



# MARS

## Message d'Alerte Rapide Sanitaire

**MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES**  
**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE**  
**DEPARTEMENT DES URGENCES SANITAIRES**

DATE : 02/09/2014

REFERENCE : MARS 02.09.14-1

**OBJET :**

**MARS n°5 : ACTUALISATION DES INFORMATIONS SUR L'ÉPIDÉMIE DE MALADIE À VIRUS EBOLA EN AFRIQUE DE L'OUEST AU 02 SEPTEMBRE 2014**

*Pour action*

Etablissements hospitaliers

SAMU / Centre 15

Service(s) concerné(s) :

*Pour information*

DGOS

ARS

InVS

DGCS

ARS de Zone

ANSM

Autre : EFS

Ce message a pour objectif de mettre à jour les informations épidémiologiques qui vous ont été précédemment adressées et de préciser les modalités d'évaluation clinico-épidémiologiques et de prise en charge.

**I. Situation épidémiologique**

L'épidémie de maladie à virus Ebola, déclarée Urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le 8 août dernier, progresse de façon significative en Afrique de l'Ouest et une épidémie, a priori distincte, est signalée en République Démocratique du Congo (RDC).

A la date du 26 août, l'OMS a dénombré 3069 cas d'Ebola, dont 1552 décès (létalité de 52 %) dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest (**Guinée, Sierra Leone, Libéria, Nigéria**) et dans le nouveau foyer de **RDC**, 24 cas suspects entre le 28 juillet et 18 août, dont 13 décès (province de l'Équateur).

Les données épidémiologiques actualisées sont disponibles sur les sites suivants :

OMS : [www.who.in](http://www.who.in) / ECDC : [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu) / InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

La définition de cas de l'Institut de veille sanitaire (InVS) datée du 25 août 2014 a évolué (cf. annexe n°1) et intègre la RDC.

Selon l'European Centre for Disease prevention and Control (ECDC), le risque de survenue d'un cas importé de maladie à virus Ebola dans les pays européens est considéré comme « **faible à très faible** » à la date du 1<sup>er</sup> août 2014 (Source : *Rapid Risk Assessment – Outbreak of Ebola viral disease in West Africa*). Cependant un risque d'importation de maladie à virus Ebola par le biais de voyageurs ne peut pas être exclu.

Le ministère des affaires étrangères et du développement international (MAEDI) a émis auprès des ressortissants français la recommandation suivante : « *Sauf raison impérative, il est recommandé aux Français de suspendre tout projet de voyage dans les pays où des cas de fièvre hémorragique à virus Ebola sont avérés (Guinée, Sierra Leone, Libéria, Nigéria).* » (source : site conseil aux voyageurs - MAEDI) :

<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs>

## II. Stratégie de prise en charge des patients « cas suspects »

Compte tenu de la gravité de la pathologie (agent viral de catégorie 4) et du risque majeur de transmission par un contact direct avec tous les fluides corporels des personnes malades (pas de transmission par voie aérienne), il est impératif de sensibiliser les professionnels de santé, notamment hospitaliers à l'évolution de la situation sanitaire en cours et au respect des principes de prise en charge suivants (*cf. annexe 2*) :

Dans toutes les situations, il est impératif de procéder au plus vite au classement épidémiologique du cas suspect qui deviendra un cas possible ou un cas exclu (levée de doute). Pour ce, il convient de procéder de la manière suivante :

- le clinicien en charge du cas prend contact avec l'ARS/CIRE territorialement compétente en lien avec l'InVS :
  - CIRE / InVS : pour classement,
  - ARS : pour information et gestion éventuelle.
- L'infectiologue référent de l'ESR "habilité" (*cf. annexe 3 : liste des établissements de santé disposant des capacités opérationnelles de prise en charge Ebola*) apporte un appui auprès de l'InVS (astreinte H24),
- Le cas échéant, le CNR apporte son expertise auprès de l'InVS (astreinte H24).

