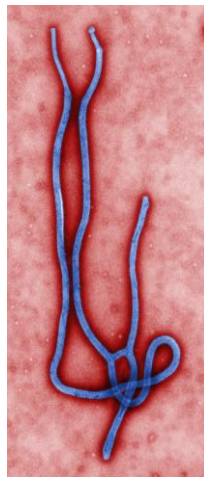


MALADIE A VIRUS EBOLA



DOCUMENT DE SYNTHÈSE CONDUITES A TENIR





Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

SOMMAIRE

Introduction	7
1 MALADIE A VIRUS EBOLA	8
2 CONTROLE SANITAIRE AUX FRONTIERES	9
2.1 DIRECTIVE INTERNATIONALE	9
2.2 INFORMATION DES VOYAGEURS	9
2.3 CONTROLE SANITAIRE AUX FRONTIERES	10
2.4 PRISE EN CHARGE D'UN CAS SUSPECT A MALADIE A VIRUS EBOLA DANS UN MOYEN DE TRANSPORT INTERNATIONAL	12
2.4.1 Aéronef	12
2.4.2 Navire	13
3 IDENTIFICATION D'UN CAS SUSPECT	15
4 DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES CAS POSSIBLES ET CONFIRMES DE MALADIE A VIRUS EBOLA	18
4.1 PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE	18
4.2 EVACUATION SANITAIRE (EVASAN)	21
4.3 BIOLOGIE	22
4.3.1 Diagnostic biologique	23
4.3.2 Biologie courante	24
4.4 TRAITEMENTS	24
4.5 IDENTIFICATION ET SUIVI DES PERSONNES « CONTACT »	25
4.5.1 Principes généraux du suivi	26
4.5.2 Identification des personnes éligibles au dispositif de suivi	27
5 EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)	29
5.1 NIVEAU DE PROTECTION EN FONCTION DES DIFFERENTS CAS DE FIGURE	29
5.2 PLAN NATIONAL DE DOTATION EN EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE ...	30
5.2.1 Renforcement de la dotation en Equipement de Protection Individuelle des Etablissements de Santé de Référence	30



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

5.2.2	Renforcement de la dotation en Equipement de Protection Individuelle des établissements de santé siège de SAMU	30
5.2.3	Déploiement des housses de transport en pression négative	31
6	GESTION DES DASRI, EXCRETA, FLUIDES BIOLOGIQUES ET AUTRES DECHETS PRODUITS DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE .	32
6.1	GESTION DES DECHETS DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE	32
6.2	GESTION DES DECHETS HORS ETABLISSEMENTS DE SANTE	33
7	NETTOYAGE ET DESINFECTION	34
8	INFORMATION ET COMMUNICATION	35
8.1	INFORMATION DES VOYAGEURS	35
8.2	INFORMATION DES MIGRANTS.....	35
8.3	INFORMATION DU GRAND PUBLIC.....	35
8.4	INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	35
8.5	COMMUNICATION SUR LES CAS SUSPECTS OU POSSIBLES.....	36



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

LISTE DES SIGLES UTILISES

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

APR : Appareil de Protection Respiratoire

ARS : Agence Régionale de Santé

BSPP : Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris

CIRE : Cellule Interrégionale d'Epidémiologie

CCMM : Centre de Consultation Médicale Maritime

CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales

CROSS : Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage

CSP : Code de la Santé Publique

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DGS : Direction Générale de la Santé

DMS : Déclaration Maritime de Santé

DUS : Département des Urgences Sanitaires

ECDC : European Center for Disease Prevention and Control

EFS : Etablissement Français du Sang

EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène

EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires

ERP : Etablissement Recevant du Public

ESRH : Etablissement de Santé de Référence Habilité (à prendre en charge un cas de Maladie à Virus Ebola)

EVASAN : Evacuation Sanitaire

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MAEDI : Ministère des Affaires Etrangères et du Développement International

MVE : Maladie à Virus Ebola

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation(s) Non Gouvernementale(s)

PNC : Personnel Navigant et Commercial

PSM : Poste de Sécurité Microbiologique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

SCMM : SAMU de Coordination Médicale Maritime

SIG : Service d'Information du Gouvernement (SIG)

SMA : Service Médical de l'Aéroport

SMIT : Service de Maladies Infectieuses et Tropicales

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSA : Service de Santé des Armées

USPPI : Urgence de Santé Publique de Portée Internationale



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

Introduction

Depuis le début de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest, la France s'est positionnée pour apporter un soutien à ces territoires, notamment en Guinée.

En parallèle, la France a mis en place une stratégie de réponse, en cas d'apparition de cas de MVE sur son territoire. L'objectif est d'identifier rapidement et d'isoler le patient suspect, de le classer via le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)-Centre 15 en lien avec l'ARS-CIRE et l'InVS. En cas de classement cas possible, le patient est transporté dans l'Etablissement de Santé de Référence Habilité (ESRH) à prendre en charge un cas de MVE par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Cette stratégie repose sur deux principes :

1/ Détecter précocement les cas sur le territoire français :

- Information et contrôle des voyageurs ;
- Identification rapide des cas suspects ;
- Classification précoce des cas suspects ;
- Gestion des personnes contacts ;
- Information du grand public et des populations spécifiques (migrants, etc.).

