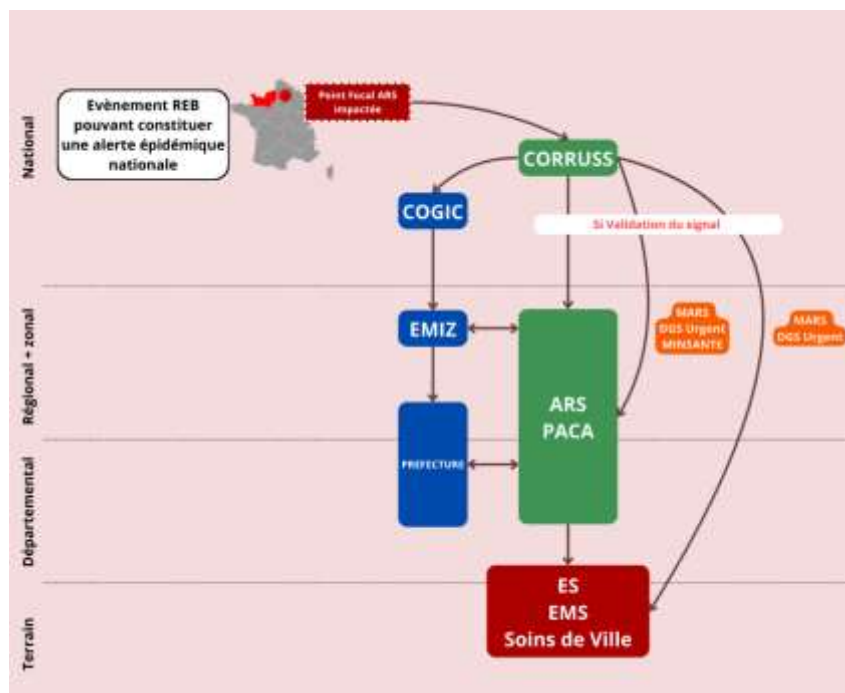


Schéma d'alerte en cas d'un évènement de type REB extrarégional

Dans le cadre d'alertes internationales ou extrarégionales/ nationales :

- Le **CORRUSS** est garant de la diffusion des doctrines nationales et des conduites à tenir en tenant compte des définitions de cas arrêtées par Santé Publique France ;
- L'**ARS PACA** décline à l'échelon régional (et départemental) ces doctrines et conduites à tenir et précise aux acteurs santé du territoire les modalités d'organisation en cas de survenue d'un cas suspect ou confirmé. Elle se charge également d'alerter l'ensemble des professionnels, établissement de santé et autorités préfectorales de la région ;
- L'**ensemble des acteurs santé du territoire** met en œuvre des actions de préparation, d'information et de communication interne.

➔ Survenue d'une alerte sur le territoire de la région PACA

Dans le cas d'une prise en charge par un professionnel de santé d'un patient suspect (atteint d'un pathogène de groupe 3 ou 4) présentant un état clinique atypique ou difficile à diagnostiquer, il est nécessaire de prendre les mesures suivantes sans délai :

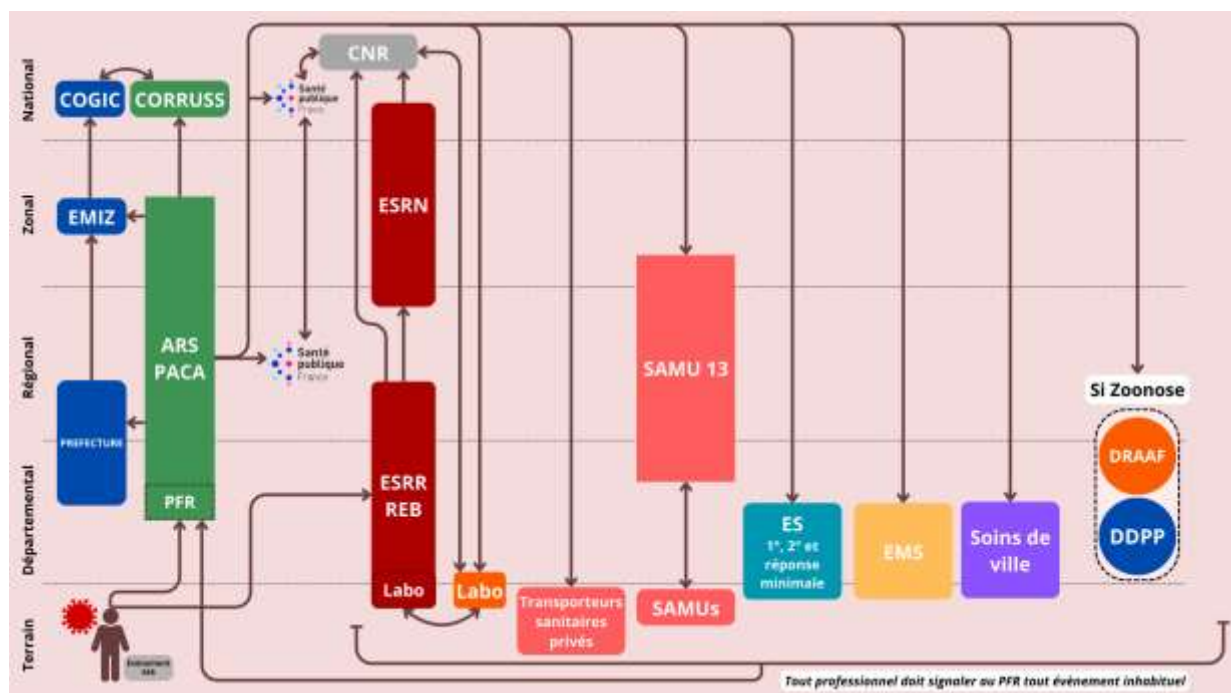
- **Alerter systématiquement les infectiologues de l'ESRR ;**
- **Alerter l'ARS PACA:**

Le Point Focal Régional (PFR), point d'entrée unique à l'ARS PACA de tous les signaux sanitaires, doit sans délai être alerté par les acteurs de terrain de tout évènement susceptible d'impacter le système de santé. Il est joignable 7/7 et 24/24 soit par téléphone au 04 13 55 80 00, soit par courriel sur la BAL ars-paca-alerte@ars.sante.fr.

- Mettre en place un contact tracing interne à la structure afin d'éviter une propagation de l'agent infectieux ;
- Organiser l'isolement du patient suspect et la protection du personnel soignant.

Afin de sécuriser la circulation de l'information et de garantir une alerte rapide de l'ensemble des acteurs de santé concernés par un évènement REB, le réseau d'alerte ci-dessous est validé.

- ➔ Fiche acteur ARS PACA.
- ➔ Fiche acteur Cellule Régionale de SPF.
- ➔ Fiche acteur ESRR.
- ➔ Fiche acteur Etablissements de santé.



Chaque acteur santé concerné par un évènement de type REB doit s'intégrer dans ce schéma d'alerte.

Devront être systématiquement alertés, en cas d'alerte REB en région PACA :

- Les équipes d'infectiologie et les biologistes de l'ESRR REB (CHU de la Timone) ;
- Le Centre national de référence de l'agent infectieux (alerté par l'ESRR) ;
- L'ARS PACA ;
- Le CORRUSS (alerté par l'ARS PACA) ;
- La cellule régionale de SPF (alerté par l'ARS PACA) ;
- Les acteurs santé du territoire (établissements de santé, professionnels de ville, SAMU alertés par l'ARS PACA) ;
- Le laboratoire qui a prélevé le patient ;
- DDPP et DRAAF en cas de zoonose (alertés par l'ARS PACA) ;
- Les autorités préfectorales (préfectures et EMIZ alertés par l'ARS PACA).

Dès réception du signalement, l'ARS PACA analyse la situation et lance le processus d'alerte selon le schéma ci-dessus.

Dans la situation où le cas serait confirmé, un focus est réalisé dans la partie « Organisation de la protection du système de santé et des populations ».

Il appartient alors à chaque maillon de la chaîne santé identifié dans le schéma de procéder sans délai au transfert de l'alerte aux maillons suivants.

L'efficacité de ce schéma de diffusion de l'alerte et donc de la montée en puissance du dispositif de réponse dépendent de la réactivité de chacun.

Spécificités dans le cadre d'une découverte d'un agent biologique relevant d'un acte malveillant ou d'une négligence :

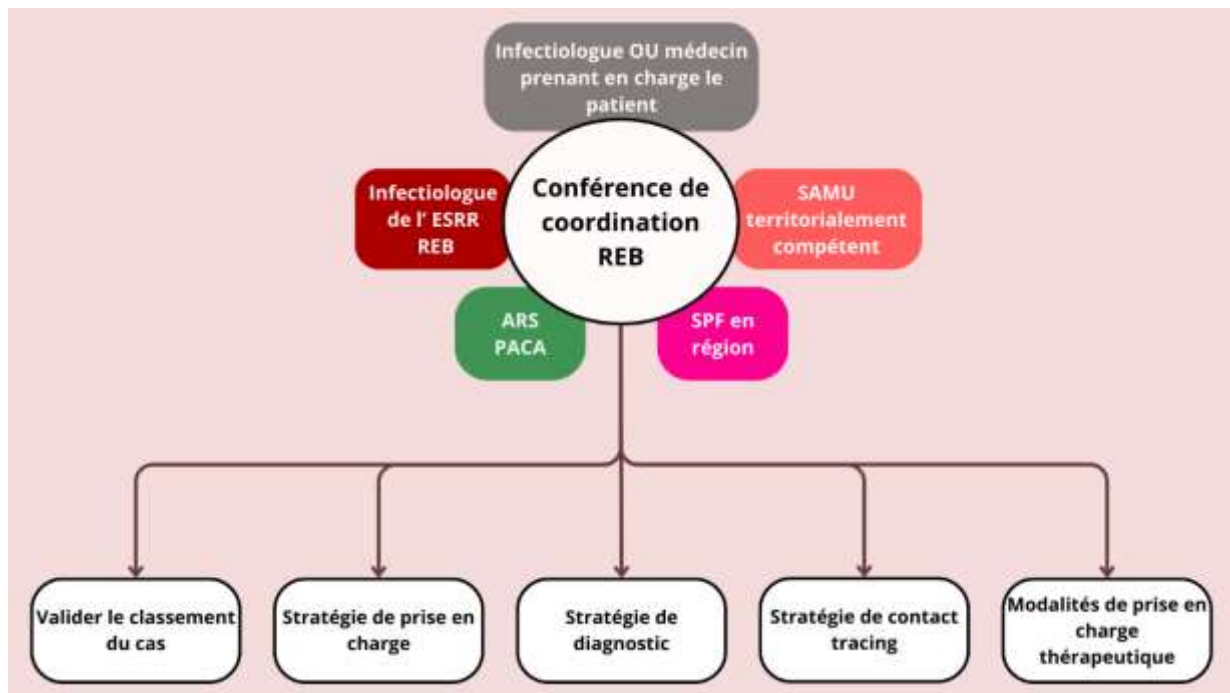
Les principes de prise en charge des patients restent inchangés par rapport à une situation d'émergence « naturelle ». Cependant, le processus d'alerte doit intégrer une composante interministérielle. En effet, selon la circulaire N° 750/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011 qui précise la conduite à tenir en cas de découverte de pli, colis, ou de contenants renfermant un agent biologique d'origine malveillant ou relevant d'une négligence, la cellule nationale de conseil (CNC) composant le COGIC doit être mobilisée. Elle a un rôle d'expertise NRBC-E et de conseil pour tout événement d'origine RBC. C'est également elle qui active et coordonne le réseau des laboratoires BIOTOX-PIRATOME (se référer au PZM).

c. La coordination entre les acteurs

Lors d'une situation d'alerte régionale, l'ARS PACA doit organiser une conférence de coordination REB dans les meilleurs délais. Celle-ci doit réunir l'expertise multiple des partenaires suivants : le médecin ayant pris en charge le malade, l'infectiologue référent de l'ESRR, le SAMU territorialement compétent ainsi que la cellule régionale de santé publique France.

Cette conférence a pour objectif (schéma plus bas) :

- De valider le classement du cas (cas suspect, cas possible, cas confirmé ou cas exclu) et du pathogène (groupe 1, 2,3 ou 4) ;
- De définir la stratégie de prise en charge (modalités de transport ou de maintien sur site, déplacement d'une équipe experte) ;
- De définir la stratégie de diagnostic (si le cas n'est pas encore confirmé : identification du laboratoire et du type de prélèvement à réaliser) ;
- De définir la stratégie de contact tracing et de dépistage en interne et en externe à l'établissement;
- De définir les modalités thérapeutiques de prise en charge du cas et des contacts.



Cette conférence a pour vocation d'être réunie plusieurs fois selon l'évolution de la situation.

Focus sur la mobilisation d'une Task force de professionnels spécialisés sur les lieux de l'évènement

Mobilisation d'une équipe de professionnels spécialisés à l'échelon régional :

La conférence de coordination REB définit, en fonction de la situation, les modalités d'intervention et de coordination de l'équipe. Celle-ci s'articule en coopération avec l'infectiologue ou le médecin ayant pris en charge le patient. Elle dispose de compétences en infectiologie, épidémiologie, hygiène, dépistage et vaccination.

L'intervention du SAMU peut être nécessaire afin d'assurer un appui logistique.

Mobilisation d'une équipe nationale REB :

Selon la gravité de l'alerte, il est possible de mobiliser l'équipe nationale REB en lien avec le ministère de la santé et l'ESRN. Celle-ci est composée de professionnels spécialisés dans la prise en charge sécurisée de patients atteints de maladie infectieuse hautement contagieuse. Sa mobilisation permet :

- D'assurer la prise en charge d'un patient REB (possible ou confirmé) ;
- De confirmer ou d'infirmer le diagnostic clinique et de réaliser des prélèvements en lien avec le CNR ;
- D'amorcer l'enquête épidémiologique et de mettre en œuvre les premières mesures prophylactiques à destination des personnes contacts.

d. Organisation de l'orientation des patients (suspects, possibles, confirmés)

L'organisation de l'orientation des patients est définie lors de la conférence de coordination REB. Cette organisation peut varier en fonction du profil du cas (suspect, possible ou confirmé).

→ Dans le cadre de l'orientation d'un cas suspect ou possible

Un patient suspect ou possible peut être orienté, en fonction de son état clinique, de la nécessité d'examen pour confirmer le diagnostic et du pathogène suspecté, vers plusieurs structures :

- **Orientation vers l'ESRR REB ;**
- **Orientation vers un ES de 1^{ère} ligne ORSAN REB ;**
- **Maintien dans l'établissement d'origine ;**
- **Maintien à domicile.**

L'objectif est d'organiser dans les meilleurs délais les examens à visée diagnostique et la prise en charge du ou des cas. Dans l'attente des résultats d'examen, une vigilance maximale devra être appliquée en terme de protections individuelles et collectives (isolement du cas suspect, port d'EPI...).

Pour toute orientation en dehors de l'ESRR REB, une intervention d'une équipe de l'ESRR spécialisée pourra être proposée en fonction de la situation.

→ Dans le cadre de l'orientation d'un cas confirmé

Une fois le diagnostic confirmé, la cellule composant la conférence de coordination REB organise l'orientation du cas confirmé :

- **Pour un pathogène du groupe 3 :** Un maintien dans l'établissement d'origine est possible après concertation avec la cellule armée dans le cadre de la conférence de coordination REB et si aucune directive nationale ne précise le contraire. Cette prise en charge est néanmoins dépendante des capacités de maintien sécurisé en hospitalisation par l'Etablissement concerné. Une expertise pour accompagner l'organisation de la prise en charge peut être proposée par l'ESRR.
ATTENTION : Certains agents biologiques de groupe 3 nécessitent une prise en charge par l'ESRR, notamment ceux à haut potentiel infectieux (ex : MERS-COV).
- **Pour un pathogène de groupe 4 :** La prise en charge doit être assurée par l'ESRN REB de proximité appuyée par l'équipe nationale REB (voir prérogatives de l'équipe nationale REB p 31).

Pour la région PACA, l'établissement de santé de référence national le plus proche se situe au sein de l'APHM, à l'hôpital de la Timone à Marseille.

e. Organisation des transferts de patients

L'organisation du transport intra régional est définie par le SAMU de l'ESRR REB (SAMU 13) en lien avec le SAMU territorialement impacté.

Dans le cas d'un transport de patient atteint d'un pathogène hautement contagieux (groupe 4 ou maladie X), il est possible d'avoir recours à des housses de transport (HTPHC, brancards bulles) ainsi qu'à des caissons de type EPI shuttle permettant de transporter de manière sécurisée des patients présentant une forte excrétion virale.

Dans le cadre d'un transfert de patient vers l'ESRN, c'est l'équipe nationale REB qui se chargera du transport.

Pour les autres scénarios de transport (pathogène moins contagieux), l'organisation des transferts est définie lors de la conférence de coordination REB, en lien avec le SAMU 13 et le SAMU territorialement impacté.

→ *Fiches acteur « SAMU départementaux » et « SAMU régional et zonal ».*

Durant la phase de montée en puissance, les transporteurs sanitaires privés pourront être sollicités afin de transporter et de transférer des patients vers ou entre des ES.

→ *Fiche acteur transporteurs sanitaires privés.*

f. Organisation de la prise en charge thérapeutique

Les modalités de prise en charge thérapeutique du ou des cas sont définies après concertation entre le médecin prenant en charge le patient et l'ESRR REB. Dans certains cas (pronostic engagé pour le patient, maladie infectieuse à évolution rapide...), et après concertation pluridisciplinaire, un traitement anti-infectieux peut être amorcé afin de palier tout diagnostic alternatif.

L'organisation de la prise en charge thérapeutique peut être abordée durant la conférence de coordination REB.

g. Organisation du diagnostic

Cette partie aborde la stratégie de diagnostic et de dépistage pour des pathogènes de groupe 3 ou 4. La stratégie de coordination pour le dépistage de cas à grande échelle sera abordée dans la DST « dépistage massif ».

→ **Prélèvement**

La stratégie de prélèvement devra être abordée durant la conférence de coordination REB. Celle-ci devra prendre en compte plusieurs facteurs qui détermineront la conduite à tenir (déplacement du préleveur ou du patient).

Les voici ci-dessous :

- Le degré de suspicion du cas ;
- La connaissance ou non du pathogène (groupe) et de son mode de transmission ;
- L'état clinique du patient (symptomatologie) ;
- L'état des lieux des directives nationales.

La possibilité de réaliser ou non d'autres examens sera évaluée lors de la conférence de coordination en fonction du risque de contamination.

→ Analyse et résultat

Une fois réalisé, le prélèvement devra être acheminé, en fonction du pathogène, vers le laboratoire de sécurité biologique de niveau L3 de l'ESRR ou vers un laboratoire de niveau L4.

Parfois, l'expertise d'un Centre National de Référence (CNR) peut être sollicitée. La liste des CNR et de leurs coordonnées à jour se trouve via le lien suivant : <https://www.santepublique-france.fr/media/files/04-a-propos/nos-principes-fondateurs/cnr/annuaire-des-cnr-291123>

L'acheminement des échantillons prélevés devra être en stricte adéquation avec les normes de transport sécurisé et sera de la responsabilité de l'expéditeur.

Des informations au sujet des normes de transport des agents infectieux sont disponibles via les liens suivants :

- **Société française de Microbiologie** : <https://www.sfm-microbiologie.org/actualites/transport-de-matieres-infectieuses-et-agents-biologiques-du-reb/>
- **Institut Pasteur** : <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/envoi-de-materiel-biologique/cadre-reglementaire>

Une représentation schématique du conditionnement à utiliser pour le transport de matières infectieuses se trouve en annexe 1.

Au terme de l'analyse, si le résultat est positif, l'ensemble des acteurs santé du territoire devront être alertés (cf. râteau d'alerte REB). Un signalement devra également être effectué sur le portail national des signalements (<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>) par le clinicien ayant pris en charge le patient ou le microbiologiste ayant analysé le prélèvement.

En cas de résultat négatif, il sera nécessaire de prévenir l'ensemble des acteurs déjà informés de la situation.

h. Organisation de la protection du système de santé et des populations

Lors de l'identification d'un agent pathogène sur le territoire, il est primordial d'adopter des mesures de limitation de la propagation éventuelle de cet agent au sein de la population et du système de santé.

→ Identification et dépistage précoce des cas suspects

L'ARS PACA, appuyée de l'expertise de l'ESRR REB et de la cellule régionale de SPF, devra rapidement organiser une campagne d'alerte et de diffusion d'informations de prévention à destination de l'ensemble des acteurs santé du territoire de la région PACA (cf. râteau d'alerte):

- Les établissements de santé et les différents SAMUS (+ SCMM) ;
- Les établissements médico-sociaux ;
- Les professionnels de santé libéraux : conseils de l'ordre, CPTS, URPS, DAC ;
- Les transporteurs sanitaires privés.

Il sera nécessaire d'intégrer le CPIAS lors de ces alertes afin de coordonner le réseau des équipes opérationnelles d'hygiène et des IDE hygiénistes au sein des différents établissements de la région.

Une communication, en lien avec la préfecture et encourageant au dépistage et à la surveillance des symptômes, devra être émise à destination des principaux points d'entrée « RSI » du territoire.

