



MARS

Message d'Alerte Rapide Sanitaire

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
DÉPARTEMENT DES URGENCES SANITAIRES

DATE : 06/08/2014

REFERENCE : MARS 06.08.14-1

OBJET : ACTUALISATION DES INFORMATIONS SUR L'ÉPIDÉMIE DE MALADIE À VIRUS EBOLA EN AFRIQUE DE L'OUEST –
ACTUALISATION DES DONNÉES AU 06 AOÛT 2014

Pour action

Établissements hospitaliers

SAMU / Centre 15

Service(s) concerné(s) :

Pour information

DGOS

ARS

InVS

DGCS

ARS de Zone

ANSM

Autre :

L'épidémie de maladie à virus Ebola progresse de façon significative en Afrique de l'Ouest. Cette situation sanitaire inédite et grave accroît la possibilité d'avoir à gérer des cas suspects et requiert en conséquence une vigilance accrue de la part des professionnels et des établissements de santé, notamment des SAMU-Centre 15. Dans ce cadre, la direction générale de la santé (DGS) suit attentivement l'évolution épidémiologique et précise la stratégie de prise en charge.

I- Situation épidémiologique

Le 22 mars 2014, le ministère de la Santé guinéen a notifié à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) une épidémie de fièvre hémorragique virale (FHV) liée au virus Ebola, souche "Zaïre", dans le sud de la Guinée. Au 5 août 2014, le nombre total de cas notifiés à l'OMS est de **1603** cas, avec une létalité de 55,1%. A ce jour, quatre pays ont rapporté des cas de maladie à virus Ebola : **Sierra Léone, Guinée, Libéria et Nigéria**. Les données épidémiologiques actualisées sont disponibles sur les sites suivants :

OMS : www.who.in / ECDC : www.ecdc.europa.eu / InVS : www.invs.sante.fr

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** » (Source : *Rapid Risk Assessment – Outbreak of Ebola viral disease in West Africa*, 01 août 2014). Cependant un risque d'importation de maladie à virus Ebola par le biais de voyageurs ne peut pas être totalement exclu.

Le ministère des affaires étrangères et du développement international (MAEDI) a émis auprès des ressortissants français la recommandation suivante : « *Sauf raison impérieuse, 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>

La définition de cas de l'Institut de veille sanitaire (InVS) datée du 05 août 2014 **a évolué (cf. annexe n°1)** et intègre le Nigéria en complément de la Guinée, de la Sierra Léone et du Libéria.

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 de transmission majeur des professionnels et des patients par un contact avec les liquides biologiques, les tissus et le sang (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) :

- 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 cas 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 règles d'hygiène standard ;
- Un SMUR est engagé sur place si la gravité clinique du cas le nécessite ou pour conduire l'évaluation épidémiologique du cas dans les conditions définies *infra* en l'absence de médecin déjà sur place.

Au cours de l'intervention :

- 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 ;
 - Paire de gants en nitrile ;
 - Surblouse imperméable à manches longues, charlotte et sur-chaussures ou combinaison intégrale.
- S'assurer de la mise en place effective des mesures barrières autour du cas suspect (isolement, port d'un masque chirurgical par le patient) ;
- Procéder au classement épidémiologique du cas (exclusion ou validation du cas possible sur critères épidémiologiques) avant tout transfert en limitant tout déplacement inutile du cas suspect ;
- Pour procéder au classement épidémiologique du cas, informer immédiatement l'ARS qui, en liaison avec l'InVS, et le médecin présent auprès du patient, pourront conclure, le cas échéant, au classement en « cas possible » (cf. partie III).
- Etablir la liste des personnels et de toute personne ayant été en contact avec le cas suspect et la conserver en attendant le classement.

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

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

- Isoler le cas suspect dans une chambre individuelle et lui faire porter un masque chirurgical ;
- Limiter le nombre d'intervenants au strict nécessaire à la prise en charge et limiter tout déplacement inutile du 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 ;
 - Paire de gants en nitrile ;
 - Surblouse imperméable à manches longues, charlotte et sur-chaussures ou combinaison intégrale.
- En parallèle, contacter le SAMU-Centre 15 pour classer le cas en lien avec l'ARS et l'InVS (cf. *infra*);
- Etablir la liste des personnels et de toute personne ayant été en contact avec le cas suspect et la conserver ;
- Limiter le nombre d'examens 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 vers un établissement de santé de référence (ESR) et organiser le transport du patient en lien avec le SAMU de l'ESR, spécialement équipé, après avis de l'ARS.
- Prévenir l'ESR 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 préparer le transport de 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 de référence (ESR)

- La prise en charge directe, par un circuit dédié et sécurisé, sans passage par le service d'urgence, dans un service de médecine 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 joints ;
- Le prélèvement permettant d'affirmer/infirmer le diagnostic doit être adressé au CNR FHV selon les modalités de conditionnement de transport stipulées dans l'avis du HCSP, après accord de l'InVS.