**Pour rappel :** Le clinicien peut exclure un cas dès lors que le patient n'a pas réalisé de séjour dans un pays listé dans la définition de cas, ou qu'il revient d'un de ces pays depuis plus de 21 jours ou encore qu'il n'est pas fébrile (température  $\geq$  à 38, 5 ° C objectivée par une mesure). En cas de doute sur la fiabilité des réponses négatives apportées par le patient ou l'entourage, le patient sera considéré comme cas suspect.

### - **Le patient fait l'objet d'un appel au SAMU-Centre 15**

#### Au cours de la régulation :

- En cas d'appel concernant un cas suspect, il est recommandé d'isoler le patient et dans la mesure du possible de lui faire porter un masque chirurgical ;
- A ce stade, il est indispensable de rappeler à l'entourage les précautions standards d'hygiène et de rester à distance du patient cas suspect et de ses fluides ;
- Un SMUR est engagé sur place si la gravité clinique du patient le nécessite ou pour conduire l'évaluation clinico-épidémiologique du cas dans les conditions définies *infra* en l'absence de médecin déjà sur place.

#### Au cours de l'intervention :

- S'assurer de la mise en place effective des mesures barrières autour du patient cas suspect (isolement géographique, port d'un masque chirurgical par le patient) ;
- Limiter le nombre d'intervenants au strict nécessaire à la prise en charge ;
- Assurer la protection des intervenants par les équipements à usage unique suivants :
  - Appareil de protection respiratoire (APR) de type FFP2 ;
  - Lunettes largement couvrantes ;
  - 2 paires de gants en nitrile ;
  - Surblouse imperméable à manches longues, charlotte et sur-bottes imperméables ou combinaison intégrale.
- Procéder au classement épidémiologique du patient (exclusion ou validation du cas possible sur critères épidémiologiques) avant tout transfert en limitant tout déplacement inutile du patient cas suspect (*cf. supra*) ;
- Si le patient est classé "possible" par la CIRE/InVS : établir la liste de toute personne ayant été en contact physique avec le patient et la conserver en attendant la confirmation ou non du cas pour mise en œuvre d'un suivi.

- **Le patient se trouve déjà dans l'établissement de santé**

Pour tout patient cas suspect se présentant dans le service des urgences ou détecté au cours d'une hospitalisation pour une autre pathologie :

- Isoler le patient cas suspect dans une chambre individuelle et lui faire porter un pyjama à usage unique et un masque chirurgical ;
- Limiter le nombre d'intervenants au strict nécessaire à la prise en charge et limiter tout déplacement inutile du patient cas suspect au sein de l'établissement ;
- Assurer la protection des professionnels de santé :
  - Appareil de protection respiratoire (APR) de type FFP2 ;
  - Lunettes largement couvrantes ;
  - 2 paires de gants en nitrile ;
  - Surblouse imperméable à manches longues, charlotte et sur-bottes imperméables ou combinaison intégrale.
- En parallèle, contacter le SAMU-Centre 15 pour classer le patient en lien avec l'InVS et l'ARS (*cf. supra*);
- Etablir la liste des personnels et de toute personne ayant été en contact avec le patient cas possible et la conserver ;
- Limiter le nombre d'examen biologiques au strict nécessaire à la prise en charge du patient.

**III. Prise en charge spécifique des patients classés « cas possible »**

- **Au niveau des SAMU- Centre 15**

- Orienter le patient vers un établissement de santé de référence (ESR) habilité à prendre en charge un cas possible (*cf. liste des établissements de santé disposant des capacités opérationnelles de prise en charge Ebola*) et organiser son transport en lien avec le SAMU de l'ESR d'accueil, spécialement équipé, après avis de l'ARS.
- Prévenir l'ESR concerné afin qu'il puisse activer ses procédures internes pour assurer la prise en charge directe du patient en secteur dédié, en précisant le circuit prévu et en mobilisant l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ,
- Préparer, dans le même temps, le transport du prélèvement vers le Centre National de Référence (CNR) des Fièvres Hémorragiques Virales (FHV) de Lyon, dans des conditions optimales de sécurité (conformément aux recommandations internationales).