Les principaux points d'entrée du territoire se trouvent ci-dessous :

Nom du point d'entrée	Localisation
Aéroport d'Avignon-Caumont	84
Aéroport de Cannes-Mandelieu	06
Aéroport de Hyères-Le Palyvestre	83
Aéroport de Marseille-Provence	13
Aéroport de Nice-Côte-d'Azur	06
Aéroport de Cannes	06
Port de Nice	06
Port de Toulon	83
Grand port maritime de Marseille	13

Nom du point d'entrée international	Localisation
Aéroport de Marseille-Provence	13
Aéroport de Nice-Côte-d'Azur	06
Grand port maritime de Marseille	13

Les messages diffusés devront préciser de manière claire les principales caractéristiques de l'agent pathogène, sa symptomatologie, les précautions et mesures de biosécurité nécessaires, les modalités de classement des patients...

Le ministère de la santé a également la possibilité de réaliser une communication sur la situation à destination des professionnels via les messages « *MARS PACA* » (à destination des ES et EMS) et les « *DGS urgents* » (professionnels libéraux).

Une communication au grand public peut être réalisée par l'ARS PACA après aval du Ministère de la santé et en corrélation avec des éléments de langage rédigés par Santé Publique France.

→ Organisation du contact tracing et identification des clusters

Lors de l'introduction d'un agent pathogène sur le territoire, il est primordial d'être en mesure de détecter l'origine de la contamination afin de palier à une dissémination plus large de la maladie au sein de la population. En ce sens, la définition de cas et des contacts est réalisée par Santé Publique France puis transmise à l'ARS PACA ou la DGS pour diffusion à l'ensemble des acteurs santé du territoire.

La coordination du contact tracing est réalisée par l'ARS PACA en lien avec l'ESRR REB et la cellule régionale de SPF. Un suivi des cas (possibles, probables, confirmés) doit s'organiser en parallèle afin de suivre l'évolution de la situation épidémique.

Au sein des établissements, ce sont les équipes opérationnelles d'hygiène qui sont en charge, avec l'appui possible du CPIAS, du contact tracing.

Si un cluster de cas est identifié en collectivité ou au sein des populations les plus susceptibles d'être contaminées, l'ARS PACA doit informer et mobiliser sans délai les professionnels présents dans ces entités (ex : EMS, écoles, centres pénitentiaires, centres d'accueil de public précaire...).

→ Organisation du suivi et de la modélisation de l'épidémie

L'impact d'une maladie infectieuse circulant au sein d'un territoire est conditionné par deux principaux facteurs intrinsèquement liés. La cinétique de l'épidémie et sa charge sur le système de santé :

- **Cinétique de l'épidémie** : dans une situation de risque épidémique, les personnes touchées sont initialement très peu nombreuses, puis, si la maladie n'est pas endiguée, elles augmentent de façon exponentielle (contrairement aux autres risques qui entraînent une pression importante de victimes initialement, puis une décroissance). La cinétique est celle d'une montée en puissance continue. En effet, en cas d'épidémie, la gestion se fait sur un temps prolongé, et nécessite donc à la fois de mobiliser le système de santé et d'anticiper la durée et les rebondissements de la crise éventuelle (capacités de l'offre de soins, épuisement des acteurs, circuits d'information, etc.). L'identification et la compréhension de la cinétique d'un agent infectieux de type REB est primordiale afin de dimensionner les mesures de gestion.
- **Charge sur le système de santé** : la prise en charge des patients peut nécessiter des moyens spécifiques liés à la possible contagiosité au cours de l'hospitalisation (isolement, matériel,

ressources en personnels...). La probabilité élevée que les soignants soient également touchés en cas d'épidémie est à prendre en compte. Cela conduit à une menace double en raison de la saturation de l'offre de soins et des possibles arrêts de travail d'une partie du personnel soignants.

Dans une logique d'endigement, il est donc nécessaire d'être en capacité d'anticiper l'évolution dans le temps d'un phénomène épidémique.

Pour faciliter la prise de décision des préfets concernant la gestion de l'épidémie, l'ARS PACA doit surveiller la situation et fournir une expertise pour anticiper les besoins et les mesures d'atténuation éventuelles.

Pour étayer ses recommandations, l'ARS PACA peut s'appuyer sur les expertises de la cellule régionale de SPF et de l'ESRR REB. En cas de zoonose, elle peut également solliciter l'expertise de la Direction Départementale de la Protection des Populations (DDPP) et de la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF).

Plusieurs indicateurs régionaux en collaboration peuvent être suivis avec la cellule régionale de SPF et l'ESRR (évolution du nombre de cas, taux d'hospitalisation, durée moyenne d'hospitalisation, modélisation du nombre de patients à prendre en charge dans les établissements de santé, ainsi que les seuils critiques pour les capacités de prise en charge des patients (lits, personnel, équipements, médicaments, etc.)). Certains de ces indicateurs peuvent également être surveillés au niveau intra-établissement pour faciliter les décisions des cellules de crise hospitalières.

2.2. PHASE D'ATTENUATION

Malgré la mise en œuvre d'une stratégie d'endigement, certains agents infectieux de par leur potentiel de contagiosité, la présence de formes asymptomatiques et la limite des mesures barrières vont conduire inexorablement à une diffusion épidémique. Dans cette phase, l'objectif est d'atténuer les effets de l'épidémie par la mise en œuvre des mesures barrières populationnelles pour limiter la circulation du virus et protéger les personnes fragiles tout en assurant la prise en charge des patients atteints par des formes sévères et graves dans les établissements de santé de référence régional REB (ESRR REB), les établissements de santé de première ligne et le cas échéant, de deuxième ligne. La prise en charge des formes mineures et modérées est assurée en médecine de ville et celle des patients ne présentant pas de risque épidémique et biologique est assurée dans la mesure du possible par les établissements de réponse minimale. Cette action nécessite la montée en puissance du système de santé notamment des soins critiques (adultes et le cas échéant, pédiatriques et gériatriques) et l'optimisation du parcours de soins des patients ainsi que la coordination des différents établissements de santé.

Une partie non-négligeable de la stratégie d'atténuation consiste à mettre en place un système de coopération et de communication d'une filière gériatrique entre les EHPAD et les établissements de santé de proximité afin de permettre une prise en charge rapide et efficace des personnes âgées à risque.

ATTENTION : Particulièrement au niveau des EHPAD, il s'agit d'assurer la continuité de la prise en charge des résidents et patients hors REB, ainsi que d'assurer la continuité du fonctionnement des soins dans les unités de soins de longue durée (USLD).

La montée en puissance des campagnes de dépistage massif et de vaccination sera abordée dans les **DST « dépistage massif » et « vaccination exceptionnelle »**.

a. Organisation des circuits de prise en charge face à un nombre croissant de cas positifs

Lorsque la circulation de l'agent pathogène s'inscrit plus en profondeur dans la population et nécessite le passage en phase d'atténuation, une modification des filières de prise en charge classique peut être nécessaire afin de garantir la continuité des soins prodigués aux patients.

Dans ce cadre, l'ARS PACA assure le pilotage de la coordination des acteurs santé du territoire. Une communication régulière doit être organisée afin de diffuser les informations et planifier les stratégies avec les trois secteurs de l'offre de soin (ambulatoire, pré-hospitalière, hospitalière). Un lien devra également être établi avec chaque entité (ESRR, GHT, URPS, fédérations, CPTS, CPIAS, CRATB, filières gériatriques...).

La stratégie de réorganisation du système de santé se décline en plusieurs aspects :

→ Restructuration des circuits de prise en charge

Dès la réception de l'alerte, les points de rupture territoriaux au-delà desquels les opérateurs de soins ne peuvent plus répondre à la demande de soins malgré leur mobilisation maximale doivent être identifiés. L'identification de ces points de rupture prend en compte l'évaluation des risques et des menaces et s'appuie sur une double logique :

Une logique de filière de soins prenant en compte les aspects organisationnels (coordination, régulation, adaptation) et capacitaires (plateaux techniques, lits et places, professionnels de santé spécialisés), à dimension régionale, voire suprarégionale.

La répartition des ES disposant de chambres d'isolement se trouve en annexe 2

Une logique de proximité prenant en compte les spécificités du territoire.

- Les patients atteints de formes graves ou sévères seront pris en charge par l'ESRR REB, les établissements de santé de 1^{ère} ligne, voire de deuxième ligne ;
- Les patients atteints de formes mineures ou modérées et les patients stabilisés pourront être pris en charge (selon l'état de saturation du système de santé) :
 - Dans des ES de 2^{ème} ligne REB ;
 - Dans des ES de réponse minimale ;
 - En médecine de ville ;
 - A domicile en lien avec des services de soins (SSIAD, HAD, libéraux).

Le classement des établissements de santé de la région se trouve en annexe 3.

- *Fiche acteur ESRN.*
- *Fiche acteur ESRR.*
- *Fiche acteur Etablissements de santé.*
- *Fiche acteur Professionnels de ville.*

ATTENTION : Afin de palier à une saturation des filières de soins, des critères de gravité des malades devront être définis afin de faciliter l'orientation des patients dans des services ou structures adéquates à leur état.

Dans le cadre d'une réorganisation des circuits de prise en charge, l'ARS PACA peut initier des stratégies complémentaires en regard de l'urgence sanitaire.

Prise en charge pédiatrique : un focus est réalisé sur le parcours de soins REB pédiatrique en annexe 4.

→ **Organisation de la montée en puissance des capacités de prise en charge des patients**

Dans une situation où la circulation de l'agent pathogène tend à augmenter et à impacter une part croissante de la population, l'ensemble des établissements de santé du territoire doivent anticiper et organiser la montée en puissance de leurs capacités de prise en charge des patients malades.

Deux enjeux sont identifiés : la **capacité à organiser cette montée en puissance de façon graduelle** tout en **limitant les pertes de chance pour l'afflux courant de patients** (hors épidémie).

Il est donc nécessaire d'organiser cette stratégie selon plusieurs approches :

- **Réaliser une montée en puissance des services de soins** : en lien avec l'ARS PACA, les établissements impactés devront organiser l'ouverture de services éphémères, d'unités supplémentaires et de réorganiser en interne les circuits dédiés à la prise en charge des patients infectés. Ces modalités de réorganisation structurelles doivent être prévues, pour l'ensemble de ses services, dans le plan blanc de l'établissement ;
- **Organiser les renforts humains** : chaque établissement devra organiser ses effectifs afin d'assurer la continuité des prises en charge. L'organisation des renforts humains sera développée au sein de la **DST « ressources humaines »** ;
- **Organiser les déprogrammations** : dans une situation d'afflux massif de patients contaminés par un agent infectieux, l'établissement peut être amené à augmenter le nombre de lits disponibles afin d'assurer une prise en charge de cet afflux. Des déprogrammations pourront donc être réalisées en fonction de la situation. Il est cependant primordial, afin de minimiser au maximum le risque de perte de chance pour les patients « courants », de prendre en considération les éléments suivants :
 - **Organiser des déprogrammations graduelles**, en paliers, selon la situation épidémique et le niveau de saturation de l'établissement ;
 - **Préserver certaines filières** : notamment celles prenant en charge les soins critiques ou la cancérologie ;

- **S'appuyer sur des indicateurs objectifs** : un suivi du taux de saturation des services, du nombre de professionnels disponibles et aptes à travailler devra être mené. Ce suivi d'indicateurs chiffrés devra être mis en corrélation avec la circulation épidémique. L'établissement devra, en lien avec l'ARS PACA, mener des réflexions sur les seuils et modalités de déprogrammation.

En cas de difficultés, l'ARS PACA pourra assister les établissements en activant les **plans de continuité d'activité territoriaux (PCAT)** afin de répartir l'offre de soins sur le territoire.

- ➔ *Fiche acteur ESRN.*
- ➔ *Fiche acteur ESRR.*
- ➔ *Fiche acteur Etablissements de santé.*
- ➔ *Fiche acteur Professionnels de ville.*

➔ **Organisation de la montée en puissance des capacités logistiques des établissements**

L'augmentation des flux de prise en charge de patients malades corrélée à la montée en puissance des capacités de prise en charge des établissements, implique une montée en puissance de leurs capacités logistiques (équipement en EPI, en médicaments, en vaccins, en matériel de soins consommable...).

Il est donc nécessaire d'établir une stratégie de réapprovisionnement en ressources logistiques en lien avec les grossistes répartiteurs.

Les grands principes de cette stratégie sont les suivants :

- Réaliser des commandes groupées via les plateformes logistiques ;
- Mobiliser les établissements supports de GHT (via le RESAH) pour coordonner les commandes et organiser la distribution aux ES et EMS ;
- Pour les professionnels de ville, s'appuyer sur les conseils de l'ordre, CPTS, URPS, DAC ;

La distribution des moyens stratégique relève des stocks d'Etat. Elle est coordonnée par SPF en lien avec l'ARS PACA. Une liste d'établissement receveurs sera communiquée et la mise en œuvre logistique sera pilotée par SPF. Les données concernant la composition de ces stocks et leur localisation sont des données classifiées.

- ➔ *Fiche acteur ARS PACA.*
- ➔ *Fiche acteur Cellule Régionale de SPF.*
- ➔ *Fiche acteur ESRN.*
- ➔ *Fiche acteur ESRR.*
- ➔ *Fiche acteur Etablissements de santé.*
- ➔ **Organisation de transferts de patients en cas de saturation des capacités**

En cas de situation de saturation capacitaire d'un ou de plusieurs établissements recevant des patients, la cellule de crise de l'ARS PACA coordonnera, en lien avec les SAMUs et les ES, l'organisation de transferts de patients vers d'autres établissements de la région.

En cas de saturation de l'offre de soins régionale, l'ARS PACA de zone devra alerter le CORRUSS afin d'organiser des transferts extrarégionaux. Les transferts et évacuations de patients seront abordés dans la DST « EVASAN ».

- ➔ *Fiches acteur « SAMU départementaux » et « SAMU régional et zonal ».*
- ➔ *Fiche acteur transporteurs sanitaires privés.*

b. Réduire la circulation de l'agent pathogène au sein de la population

La circulation d'un agent pathogène sur le territoire de la région PACA peut avoir des conséquences lourdes pour certaines populations à risque de développer la maladie ou de souffrir de formes graves. Il est donc nécessaire d'organiser une stratégie de protection de ces populations.

➔ Organisation de la stratégie de réduction du risque collectif de contamination

Dans sa phase ascendante, un agent pathogène ayant un impact croissant sur les populations du territoire, devra entraîner le déclenchement ou le renforcement de plusieurs stratégies:

La stratégie de dépistage et de vaccination :

- **Un renforcement des capacités de contact tracing** (renforcement des équipes en intra ES ou à l'ARS PACA : mobilisation de services extérieurs, sollicitation de la CPAM, renforts RH...);
- **Un élargissement du public cible des campagnes de dépistage** en fonction de l'évolution de l'épidémie ;
- **L'organisation ou le renforcement des campagnes de vaccination ;**
- **L'adaptation des délais de rendus des résultats d'examens biologiques** en fonction de la croissance de l'épidémie (renforts RH, construction de procédures accélérées, mise en place d'outils SI de rendu de résultats...);

Un focus sur la déclinaison fine des stratégies de dépistage massif et de vaccination exceptionnelle sera réalisé dans les DST du même nom.

La stratégie de gestion des cas dans les collectivités à risque :

De par une grande volumétrie d'accueil de public parfois « sensible » à un agent pathogène pouvant circuler au sein du territoire, certaines collectivités doivent faire l'objet d'une surveillance.

- Les modalités de gestion des cas en leur sein doivent être définies et leur être transmises.

- Des référents doivent être identifiés pour chaque collectivité (service de santé de la structure si celle-ci en dispose d'un) ;
- Les modalités de coopération entre l'ARS et ces collectivités doivent être définies en début de phase d'atténuation (notamment en vue d'une adaptation des stratégies de contact tracing, dépistage et vaccination).

En cas d'augmentation significative de la circulation de l'agent pathogène, des mesures exceptionnelles pourront être décrétées en lien avec les préfetures de département (fermeture provisoire d'une collectivité).

Voici une liste des principales collectivités pouvant accueillir des populations à risque :

- **Les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées** (EHPAD, résidences autonomie) **ou des personnes handicapées** (hébergement, accueil de jour, habitat partagé). Lien ARS/ conseils départementaux ;
- **Les établissements relevant de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur.** Lien ARS/ Rectorat ;
- **Les établissements pénitentiaires.** Lien ARS/ DISP ;
- **Les crèches et établissements d'accueil d'enfants.** Lien ARS/ PMI/ Conseils départementaux ;
- **Les établissements d'aide sociale à l'enfance.** Lien ARS/ conseils départementaux ;
- **Les centres de rétention administrative, centres d'accueil pour demandeurs d'asile.** Lien ARS/ préfetures ;
- **Les centres d'hébergement pour personnes sans domicile fixe.** Lien ARS/ DDETS.

L'augmentation du nombre de cas et la prise en charge à domicile des patients atteints de formes modérées peuvent entraîner des difficultés d'isolement pour certains malades ou personnes contacts. Cela concerne notamment les personnes vivant en collectivité, les sans-abri et les familles dont le logement n'est pas adapté à l'isolement. Selon les événements et les directives nationales, des hébergements pourront être mis en place par les DDETS ou les préfetures. L'ARS PACA sera mobilisée pour organiser la prise en charge sanitaire des personnes hébergées, en collaboration avec différents opérateurs sanitaires (HAD, cabinets libéraux, SSIAD).

La stratégie d'information des partenaires et des populations à risque :

Dès l'identification des populations les plus à risque, l'ARS PACA doit informer les partenaires intervenant auprès de ces publics afin de les sensibiliser.

Voici des exemples :

- Les fédérations d'acteurs de la solidarité ;
- Les centres de lutte contre la tuberculose ;
- Les centres publics de vaccination ;
- Les CEGIDD et le COREVIH ;
- Le CPIAS...

La stratégie de communication à destination des populations à risque doit se baser sur des actions de médiation avec une approche « aller vers ». En priorité, les groupes les plus éloignés des soins seront ciblés. Cette stratégie d'aller vers se décline en plusieurs points :

- **Mobiliser des équipes mobiles projetables de dépistage et de vaccination ;**
- **Mobiliser des relais locaux pour diffuser les informations aux populations** (professionnels de ville, médiateurs, associations...);
- **Mise en place, par l'ARS PACA, d'un numéro vert de questions/réponses ;**
- **Diffusion à destination du grand public, via le site internet de l'ARS PACA, d'informations** concernant le pathogène et ses principales caractéristiques ;
- **Lancement de campagnes d'information**, à partir des éléments de langage de SPF, sur les réseaux sociaux, médias.

Le **module 10 de l'AFGSU SSE** (Prise en charge des patients suspects d'infection liée à un risque épidémique et biologique et protection de la collectivité en établissement de santé) constitue la formation de base pour les professionnels de santé en cas de SSE REB.

c. Organisation de la formation des professionnels de santé

La formation des professionnels est essentielle lors d'une situation de type REB. Dès le début de la phase d'atténuation, il est primordial de former un grand nombre de professionnels à ce risque afin d'assurer la sécurité des prises en charge. Tous les professionnels de santé de la région seront concernés.

L'ARS PACA, en lien étroit avec les établissements et autres entités de santé du territoire ainsi que les représentants des différents secteurs de l'offre de soins, devra identifier les besoins en formation.

Organisation des formations :

L'ESRR REB sera mobiliser pour organiser les formations régionales à destination des professionnels. Il pourra être assisté de l'EHESP pour produire des modules de formation rapide.

Afin d'optimiser la portée de ces formations et d'être compatibles avec les réglementations sanitaires en vigueur, une organisation à distance devra être prévue le cas échéant.

Pourront également être mobilisées, les entités assurant de manière courante des formations, à savoir :

- Les CESU : Au sein de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, le CESU13 est le principal interlocuteur pour l'ingénierie et le montage de formations permettant de faire face à l'urgence et aux SSE. Dans ses missions de CESU de la Zone Sud, il assure les formations de référents de site SSE, de formateurs SSE et l'ensemble des dix modules de l'AFGSUSSE.
- Le CPIAS ;
- Les EOH ;
- Les IDE hygiénistes (à destination des professionnels d'EHPAD) ;
- Les IFSI ;

- Les Universités à composante santé ;
- Dans une certaine mesure, les associations agréées de sécurité civile.

Exemples de formations assurées par le CESU 13 :

- *Ateliers Habillage/Déshabillage en EPI ;*
- *AFGSUSSE Module Prise en charge des patients **suspects** d'infection liée à un risque épidémique et biologique et protection ;*
- *AFGSUSSE Module Prise en charge des patients **atteints** d'infection liée à un risque épidémique et biologique et protection de la collectivité ;*
- *Formation de référent de site SSE ;*
- *Formation de formateur SSE ;*
- *Formation de formateur REB ;*
- *Formation d'adaptation à l'emploi des personnels aux prises en charge des patients COVID en simulation.*

2.3. PHASE DE RESILIENCE

La stratégie de résilience a pour objectif d'organiser la phase post vague épidémique par la mise en œuvre de mesures de protection et de contrôle épidémiques et la prise en charge des éventuelles pathologies induites. L'effort déployé durant les phases précédentes doit se maintenir pour anticiper tout rebond épidémique.

a. Poursuivre la prise en charge des patients et préparer le système de santé à un rebond épidémique

En lien avec les directives nationales, SPF, l'ESRR REB et les acteurs santé du territoire, l'ARS PACA organisera l'ajustement de la stratégie de gestion de l'épidémie en :

- Transférant graduellement la gestion de la maladie émergente ou de type REB vers une gestion courante si la situation le permet et le justifie ;
- Adaptant la stratégie de prise en charge des patients si la situation le permet et le justifie ;
- Adaptant la stratégie de contact tracing, de dépistage et de vaccination ;
- Maintenant la surveillance du pathogène ;
- Organisant la prise en charge des éventuelles pathologies induites par l'agent pathogène.