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 aout 2014 (annexe 3)

Annexe N°1 :

Définition de cas de l'Institut de veille sanitaire (InVS) au 5 août 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

Cas possible

Un cas possible est défini comme toute personne présentant une fièvre supérieure ou égale à 38,5°C et

- 1) Pour laquelle une exposition à risque avérée a pu être établie dans un délai de 21 jours avant le début des symptômes, ou
- 2) Qui présente une forme clinique grave compatible avec une fièvre hémorragique virale à virus Ebola sans évaluation possible des expositions à risque

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

Cas confirmé

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

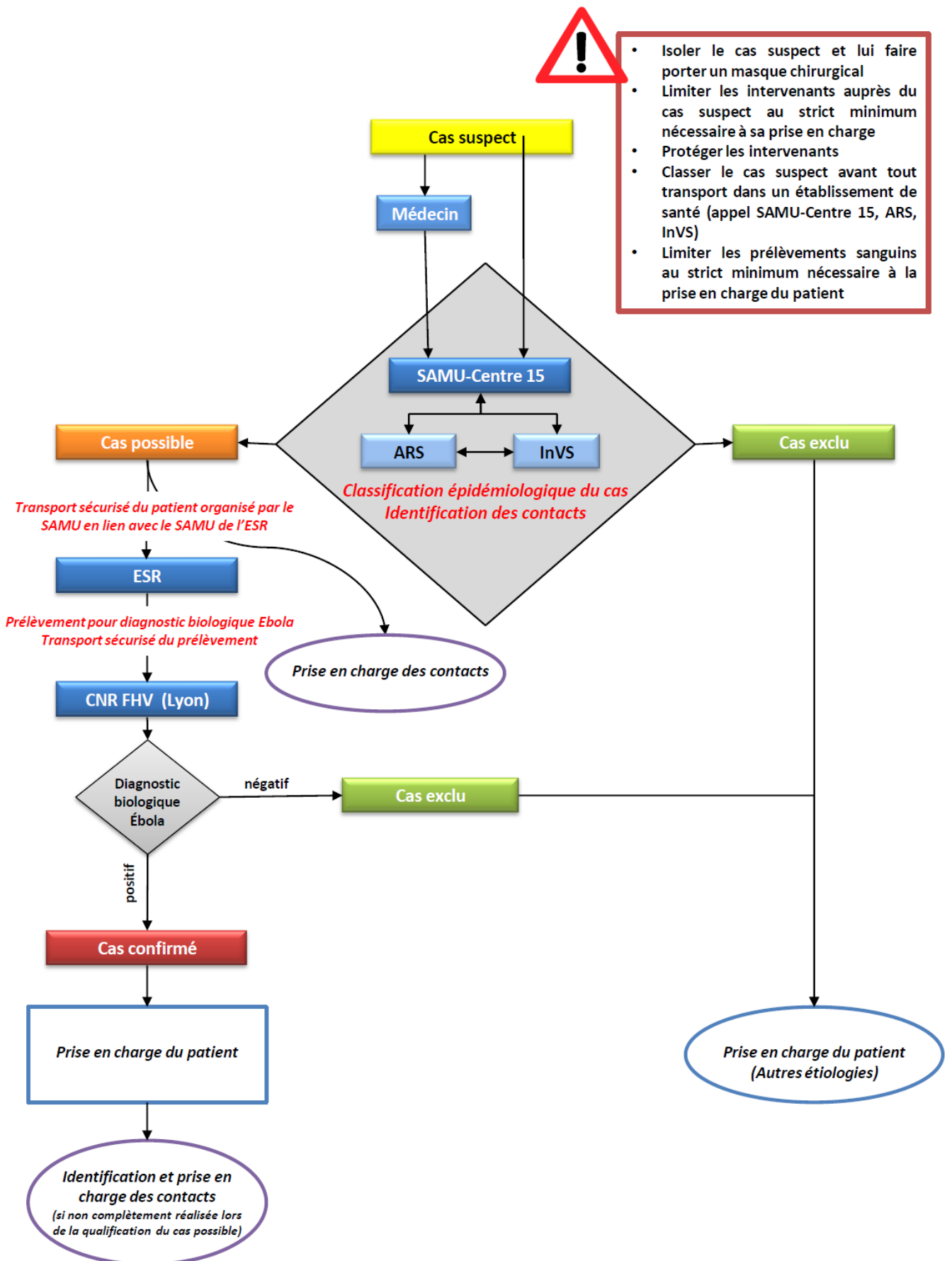
* La zone à risque est définie au 05/08/14 comme les pays suivants : **Sierra Leone, Guinée Conakry, Libéria et Nigéria.**

Cas exclu

Un cas est exclu s'il ne répond pas à la définition de cas suspect, ou si un diagnostic négatif d'infection a été établi par le CNR

Annexe n°2 :

Procédure de prise en charge d'un cas suspect de maladie à virus Ebola



Procédure SPILF - COREB - Fièvre à 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 et Liberia ayant provoqué au 20/07/2014 d'après les sources OMS 660 décès / 1093 cas (1^{er} cas signalé au Nigéria). Compte-tenu de la gravité, de la contagiosité et de l'absence de traitement spécifique, il est essentiel que :

dès le 1^{er} contact avec le système de soins, le 1^{er} médecin qui dépiste le 1^{er} 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 (= Guinée Conakry, Sierra Leone ou Libéria) 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...) ou virale (arbovirose, hépatites, rickettsiose...)

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)

- 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