- **Au niveau des établissements de santé disposant des capacités opérationnelles de prise en charge Ebola**

- La prise en charge directe, par un circuit dédié et sécurisé, sans passage par le service d'urgence, dans un service de maladies infectieuses et/ou de réanimation permettant un isolement complet du patient dans une chambre individuelle à pression d'air négative (équipée si possible d'un sas), doit être systématique ;
- La prise en charge du patient sera réalisée conformément à l'avis du HCSP et du COREB (*cf. documents de référence infra*) ;
- Le prélèvement permettant d'affirmer/infirmier le diagnostic doit être adressé en urgence au CNR FHV (fonctionnement H24) selon les modalités de conditionnement de transport stipulées dans l'avis du HCSP, après accord de l'InVS.

**N.B. :** Si la nécessité d'accueillir un patient dans un hôpital d'instruction des armées (HIA) "habilité" est envisagée, la régulation sera effectuée par le DUS/CORRUSS. Dans ce cas de figure, prendre contact avec votre agence régionale de santé (ARS).

**Documents de référence :**

- Avis HCSP du 10 avril 2014 relatif à la conduite à tenir autour des cas suspects de fièvre hémorragique à virus Ebola. Disponible sur le site internet : <http://www.hcsp.fr> : accueil > avis et rapports > mots clés : ebola
- Procédure SPILF – COREB : Fièvre à virus Ebola (FVE) – 2 septembre 2014 (*cf. annexe 4*)

## **Annexe n°1 : DEFINITION DE CAS DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS) AU 25 AOUT 2014**

### **Cas suspect**

Un cas suspect est défini comme toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour de la zone à risque\*, une fièvre supérieure ou égale à 38,5°C

\* La zone à risque est définie au 25/08/14 comme les pays suivants :

- en Afrique de l'Ouest : Sierra Leone, Guinée Conakry, Libéria et Nigéria
- en République démocratique du Congo (« Congo-Kinshasa ») : province de l'Equateur (Nord-Ouest du pays).

Ces 2 épidémies sont distinctes.

### **Cas possible**

Un cas possible est défini comme toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour de la zone à risque\*, une fièvre supérieure ou égale à 38,5°C et

1) Pour laquelle une exposition à risque a pu être établie dans un délai de 21 jours avant le début des symptômes,

Les expositions à risque sont définies de la manière suivante :

- Contact avec le sang ou un autre fluide corporel d'un patient infecté, ou suspecté d'être infecté par le virus Ebola,
- Contact direct avec une personne présentant un syndrome hémorragique ou avec le corps d'un défunt, dans la zone à risque\*
- Travail dans un laboratoire qui détient des souches de virus Ebola ou des échantillons contenant le virus Ebola,
- Travail dans un laboratoire qui détient des chauves-souris, des rongeurs ou des primates non humains originaires d'une zone d'épidémie d'Ebola,
- Contact direct avec une chauve-souris, des rongeurs, des primates non humains ou d'autres animaux sauvages dans la zone à risque\*, ou en provenance de la zone à risque\*
- Manipulation ou consommation de viande issue de la chasse, crue ou peu cuite, dans la zone à risque\*
- Rapports sexuels avec un cas d'Ebola confirmé, dans les 10 semaines suivant le début des symptômes du cas,
- Prise en charge pour une autre pathologie ou visite dans un hôpital ayant reçu des patients infectés par le virus Ebola

ou

2) Pour laquelle il est impossible d'évaluer l'existence d'expositions à risque (patient non interrogeable, ou opposant aux questions par exemple).

ou

3) Qui présente une forme clinique grave incluant des signes hémorragiques (y compris de type gingivorragie ou hyperémie conjonctivale)