ATTENTION : Cette stratégie est néanmoins tributaire des éventuels rebond épidémiques possibles qui pourraient déboucher à un réarmement du dispositif de crise selon leur ampleur.

b. Organiser la levée progressive du plan ORSAN REB

Si la diffusion épidémique tend à diminuer en intensité et que la pression se relâche sur le système de santé, le plan ORSAN REB peut être levé progressivement. Les critères de levée des mesures de ce plan devront être définies par l'ARS PACA, en lien avec tous les acteurs santé du territoire et ce, dès le déclenchement de la phase d'atténuation.

La levée du plan devra s'accompagner des principes suivants

- Déterminer les circuits de décision et de suspension des mesures d'exception ;
- Organiser la reprogrammation des activités, en lien avec les établissements de santé concernés ;
- Définir, en lien avec la cellule régionale de SPF, les indicateurs d'alerte en cas de rebond épidémique ;
- Anticiper un plan d'action régional, en lien avec les acteurs santé du territoire, dédié à l'organisation du rattrapage des consultations, à l'organisation du dépistage et de la vaccination.

ATTENTION : Toute levée du plan ORSAN REB sera néanmoins dépendante du contexte sanitaire et de l'ampleur des rebonds épidémiques.

c. Organiser le retour d'expérience

Le retour d'expérience sera initié lors du retour à la normale. Il reposera sur une analyse méthodologique de l'événement, en utilisant les données et les témoignages des parties prenantes. Le RETEX mettra en évidence les actions positives ainsi que les lacunes constatées dans la gestion de l'événement, afin d'en tirer des enseignements et de proposer des améliorations pour les situations futures.

Les parties prenantes seront encouragées à organiser des RETEX internes.

L'ARS organisera également le RETEX sanitaire régional en collaboration avec les parties prenantes, afin de rédiger un plan d'action et d'apporter d'éventuelles modifications au plan ORSAN REB. Elle informera les préfetures concernées et participera, sur demande, aux RETEX préfectoraux.

3. Les acteurs santé mobilisés en cas d'évènement REB en région PACA

Ci-dessous sont listés l'ensemble des acteurs de santé de la région PACA susceptibles d'être mobilisés sur une situation sanitaire exceptionnelle conduisant à un risque épidémique.

Pour chacun de ces acteurs sont précisées leurs rôles dans le cadre du REB, leurs coordonnées d'alertes, ainsi que leur rôle pendant les phase d'endiguement, d'atténuation et de résilience.

3.1. AGENCE REGIONALE DE SANTE PACA – ARS DE ZONE DE DEFENSE SUD

ARS PACA - ARS de zone de défense Sud

Rôle dans le cadre du REB

L'ARS PACA, en lien avec le ou les préfets territorialement compétents, coordonne l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et de la gestion des SSE. Elle organise l'identification, auprès des établissements de première ligne de la région, des capacités de renfort humains et matériels à destination des établissements impactés. Elle appuie (renforts humains, matériels, transferts) les établissements faisant face à des difficultés dans la prise en charge des patients. En tant qu'ARS PACA de zone, elle coordonne l'action des ARS PACA de la zone, ainsi que les services et organismes implantés sur la zone et relevant du ministère de la santé. Elle coordonne le déploiement des moyens tactiques au sein de la zone et coordonne le déploiement des moyens de l'Etat engagés par le niveau national (stocks stratégiques et réserve sanitaire).

Durant la phase d'endiguement :

- Diffuser l'alerte et l'information aux acteurs du système de santé (informations sur le pathogène, définition de cas, mesures de protection, rappel des circuits d'alerte...).
- Participer à la communication à destination du grand public (notamment élaboration des EDL), en lien avec la préfecture.

En anticipation : Identifier les points d'attention et les seuils de rupture du territoire, en lien avec la cellule régionale de SPF et l'ESRR.

En cas de survenue d'un cas possible/probable en région :

- Alerter le CORRUSS, l'ESRR (infectiologue, direction, laboratoire), la cellule régionale de SPF.
- Organiser la conférence de coordination REB.
- Coordonner le contact tracing des cas et identifier les clusters.
- Suivre les cas possibles/probables/confirmés en lien avec la cellule régionale de SPF et relayer régulièrement l'information au CORRUSS.
- Organiser des renforts internes ARS PACA et déclencher la PVUS-R ou la CRAPS si besoin, et mobiliser une cellule anticipation.
- En fonction du suivi des points de rupture, activer la phase d'atténuation.

Prérogatives zonales :

- Solliciter des renforts des ARS de la zone de défense pour un appui éventuel.
- Mettre en œuvre le PZMRS adapté à la situation.

Durant la phase d'atténuation :

- Coordonner et organiser, en lien avec l'ESRR, des formations et webinaires à destination des professionnels.
- Redéfinir les stratégies d'orientation des patients en lien avec l'ESRR et les ES du territoire (et conformément aux consignes nationales), mobiliser les ES de 1ère, 2ème et 3ème ligne et assurer une coordination du système de santé.
- Appuyer les établissements en difficulté et organiser la solidarité territoriale en activant les PCAT si nécessaire.
- Mobiliser les professionnels de ville pour la prise en charge des patients atteints de formes mineures/modérées.
- Mobiliser des renforts humains et coordonner leur répartition.
- Organiser la montée en puissance du contact-tracing.

- Organiser la stratégie vaccinale et de dépistage (mobilisation des DST vaccination et DST test).
- Organiser des actions de communication, médiation, aller-vers à destination des populations à risque et/ou éloignées du soin.
- Anticiper le passage à la phase de résilience (définition des modalités, critères...) en lien avec les partenaires.

Prérogatives zonales :

- Activer la CZA si la situation l'impose.
- Fournir un appui aux ARS de la zone (coordination des renforts).

Durant la phase de résilience :

- Organiser la levée progressive de l'alerte et des mesures exceptionnelles, en lien avec les opérateurs de soin.
- Désengager graduellement l'organisation de crise interne mise en place.
- Organiser un plan d'action de rattrapage, en lien avec les acteurs santé de la région, des actes de soin, de dépistage, etc. retardés par la crise.
- Définir les modalités de gestion de la maladie en mode courant, en lien avec l'ESRR et la cellule régionale de SPF.
- Organiser le retour d'expérience en collaboration avec les acteurs impliqués.

Prérogatives zonales :

- Désengager graduellement l'organisation de crise interne mise en place.
- Participer au RETEX de la préfecture de zone et des ARS.

Informations complémentaires

L'ARS PACA Paca est également ARS PACA de zone de défense Sud qui recouvre les régions Paca, Occitanie et Corse.
En SSE, elle arme sa cellule de crise : la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS).

Coordonnées

Point Focal Régional (PFR) :

04 13 55 80 00

ars-paca-alerte@ars.sante.fr

CRAPS :

Coordonnées communiquées aux acteurs de santé dès armement de la CRAPS en cas de SSE.

3.2. LA CELLULE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE (SPF)

La Cellule Régionale de Santé Publique France (SPF)

Rôle dans le cadre du REB

Pour assurer la cohérence de ses actions en régions, Santé publique France dispose dans chaque région d'une Cellule Régionale composée d'épidémiologistes. Par ce dispositif régional, situé au plus près des enjeux locaux de santé, Santé publique France vise la mise en œuvre d'une approche intégrée de la santé publique en région. Les Cellules régionales de Santé publique France placées auprès des agences régionales de santé (ARS), leur apportent compétences et savoir-faire scientifiques dans le champ de la veille, la surveillance, l'alerte sanitaire et la prévention promotion de la santé pour l'appui aux politiques de santé régionales et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Durant la phase d'endiguement :

- Apporter une expertise technique à l'ARS, dès les premiers cas et dans le processus de passage à la phase d'atténuation.
- Participer à la conférence de coordination REB et apporter une expertise sur le classement du cas et la stratégie de prise en charge.
- Appuyer l'ARS pour le contact tracing des cas.
- Caractériser les cas positifs et communiquer la définition de cas aux partenaires.
- Elaborer et transmettre des éléments de langage à l'ARS à destination des établissements et du grand public.

Durant la phase d'atténuation :

- Assurer le suivi épidémiologique pour la région.
- Assurer un appui technique en coordination avec SPF national pour la mobilisation et la distribution de matériel relevant des stocks stratégiques.
- Participer aux réflexions sur l'anticipation du passage à la phase de résilience.
- Elaborer et transmettre des éléments de langage à l'ARS à destination des établissements et du grand public.

Durant la phase de résilience :

- Définir des indicateurs d'alerte en cas de rebond épidémique et leurs modalités de suivi, en lien avec l'ARS.
- Définir les modalités de gestion de la maladie vers le droit commun, en lien avec l'ARS.

Coordonnées

Cellule PACA-Corse :

04 13 55 81 01

Mail :

paca-corse@santepubliquefrance.fr

3.3. LE SAMU 13 – SAMU REGIONAL ET ZONAL

SAMU 13 – SAMU du site de l'ESRR et SAMU Régional/ Zonal

Rôle dans le cadre du REB

Lorsque la SSE dépasse les capacités de gestion du **département**, le SAMU régional assure une mission d'appui technique de coordination de l'action des différents SAMU de la région.

Lorsque la SSE dépasse les capacités de gestion de la **région**, le SAMU de zone de défense Sud assure une mission d'appui technique et de coordination de l'action des différents SAMU de la zone. Il participe à la réponse zonale aux risques sanitaires exceptionnels en mobilisant les moyens spécifiques et en contribuant à l'orientation des patients vers des hôpitaux préalablement ciblés en fonction de leurs capacités techniques et du risque encouru.

Le SAMU de zone assure auprès de l'ARS de zone une mission d'appui technique, en particulier en ce qui concerne la mise en œuvre du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZM).

Durant la phase d'endiguement :

- Alerter l'ARS et l'ESRR en cas de survenue d'un cas possible/probable.
- Participer à la conférence de coordination REB pour le classement des patients cas suspects de risque épidémique et biologique
- Assurer le transport et l'orientation sécurisée des patients vers l'ESRR ou l'ESRN, en lien avec le SAMU ESRR et selon les arbitrages pris lors de la conférence de coordination REB.
- Se préparer à la gestion des appels en lien avec la situation et à la montée en puissance du CRRA.
- Selon l'événement, mobiliser la CUMP régionale ou zonale.
- Organiser le transfert par l'équipe nationale REB des patients cas possibles ou confirmés d'infection par agent du groupe 4.
- Participer aux équipes régionales de réponse rapide en cas de déclenchement.

Durant la phase d'atténuation :

- Organiser le transfert par l'équipe nationale REB des patients cas possibles ou confirmés d'infection par agent du groupe 4.
- Mobilisation des moyens spécifiques et contribution à l'orientation des patients vers des établissements de santé préalablement ciblés en fonction de leurs capacités techniques et du risque encouru

- Organiser les renforts afin de maintenir les capacités de montée en puissance ;
- Gérer les appels en liens avec le risque REB et orienter les patients conformément à la stratégie de répartition des patients définie par l'ARS en lien avec les acteurs sanitaires du territoire ;
- Participer à l'organisation des évacuations sanitaires en cas de tensions du système de santé.

Durant la phase de résilience :

- Désengager graduellement l'organisation de crise mise en place (renforts notamment). Organiser les modalités de montée en puissance en cas de rebond épidémique.

Informations complémentaires

Le SAMU 13 est le SAMU de l'ESRR et de l'ESRN pour la région PACA. Il est également le SAMU régional PACA et le SAMU zonal pour la zone de défense Sud recouvrant les régions PACA, Corse et Occitanie.

Coordonnées

Les coordonnées des SAMUS se trouvent en annexe 5

3.4. LES SAMU DEPARTEMENTAUX

SAMU territorialement impacté

Rôle dans le cadre du REB

Le SAMU territorialement impacté va être le premier échelon de réponse, en lien intrinsèque avec le SAMU de l'ESRR.

Durant la phase d'endiguement :

- Alerter l'ARS et l'ESRR en cas de survenue d'un cas possible/probable.
- Participer à la conférence de coordination REB pour le classement des patients cas suspects de risque épidémique et biologique
- Assurer le transport et l'orientation sécurisée des patients vers l'ESRR ou l'ESRN, en lien avec le SAMU ESRR et selon les arbitrages pris lors de la conférence de coordination REB.
- Se préparer à la gestion des appels en lien avec la situation et à la montée en puissance du CRRA.
- Selon l'événement, mobiliser la CUMP régionale.

Durant la phase d'atténuation :

- Organiser les renforts afin de maintenir les capacités de montée en puissance ;
- Gérer les appels en liens avec le risque REB et orienter les patients conformément à la stratégie de répartition des patients définie par l'ARS en lien avec les acteurs sanitaires du territoire ;

<ul style="list-style-type: none"> Participer à l'organisation des évacuations sanitaires en cas de tensions du système de santé.
<p><u>Durant la phase de résilience :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Désengager graduellement l'organisation de crise mise en place (renforts notamment). Organiser les modalités de montée en puissance en cas de rebond épidémique.
<p>Informations complémentaires</p>
<p>Chaque département dispose d'un SAMU.</p>
<p>Coordonnées</p>
<p>Les coordonnées des SAMUS se trouvent en annexe 5</p>

3.5. LES TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVÉS

<p>Transporteurs Sanitaires privés</p>
<p>Rôle dans le cadre du REB</p>
<p>Réaliser des transports sanitaires urgents du lieu de l'évènement vers les établissements de santé.</p> <p>Réaliser des transports sanitaires inter-hospitaliers destinés à libérer des places dans les établissements de santé.</p>
<p><u>Durant la phase d'endiguement :</u></p> <p><i>Typologie de patients pris en charge : patients non sévères ou stabilisés, et qui ne sont plus contagieux.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Contribuer, dans la mesure de leurs capacités de protection, aux transferts de patients en assurant le transport et l'orientation des patients entre les établissements. Se préparer à une montée en puissance des effectifs.
<p><u>Durant la phase d'atténuation :</u></p> <p><i>Typologie de patients pris en charge : patients non sévères ou stabilisés, et qui ne sont plus contagieux.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Organiser les renforts afin de maintenir les capacités de montée en puissance ;
<p><u>Durant la phase de résilience :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Désengager graduellement l'organisation de crise mise en place (renforts notamment). Organiser les modalités de montée en puissance en cas de rebond épidémique.
<p>Informations complémentaires</p>
<p>Mobilisés à la demande de l'ARS, si besoin par arrêté de réquisition.</p>

3.6. L'ETABLISSEMENT DE SANTE DE REFERENCE NATIONAL

Etablissement de santé de référence National (ESRN)

Rôle dans le cadre du REB

Les ESRN REB sont des ESRR REB auxquels ont été confiées également des missions de niveau national. Ils sont chacun le siège d'une composante de l'équipes nationales REB (EN REB). Ils disposent pour cela de ressources humaines et matérielles dédiées, de niveau suffisant pour prendre en charge complète de patients cas confirmés d'infection par un agent du groupe 4 (ou hautement pathogène non encore classé).

- Apporter une expertise et un appui aux ESRR REB ;
- Assurer en permanence la prise en charge d'adultes et d'enfants atteints d'infection confirmée par un agent biologique pathogène du groupe 4 ;
- S'assurer de la permanence du diagnostic microbiologique en lien avec les centres nationaux de référence concernés et assurer les examens de biologie médicale nécessaires à la prise en charge des patients atteints d'infection confirmée par un agent biologique pathogène du groupe 4 et le cas échéant, des examens de biologie délocalisés pour les patients en chambre d'isolement.
- Disposer d'un stock d'équipements de protection individuels adaptés à la protection contre les agents biologiques pathogènes du groupe 3 et 4 ;
- Assurer la constitution et le maintien en condition opérationnelle permanente d'une composante territoriale de l'équipe nationale pour le risque épidémique et biologique en charge notamment :
 - D'assurer la prise en charge initiale et, au besoin, le transfert des patients « cas possible » ou « confirmé » d'infection par un agent biologique pathogène du groupe 4, ainsi qu'une expertise sur la nature de l'agent,
 - De limiter la transmission de l'agent biologique pathogène en mobilisant des compétences épidémiologiques et d'hygiène adaptées.
 - D'initier, pour certains agents biologiques pathogènes, la vaccination des professionnels de santé assurant la prise en charge des patients et si nécessaire de vacciner d'autres professionnels.

L'ensemble des prérequis attendus pour un ESRN se trouvent dans le référentiel technique produit par la mission COREB en annexe 6.

Durant la phase d'endiguement :

- Mise en alerte de l'équipe nationale REB pour l'investigation clinique, biologique, épidémiologique ;
- Appui de l'ESRR pour expertise ;
- Régulation médicale et transport des patients cas confirmés d'infection par agent infectieux du groupe 4 depuis un ESRR REB vers un des ESRN REB (mobilisation de l'équipe nationale REB).

Durant la phase d'atténuation :

- Organisation de la régulation médicale et transport des patients cas confirmés d'infection par agent infectieux du groupe 4 depuis l'établissement de santé de présentation spontanée du patient ou de l'ESRR REB vers un des ESRN REB (mobilisation de l'équipe nationale REB) ;

Durant la phase de résilience :

- Désengager graduellement l'organisation de crise mise en place.

Informations complémentaires

L'ESRN pour la région PACA, également ESRR est l'hôpital de la Timone à l'APHM

Coordonnées

La classification des ES de la région sur le risque REB est détaillée en [annexe 3](#)

3.7. L'ETABLISSEMENT DE SANTE DE REFERENCE REGIONAL

Etablissement de santé de référence Régional (ESRR)

Rôle dans le cadre du REB

Les ESRR REB sont des établissements auxquels ont été confiées des missions de niveau régional. Ils disposent pour cela de ressources humaines et matérielles de niveau suffisant pour prendre en charge des patients cas confirmés d'infection par un agent du groupe 3 ou 4 (ou hautement pathogène non encore classé).

Pour répondre à un risque de type REB, l'ESRR assure la prise en charge de patients adultes et d'enfants présentant une suspicion d'infection ou une infection confirmée par un agent biologique pathogène de nature à porter gravement atteinte à leur santé et à celle de la population.

L'ESRR apporte une expertise à l'ARS afin de développer au sein de la région, les filières de prise en charge des patients et définir leurs parcours de soins. Il fournit un conseil en matière d'organisation de la prise en charge des urgences collectives et des situations sanitaires exceptionnelles auprès de l'ARS et des ES de la région.

L'ESRR assure via son CESU, la formation des formateurs et des référents des établissements de santé pour les situations sanitaires exceptionnelles avec l'appui du centre d'enseignement des soins d'urgence de l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente de zone

L'ESRR assure le développement et l'animation du réseau régional constitué des ES et des professionnels de santé libéraux contribuant à la prise en charge des patients concernés.

L'ESRR doit disposer des capacités suivantes :

- Disponibilité permanente d'un médecin infectiologue référent pour le risque épidémique ;
- Une unité de soins dotée de chambres d'isolement à pression négative avec un sas d'entrée. Cette unité doit permettre d'assurer la prise en charge d'adultes et d'enfants atteints d'infection liée à un agent biologique pathogène du groupe 3. L'établissement

doit également être en capacité d'assurer, le temps de la confirmation ou de l'infirmité du diagnostic, la prise en charge initiale d'un patient « cas possible » liée à un agent biologique pathogène de groupe 4.

- Un laboratoire de biologie médicale d'un niveau de confinement L3 avec un poste de sécurité microbiologique de niveau 2 au minimum et une équipe de professionnels formés et habilités, en capacité d'assurer en permanence :
 - Le traitement des échantillons (prélèvements et transport) en vue du diagnostic microbiologique.
 - Les examens de biologie médicale nécessaires à la prise en charge des patients.
- Une capacité à assurer la réalisation des examens biologiques d'urgence strictement nécessaires à la prise en charge d'un « patient cas possible » d'une infection par un agent biologique pathogène du groupe 4. Cela nécessite de prendre en compte l'analyse, le type de dispositifs et les contraintes afin de prendre en charge les échantillons pour examens d'urgence :
 - Soit en niveau de confinement L3 sous un poste de sécurité microbiologique de type 3.
 - Soit en niveau de confinement L3 sous un poste de sécurité microbiologique de type 2 avec des équipements de protection individuels adaptés et des pratiques de biosécurité renforcées.
 - Soit dans la chambre d'isolement à pression négative du patient avec des équipements de protection individuels adaptés et des pratiques de biosécurité renforcées.
- Un centre de dépistage et de vaccination des professionnels et des patients, susceptible d'assurer le déploiement d'une vaccination exceptionnelle.
- Une capacité d'appui technique et le cas échéant, de renfort auprès des établissements de santé de la région.
- Un stock d'équipements de protection individuels adaptés à la protection contre les agents biologiques pathogènes.
- Une filière pour les déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) compatible avec les agents biologiques pathogènes infectieux responsables de l'infection.

L'ensemble des prérequis attendus pour un ESRR se trouvent dans le référentiel technique produit par la mission COREB en annexe 6.

Durant la phase d'endiguement :

- Apporter une expertise technique à l'ARS, dès les premiers cas et dans le processus de passage à la phase d'atténuation.
- Alerter en interne, (services + laboratoire de l'ESRR), en cas de survenue d'un cas possible/probable/confirmé.
- Participer à la conférence de coordination REB.
- Apporter une expertise et un appui technique au médecin auprès du cas possible/probable/confirmé, avec possibilité de se rendre sur place.
- Coordonner les équipes régionales de réponse rapide en cas de déclenchement.
- Prendre en charge les patients de groupe 3.

Durant la phase d'atténuation :

- Apporter un appui technique aux autres ES de la région.
- Participer à la définition des plans de formations des professionnels de la région en lien avec l'ARS.
- Organiser la prise en charge adaptée des flux de patients confirmés infectés par des agents du **groupe 3** (mise en place de secteurs dédiés, dilatation de l'offre de soins critique, utilisation des SSPI pour armer des lits de réanimation...).

Durant la phase de résilience :

- Désengager graduellement l'organisation de crise mise en place.
- Définir des indicateurs d'alerte en cas de rebond épidémique et leurs modalités de suivi, en lien avec l'ARS.
- Définir les modalités de gestion de la maladie vers le droit commun, en lien avec l'ARS.

Informations complémentaires

L'ESRN pour la région PACA, également ESRR est l'hôpital de la Timone à l'APHM

Coordonnées

La classification des ES de la région sur le risque REB est détaillée en annexe 3

3.8. LES ETABLISSEMENTS DE SANTE DU TERRITOIRE

Etablissements de santé

Rôle dans le cadre du REB

L'ensemble des prérequis attendus pour les établissements se trouvent dans le référentiel technique produit par la mission COREB en annexe 6.

ES de 1^{ère} ligne : Il s'agit des établissements disposant d'une autorisation de structure des urgences, et d'une unité d'infectiologie avec une capacité d'isolement des patients. Les établissements de première ligne sont en capacités de prendre en charge des patients infectés par des agents biologiques de classe 1, 2 ou 3.

Missions :

- Accueillir et détecter les cas suspects ;
- Mettre en œuvre des mesures d'isolement ;
- Mettre en œuvre les mesures barrières requises, et assurer leur prise en charge diagnostique et thérapeutique (cas confirmés de classe 1,2 ou 3) ;
- Organiser le cas échéant le transfert du patient vers un établissement expert ;
- Organiser la prise en charge adaptée de patients contaminés en phase épidémique (mise en place de secteurs dédiés, etc).

ES de 2^{ème} ligne : Il s'agit des établissements mobilisables en seconde intention ou en mesure de contribuer en phase épidémique à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne.

Missions :

- Accueillir et détecter les cas suspects
- Mettre en œuvre des mesures d'isolement
- Prendre en charge les patients qui ne sont plus contagieux en post maladie transférés depuis un établissement de première ligne.
- Prise en charge des patients atteints par des formes sévères pour permettre d'alléger les tensions hospitalières dans les établissements de santé de première ligne notamment en soins critiques

ES en réponse minimale : Les établissements sanitaires, qui ne jouent pas de rôle prédéterminé dans ORSAN (ni première ligne ni deuxième ligne), devront néanmoins être en capacité d'accueillir des victimes en appui des 1^{ère} et des 2^{èmes} lignes.

Missions :

- Prise en charge des patients atteints par des formes sévères pour permettre d'alléger les tensions hospitalières dans les établissements de santé de première ligne notamment en soins critiques ;
- Accueil et détection des patients cas suspects non régulés.

Durant la phase d'endiguement :

ES de 1 ^{ère} ligne	ES de 2 ^{ème} ligne	ES en réponse minimale
<ul style="list-style-type: none"> • Repérage et accueil du/des cas suspects et alerte du SAMU/ de l'ESRR/ de l'ARS. • Evaluation des patients lors de la conférence REB. • Organisation avec le SAMU du transport de patients vers l'ESRR. • Initiation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une posture minimale • Organiser l'accueil et le transfert des arrivées spontanées atteintes par un pathogène de groupe 3 ou 4 vers l'ESRR ou vers l'ES de 1^{ère} ligne de proximité (pour le groupe 3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil et détection des patients cas suspects non régulés • Organiser l'accueil et le transfert des arrivées spontanées atteintes par un pathogène de groupe 3 ou 4 vers l'ESRR ou vers l'ES de 1^{ère} ligne de proximité (pour le groupe 3)

Durant la phase d'atténuation :

ES de 1 ^{ère} ligne	ES de 2 ^{ème} ligne	ES en réponse minimale
<p>En + des actions attendues lors de la phase d'endiguement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la prise en charge des flux de patients en phase épidémique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assure en complément la prise en charge des patients REB stabilisés ou présentant des formes modérées avec les mesures de protection nécessaires. • Organiser l'accueil et le transfert des arrivées spontanées atteintes par un pathogène de groupe 3 ou 4 vers l'ESRR ou vers l'ES de 1^{ère} ligne de proximité (pour le groupe 3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge de patients ne présentant pas de risque épidémique et biologique pour libérer des lits dans les établissements de santé de 1^{ère} ligne. • Organiser l'accueil et le transfert des arrivées spontanées atteintes par un pathogène de groupe 3 ou 4 vers l'ESRR ou vers l'ES de 1^{ère} ligne de proximité (pour le groupe 3)

Durant la phase de résilience :

ES de 1 ^{ère} ligne	ES de 2 ^{ème} ligne	ES en réponse minimale
<ul style="list-style-type: none"> Désengager graduellement l'organisation de crise mise en place. Suivi des patients chroniques. 	<ul style="list-style-type: none"> Désengager graduellement l'organisation de crise mise en place. 	<ul style="list-style-type: none"> Désengager graduellement l'organisation de crise mise en place.
Informations complémentaires		
Les ES en « réponse minimale » sont les ES ni 1ère, ni 2ème ligne.		
Coordonnées		
La classification des ES de la région sur le risque REB est détaillée en annexe 3 .		

3.9. LES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

Professionnels de santé libéraux
Rôle dans le cadre du REB
<p>Les URPS et ordres professionnels :</p> <p>Diffuser de l'information aux professionnels de santé.</p> <p>Les professionnels de santé libéraux et les structures d'exercice coordonné (SEC) :</p> <p>Apporter un soutien à la mobilisation des ES en limitant les hospitalisations de leur patientèle aux seules urgences qui ne peuvent être différées en lien avec la régulation médicale ;</p> <p>Faciliter le retour à domicile des patients ;</p> <p>Ouvrir leurs cabinets médicaux selon des horaires élargis à la demande de l'ARS ;</p> <p>Participer à la prise en charge médicale ;</p> <p>Diffuser de l'information à la population ;</p> <p>Participer aux dispositifs de veille et de sécurité sanitaire</p> <p>En sus, pour les SEC, coordonner la mobilisation des membres de la structure dans la gestion de la SSE.</p> <p><u>Durant la phase d'endiguement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Alerter l'infectiologue ESRR et l'ARS en cas de suspicion d'un cas. Organiser, le cas échéant, le transfert du patient vers l'ESRR REB en lien avec ce dernier, le SAMU territorialement compétent et/ou le SAMU de l'ESRR REB. <p><u>Durant la phase d'atténuation :</u></p> <p><i>Typologie de patients pris en charge : patients non sévères ou stabilisés, et qui ne sont plus contagieux.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Prendre en charge des patients avec des formes modérées et assurer leur suivi à domicile ; Coordonner les soins en amont et en aval d'une éventuelle hospitalisation ; Participer, sur volontariat, au renfort des ES ou aux centres de dépistage/ vaccination. Assurer une médiation auprès des populations à risque ;

- Participer à la distribution de matériels auprès des professionnels du secteur ambulatoire (pilote par les CPTS) ;
- Participer à des actions de prophylaxie collective vaccination, dépistage. Dans ce cadre, notamment par le biais d'une contractualisation préalable avec l'ARS, les professionnels de santé libéraux peuvent participer à des campagnes de vaccination exceptionnelle.

Durant la phase de résilience :

- Désengager graduellement l'organisation de crise mise en place.
- Organiser les modalités de montée en puissance en cas de rebond épidémique.

Informations complémentaires

Appartiennent à la catégorie des professionnels de santé libéraux les médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, psychologues, psychothérapeutes et sages-femmes.

Les professionnels de santé libéraux sont représentés par les ordres professionnels et les unions régionales des professionnels de santé.

Les professionnels de santé libéraux peuvent se regrouper en structure d'exercice coordonné. Il s'agit d'une organisation de soins constituée de plusieurs professionnels de santé, leur permettant de mieux coordonner leurs exercices et collaborations pour la prise en charge du patient.

- Les centres de santé (CDS) mono-professionnels ou polyvalents ou pluri-professionnels, professionnels salariés.

- Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), professionnels libéraux.

- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont vocation à rassembler les « acteurs de santé » de leur territoire. Elles se composent de professionnels des soins du premier et/ou du second recours, mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire. Elles sont identifiées comme un interlocuteur clé pour coordonner les réponses à apporter aux populations du territoire en cas de SSE.

Coordonnées

Les professionnels de santé libéraux sont contactés par l'ARS via les Ordres et les URPS, ainsi que par les structures d'exercice coordonné auxquels ils sont rattachés.

ANNEXES

ANNEXE 1 : MODALITES DE TRANSPORT BIOLOGIQUE DE MATIERES INFECTIEUSES

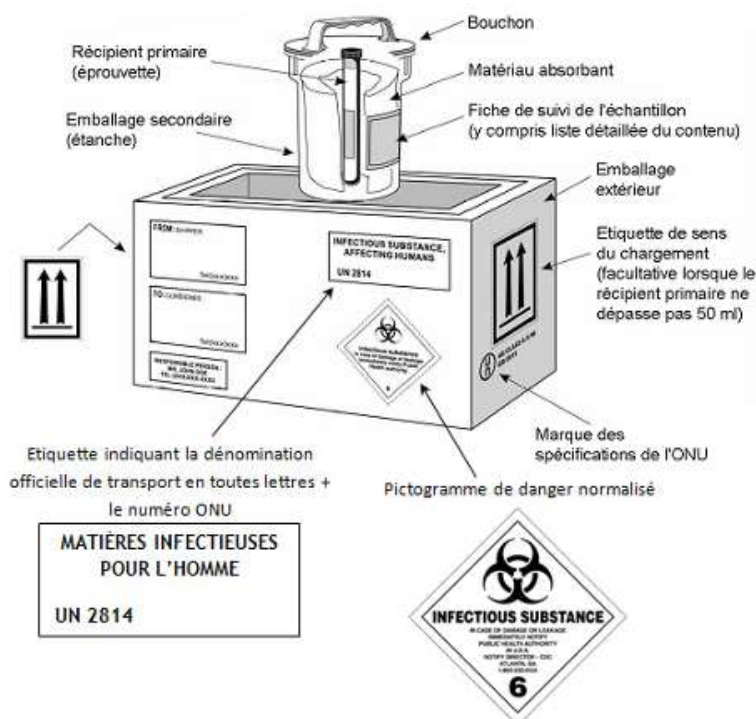
Une matière infectieuse est affectée à la **catégorie A** si la forme sous laquelle elle est transportée peut, en cas d'exposition, provoquer une invalidité permanente ou une maladie potentiellement mortelle ou mortelle chez l'homme ou l'animal jusque-là en bonne santé. En d'autres termes, cela signifie que tout rejet de la substance de l'engin de transport ou de l'emballage protecteur utilisés peut avoir des conséquences graves chez l'homme ou l'animal ayant été exposé à cette substance.

- Les matières infectieuses de catégorie A sont affectées au numéro ONU 2814 et à la désignation officielle de transport Matière infectieuse pour l'homme.

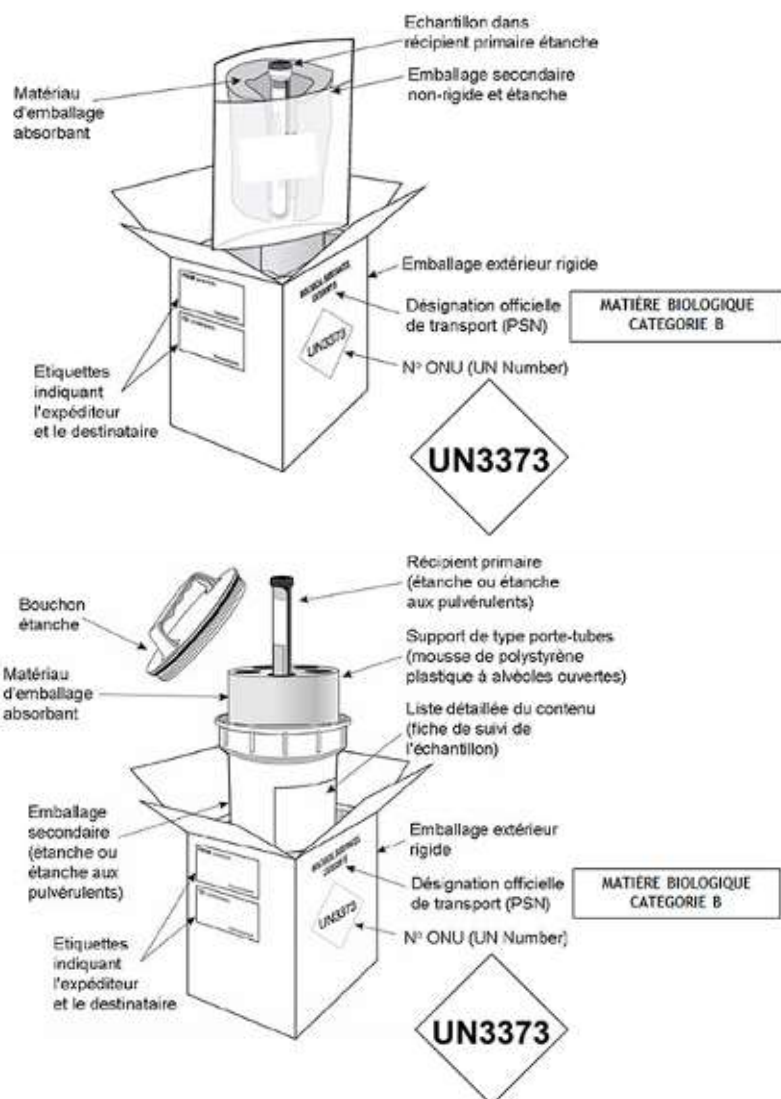
Les matières infectieuses sont sous-classifiées dans la **catégorie B** lorsqu'elles contiennent des agents biologiques susceptibles de provoquer une infection chez l'homme ou l'animal, mais NE répondent PAS aux critères de la catégorie A ; c'est-à-dire que les conséquences d'une infection ne sont pas considérées comme gravement invalidantes ou potentiellement mortelles.

a. Conditionnement à utiliser pour le transport selon la catégorie A ou B pour le transport des matières infectieuses :

➔ Matière infectieuse pour l'Homme de catégorie A



➔ Matière infectieuse pour l'Homme de catégorie B



b. Liste des agents biologiques affectés à la catégorie A :

LISTE INDICATIVE D'AGENTS BIOLOGIQUES AFFECTES A LA CATEGORIE A	
N° ONU et désignation officielle de transport	Micro-organisme
ONU 2814 Matière infectieuse pour l'homme	Bacillus anthracis (cultures seulement)
	Brucella abortus (cultures seulement)
	Brucella melitensis (cultures seulement)
	Brucella suis (cultures seulement)
	Burkholderia mallei – Pseudomonas mallei – morve (cultures seulement)
	Burkholderia pseudomallei – Pseudomonas pseudomallei (cultures seulement)
	Chlamydia psittaci – souches aviaires (cultures seulement)
	Clostridium botulinum (cultures seulement)

Coccidioides immitis (cultures seulement)
Coxiella burnetii (cultures seulement)
Escherichia coli, vérotoxigène (cultures seulement)
Francisella tularensis (cultures seulement)
Hantavirus provoquant la fièvre hémorragique avec syndrome rénal
Herpèsvirus B (cultures seulement)
Mycobacterium tuberculosis (cultures seulement)
Poliovirus (cultures seulement)
Rickettsia prowazekii (cultures seulement)
Rickettsia rickettsii (cultures seulement)
Shigella dysenteriae type 1 (cultures seulement)
Virus de l'encéphalite équine vénézuélienne (cultures seulement)
Virus de l'encéphalite verno-estivale russe (cultures seulement)
Virus de l'immunodéficience humaine (cultures seulement)
Virus de l'influenza aviaire hautement pathogène (cultures seulement)
Virus de l'encéphalite japonaise (cultures seulement)
Virus de l'encéphalomyélite équine de l'Est (cultures seulement)
Virus de l'hépatite B (cultures seulement)
Virus de l'orthopoxvirose simienne
Virus de la fièvre de Kyasanur
Virus de la fièvre de la vallée du Rift (cultures seulement)
Virus de la fièvre hémorragique d'Omsk
Virus de la fièvre hémorragique de Crimée-Congo
Virus de la fièvre jaune (cultures seulement)
Virus de la rage (cultures seulement)
Virus de la variole
Virus Dengue (cultures seulement)
Virus des encéphalites transmises par les tiques (cultures seulement)
Virus du Nil occidental (cultures seulement)
Virus Ebola
Virus Flexal
Virus Guanarito
Virus Hantaan
Virus Hendra
Virus Junin
Virus Lassa
Virus Machupo
Virus Marburg
Virus Nipah
Virus Sabiá
Yersinia pestis (cultures seulement)

ANNEXE 2 : CAPACITAIRES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT DES ES DE PREMIERE LIGNE

Capacitaires chambres isolement						
Département	Nom de l'ES	CAPACITAIRE HOSPITALIER INFECTIEUX [Chambres d'isolement(individuelles fermées et équipées d'un SAS avec lavabo)]	CAPACITAIRE HOSPITALIER INFECTIEUX [Chambres à pression NEGATIVE]	CAPACITAIRE HOSPITALIER INFECTIEUX [Chambres à pression POSITIVE]	CAPACITAIRE HOSPITALIER INFECTIEUX [Chambres à pression POLYVALENTE(pression réversible entre positif et négatif)]	Total
13	ESRR/ ESRN : APMH dont IHU	50	0	0	25 (3 modules 7, 8 et 10 lits)	75
06	CHU Nice	-	1	0	0	1
04	Centre hospitalier de Digne les Bains	10	0	0	0	10
04	CENTRE HOSPITALIER INTER-COMMUNAL DE MANOSQUE	0	0	8	0	8
05	CENTRE HOSPITALIER DES ESCARTONS	8	0	0	8	16
05	CHICAS - Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du sud	1	1	1	0	3

06	Fondation Lenval	0	0	3	0	3
06	CH CANNES Simone Veil	1	1	0	0	2
13	Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis - site d'Aix-en-Provence	0	2	0	10	12
13	Clinique Générale de Marignane	10	0	0	0	10
13	CH la Ciotat	0	0	0	0	0
13	HIA Laveran	1	0	0	0	1
13	Hôpital Européen	15	0	0	1	16
13	HOPITAL PRIVE MARSEILLE BEAU-REGARD	0	0	0	0	0
13	HOPITAL NORD	0	1	1	0	2
13	Centre Hospitalier Edmond Garcin D'Aubagne	0	0	0	0	0
13	HOPITAL DE PAYS SALONNAIS	4	0	0	0	4
13	HOPITAL SAINT JOSEPH MARSEILLE	0	0	40	3	43
13	Hôpital Sainte Marguerite	0	0	0	0	0
83	CENTRE HOSPITALIER INTER-COMMUNAL FREJUS SAINT RAPHAEL	0	0	0	0	0

83	Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne sur Mer	12	6	4	2	24
83	Hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne	0	0	0	4	4
84	centre hospitalier d'Avignon	2	0	0	2	4

ANNEXE 3 : CLASSIFICATION DES ES

Les établissements de santé sont classés en quatre catégories :

Les ES de 1^{ère} ligne experts (ESRR et ESRN) : Il s'agit des établissements disposant d'une autorisation de structure des urgences, unité d'infectiologie avec une capacité d'isolement des patients. Plateau technique spécialisé en mesure d'accueillir et de traiter les patients présentant une maladie infectieuse hautement transmissible, d'une unité de réanimation et de pédiatrie et d'un laboratoire en capacité de réaliser le diagnostic microbiologique et la biologie courante des patients malades (y compris les patients infectés par des agents de type 4). Les établissements experts de première ligne sont en capacités de prendre en charge des patients infectés par des agents biologiques de classe 1, 2, 3 ou 4.

Les ES de 1^{ère} ligne : Il s'agit des établissements disposant d'un accueil des urgences H24, d'une activité d'hospitalisation conventionnelle et de soins critiques avec une unité d'infectiologie avec une capacité d'isolement des patients. Les établissements de première ligne sont en capacité de prendre en charge des patients infectés par des agents biologiques du groupe 2 ou 3 (selon la classification proposée dans l'arrêté du 16 novembre 2021 fixant la liste des agents biologiques pathogènes).