### **Cas confirmé**

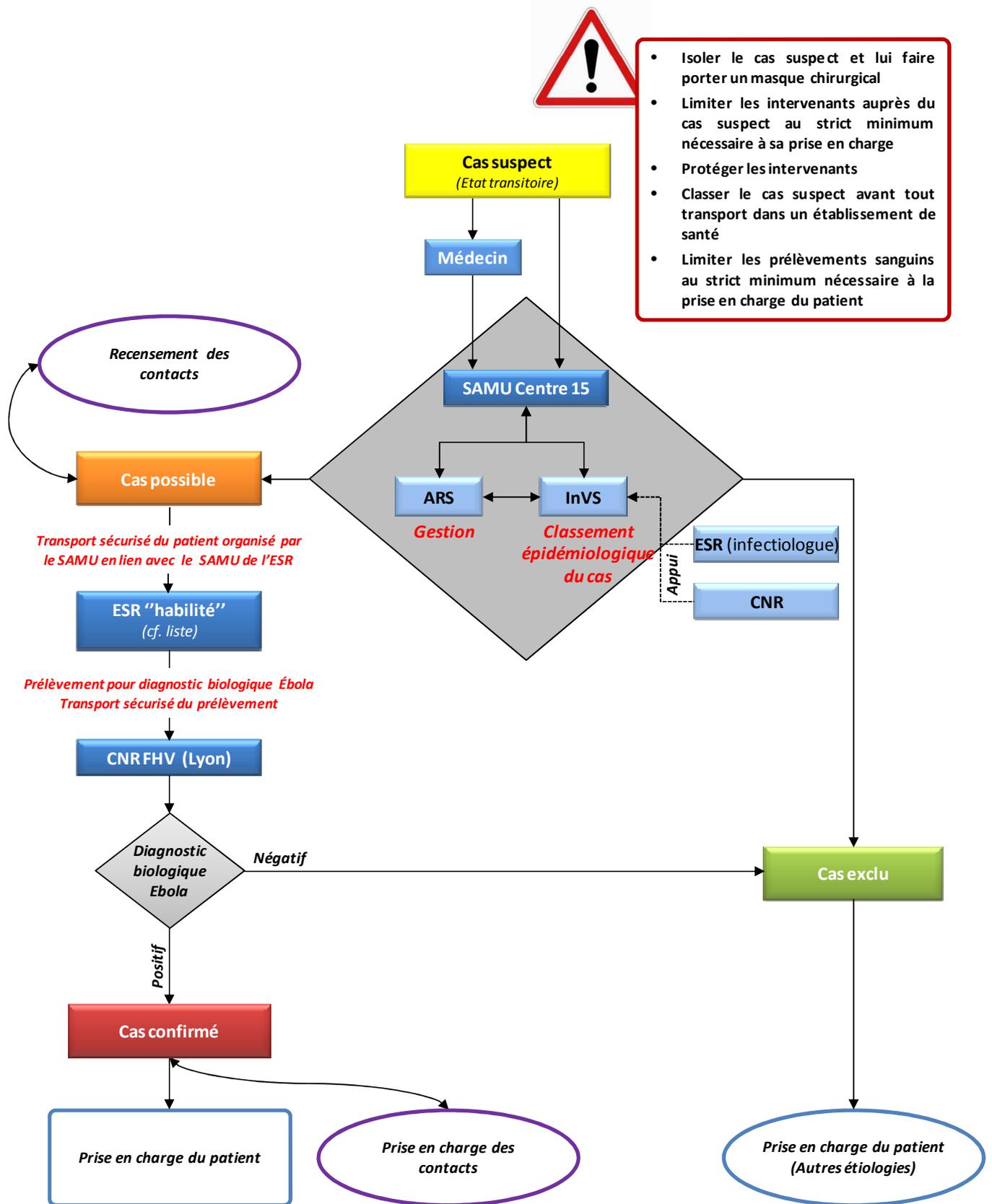
Un cas confirmé est défini comme toute personne avec une confirmation biologique d'infection par le virus Ebola réalisée par le CNR des Fièvres hémorragiques virales (FHV).