Les ES de 2^{ème} ligne : Il s'agit des établissements mobilisables en seconde intention ou en mesure de contribuer en phase épidémique à l'augmentation de la capacité des établissements de première ligne. Les établissements de deuxième ligne doivent être en capacité de prendre en charge des patients atteints par des formes sévères pour permettre d'alléger les tensions hospitalières dans les établissements de santé de première ligne, ainsi que de prendre en charge les patients qui ne sont plus contagieux pour libérer des lits dans les établissements de santé de première ligne. Les établissements de deuxième ligne doivent aussi être en capacité de prendre en charge des patients suspects pour les agents de type 3 et 4 se présentant spontanément dans l'établissement, et, le cas échéant, d'organiser le transfert vers l'ESRR ou à défaut vers l'établissement de santé de première ligne dont il dépend pour certains agents du groupe 3.

Les ES « réponse minimale » sont tous les autres ES ni de 1^{ère} ni de 2^{ème} ligne. Ces établissements, mobilisables en troisième intention, contribuent à l'augmentation de la capacité d'accueil des établissements de première et de deuxième ligne.

Dans cette annexe figurent uniquement les ES de 1^{ère} et 2^{ème} ligne. Les ES en réponse minimale sont tous les autres.

Ainsi, les ES de santé sont classés de la manière suivante :

ALPES DE HAUTE PROVENCE (04)

1ère ligne	2ème ligne
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE MANOSQUE	-
CENTRE HOSPITALIER DE DIGNE	-

HAUTES ALPES (05)

1ère ligne	2ème ligne
CENTRE HOSPITALIER DES ESCARTONS DE BRIANÇON	-
CHICAS SITE DE GAP	-

ALPES MARITIMES (06)

1ère ligne pédiatrique	2ème ligne
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LENVAL - HOPITAUX PEDIATRIQUES DE NICE	CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE
1ère ligne	CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN LES PINS
CENTRE HOSPITALIER DE CANNES -SIMONE VEIL	INSTITUT ARNAULT TZANCK
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE - HOPITAL ARCHET	POLYCLINIQUE SAINT JEAN
	CLINIQUE SAINT GEORGE
	CLINIQUE DU PARC IMPERIAL
	CLINIQUE SAINT ANTOINE
	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE - HOPITAL PASTEUR

BOUCHES DU RHONE (13)

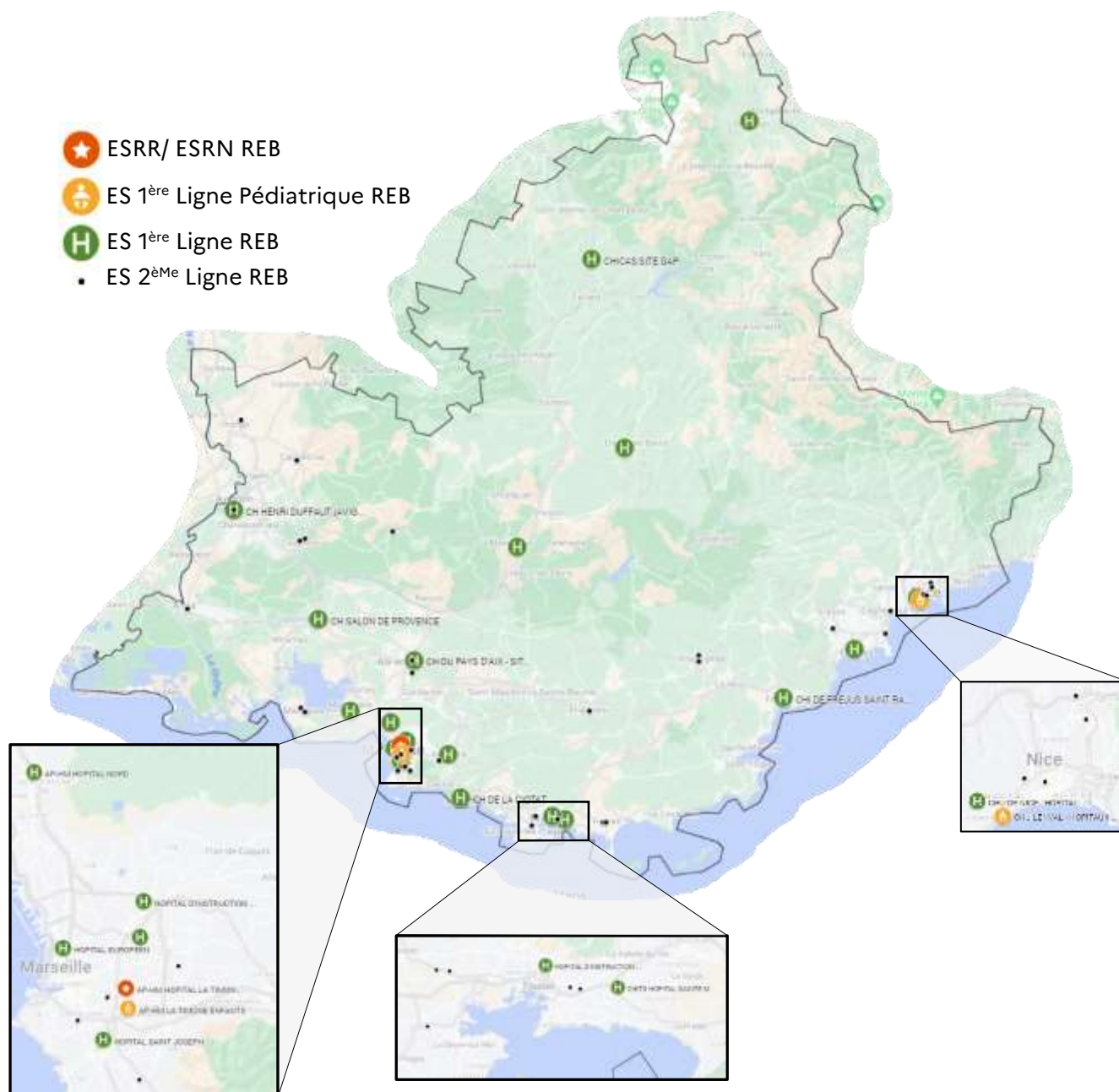
1ère ligne EXPERT	2ème ligne
AP-HM HOPITAL LA TIMONE ADULTES	CENTRE HOSPITALIER IMBERT JOSEPH (ARLES)
1ERE LIGNE PEDIATRIQUE	CENTRE HOSPITALIER MARTIGUES
AP-HM HOPITAL LA TIMONE ENFANTS	CENTRE DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE AXIUM-RAMBOT GCS
1ERE LIGNE	HOPITAL PRIVE LA CASAMANCE
AP-HM HOPITAL NORD	CLINIQUE CHIRURGICALE DE MARTIGUES
HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES LAVERAN	AP-HM HOPITAL DE LA CONCEPTION
CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'AIX - SITE AIX EN PROVENCE	CLINIQUE BOUCHARD
CENTRE HOSPITALIER EDMOND GARCIN (AUBAGNE)	CLINIQUE DE BONNEVEINE
CENTRE HOSPITALIER SALON DE PROVENCE	HÔPITAL PRIVE CLAIRVAL

CENTRE HOSPITALIER DE LA CIOTAT	AP-HM HOPITAUX SUD (STE MARGUERITE SALVATOR)
HOPITAL EUROPEEN	HOPITAL PRIVE MARSEILLE VERT COTEAU
CLINIQUE GENERALE DE MARIGNANE	HOPITAL PRIVE DE PROVENCE
HOPITAL PRIVE MARSEILLE BEAUREGARD	CLINIQUE AXIUM
HOPITAL SAINT JOSEPH	

VAR (83)	
1ère ligne	2ème ligne
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE FREJUS SAINT RAPHAEL	CENTRE HOSPITALIER JEAN MARCEL (BRIGNOLES)
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL TOULON - LA SEYNE SUR MER- HOPITAL SAINTE MUSSE	CENTRE HOSPITALIER DE LA DRACENIE (DRAGUIGNAN)
HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES SAINTE ANNE	CENTRE HOSPITALIER MARIE-JOSEE TREFFOT (HYERES)
	HOPITAL PRIVE TOULON HYERES - SAINTE MARGUERITE
	CLINIQUE DU CAP D'OR
	POLYCLINIQUE LES FLEURS
	POLYCLINIQUE NOTRE DAME
	HOPITAL PRIVE TOULON HYERES - SAINT-JEAN
	CLINIQUE SAINT MICHEL - TOULON
	POLYCLINIQUE MUTUALISTE H. MALARTIC

VAUCLUSE (84)	
1ère ligne	2ème ligne
CENTRE HOSPITALIER HENRI DUFFAUT (AVIGNON)	CENTRE HOSPITALIER DE CARPENTRAS
	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'APT
	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CAVAILLON-LAURIS
	CENTRE HOSPITALIER LOUIS GIORGI (ORANGE)
	CLINIQUE MONTAGARD ELSAN
	CLINIQUE RHONE DURANCE
	CLINIQUE SYNERGIA VENTOUX
	CLINIQUE SYNERGIA LUBERON

Voici la répartition géographique de ces établissements :



Répartition géographique des Etablissements de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne REB en région PACA

ANNEXE 4 : FOCUS SUR LE PARCOURS DE SOINS REB PÉDIATRIQUE

La prise en charge des patients REB en pédiatrie doit faire l'objet d'une planification spécifique – coordonnée avec les parcours adultes, du fait des particularités de cette population et des limites capacitaires liées à la spécialité.

Est considéré comme enfant toute personne de moins de 18 ans.

Tout enfant doit être pris en charge par une équipe pédiatrique au besoin renforcée par une compétence adulte. Cependant, les enfants de plus de 12 ans ou 40 kg peuvent en cas de besoin être hospitalisés en service adulte, renforcé par une compétence pédiatrique.

La procédure COREB « procédure générique standardisée de prise en charge par les médecins de première ligne des patients suspects d'infection à risque épidémique et biologique » du 30 mai 2018 s'applique aux enfants (cf p. procédure COREB).

Les points spécifiques à prendre en compte pour la prise en charge des enfants REB sont les suivants:

- Formalisation au sein des ESR et ESR nationaux d'une équipe de pilotage spécifiquement pédiatrique, comportant au minimum un infectiologue adulte ou pédiatrique spécialisé en REB connaissant les procédures adultes, un ou plusieurs pédiatres et réanimateurs pédiatres, un médecin du SAMU/SMUR pédiatrique, un hygiéniste et un cadre/directeur administratif

Moyens humains :

- Identification d'une équipe médicale et paramédicale pédiatrique susceptible d'être mobilisée H24 (pour les premiers jours de prise en charge d'un enfant REB au moins), et dont l'équipe de pilotage est en charge des agréments administratifs, formations, entraînements ...
- Partenariat avec les SAMU/SMUR pédiatriques pour le transport de tels patients

Moyens matériels :

- Identification d'un lieu d'accueil et d'hospitalisation pour des enfants REB obéissant à la fois aux contraintes architecturale et techniques pour des agents infectieux du groupe 3 et/ou 4, et aux contraintes du soin pédiatrique (notamment en matière de soins intensifs). Les services de réanimations pédiatriques semblent mieux adaptés à la prise en charge prolongée d'un enfant grave que les services de maladies infectieuses et tropicales, mais il faut qu'ils aient des chambres d'isolement équipées pour cela ;
- Identification dans chaque ESR des circuits de prise en charge concomitante des accompagnants adultes (infectés, suspects ou cas contacts) d'un enfant REB ainsi que ceux des accompagnants pédiatriques (infectés, suspects ou cas contacts) d'un adulte REB ;
- Organisation de la logistique pour disposer de matériel spécifiquement pédiatrique, adapté à l'âge, quelle que soit la gravité du patient.

Les contacts entre l'enfant REB et sa famille proche (parents, tuteur) doivent être préservés au maximum, tout au long de la prise en charge mais dépendent de la gravité de l'infection et sa contagiosité, de l'agent infectieux concerné et des capacités des parents/tuteur.

➔ **Prise en charge dans un établissement de santé de référence national (ESRN)**

Public concerné :

- Enfants consultant spontanément avec une possibilité REB (et leur(s) accompagnant(s)) ;
- Enfants accompagnant un adulte consultant spontanément avec un REB ;
- Enfants adressés par un praticien libéral, un ES ou un ESR, ou orientés en amont pour évaluation.

Procédure :

- Les ESR nationaux doivent formaliser une équipe de pilotage associant au moins un infectiologue (adulte ou pédiatrique), un pédiatre, un réanimateur pédiatre, un hygiéniste et un cadre administratif, susceptible d'évaluer le risque, de classer les cas suspects, d'examiner les enfants et son (leur) accompagnant(s), de mettre en place une organisation adaptée au contexte local pour recevoir en consultation et en hospitalisation un enfant REB à haut risque (locaux, logistique, moyens humains médicaux et paramédicaux autorisés à travailler avec des agents infectieux de classe 3 et 4) et prendre en charge son (ses) accompagnant(s) (qu'ils soient eux-mêmes suspects REB ou « cas contact » de l'enfant REB).. Le volet de transport des patients pédiatriques (+/- leur(s) accompagnant(s)) doit être organisé avec le SAMU/SMUR, car les ESR nationaux sont en charge du transport des patients à haut risque (agent infectieux du groupe 4) vers l'ESR national. Cette équipe de pilotage organise également la formation locale et l'entraînement des agents susceptibles d'intervenir auprès des enfants ;
- L'ESR national peut disposer d'un circuit d'évaluation et d'hospitalisation identique à ceux des ESR régionaux, mais il doit formaliser un circuit spécifique pour un enfant infecté par un agent biologique du groupe 4. Il doit également formaliser le circuit de prise en charge concomitante des accompagnants adultes de l'enfant (s'ils sont infectés, suspects de l'être ou « cas contacts » de l'enfant) ;
- En fonction de leurs spécificités locales et de la gravité clinique de l'enfant et son(ses) accompagnant(s), les ESR nationaux doivent définir le lieu de l'accueil d'un enfant infecté par un agent biologique du groupe 4 : en réanimation pédiatrique, en MIT ou en réanimation adulte (service dans lequel une réanimation pédiatrique pourrait être effectuée). Dans l'idéal, l'hospitalisation des patients pédiatriques devrait se faire en secteur de pédiatrie (voire directement en réanimation pédiatrique) en raison des spécificités matérielles, techniques et de savoir / savoir-faire propres à l'enfant, ainsi que de la gravité potentielle ;
- La procédure d'évaluation des patients suspects est commune avec celle des ESR régionaux.
- La protection des personnels médicaux et paramédicaux repose pour l'évaluation des patients, sur les précautions standard + précautions complémentaires contact et air (appareil de protection respiratoire FFP2, surblouse à manches longues avec tablier plastique (ou casaque étanche), charlotte, simple paire de gants non stériles, lunettes si risque de projection). S'il s'agit d'une forme a priori excrétoire d'un agent biologique du groupe 4, les précautions sont : appareil de protection respiratoire FFP2 résistant aux projections, pyjama usage unique, protection imperméable ou étanche couvrante, charlotte, double paire de gants nitrile non stériles, port de lunettes largement couvrantes (Procédure COREB fièvre hémorragique virale ou FHV) ;
- Le(s) accompagnant(s) adulte(s) doivent également être évalués en raison de leur exposition à partir de l'enfant ou de leur co-exposition, par l'équipe pédiatrique ou infectiologie adulte ;
- Les hospitalisations en ESR national des enfants infectés par un agent du groupe 4 doivent se faire en chambre équipée pour cela. Il n'y a pas de spécificité pédiatrique de la technicité de ces chambres. Elles doivent cependant être équipées de matériel en rapport avec l'âge de l'enfant (taille de lit, dispositifs de soins et de surveillance...). Il s'agit de chambres seules ;

- L'enfant, s'il va bien, doit pouvoir interagir au mieux avec ses parents physiquement (présence au chevet) ou à distance (par des moyens vidéo, téléphoniques ou informatiques...);
- Le(s) parent(s) non infectés obéissent aux mêmes règles de protection (EPI) que les soignants, mais le caractère grave et très contagieux des agents du groupe 4 incite à limiter le nombre de personnes exposées et les durées d'exposition durant la phase de contagiosité maximale. Par conséquent, les modalités de visite/présence des parents (ou titulaires de l'autorité parentale) seront définies en fonction de l'agent infectieux suspecté/avéré, du statut infectieux des parents (suspects/contacts/indemnes) et de l'état clinique de l'enfant. Sauf cas particulier, la visite/présence du reste de l'entourage de l'enfant sera proscrite. Une sédation d'un enfant vigile peut parfois être nécessaire pour limiter l'angoisse et l'agitation d'un enfant en isolement strict;
- Le prélèvement à des fins diagnostiques suit le parcours des prélèvements REB;
- Les actes diagnostiques et thérapeutiques doivent être réduits au strict nécessaire durant la phase de contagiosité de l'enfant. Il ne faut cependant pas faire courir un risque vital à l'enfant par défaut d'acte;
- Les ESR nationaux formalisent une équipe médicale et paramédicale susceptible de se projeter sur un ES ou un ESR pour prendre en charge et rapatrier un enfant suspect d'infection par un agent du groupe 4;
- La gestion des déchets et matériels utilisés privilégiera le principe du matériel à usage unique et une élimination dans la filière DASRI. Tout le matériel médical (stéthoscope, manomètre, ...) reste dans la pièce d'isolement, est dédié à la prise en charge du patient et son (ses) accompagnant(s) et sera désinfecté (voire détruit selon l'agent) à la fin de cette prise en charge;

Orientation :

- Le patient est hospitalisé dans l'ESR national jusqu'à sa guérison;
- En cas de décès, la procédure de gestion du corps est identique à celle des adultes.

➔ Prise en charge dans un établissement de santé de référence régional (ESRR)

Public concerné :

- Enfants consultant spontanément avec une possibilité REB (et leur(s) accompagnant(s));
- Enfants accompagnant un adulte consultant spontanément avec un REB;
- Enfants adressés par un praticien libéral ou un établissement de santé, ou orientés en amont pour évaluation (et leurs accompagnants).

Procédure :

- Les ESR doivent formaliser une équipe de pilotage associant au moins un infectiologue (adulte ou pédiatrique), un pédiatre, un réanimateur pédiatre, un hygiéniste et un cadre administratif, susceptible d'évaluer le risque, de classer les cas suspects, d'examiner les enfants et son (leur) accompagnant(s), de mettre en place une organisation adaptée au contexte local pour recevoir en consultation et en hospitalisation un enfant REB (locaux, logistique, moyens humains médicaux et paramédicaux autorisés à travailler avec des agents infectieux de groupe 3 et 4...) et prendre en charge son (ses) accompagnant(s). Le volet de transport des patients pédiatriques et son (leurs) accompagnant(s) vers l'ESR doit être organisé avec le SAMU/SMUR. Cette équipe de pilotage organise également la formation locale et l'entraînement des agents susceptibles d'intervenir auprès des enfants;
- Dès l'identification du risque ou dès l'admission en cas de risque identifié, l'enfant et ses accompagnants sont isolés au sein de l'ESR dans une pièce dédiée;

- Selon la force du risque et la clinique connue du patient, la réception du patient peut se faire dans une pièce « ambulatoire » visant à l'évaluation, ou directement dans une pièce équipée pour une hospitalisation d'un patient REB ;
- En fonction de leurs spécificités locales et de la gravité clinique de l'enfant et son (ses) accompagnant(s), les ESR régionaux doivent définir le lieu de l'accueil : en pédiatrie (SAUP, service d'hospitalisation, ou réanimation pédiatrique), en SMIT ou réanimation adulte. Dans l'idéal, l'hospitalisation des patients pédiatriques doit se faire en pédiatrie en raison des spécificités matérielles et techniques. C'est particulièrement vrai en cas de détresse vitale et chez les enfants de moins de 12 ans. Une évaluation ambulatoire peut cependant être pratiquée en SMIT adulte. Cependant, les accompagnants adultes doivent également être évalués en raison de leur exposition à partir de l'enfant ou de leur co-exposition, par l'équipe pédiatrique ou d'infectiologie adulte ;
- Les hospitalisations en ESR des enfants infectés par un agent REB doivent se faire en chambre équipée pour un agent infectieux du groupe 3. Il n'y a pas de spécificité pédiatrique de la technique de ces chambres. Elles doivent cependant être équipées de matériel en rapport avec l'âge de l'enfant (taille de lit, dispositifs de soins et de surveillance...). Des chambres familiales peuvent permettre de prendre en charge en un lieu unique des formes peu sévères d'une infection touchant à la fois un parent et son enfant ;
- Dans la mesure du possible, l'enfant ne doit pas être séparé de ses parents ou accompagnants adultes s'ils sont en capacité de s'occuper de lui, et ce quelle que soit la phase de sa prise en charge. Lorsque l'enfant est infecté mais le(s) parent(s) indemne(s), un isolement de l'enfant sans ses parents peut être nécessaire, notamment lorsque l'agent infectieux est à haut risque (classe IV). Dans ces cas, la communication de l'enfant avec sa famille doit être possible à tout moment, que ce soit physiquement (brièvement, avec équipement de protection adapté), ou à distance par des moyens vidéo, téléphoniques ou informatiques ;
- La protection des personnels médicaux et paramédicaux repose pour l'évaluation des patients, sur les précautions standard + précautions complémentaires contact et air (masque FFP2, surblouse à manches longues avec tablier plastique (ou casaque imperméable), charlotte, simple paire de gants non stériles, lunettes couvrantes). S'il s'agit d'une forme a priori excrétoire d'un agent biologique du groupe 4, les précautions sont : masque FFP2 résistant aux projections, pyjama usage unique, protection imperméable ou étanche couvrante, charlotte, double paire de gants nitrile non stériles, port de lunettes largement couvrantes;
- L'enfant et ses accompagnants portent des masques chirurgicaux pendant toute la durée de la procédure d'évaluation, puis en cas d'hospitalisation, lors des interactions avec des tiers, s'ils sont infectés. Au-dessous de l'âge de 3 ans, le port d'un masque est à risque d'étouffement. Au cours de l'hospitalisation, les modalités de visite/présence des parents (titulaires de l'autorité parentale) seront définies en fonction de l'agent infectieux suspecté/avéré, du statut infectieux des parents (suspects/contacts/indemnes) et de l'état clinique de l'enfant. Sauf cas particulier, la visite/présence du reste de l'entourage de l'enfant sera proscrite. Les parents/tuteur non infectés obéissent aux mêmes règles de protection (EPI) que les soignants. En cas d'agent infectieux à haut risque (groupe 4), l'appropriation du port de l'EPI est difficile et le risque d'exposition important. Aussi, permettre la présence auprès de l'enfant des parents portant un EPI se discute au cas par cas, en fonction des familles ;
- En phase d'évaluation, le médecin interroge l'enfant et son (ses) accompagnant(s), et procède à un examen clinique plus complet ;
- S'il y a lieu, un prélèvement à des fins diagnostiques est réalisé, et suit le parcours des prélèvements REB ;

- Les actes diagnostiques et thérapeutiques doivent être réduits au strict nécessaire tant que la contagiosité de l'agent infectieux n'est pas connue. Il ne faut cependant pas faire courir un risque vital à l'enfant par défaut d'acte ;
- En cas d'agent infectieux de groupe 4, le médecin se met en contact avec un ESR national pour la poursuite de la prise en charge. En cas de transfert sur un ESR national, c'est l'équipe mobile de l'ESR national qui se déplace ;
- La gestion des déchets et matériels utilisés privilégiera le principe du matériel à usage unique et une élimination dans la filière DASRI. Tout le matériel médical (stéthoscope, manomètre, ...) reste dans la pièce d'isolement, est dédié à la prise en charge du patient et son (ses) accompagnant(s) et sera désinfecté (voire détruit selon l'agent) à la fin de cette prise en charge;

Orientation :

- Si le risque est exclu, l'enfant est pris en charge dans la filière normale de soins ;
- Si le risque est possible, l'enfant et son (ses) accompagnant(s) sont prélevés à des fins diagnostiques ;
- S'il s'agit d'un agent pathogène de groupe 4, l'enfant (et son/ses accompagnants s'ils sont également infectés, suspects et/ou cas contacts) doit être transféré dans un ESR national. Le transport est organisé avec l'ESR national avec une équipe et une logistique dédiées ;
- En cas de décès, la procédure de gestion du corps est identique à celle des adultes.

➔ **Prise en charge dans un établissement de santé de 1ère ligne**

Public concerné :

- Enfants consultant spontanément, atteint par un agent de type REB (et leurs accompagnants) ;
- Enfants accompagnant un adulte consultant spontanément, atteint par un agent de type REB;
- Enfants adressés par un praticien libéral pour évaluation (et leurs accompagnants) ;
- Enfants orientés en amont pour évaluation (et leurs accompagnants).

Procédure :

- Dès identification du risque, l'enfant et ses accompagnants sont reçus et isolés au sein de l'ES dans une pièce dédiée. L'enfant ne doit pas être séparé de ses parents ou accompagnants si ceux-ci sont en capacité de rester avec lui, et ce quelle que soit la phase de sa prise en charge;
- Des masques chirurgicaux sont distribués à l'enfant et à ses accompagnants. Ces masques seront portés pendant toute la durée de la procédure. Au-dessous de l'âge de 3 ans, le port d'un masque est à risque d'étouffement ;
- La protection des personnels médicaux et paramédicaux repose pour l'évaluation sur les précautions standard et des précautions complémentaires contact et air. S'il s'agit d'une forme excrétoire d'un agent biologique du groupe 4, les précautions sont : appareil de protection respiratoire FFP2 résistant aux projections, pyjama à usage unique, protection imperméable ou étanche couvrante, charlotte, double paire de gants nitrile non stériles, port de lunettes largement couvrantes. Limitation au strict minimum de toute introduction dans la pièce d'objets ou matériels susceptibles d'être contaminés.
- Le médecin interroge l'enfant et ses accompagnants, et procède à leur examen afin de mettre en évidence les signes de gravité;
- **Aucun prélèvement n'est réalisé, sauf avis contraire de l'ESR régional référent ;**
- Les actes thérapeutiques non invasifs et ne comportant pas de risque d'aérosolisation peuvent être effectués;
- Les actes thérapeutiques comportant un risque d'aérosolisation sont limités à l'urgence vitale;

- Le médecin contacte le référent REB de l'ES ou l'ESR pour le classement du cas et l'organisation du transfert éventuel via la conférence de coordination REB;
- La gestion des déchets privilégiera le principe du matériel à usage unique et une élimination dans la filière DASRI. Tout le matériel médical (stéthoscope, manomètre, ...) reste dans la pièce d'isolement, est dédié à la prise en charge du patient et sera désinfecté (voire détruit);

Orientation :

- Si le risque est exclu, l'enfant est pris en charge dans la filière normale de soins de l'ES ;
- Si le risque est possible, l'enfant et ses accompagnants sont orientés vers l'ESR régional. L'ESR est prévenu de l'arrivée de l'enfant, et le parcours est expliqué aux familles afin que l'enfant soit reçu directement dans les locaux dévolus et que les contacts non nécessaires soient évités ;
- Dans la mesure où les parents de l'enfant sont possibles cas contacts de l'enfant, il faut envisager une réception commune de l'enfant et des adultes dans les locaux identifiés au sein de l'ES ou de l'ESR, en pédiatrie ou en infectiologie adulte. Leur évaluation se fera conjointement par un médecin infectiologue et un pédiatre référent REB ;
- Le transport peut se faire par le véhicule particulier de la famille s'il n'y a pas de facteur de gravité. En l'absence de véhicule particulier, le praticien prend contact avec le SAMU pour discuter du moyen de transport le plus approprié en fonction du pathogène suspecté et de la gravité clinique. Les transports en commun sont interdits ;
- Durant le transport l'enfant et ses accompagnants gardent un masque s'ils ne peuvent pas être isolés ;
- En cas de décès, la procédure de gestion du corps est identique à celle des adultes.

➔ Prise en charge chez un praticien de ville

Public concerné :

- Enfants consultant spontanément un praticien libéral avec un agent pathogène de type REB identifié (ou accompagnant un adulte consultant un praticien libéral avec un agent pathogène de type REB identifié) ;
- Les enfants identifiés comme à risque en amont de la consultation physique (ex : à la suite d'un appel téléphonique, d'une téléconsultation) doivent être orientés sur un établissement de santé (ES) de 1ère ligne, ou un établissement de santé de référence (ESR).

Procédure :

- Dès l'identification du risque, l'enfant et ses accompagnants sont isolés dans une pièce à part ;
- Des masques chirurgicaux adaptés sont distribués à l'enfant et ses accompagnants (sauf en cas de détresse respiratoire incompatible avec le port d'un masque). Ils devront être portés pendant toute la durée de la procédure. Au-dessous de l'âge de 3 ans, le port d'un masque est à risque d'étouffement ;
- En plus de l'application des précautions standard d'hygiène, le médecin s'équipe au minimum d'un appareil de protection respiratoire FFP2 et de gants chirurgicaux, accompagnés d'une surblouse à manches longues, d'un tablier plastique et de lunettes de protection. Il limite au strict minimum toute introduction dans la pièce d'objets ou matériels susceptibles d'être contaminés ;
- Le médecin interroge l'enfant et ses accompagnants, et procède à un examen succinct visant à mettre en évidence les signes de gravité;
- Le médecin contacte le référent REB de l'ES ou l'ESR pour le classement du cas et l'organisation du transfert éventuel via la conférence de coordination REB;

- Les actes thérapeutiques non invasifs et ne comportant pas de risque d'aérosolisation peuvent être effectués;
- Les actes thérapeutiques invasifs comportant un risque d'aérosolisation sont limités à l'urgence vitale ;
- **Aucun prélèvement n'est réalisé ;**
- La gestion des déchets privilégiera le principe du matériel à usage unique et une élimination dans la filière DASRI. Tout le matériel médical (stéthoscope, manomètre, ...) reste dans la pièce d'isolement, est dédié à la prise en charge du patient et sera désinfecté (voire détruit);

Orientation :

- L'enfant et ses accompagnants sont orientés vers l'ES de proximité, ou vers l'ESRR. L'ES ou l'ESR sont prévenus de l'arrivée de l'enfant et ses accompagnants, et le parcours est expliqué aux familles afin que l'enfant soit reçu directement dans les locaux dévolus ;
- Dans la mesure où les parents de l'enfant sont possiblement cas contacts de l'enfant, il faut envisager une réception commune de l'enfant et des adultes dans les locaux identifiés au sein de l'ES ou de l'ESR, en pédiatrie ou en infectiologie adulte ;
- Le transport peut se faire par le véhicule particulier de la famille s'il n'y a pas de facteur de gravité. En l'absence de véhicule particulier, le praticien prend contact avec le SAMU pour discuter du moyen de transport le plus approprié en fonction du pathogène suspecté et de la gravité clinique. Les transports en commun sont interdits ;
- Durant le transport l'enfant et ses accompagnants gardent un masque s'ils ne peuvent pas être isolés.

ANNEXE 5 : COORDONNEES SAMU

ANNEXE EN DIFFUSION RESTREINTE

ANNEXE 6 : REFERENTIEL TECHNIQUE COREB

Ce référentiel est destiné à accompagner les établissements de santé et les ARS dans la préparation de la réponse au risque épidémique et biologique (REB), dans le cadre du nouveau dispositif ORSAN REB.

Le référentiel précise, aux différentes étapes du parcours patient, le minimum requis selon le type d'établissement : "réponse minimale", "1ère ligne", établissements référents pour le REB au niveau régional (ESRR), établissements ayant des missions de référence nationale pour le REB (ESRN).

Chaque établissement doit remplir tous les items des établissements des niveaux précédents, et les ESRN doivent remplir l'ensemble des critères. Validé en novembre 2021, il s'appuie sur les expertises scientifiques et de terrain : des infectiologues, spécialistes du contrôle des infections / hygiénistes, urgentistes / SAMU, réanimateurs adultes et pédiatriques, pédiatres, biologistes, pharmaciens, cadres de santé... cliniciens, directeurs, référents SSE.

Critère	Niveau de réponse	Service concerné
CHAPITRE 1 - CIRCUIT DU PATIENT		
1A - RH et formation		
Des actions de sensibilisation aux gestes d'hygiène et mesures barrières sont proposées à l'ensemble des personnels de l'établissement, cf indicateurs nationaux de politique de lutte contre les infections associées aux soins	A - Tout ES (réponse minimale)	Tous
Des actions de formation aux gestes d'hygiène et mesures barrières sont proposées à l'ensemble des personnels de l'établissement susceptibles d'être en contact avec le patient (urgences, réanimation, services de médecine...) ou les flux techniques REB (DASRI...)	A - Tout ES (réponse minimale)	Tous
Des exercices de formation et de simulation sont réalisés dans les unités d'isolement à la prise en charge d'un patient et sont intégrés dans l'activité ; ils incluent la marche en avant des personnels, des matériels et des déchets	C- ESRR (régional)	Tous
1B - Moyens, équipements, locaux		
1B-1 - Circuit ambulatoire		
Il est possible à tout moment d'activer au SAU (adulte ou pédiatrique) un circuit permettant d'accueillir et prendre en charge un patient suspect d'infection de type REB, dans l'attente du classement du cas, avec possibilité de séparer les flux des patients suspects d'infection REB de ceux des autres patients	A - Tout ES (réponse minimale)	SAU

Un secteur de consultation est identifié pour permettre d'accueillir au quotidien en ambulatoire un patient suspect REB et le SAU est informé de ce circuit	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAU
Le secteur de consultation du SMIT permet d'activer une sous-unité indépendante, ou pouvant être rendue indépendante, des autres parties de ce secteur pour l'accueil et le suivi des patients REB ambulatoires en toute sécurité (box individuels, circuit, personnel formé)	C- ESRR (régional)	SMIT
1B-2 - Unité de haut isolement (UHI) ou d'isolement spécifique (UIS), et zone complémentaire de confinement (Zcc)		
L'ESR dispose d'une unité d'isolement spécifique (UIS) dans le service de maladies infectieuses, en capacité d'accueillir des patients adultes et pédiatriques. Si possible, une UIS pédiatrique spécifique est installée dans la réanimation pédiatrique	C- ESRR (régional)	SMIT
L'ESR, y compris s'il est pédiatrique, dispose d'une unité de haut isolement (UHI), complétée d'une unité d'isolement spécifique (UIS). La configuration, les équipements et le fonctionnement de l'UHI sont ceux de l'UIS, auxquels s'ajoutent des spécificités supplémentaires définies dans le présent référentiel	D- ESRN (national)	SMIT
L'ESR peut, le cas échéant, organiser une zone de confinement complémentaire (Zcc) répondant aux caractéristiques de l'UIS et disposant d'un plan d'entretien spécifique	D- ESRN (national)	SMIT
Une ou plusieurs chambres de type UHI ou UIS sont disponibles en réanimation et/ou en pédiatrie avec un plan d'entretien spécifique, ou bien la prise en charge médicale réanimatoire et/ou pédiatrique peut se faire dans l'UHI ou dans l'UIS du SMIT	D- ESRN (national)	Réanimation, Pédiatrie
1B-3 - Configuration commune à l'UIS et l'UHI	C- ESRR (régional)	
L'UIS est localisée dans un secteur dédié, ou peut être rendue autonome (poste de soins, accès, centrale de traitement d'air) des autres unités d'hospitalisation, en cas d'activation	C- ESRR (régional)	UIS
Il existe une entrée et un circuit spécifiques dédiés REB depuis le sas ambulance jusqu'à l'UHI et/ou l'UIS, circuit pouvant être rendu possible en changeant par exemple la destination d'un monte-charge ou monte-malades	C- ESRR (régional)	UIS
Une signalétique pour l'accès à l'UHI et à l'UIS est disponible	C- ESRR (régional)	UIS
Chaque chambre de l'UIS possède un sas	C- ESRR (régional)	UIS
Si l'UIS possède un sas commun à plusieurs chambres, d'entrée et/ou de sortie, la taille et la géométrie permettent de respecter la marche en avant, le déshabillage sécurisé des personnels et la gestion sécurisée des déchets	C- ESRR (régional)	UIS

L'accès aux chambres de l'UIS se fait par des portes coulissantes automatiques (à prévoir impérativement dans les nouveaux locaux, étudier la faisabilité dans les locaux existants)	C- ESRR (régional)	UIS
L'UIS est en dépression par rapport à l'extérieur, elle dispose d'une centrale de traitement d'air (CTA) spécifique	C- ESRR (régional)	UIS
La chambre du patient est en dépression d'au moins 10 à 15 Pa par rapport au reste de l'UIS	C- ESRR (régional)	UIS
Il existe une cascade de pression par paliers de 5 à 10 Pa entre la chambre, le sas, l'UIS, et l'extérieur ou un sas en pression positive	C- ESRR (régional)	UIS
L'UIS possède une salle de soins dédiée	C- ESRR (régional)	UIS
Dans l'UIS, il existe des lieux de stockage sécurisés pour les matériels, médicaments et traitements nécessaires pour un patient REB	C- ESRR (régional)	UIS
L'UIS dispose de surfaces vitrées, complétées éventuellement d'un système vidéo, permettant la surveillance à distance des patients	C- ESRR (régional)	UIS
L'UIS dispose d'un dispositif d'échange avec l'extérieur permettant de maintenir la communication avec les proches (d'autant plus important en pédiatrie)	C- ESRR (régional)	UIS
Il existe au moins une chambre de superficie suffisante pour accueillir un patient de réanimation (> 22m ² , hors sanitaire, avec 1m ² 0 de circulation autour du lit), disposant des alimentations nécessaires pour les dispositifs médicaux (prises électriques...)	C- ESRR (régional)	UIS
En cas d'agent infectieux de groupe 4 impliqué, les locaux permettent un traitement / inactivation des effluents (issus du patient et/ou du bionettoyage) de type cuve de neutralisation avec dispositif de sécurité anti-débordement, avant qu'ils ne rejoignent les voies d'évacuation communes de l'ESR. Il peut être proposé dans les nouvelles structures de disposer de 2 blocs sanitaires : 1 en fonctionnement normal avec évacuation dans le réseau sans traitement, l'autre serait ouvert en cas de nécessité, son évacuation allant dans une cuve de traitement spécifique	C- ESRR (régional)	UIS
1B-4 - Configuration spécifique supplémentaire pour l'UHI	D- ESRN (national)	
L'UHI est localisée dans un secteur dédié spécifique, pouvant être rendu indépendant des autres chambres de MIT	D- ESRN (national)	UHI
L'ascenseur du circuit dédié ou identifié REB de l'UHI est doublé en cas de panne, ou bien un circuit alternatif est identifié	D- ESRN (national)	UHI

Les locaux techniques de l'UHI sont accessibles sans entrer dans l'UHI	D- ESRN (national)	UHI
Il existe une chambre de garde pour le personnel travaillant dans l'UHI	D- ESRN (national)	UHI
Chaque chambre de l'UHI possède un sas d'entrée et un sas de sortie permettant la marche en avant, la gestion des déchets et le déshabillage sécurisés	D- ESRN (national)	UHI
Il existe un dispositif d'entrée et de sortie communs à l'ensemble de la structure de l'UHI	D- ESRN (national)	UHI
Il existe une zone de quarantaine sécurisée, identifiée dans l'UHI ou à proximité, pour le matériel réutilisable ayant été exposé, dans l'attente d'un traitement spécifique	D- ESRN (national)	UHI
Il existe au moins une chambre de superficie suffisante, disposant des accès fluides (vide, air et oxygène) et permettant la surveillance scopée nécessaire pour accueillir un patient de réanimation (> 22m ² , hors sanitaire, avec 1m ² 0 de circulation autour du lit), disposant des alimentations nécessaires pour les dispositifs médicaux (prises électriques...)	D- ESRN (national)	UHI
La superficie du sas de sortie est >15m ²	D- ESRN (national)	UHI
Un marquage au sol adapté à la configuration des locaux permet de délimiter les zones contaminées et propres dans le sas de sortie	D- ESRN (national)	UHI
Un dispositif de décontamination pour les soignants est disponible dans l'UHI	D- ESRN (national)	UHI
1B-5 - Equipement commun à l'UIS et l'UHI	C- ESRR (régional)	
La (les) CTA est (sont) spécifique(s) à l'ensemble de la zone de l'UIS et est (sont) sécurisée(s)	C- ESRR (régional)	UIS
L'ESR dispose des pièces de rechange des CTA (moteurs, courroies, turbine, vannes, etc.)	C- ESRR (régional)	UIS
Il existe une jauge visuelle de niveau de pression à l'entrée de chaque secteur, utilisant des manomètres type Magnehelic® à aiguille et non avec du liquide (souvent vide)	C- ESRR (régional)	UIS
L'air rejeté est traité par un filtre absolu (HEPA)	C- ESRR (régional)	UIS

De la biologie délocalisée peut s'envisager dans l'UIS selon les conditions définies par la partie biologie du présent référentiel	C- ESRR (régional)	UIS
Il existe une installation permettant de mesurer les paramètres vitaux simultanément dans la chambre et dans le poste de soins (scope et retour de scope) avec paramétrage possible à distance	C- ESRR (régional)	UIS
Une connexion internet est disponible dans la chambre	C- ESRR (régional)	UIS
1B-6 - Equipement spécifique supplémentaire en UHI	D- ESRN (national)	
Il existe un protocole anti intrusion de l'UHI et/ ou de chacune de ses chambres dont la compatibilité avec la sécurité incendie doit être évaluée (dispositif type Aligator)	D- ESRN (national)	UHI
La réalisation d'examens spécialisés d'ophtalmologie est possible dans l'UHI	D- ESRN (national)	UHI
Il existe un asservissement contrôlant l'ouverture de toutes les portes afférentes à la chambre, à l'intérieur de l'UHI	D- ESRN (national)	UHI
Il existe une CTA pour les locaux communs et des CTA spécifiques par zone hors UHI, le soufflage peut être commun à quelques chambres mais il existe une CTA air extrait par chambre	D- ESRN (national)	UHI
Ces CTA sont sécurisées	D- ESRN (national)	UHI
De la biologie délocalisée peut s'envisager dans l'UHI et / ou dans l'UIS selon les conditions définies par la partie biologie du présent référentiels	D- ESRN (national)	UHI
Un système de communication est disponible et fonctionnel entre les différents lieux de l'UHI et avec l'extérieur de l'UHI (téléphone, interphone, outils mains libres)	D- ESRN (national)	UHI
A l'entrée et à l'intérieur de l'UHI, l'ouverture des portes situées sur le circuit du patient et des flux logistiques est automatisée	D- ESRN (national)	UHI
Il existe un système de supervision permettant de surveiller l'habillage et le déshabillage des soignants (vidéo, vitres)	D- ESRN (national)	UHI
Il existe un système de supervision permettant de surveiller le patient et le déroulement de ses soins (vidéos, vitres)	D- ESRN (national)	UHI
Il existe des miroirs permettant de se visualiser "corps entiers" dans les sas pour faciliter l'habillage et le déshabillage	D- ESRN (national)	UHI
1C - Procédures et tests		