### **Cas exclu**

Un cas est exclu :

- s'il ne remplit pas les critères pour être un cas suspect, ou
- s'il répond à la définition de cas suspect mais pas à celle de cas possible, ou
- si le diagnostic d'infection par le virus Ebola a été biologiquement écarté par le CNR

**Annexe n°2 : PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE D'UN CAS SUSPECT DE MALADIE A VIRUS EBOLA (02/09/2014)**



**Annexe n°3 : LISTE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE REFERENCE ET D'AUTRES ETABLISSEMENTS DE SANTE DISPOSANT DES CAPACITES OPERATIONNELLES DE PRISE EN CHARGE EBOLA – ( LISTE ACTUALISEE AU 25 AOUT 2014)**

| Zones de défense | Région                     | Nom de l'établissement  | Adresse   | Cordonnées téléphoniques |
|------------------|----------------------------|---|---|--------------------------|
| Nord             | Nord-Pas-de-Calais         | CHU de Lille (ESR)  | 2, Avenue Oscar Lambret<br>59000 Lille                    | 03.20.44.59.62           |
| Ouest            | Bretagne                   | CHU de Rennes (ESR)   | 2 Rue Henri le Guilloux<br>35000 Rennes                   | 02.99.28.43.21           |
| Paris            | Ile-de-France              | Hôpital Necker (AP-HP) - enfants malades (ESR)  | 149 rue de Sèvres<br>75015 Paris                          | 01.44.49.40.00           |
|                  |                            | Hôpital Bichat (AP-HP) (ESR)  | 46 Rue Henri Huchard<br>75018 Paris                       | 01.40.25.80.80           |
|                  |                            | Hôpital d'instruction des armées Begin  | 69 avenue de Paris<br>94160 Saint-Mandé                   | 01.43.98.50.00           |
| Sud              | Provence-Alpes-Côte d'Azur | Hôpital Nord (AP-HM) (ESR)  | Chemin des Bourrely<br>13915 Marseille                    | 04.91.38.00.00           |
| Sud-est          | Rhône-Alpes                | Groupement Hospitalier Nord.<br>Hôpital de la Croix-Rousse<br>Service des maladies infectieuses et tropicales (ESR) | 103, grande Rue de la Croix-Rousse<br>69317 Lyon Cedex 04 | 0825.0825.69             |
| Sud-ouest        | Aquitaine                  | CHU Bordeaux (ESR)  | 12, rue Dubernat<br>33404 Bordeaux                        | 05 56 79 56 79           |
| Est              | Alsace                     | CHU de Strasbourg (ESR)   | 1, place de l'Hôpital<br>67091 Strasbourg                 | 03 88 11 67 68           |
| Océan Indien     | La Réunion                 | CH de la Réunion (ESR)  | 97405 Saint-Denis<br>Cedex                                | 02 62 90 50 50           |
| Sud              | Toulon                     | Hôpital d'instruction des armées de Toulon  | 2 Boulevard Sainte Anne<br>83000 Toulon                   | 04 83 16 25 10           |

## **Annexe n°4 : PROCEDURE SPILF - COREB - FIEVRE A VIRUS EBOLA (FVE)\***

### **Comment repérer et prendre en charge un patient suspect de FVE ?**

Épidémie de FVE étendue dans la région de Guinée Conakry, Sierra Leone, Liberia et Nigeria ayant provoqué, au 26/08/2014 d'après les sources OMS, 1552 décès / 3069 cas (1er cas signalé au Sénégal). Début d'épidémie distincte en République démocratique du Congo (province de l'Equateur) Compte-tenu de la gravité, de la contagiosité et de l'absence de traitement spécifique, il est essentiel que : dès le 1<sup>er</sup> contact avec le système de soins, le 1<sup>er</sup> médecin qui dépiste le 1<sup>er</sup> patient suspect de FVE au retour de zone à risque, appelle le centre 15 qui organise le recours rapide à l'expertise clinique & épidémiologique, afin d'adapter la prise en charge individuelle et collective selon la probabilité de FVE et ne pas méconnaître un diagnostic alternatif curable.