Il existe une procédure validée (service de soins, EOH, logistique) de circuit des DASRI spécifiques au circuit REB, respectant la marche en avant	A - Tout ES (réponse minimale)	EOH
Le recensement des capacités de prise en charge REB de l'établissement inclut : nombre de lits adultes et pédiatriques en UHI, UIS, réanimation (dont ECMO), éventuellement Zcc	C- ESRR (régional)	Tous
Un fléchage spécifique est prévu dans l'ESR pour permettre l'orientation des patients REB et la circulation des patients non REB en cas d'alerte	C- ESRR (régional)	Direction
1C-1 - Fonctionnement commun à l'UIS et l'UHI	C- ESRR (régional)	
Hors activation, l'UHI et l'UIS sont utilisées au quotidien pour accueillir des patients, les conditions de ventilation pouvant être modifiées selon la configuration	C- ESRR (régional)	UIS
En cas d'activation, le temps nécessaire pour libérer au moins une chambre de l'UHI et l'UIS et la mettre en configuration REB est inférieur à 2 heures	C- ESRR (régional)	UIS
L'accès sécurisé à l'UIS et/ou l'UHI des flux humains et techniques est contrôlé (maintenance annuelle du dispositif et activation en cas d'alerte)	C- ESRR (régional)	UIS
Les plans de l'UHI et de l'UIS indiquant les différents locaux désignés pour le fonctionnement en situation REB sont mis à jour et accessibles en permanence pour le SMIT	C- ESRR (régional)	UIS
Les plans de l'UHI et de l'UIS comportent le repérage des zones asservies ou contrôlées et permettent de visualiser les différents circuits	C- ESRR (régional)	UIS
Les niveaux de pression sont vérifiés et tracés par les services techniques de l'hôpital selon une fréquence définie avec le constructeur. Il sont disponibles, avec des systèmes d'alertes, à l'admission d'un patient puis en continu, pour les personnels de l'unité	C- ESRR (régional)	UIS
La maintenance technique de l'UHI et/ou l'UIS (air, effluents, locaux) est suivie 24h/24, 7j/7, et tracée par des compte-rendus de maintenance	C- ESRR (régional)	UIS
Les CTA disposent d'un protocole de maintenance et de suivi	C- ESRR (régional)	UIS
Des étapes détaillées sont définies pour l'acheminement des déchets de la chambre, leur inactivation, vers les réceptacles, les locaux de stockage, jusqu'à l'enlèvement pour l'incinération ou l'autoclavage	C- ESRR (régional)	UIS
Les modalités d'élimination des déchets sont organisées par agent infectieux (en référence à la réglementation)	C- ESRR (régional)	UIS

Les effluents liés au bio-nettoyage sont pris en charge selon l'agent infectieux : inactivation / décontamination, de la même façon que ceux liés au patient	C- ESRR (régional)	UIS
Il existe une procédure d'entretien de la chambre et du sas du patient REB avec fréquence déterminée et tracée	C- ESRR (régional)	UIS
Il existe une procédure validée (service de soins, EOH) comprenant les différentes étapes de bio- nettoyage, incluant le circuit d'arrivée du patient	C- ESRR (régional)	EOH
Il existe une procédure validée de bio-nettoyage terminale (service de soins, EOH) à la sortie du patient	C- ESRR (régional)	EOH
Les critères de réouverture de la chambre après la sortie du patient sont définis	C- ESRR (régional)	EOH
En cas d'agent infectieux de groupe 4, il existe une procédure pour que les déchets soient systématiquement inactivés ou autoclavés avant circuit d'élimination des déchets spécifiques REB	C- ESRR (régional)	EOH
En cas d'agent infectieux de groupe 4, il existe une procédure d'élimination validée du matériel volumineux (dont matelas) par un prestataire chargé de l'incinération	C- ESRR (régional)	EOH
1C-2 - Spécificités supplémentaires pour le fonctionnement en UHI	D- ESRN (national)	
Les fluides médicaux (air, oxygène) sont disponibles et doublés dans la chambre et le circuit du vide est spécifique et sécurisé	D- ESRN (national)	UHI
CHAPITRE 2 - PRISE EN CHARGE CLINIQUE		
2A - RH et formation		
2A-1 - Référents et personnels formés au REB		
Un ou des professionnels sont identifiés comme référent (s) au REB dans l'établissement, elle (s) centralise (nt) et diffuse (nt) les alertes aux personnels concernés	A - Tout ES (réponse minimale)	Direction
Un annuaire des acteurs REB (personnels formés et personnels décisionnaires) de l'ES est disponible et actualisé annuellement	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Direction
Un / des infectiologue (s) est /sont identifié(s) comme référent sur le REB	C- ESRR (régional)	SMIT
Un / des pédiatre (s) est /sont identifié(s) comme référent sur le REB	C- ESRR (régional)	Pédiatrie

Un / des réanimateur (s) est /sont identifié(s) comme référent sur le REB	C- ESRR (régional)	Réanimation
Un / des hygiéniste(s) / spécialiste(s) de prévention et contrôle des infections est /sont identifié(s) comme référent sur le REB	C- ESRR (régional)	EOH
Un / des microbiologiste (s) est /sont identifié(s) comme référent sur le REB	C- ESRR (régional)	Microbiologie
Un / des pharmacien (s) est /sont identifié(s) comme référent sur le REB	C- ESRR (régional)	Pharmacien
Un / des cadre de santé (s) est /sont identifié(s) comme référent sur le REB	C- ESRR (régional)	Cadre de santé
Les expériences et expertises REB sont partagées régulièrement entre les référents (cliniciens, spécialiste prévention et contrôle des infections , biologistes, pharmaciens, cadres) et leurs équipes	C- ESRR (régional)	Tous
Selon le niveau d'alerte nationale, il est possible de joindre les référents REB de chacune des fonctions dans un délai de 30 mn (mise en place d'une astreinte téléphonique)	C- ESRR (régional)	Tous
Un temps référent REB (chiffrable en ETP) est dédié à la préparation REB de l'ESR, et à l'animation du réseau autour de l'ESR	C- ESRR (régional)	SMIT
Une montée en puissance des équipes prenant en charge les patients REB est prévue en fonction du type et de la réponse à une situation de crise	C- ESRR (régional)	SMIT
L'aptitude à l'emploi et la mise à jour des vaccinations des personnels pouvant prendre en charge les patients REB sont vérifiées par la médecine du travail	C- ESRR (régional)	Médecine du travail
Les référents REB (clinicien et/ou infectiologue, hygiéniste, microbiologiste, cadre, pharmacien, pédiatre, réanimateur pédiatre) sont inscrits dans la liste des membres de la cellule de crise de l'ES en cas d'alerte REB. Ils apportent leur expertise technique et scientifique afin de guider les décisions de la direction de l'ES	C- ESRR (régional)	Direction
Des superviseurs médicaux et/ou paramédicaux REB sont identifiés dans l'établissement, la liste est mise à jour annuellement (missions décrites dans le chapitre Transports-RH)	C- ESRR (régional)	Direction
Le cadre et le clinicien référents REB ont pour missions de coordonner et organiser la prise en charge en amont de l'admission du patient, en lien avec l'hygiéniste et le biologiste	C- ESRR (régional)	SMIT
Le délai de mise en action de l'équipe médicale et para-médicale en cas d'alerte REB pour un agent de groupe 4 est inférieur à 2 heures, il a été testé	C- ESRR (régional)	SMIT

Un accompagnement psychologique pour le patient et le personnel par une équipe locale est possible	C- ESRR (régional)	Psychiatrie
Une expertise locale en soins palliatifs peut être mobilisée	C- ESRR (régional)	Soins palliatifs
Il existe une liste actualisée annuellement des personnels soignants formés et entraînés en nombre suffisant pour assurer, en binôme, 72 heures de prise en charge pour un patient cas possible d'infection REB	C- ESRR (régional)	SMIT
Dans les services accueillant des patients REB, les personnels soignants formés et entraînés sont en nombre suffisant pour assurer 72 heures de prise en charge pour un patient cas possible d'une infection par un agent de groupe 4	C- ESRR (régional)	SMIT
Dans les services accueillant des patients REB groupe 4, les personnels soignants formés et entraînés sont en nombre suffisant pour assurer 7 à 10 jours de prise en charge pour un patient cas confirmé (délai pour accueillir des renforts d'équipes formées)	D- ESRN (national)	SMIT
2A-2 - Formation des personnels	C- ESRR (régional)	
Les personnels sont sensibilisés au respect de la déontologie médicale (bienveillance, strict respect du secret professionnel) lors de la prise en charge de patients REB	C- ESRR (régional)	Tous
Les référents REB participent à une formation nationale une fois par an	C- ESRR (régional)	Référents REB
Une équipe de formateurs REB dédiée est constituée, pouvant comprendre les référents superviseurs REB. Ils participent à une formation ou à exercice une fois par an au sein de leur établissement	C- ESRR (régional)	Référents REB
Les messages clés de la formation sont homogénéisés entre les responsables CESU et les référents REB, a minima au niveau de la région	C- ESRR (régional)	Référents REB
Le contenu de la formation initiale comprend un atelier habillage / déshabillage, gestes et soins en EPI, gestion des prélèvements, gestion des déchets, et conduite à tenir en cas d'incident (malaise, exposition au sang ou aux liquides biologiques)	C- ESRR (régional)	Tous
Le contenu de la formation continue comprend au minimum un atelier habillage / déshabillage et conduite à tenir en cas d'incident (malaise, exposition au sang ou aux liquides biologiques)	C- ESRR (régional)	Tous
Le personnel des services les plus exposés : urgences, réanimation, SMIT, pédiatrie, radiologie, biologie - doit bénéficier au moins annuellement d'une séance de formation continue ou d'un exercice de validation des compétences dans le domaine du REB	C- ESRR (régional)	Tous

L'évaluation individuelle est assurée par l'équipe de formateurs REB, elle permet la mise à jour et le suivi d'un tableau des personnels médicaux et paramédicaux de l'ESR formés à la prise en charge du patient REB	C- ESRR (régional)	Référents REB
Le tableau des personnels formés est à disposition du cadre référent REB, des cadres des services de première ligne, et de la direction de l'établissement	C- ESRR (régional)	Référents REB
2B - Moyens et équipements		
2B-1 - Hygiène et protection		
La direction assure aux personnels l'accès aux équipements de protections individuels (EPI) adaptés face à un agent infectieux	A - Tout ES (réponse minimale)	Direction
La direction assure aux personnels l'accès aux moyens de protection adaptés aux agents de groupe 4	C- ESRR (régional)	Direction
La direction assure aux personnels concernés l'accès à la vaccination vis-à-vis des agents de groupe 4	D- ESRN (national)	Direction
Le circuit d'approvisionnement d'un cercueil hermétique avec épurateur à gaz est connu avec un délai d'obtention inférieur à 24h	D- ESRN (national)	Direction
Dans un ESR d'outre-mer, le circuit d'approvisionnement d'un cercueil hermétique avec épurateur à gaz est connu avec un délai d'obtention inférieur à 24h	C- ESRR (régional)	Direction
Dans un ESR d'outre-mer, les modalités de scellement du cercueil hermétique sont prévues par une procédure, actualisée au minimum tous les 5 ans et en cas de modification des recommandations	C- ESRR (régional)	Direction
Les modalités de scellement du cercueil hermétique sont prévues par une procédure, actualisée au minimum tous les 5 ans et en cas de modification des recommandations	D- ESRN (national)	Direction
2B-2 - Thérapeutique		
Le délai d'activation des locaux spécifiques REB est testé, il est inférieur à 2h	C- ESRR (régional)	SMIT
Des capacités de monitoring du patient utilisant des outils de surveillance à distance (vidéo, interphones...) sont disponibles	C- ESRR (régional)	UIS
La disponibilité des moyens et thérapeutiques de réanimation dans l'UHI et/ou l'UIS est vérifiée et tracée tous les mois	C- ESRR (régional)	UIS

Il existe au niveau de l'UIS et/ou l'UHI un chariot d'urgence avec matériel à usage unique dédié aux malades REB, adapté à l'âge du malade, il est vérifié (avec traçabilité) tous les mois. Pour la partie pédiatrique, le chariot est formalisé par l'équipe de pilotage pédiatrique sous la responsabilité d'une équipe pédiatrique (du SAU pédiatrique par exemple) ou adulte (SMIT)	C- ESRR (régional)	UIS
Le circuit d'approvisionnement en anti infectieux spécifiques du REB, autres que les antibiotiques, est anticipé, avec un délai d'approvisionnement connu et le plus court possible	C- ESRR (régional)	UIS
Le circuit d'approvisionnement des médicaments prophylactiques est connu des services concernés (pharmacie, SAU, SAMU, SMIT, réanimation, pédiatrie, médecine du travail, direction)	C- ESRR (régional)	Référents REB
En cas d'exposition à risque auprès d'un cas possible d'infection à un agent de groupe 4, les prophylaxies médicamenteuses et vaccinales sont disponibles en pharmacie ou, de façon anticipée, leur délai d'approvisionnement est connu et le plus court possible	C- ESRR (régional)	Référents REB
Il existe une procédure de montée en puissance graduée - locaux, matériels, circuits, RH - en vue de la reconstitution à la pharmacie de l'établissement de médicaments en développement, tels que anticorps monoclonaux, après validation par les autorités de santé. Elle est actualisée au minimum tous les 5 ans, et en cas de modification des recommandations	D- ESRN (national)	Pharmacie
2B-3 - Examens complémentaires		
Les moyens d'imagerie pour radiographie thoracique peuvent être dédiés en moins de 2h en cas d'hospitalisation d'un patient suspect d'infection à agent de groupe 4 dans l'UHI et/ou l'UIS	C- ESRR (régional)	Radiologie
Un appareil d'échographie mobile à visée de diagnostic et de guidage /repérage peut être dédié en moins de 2h en cas d'hospitalisation d'un patient suspect d'infection à agent de groupe 4 dans l'UHI et/ou l'UIS	C- ESRR (régional)	Radiologie
Les moyens de réaliser une fibroscopie avec un endoscope à usage unique, adapté à l'âge du patient, sont à disposition en cas d'hospitalisation d'un patient REB dans l'UHI	D- ESRN (national)	Gastro-entérologie
Les examens de radiologie plus complexes (tomodensitométrie) peuvent s'envisager selon une procédure spécifique testée avec les différents services concernés (transport, radiologie, service clinique...)	D- ESRN (national)	Radiologie
Il existe un autoclave accessible pour chaque chambre de l'UHI, à défaut il existe du matériel identifié et dédié pour la gestion des déchets, accessible uniquement aux soignants (sécurité patients)	D- ESRN (national)	UHI
2C - Procédures et tests		
2C-1 - Hygiène et protection		

Il existe une procédure décrivant les indications, les étapes d'habillage et de déshabillage selon les modes de transmission sur la base de référentiels nationaux disponibles et validés - précautions génériques REB renforcées. Elle est actualisée au minimum tous les 5 ans, et en cas de modification des recommandations	A - Tout ES (réponse minimale)	EOH
Il existe une procédure de prise en charge en cas d'exposition aux liquides biologiques d'un patient REB (événement tracé) validée en lien avec la médecine du travail. Elle est actualisée au minimum tous les 5 ans, et en cas de modifications des recommandations	A - Tout ES (réponse minimale)	Médecine du travail
Il existe des procédures décrivant les indications, les étapes d'habillage et de déshabillage selon les modes de transmission, sur la base de référentiels nationaux disponibles et validés. Elles sont actualisées au minimum tous les 5 ans, et en cas de modification des recommandations	C- ESRR (régional)	EOH
Il existe une procédure de décontamination / quarantaine des équipements utilisés pour la réalisation des examens complémentaires. Elle est actualisée au minimum tous les 5 ans, et en cas de modification des recommandations	C- ESRR (régional)	EOH
Les procédures d'hygiène et de protection, et d'AES, rédigées et actualisées par les ESR, sont diffusées auprès des autres établissements, dans le réseau de l'ESR	C- ESRR (régional)	Référents REB
Il est prévu une traçabilité des personnels en contact avec le patient suspect ou confirmé groupe 4, son environnement ou ses prélèvements : la liste est établie par le cadre du service d'accueil et transmise au médecin du travail en lien avec l'EOH	C- ESRR (régional)	EOH
Il est prévu, en cas d'intervention dans la chambre de patient REB infecté par un agent de groupe 4, de tracer par écrit l'heure d'habillage, le type d'EPI, le poste occupé, l'heure de sortie et de déshabillage des professionnels	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe des modalités de suivi des personnels hospitaliers exposés aux liquides biologiques d'un patient infecté par un agent REB de groupe 4 sous la responsabilité conjointe du cadre du service d'accueil, du médecin du travail et de l'EOH	C- ESRR (régional)	EOH
2C-2 - Prise en charge du patient		
L'infectiologue REB de l'ESR assure une veille concernant les agents REB qu'il partage avec les services de 1ère ligne de son établissement, et les ES de sa région	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe des procédures pour l'accueil du patient REB adulte non réanimatoire transféré par SAMU	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe des procédures pour l'accueil du patient REB adulte réanimatoire transféré par SAMU	C- ESRR (régional)	Réanimation

Il existe des procédures pour l'accueil du patient REB enfant non réanimatoire transféré par SAMU	C- ESRR (régional)	Pédiatrie
La procédure d'accueil du patient REB enfant non réanimatoire prévoit son accueil au sein de l'UHI et/ou l'UIS du SMIT par le personnel du SMIT, avec appui pédiatrique (personnels médicaux et non médicaux formés au REB)	C- ESRR (régional)	UIS
Il existe des procédures pour l'accueil du patient REB enfant réanimatoire transféré par SAMU	C- ESRR (régional)	Réanimation pédiatrique
La procédure d'accueil du patient REB enfant réanimatoire prévoit sa prise en charge en réanimation adulte (avec déplacement des professionnels) ou pédiatrique selon la capacité de l'unité à assurer un isolement adapté à l'agent infectieux suspecté, y compris de groupe 4	C- ESRR (régional)	Réanimation
Il existe des procédures pour l'accueil de la patiente REB parturiente transférée par SAMU	C- ESRR (régional)	Gynécologie-Obstétrique
Les procédures d'accueil du patient REB transféré par SAMU sont à destination des personnels médicaux et paramédicaux. Elles sont écrites par les services concernés en cohérence avec les référentiels nationaux, et actualisées au minimum tous les 5 ans et en cas de modifications des recommandations	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe une procédure visant à informer sans délai, en cas d'hospitalisation d'un patient REB, l'infectiologue référent REB, l'équipe de réanimation et les services supports (EOH, biologie, PUI) et, pour les patients pédiatriques, l'équipe pédiatrique REB	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe une procédure de prise en charge des patients REB cas possibles ou confirmés d'infection par agent de groupe 4 imposant la prise en charge par une équipe dédiée	C- ESRR (régional)	SMIT
La procédure de prise en charge des patients REB impose une séniorisation systématique, les internes et externes n'y sont pas inclus en première intention	C- ESRR (régional)	SMIT
Il est prévu que, dans un délai maximum de 24h après le début de la prise en charge d'un patient REB suspect d'infection par un agent de groupe 4, le cadre référent, en lien avec le superviseur REB, vérifie la mise à jour de la formation REB des personnels, les accompagne (rappel des principes et des procédures) et vérifie la bonne mise en oeuvre des procédures REB en lien avec le cadre du service d'accueil	C- ESRR (régional)	SMIT
La procédure de prise en charge des patients suspects ou infectés par agents infectieux de groupe 4 impose la prise en charge en binôme dans la chambre d'un patient REB	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe une procédure en cas de malaise d'un soignant en EPI dans la chambre, elle est actualisée au minimum tous les 5 ans et en cas de modification des recommandations	C- ESRR (régional)	SMIT