#### **I- Dépister**

**Patient suspect = Tableau clinique (<21 j après exposition) ET Exposition compatibles**

**Tableau clinique :** Fièvre >38,5°C de début brutal et /ou syndrome clinique compatible

Signes évocateurs (degrés divers): asthénie, anorexie, céphalées, algies diffuses, douleurs abdominales, thoraciques, odynophagie, dysphagie, conjonctivite, rash, hépatomégalie, splénomégalie, toux, râles bronchiques

Signes évocateurs différés > J5 : diarrhées, vomissements, hémorragies cutanéomuqueuses et viscérales

**Exposition :** retour de zone d'épidémie (= cf. définition de cas de l'InVS) avec contact avec le sang ou autre fluide corporel (a fortiori si plaie et/ou contact au sein d'une structure de soin) de patient suspect, cas possible ou confirmé (défunt) ou contact animal possiblement infecté (dont manipulation ou consommation de viande de chasse crue ou peu cuite).

☞ Lien direct avec expertise des infectiologues et des épidémiologistes, pour estimer la **probabilité diagnostique** :

- CAS EXCLU (= InVS) : fièvre sans exposition caractérisée et sans signes évocateurs de FVE, avec diagnostic alternatif plus probable

- Patient suspect : fièvre avec ou sans signes évocateurs de FVE et exposition incertaine

- CAS POSSIBLE (= InVS) : fièvre avec signes évocateurs de FVE et exposition avérée confirmée < 21 j avant le début des symptômes ou forme grave compatible avec une FVE

**Diagnostic alternatif :** évoquer et documenter en priorité un paludisme (TDR/FGE), une infection bactérienne (hémoculture pour méningocoque, salmonellose ; rickettsiose ...) ou virale (arbovirose, hépatites...)

#### **II- Protéger**

**Précautions standards d'hygiène complétées par précautions complémentaires de type contact + air avec mesures barrières renforcées dès la suspicion, niveau à graduer selon la probabilité diagnostique et les symptômes (analyse de risque)**

Patient : isolement géographique (box individuel) avec port de masque chirurgical et port de pyjama usage unique

Soignant : protection couvrante, imperméable et étanche, avec gants et protections respiratoire et oculaire

☞ Eviter AES : équipe dédiée, entraînée, travail en binôme senior médecin / infirmière (pas d'étudiant au contact)

#### **III- Prendre en charge**

**Rechercher facteurs et signes de gravité :**

- signes de gravité spécifiques de FVE (manifestations hémorragiques, signes neuro-psychiques, hoquet rebelle)
- sepsis grave/choc septique/défaillance(s) viscérale(s)
- prise en compte des comorbidités éventuelles

= Appel réanimateur, mesures de protection maximisées (contagiosité liée à l'intensité des symptômes).

#### **Orientation du patient**

Dès suspicion de FVE, **appel ARS et Centre 15**, expertise /transfert selon probabilité diagnostique :

- si cas possible : transfert direct SMIT référent (chambre seule avec sas, pression négative contrôlée) ou réanimation selon l'état clinique du patient

- si patient suspect : transfert SMIT référent

**Confirmation virologique = CNR FVE, P4 Lyon (7j/7, H24) : 04 37 28 24 40/3** (appel préalable). Sang total, sérum, urines... ≥ 1 tube EDTA 7 ml et 1 tube sec 7ml. Triple emballage (classe A), carboglace, fiche renseignée.

☞ CAS CONFIRME : tableau clinique et confirmation virologique FVE par le CNR.

**Traitement :** symptomatique. Contre-indication aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux anticoagulants

☞ Discuter avec infectiologue référent: antibiothérapie probabiliste, voire traitement anti-palustre

**IV- Alerter** = signaler tout patient suspect à ARS (n° dédié régional) /InVS : Alerte@invs.sante.fr; 0820 42 67 15 (7j/7, H24), infectiologue référent et directeur hôpital

\* Fiche résumée procédure Ebola/ SPILF COREB à jour 2 sept 2014/ actualisations prévues