Il existe un interrogatoire REB clinico-épidémiologique standardisé et tracé, incluant le questionnaire Santé publique France des facteurs d'exposition selon l'agent infectieux	C- ESRR (régional)	SMIT
L'interrogatoire du patient REB inclut une première recherche de personnes contacts et co- exposées extérieures au milieu de soins, avant relais à l'ARS	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe un circuit d'acheminement sécurisé des prélèvements REB prédéfini, avec information préalable du laboratoire	A - Tout ES (réponse minimale)	Laboratoire
La prescription des examens complémentaires est anticipée selon la gravité clinique et de l'agent infectieux afin de limiter le risque d'accidents d'exposition aux liquides biologiques des personnels	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe une procédure pour la réalisation de la radiographie du thorax, elle est actualisée au minimum tous les 5 ans et en cas de modification des recommandations	A - Tout ES (réponse minimale)	Radiologie
Il existe une procédure écrite pour la réalisation de l'échographie en UHI et/ou UIS, elle est actualisée au minimum tous les 5 ans, et en cas de modification des recommandations	C- ESRR (régional)	Radiologie
Les indications de mise en place d'un abord vasculaire ont été anticipées selon la gravité clinique et l'agent infectieux, afin de limiter le risque d'accidents d'exposition aux liquides biologiques des personnels	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe des protocoles thérapeutiques vis-à-vis des agents REB actualisés au minimum tous les 5 ans, ou en cas de modification des recommandations	C- ESRR (régional)	SMIT
L'infectiologue référent REB a identifié un réseau permettant de faire une démarche de RCP si nécessaire	C- ESRR (régional)	SMIT
En cas de décès du patient, il existe une procédure de gestion du corps, en fonction de l'agent infectieux. Celle-ci comprend les rôles respectifs des services cliniques et de la chambre mortuaire, le retrait des prothèses fonctionnant à piles, le circuit du corps. Elle est actualisée au minimum tous les 5 ans, et en cas de modification des recommandations. Elle a été validée par un exercice	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe une conduite à tenir et un protocole de signalement en cas de sortie du patient contre avis médical	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe une procédure de sortie du patient, incluant des critères précis autorisant la sortie. Elle est actualisée au minimum tous les 5 ans, et en cas de modification des recommandations	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe une procédure déterminant les modalités des visites des proches du patient, selon l'agent infectieux	C- ESRR (régional)	SMIT

CHAPITRE 3 - TRANSPORTS ET TRANSFERTS EXTERIEURS

La personne en charge de la supervision REB du SAMU est identifiée	C- ESRR (régional)	SAMU
Il existe, au sein du SAMU de l'ESRN, une Equipe Nationale REB (EN REB), formée et équipée en respectant les recommandations de la procédure nationale, qui en détaille les moyens et équipements matériels, le fonctionnement et les ressources humaines	D- ESRN (national)	SAMU
3A - RH et formation		
Le superviseur REB du SAMU de l'ESRR a pour missions : vérification de l'habillage au départ, du matériel qui équipe le vecteur, de la sécurité du parcours patient, présence à l'accueil dans l'ESR, contact avec superviseur du service d'accueil, supervision du déshabillage de l'équipe, désinfection vecteur, tenue de la traçabilité personnels et circuit emprunté et équipements, contact permanent avec l'équipe qui effectue le transport	C- ESRR (régional)	SAMU
Le superviseur REB du SAMU de l'ESRR est identifié en lien avec le cadre référent REB de l'ESR. Il travaille en proximité avec les logisticiens / aides-soignants en charge des équipements REB. Il participe à l'écriture et mise en oeuvre des procédures REB du service. Il est identifié et joignable 24/24 par le Centre 15	C- ESRR (régional)	SAMU
Le superviseur REB du SAMU de l'ESRR a une formation AFGSU-SSE, selon le niveau de son ES. Il participe aux exercices et entraînements REB locaux / zonaux	C- ESRR (régional)	SAMU
Le superviseur REB du SAMU de l'ESRN a des missions et une formation définies dans la procédure dédiée à l'Equipe Nationale REB	D- ESRN (national)	SAMU
Il existe des personnels, internes à l'établissement, formés pour les transferts internes des patients REB	C- ESRR (régional)	Direction
Les personnels des SAMU d'ESR sont informés des missions de leur ESR dans leur fiche de poste à la prise de fonction	C- ESRR (régional)	SAMU
3B - Moyens et équipements		
Les Equipements de Protection Individuelle (EPI) nécessaires sont à disposition au SAMU	A - Tout ES (réponse minimale)	SAMU

Les EPI nécessaires pour la prise en charge d'un patient suspect d'infection par un agent REB inconnu (équivalent groupe 4), y compris pédiatrique, sont à disposition du SAMU pour une intervention primaire : protections REB renforcées disponibles = tenue 3B type Tychem C + tablier ou simple surblouse manches longues si patient non excréteur, FFP2, double paire de gants, lunettes ou masque facial, charlotte, surchaussures	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
Les EPI nécessaires pour la prise en charge d'un patient suspect d'infection par un agent REB de groupe 3 connu, y compris pédiatrique, sont à disposition du SAMU pour une intervention primaire ou secondaire	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
Le SAMU dispose d'un scope intégrant : pression artérielle invasive, température, et CO2	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
Il existe une entrée et un circuit spécifiques REB pour les ambulances dans l'ESR	C- ESRR (régional)	SAMU
Il existe au SAMU une (des) ambulance(s) du quotidien pouvant être équipée(s) selon besoin pour le transport de patients REB, y compris pédiatriques	C- ESRR (régional)	SAMU
Il existe au SAMU une (des) ambulance(s) bariatrique(s) pour le transport de patients REB	C- ESRR (régional)	SAMU
Le SAMU dispose d'un respirateur de réanimation polyvalent pédiatrique (type Monnal®), compatible avec des circuits à système clos, avec filtre échangeur d'humidité et bactérien	C- ESRR (régional)	SAMU
Le matériel utilisé pour la prise en charge des patients REB est d'utilisation quotidienne et connu de toutes les équipes SAMU	C- ESRR (régional)	SAMU
Dans les ESR d'outre-mer, les moyens matériels spécifiques pour le transport de patient groupe 4, y compris pédiatriques, sont prévus en lien avec l'ESRN	C- ESRR (régional)	SAMU
Le SAMU de l'ESR dispose d'un local dédié, et sécurisé pour entreposer tout le matériel nécessaire à la prise en charge d'un patient suspect d'infection par un agent REB	C- ESRR (régional)	SAMU
L'ESR dispose d'une hélisurface ou héliport sur site ou à proximité	D- ESRN (national)	SAMU
3C - Procédures et tests		
3C-1 - Hygiène et protection		
Les procédures d'habillage/déshabillage sont disponibles et appliquées au SAMU	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU

Il existe une procédure permettant la traçabilité du personnel ayant effectué le transport du patient REB	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
Il existe une entrée et un circuit dédiés, pré-identifiés, depuis le point d'entrée de l'ESR jusqu'à l'UHI, validés conjointement par le SAMU et l'ESR	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Référents REB
Il existe une fiche de traçabilité du circuit emprunté lors de la prise en charge pré-hospitalière du patient REB (parcours patient avec locaux circuits empruntés)	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
La procédure pour la gestion des déchets au sein de l'ESR tout au long du parcours de l'équipe SAMU est disponible, validée conjointement par le SAMU et l'ESR	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
Il existe un protocole commun et unique de désinfection du véhicule et de prise en charge DASRI entre les différents SAMU dépendants de l'ESR	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
Il existe des protocoles écrits pour la désinfection des matériels et ambulances qui ont été utilisés pour le transport de patients REB	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
La procédure de désinfection des circuits empruntés dans l'ESR a été anticipée	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Référents REB
Il existe une procédure spécifique pour l'équipe dédiée qui assurera le nettoyage du vecteur	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
Il existe des protocoles écrits pour la désinfection du matériel des hélicoptères qui ont été utilisés pour le transport de patients REB	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
3C-2 - Alerte et mobilisation		
L'infectiologue référent REB est connu et accessible 24/24 et 7/7 avec une ligne d'astreinte connue et identifiée	C- ESRR (régional)	SMIT
Le SAMU de l'ESR est identifié pour le transport de patients REB, y compris pédiatriques	A - Tout ES (réponse minimale)	SAMU
Il existe une procédure détaillée d'alerte de l'équipe nationale REB, connue et testée, activable en cas de patient suspect d'infection par agent de groupe 4	C- ESRR (régional)	SMIT
Il existe une procédure d'information en cas de transport de patient REB qui doit inclure le SAMU zonal	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
Il est prévu que tout diagnostic REB au sein de l'établissement fasse l'objet d'une information au SAMU	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU

Il est prévu que le SAMU de l'établissement soit prévenu par le circuit institutionnel (direction, messages nationaux ou régionaux) dès le début d'un risque REB national, pour en assurer la détection précoce	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
Il est prévu que l'administrateur de garde soit prévenu dès qu'un patient REB est pris en charge par le SAMU de l'établissement	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Direction
Il existe une procédure de classement d'un patient suspect REB mettant en lien l'infectiologue référent REB (ESR) et le SAMU, avec information systématique de l'ARS en cas de classement en cas possible	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Référents REB
S'il a des missions zonales, le SAMU de l'ESR s'assure de l'existence et opérationnalité des procédures REB des SAMU de sa zone	C- ESRR (régional)	SAMU
Les différents circuits dédiés correspondants sont testés au moins une fois par an	C- ESRR (régional)	SAMU
3C-3 - Prise en charge du patient		
Il existe des procédures de transport des patients REB définissant l'orientation possible, le choix du vecteur et des équipes	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
Il est prévu que le transport soit préparé en lien avec le superviseur REB SAMU de l'ESR, soit en présentiel, soit a minima par téléphone	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SAMU
Il existe des procédures écrites et partagées pour l'accueil du patient REB adulte non réanimatoire	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	SMIT
Il existe des procédures écrites et partagées pour l'accueil du patient REB adulte réanimatoire	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Réanimation
Il existe des procédures écrites et partagées pour l'accueil du patient REB enfant non réanimatoire	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Pédiatrie
Il existe des procédures écrites et partagées pour l'accueil du patient REB enfant réanimatoire	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Réanimation Pédiatrique
Il existe des procédures écrites et partagées pour l'accueil de la patiente REB parturiente	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Gynécologie-Obstétrique
Il existe un circuit dédié préidentifié pour le transport des patients REB entre les services SAU, SMIT, réanimation, pédiatrie	C- ESRR (régional)	Référents REB
Les circuits de transports / arrivée de patient REB à l'UIS et/ou l'UHI sont testés conjointement entre SAMU et les autres équipes concernées dans l'ESR une fois par an	C- ESRR (régional)	Référents REB

CHAPITRE 4 - BIOLOGIE DIAGNOSTIC		
Sécurité autour des prélèvements dans les services et lors des transferts		
Etapes de prélèvement	A - Tout ES (réponse minimale)	
Il existe une procédure de prélèvement du patient par les préleveurs en EPI avec mode opératoire d'utilisation des triples emballages UN3373 et UN2814	A - Tout ES (réponse minimale)	Laboratoire
Etapes de transfert interne	A - Tout ES (réponse minimale)	
Lors du circuit interne, les échantillons de patient REB ne passent pas par le pneumatique et sont apportés en mains propres au laboratoire dans les contenants adaptés au niveau de biosécurité	A - Tout ES (réponse minimale)	Tous
Au laboratoire, il existe des consignes pour le personnel de la réception sur l'orientation et le lieu de conservation du colis en attendant sa prise en charge	A - Tout ES (réponse minimale)	Laboratoire
Etapes de transfert des échantillons vers le CNR ou vers d'autres établissements		
Pour les cas avérés infectés par des agents de la liste MOT, le détenteur de l'autorisation MOT est défini sur l'ESR	D- ESRN (national)	Laboratoire
La procédure de transport ou d'envoi prévoit le circuit des documents complémentaires ANSM pour les agents de la liste MOT	D- ESRN (national)	Laboratoire
Une procédure de recours à des prestataires de transport habilités selon l'ADR catégorie A, UN 2814 est établie. Pour les envois UN2814 selon l'ADR, l'établissement a prédéterminé une société de transport / Il existe une procédure qui décrit le circuit de commande du transporteur pour les envois vers le CNR ou vers d'autres établissements	A - Tout ES (réponse minimale)	Laboratoire
Biosécurité au laboratoire		
Equipement de protection collective		
Le laboratoire dispose d'un LSB3 conforme	C- ESRR (régional)	Laboratoire

Ce LSB3 dispose d'un autoclave double entrée	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Tous déchets de ce LSB3 sont autoclavés, stockés dans des locaux DASRI conformes et acheminés vers une filière d'incinération dans les délais réglementaires	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Le LSB3 dispose d'un PSM de type 3, avec une procédure de décontamination	D- ESRN (national)	Laboratoire
Le laboratoire dispose d'un service de microbiologie en LSB2	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Laboratoire
Les prélèvements microbiologiques sont techniqués sous PSM	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Laboratoire
En cas d'émergence, le laboratoire de microbiologie est en mesure d'identifier une pièce dédiée aux activités microbiologiques concernant le microorganisme émergent, avec un PSM de type 2 et des EPI (procédures de type P2+)	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Laboratoire
Il existe une procédure de décontamination du LSB3	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Au besoin, le LSB3 dispose de désinfectants et procédures de décontamination des surfaces efficaces sur les bactéries sporulées	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Les méthodes d'inactivation utilisées sur les échantillons suspects de FHV sont recommandées ou validées par le CNR ou une instance internationale ou une publication internationale, sur la matrice étudiée	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Equipement de protection individuelle		
Il existe un stock entretenu d'EPI adapté au risque Biotox	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Il existe un stock entretenu d'EPI adaptés au risque d'agent de groupe 4 permettant au laboratoire de travailler 4 jours (2 cas possibles)	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Il existe un stock entretenu d'EPI adaptés au risque d'agent de groupe 4 permettant au laboratoire de travailler 15 jours	D- ESRN (national)	Laboratoire
Le laboratoire LSB2 dispose en permanence d'un stock de masque FFP2, lunettes et surblouse à usage unique	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Laboratoire
Protection du personnel		

Le professionnel amené à prendre en charge des échantillons de patients cas possible d'une infection par un agent de groupe 4 a bénéficié d'une formation spécifique à ce risque	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Il existe une procédure spécifique d'habillage et de déshabillage adaptée aux EPI spécifiques et au risque d'infection par un agent de groupe 4 en laboratoire	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Le personnel travaille systématiquement en binôme dans le LSB3 pour la prise en charge d'une alerte de niveau 3 et 4	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Un circuit de prise en charge en urgence d'un cas d'exposition au virus de risque 3 ou 4 dans le LSB3 est défini (avis spécialisé, accès aux vaccins ou traitements...) et une procédure existe sur la CAT en cas d'accident d'exposition	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Il est prévu que le personnel de laboratoire soit intégré dans les dispositions concernant le suivi du personnel à risque d'exposition et dans le personnel à qui une vaccination contre le virus Ebola peut être proposée.	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Si le LSB3 est un LSB3 mixte (faisant intervenir plusieurs équipes ou ayant plusieurs fonctions, par exemple Ebola et tuberculose), l'accès aux autres personnes pendant la période de travail sur un agent de groupe 4 et jusqu'à décontamination du LSB3 est interdit ou soumis aux mêmes règles de formation, d'habillage/déshabillage, de biosécurité, de traçabilité que pour le personnel de l'équipe Ebola. A défaut, il peut être démontré que toutes les manipulations de cas avéré Ebola peuvent être effectuées dans un PSM3	D- ESRN (national)	Laboratoire
Les professionnels amenés à travailler sur des cas avérés de patients Ebola (ou autre agent pathogène de groupe 4) ont bénéficié d'une formation adaptée sur les risques, les EPI, le PSM3, les séquences techniques et les automates du LSB3	D- ESRN (national)	Laboratoire
Le laboratoire LSB2 dispose d'une procédure pour la CAT en cas de découverte fortuite d'un agent de groupe 3 ou 4 identifié sur des prélèvements ayant été techniqués en LSB2	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Laboratoire
Le laboratoire LSB2 dispose d'une procédure de CAT immédiate en cas de déversement, projection ou bris de centrifugeuse	B - ES 1ère ligne (SAU SMIT)	Laboratoire
Sûreté biologique		
Il existe une traçabilité des échantillons et des échantillons positifs et souches d'agents infectieux de groupe 3 et 4 (enregistrement jusqu'à la destruction)	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Il existe un stockage sécurisé des prélèvements positifs dans le LSB3 (équipements froid sécurisés)	D- ESRN (national)	Laboratoire
En l'absence d'autorisation de détention pour un microorganisme MOT identifié sur un examen biologique à visée diagnostique, la procédure du laboratoire prévoit le transfert ou la destruction des échantillons biologiques, sous-produits et acides nucléiques dans les 30 jours maximum.	C- ESRR (régional)	Laboratoire

Offre d'analyse de biologie conventionnelle en niveau de biosécurité 3		
Pour un cas possible de maladie impliquant un agent de groupe 4, stable et sans critère de gravité, en attente du diagnostic d'exclusion ou de confirmation, le laboratoire est en capacité de réaliser les analyses suivantes en LSB3 ou en biologie délocalisée auprès du patient dans la zone de confinement : NFs-plaquettes, ionogramme, créatinine, glycémie, ASAT, ALAT, bilirubine, TDR paludisme et/ou frottis sanguin	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Pour un cas possible de maladie impliquant un agent de groupe 4, instables ou avec des critères de gravité, le laboratoire est en capacité de réaliser <u>en sus</u> les analyses suivantes en LSB3 : lactates, CPK, albumine, protidémie, TCA ou ACT, TP, CRP, troponine, TDR (dont AgNS1 Dengue).	C- ESRR (régional)	Laboratoire
La réalisation d'une gazométrie sanguine est possible pour les patients REB dont l'état clinique le nécessite, soit dans la chambre confinée du patient, soit dans le LSB3	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Il existe une procédure pour pouvoir prendre en charge les hémocultures prélevées sur un cas possible, soit par sécurisation à température ambiante en attente de la PCR, soit par incubation en LSB2 avec en cas de positivité une procédure détaillée sur la gestion des flacons (y compris en garde), soit par incubation dans un automate en LSB3	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Un système d'incubation des hémocultures est disponible en LSB3	D- ESRN (national)	Laboratoire
Une réalisation d'une épreuve globulaire pour groupage sanguin est disponible en LSB3	D- ESRN (national)	Laboratoire
Un dosage des D-dimères est disponible en LSB3	D- ESRN (national)	Laboratoire
Des analyses de bactériologie sont disponibles en conditions LSB3+	D- ESRN (national)	Laboratoire
Le laboratoire dispose d'un stock de réactifs de biologie conventionnelle pour les automates du LSB3 ou pour les automates de biologie délocalisée permettant la gestion de 2 cas possibles pendant 48h	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Le laboratoire dispose d'un stock de réactifs de biologie conventionnelle pour les automates du LSB3 ou pour les automates de biologie délocalisée permettant la gestion d'un cas avéré pendant 15 jours	D- ESRN (national)	Laboratoire
Activation du laboratoire LSB3		
Il existe une astreinte LSB3 paramédicale et médicale 24h/24, 7j/7	C- ESRR (régional)	Laboratoire

Le LSB3 et le personnel sont prêts à recevoir les échantillons en moins de 4h	C- ESRR (régional)	Laboratoire
L'ESR possède un effectif suffisant de biologistes médicalement aptes et habilités LSB3, pour assurer cette astreinte	C- ESRR (régional)	Laboratoire
L'ESR possède un effectif suffisant de techniciens de laboratoire médicalement aptes et habilités LSB3, pour assurer cette astreinte	C- ESRR (régional)	Laboratoire
L'ESR possède un effectif suffisant de techniciens de laboratoire médicalement aptes, habilités LSB3 et compétents sur le PSM3, pour assurer cette astreinte	D- ESRN (national)	Laboratoire
Si le laboratoire LSB3 est indisponible pour des raisons matérielles ou RH, il existe une procédure alternative (biologie délocalisée, sous-traitance vers un autre ESR) permettant de rendre les paramètres d'urgence (ionogramme, créatinine, GDSA, Hb) dans un délai adapté à la situation clinique du patient	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Biologie délocalisée		
Disponibilité monitoring biologique des patients instables en zone de confinement		
La réalisation d'une gazométrie sanguine pour le patient dans la chambre confinée en réanimation est possible au plan technique et pratique 24h/24 et 7j/7, soit après validation par le LSB3, soit grâce à un dispositif de biologie délocalisée	C- ESRR (régional)	Laboratoire
En cas de dispositif de biologie délocalisée, les prérequis listés dans le paragraphe "suivi de la biologie délocalisée SSE REB" sont respectés	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Pour un agent de groupe 4, ce dispositif de biologie délocalisée est placée sous une tente ou autre barrière, limitant les projection	D- ESRN (national)	Laboratoire
Suivi de la biologie délocalisée SSE REB	C- ESRR (régional)	
Le lieu de stockage de l'automate et des réactifs en intercrise est connu	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Un biologiste référent est désigné pour le suivi de l'automate	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Il existe une procédure de suivi des CQI, des maintenances et des mises à jour sur l'automate	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Il existe un petit stock de réactifs en permanence sur l'établissement	C- ESRR (régional)	Laboratoire

Les utilisateurs ont été formés au maniement de l'automate	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Les utilisateurs ont effectué une séquence d'entraînement de maniement de l'automate en EPI	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Il existe une procédure d'élimination des tubes techniques en biologie délocalisée	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Offre de microbiologie		
Le LSB3 participe régulièrement aux exercices du réseau Biotox	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Le laboratoire dispose de panels syndromiques, au moins respiratoires	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Une RT-PCR MERS-CoV reconnue est disponible	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Une RT-PCR SARS-CoV2 reconnue est disponible	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Des PCR Dengue, Chikungunya, Zika sont disponibles localement ou il existe un contrat de sous-traitance permettant d'obtenir les résultats en 48 h	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Une PCR pour les Poxviridae est disponible	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Des PCR pour les principales bactéries du risque B sont disponibles	C- ESRR (régional)	Laboratoire
Une capacité NGS est disponible sur site	D- ESRN (national)	Laboratoire