2/ Prendre en charge des cas possibles dans le cadre d'une filière spécialisée :

- Transport des cas possibles par les Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) après régulation par le SAMU-Centre 15 ;
- Isolement et prise en charge des cas possibles et confirmés dans une filière de prise en charge spécialisée : les ESRH ;
- Information et formation des professionnels de santé de première ligne : entraînement et exercices ;
- Information des instances et des personnels des établissements de santé.

Sur le plan de l'expertise, un groupe de travail Ebola permanent a été créé au sein du Haut Conseil de Santé Publique, à la demande de la Direction Générale de la Santé (DGS). Il s'agit d'un groupe de travail pluridisciplinaire qui travaille en synergie avec les agences sanitaires (InVS, Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), Etablissement Français du Sang (EFS), ...) et les sociétés savantes concernées.

Au niveau international, l'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rendent régulièrement des évaluations de risque et des recommandations.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

1 MALADIE A VIRUS EBOLA

Caractéristiques cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - signes cliniques peu spécifiques (fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, myalgies, céphalées, pharyngite) ; - ensuite rapidement : vomissements, diarrhée, éruption cutanée, conjonctivite ; - formes sévères : signes neurologiques d'encéphalite (troubles de conscience, agitation, convulsions) et des signes hémorragiques (rarement retrouvés pour cette épidémie) ; <p>NB : un patient est dit « excréteur » quand il présente des vomissements, de la diarrhée ou des saignements.</p>
Caractéristiques du virus	<ul style="list-style-type: none"> - famille des Filovirus ; - genre Ebolavirus ; - virus enveloppé.
Période d'incubation	2 à 21 jours (en moyenne 8 à 11 jours).
Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> - par contact direct avec les fluides corporels des personnes atteintes de maladie à virus Ebola symptomatiques ; - par contact avec du matériel souillé ; - aucune transmission aérienne n'est avérée ; - risque de transmission faible dans la première phase de la maladie ; - risque augmente lors de l'aggravation de la maladie et des symptômes, avec la multiplication virale ; - risque majeur sur les personnes décédées ; <p>Les personnels de santé prenant en charge les malades représentent donc un groupe identifié à risque de contamination.</p>
Contagiosité	La contagiosité coïncide avec l'apparition des symptômes de la maladie : une personne qui ne présente aucun des symptômes de la maladie n'est pas contagieuse.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

2 CONTROLE SANITAIRE AUX FRONTIERES

2.1 DIRECTIVE INTERNATIONALE

Au niveau international, l'objectif du contrôle sanitaire aux frontières est de répondre aux recommandations de l'OMS aux Etats indemnes du virus Ebola et d'éviter la propagation internationale du virus Ebola déclaré Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI), le 8 août 2014. Les recommandations de l'OMS sont les suivantes :

- la non interdiction des voyages et commerces internationaux,
- l'information des voyageurs à destination et en provenance des pays affectés,
- la détection, l'investigation et la gestion des cas confirmés du virus Ebola, dont la prise en charge des voyageurs symptomatiques en provenance des pays infectés,
- l'information générale du public afin de fournir une information sur l'épidémie de MVE et les mesures à prendre pour réduire les risques d'exposition,
- la préparation à l'évacuation et au rapatriement sanitaire des ressortissants exposés au virus.

2.2 INFORMATION DES VOYAGEURS

Au niveau national, le Ministère des Affaires Etrangères et du Développement International (MAEDI) émet des recommandations pour les voyageurs et déconseille aux ressortissants français de se déplacer ou de séjourner dans la zone à risque, sauf raison impérative. Pour les ressortissants sur place, il est recommandé de se tenir informé des directives sanitaires émises par les autorités sanitaires des pays concernés, notamment guinéennes et des messages de sécurité de l'ambassade de France à Conakry.

- **En cas de déplacement dans la zone à risque pour raison impérative**, il convient de :
 - Suivre l'évolution de l'épidémie en consultant régulièrement le site du [MAEDI](#) et celui de l'[OMS](#) ;
 - S'inscrire sur le [portail Ariane](#) du ministère des Affaires étrangères et du Développement international.
- **Pendant le séjour sur place**, il convient de :
 - Suivre les recommandations des autorités sanitaires locales ;
 - Ne pas se déplacer dans les zones de transmission active du virus (consulter les fiches Conseils aux voyageurs de ces pays) ;
 - Ne pas consommer ni manipuler de viande de brousse ;
 - Se laver les mains fréquemment au savon ou avec les solutions de lavage des mains hydro-alcoolique ;
 - Eviter les contacts directs avec les sécrétions des malades ayant une forte fièvre, ou des troubles digestifs, ou des hémorragies extériorisées par la bouche, le nez, ou les selles.
- **Après le retour en France**, il convient de :

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

- En cas de fièvre ou de symptômes compatibles avec la maladie en mentionnant le séjour dans la zone à risque, prendre contact avec le SAMU - Centre 15.

Le MAEDI met à jour régulièrement les recommandations sur son site Internet.

2.3 CONTROLE SANITAIRE AUX FRONTIERES

L'objectif du contrôle sanitaire aux frontières est de :

- Détecter précocement des cas ;
- Assurer le suivi des personnes contacts.

Dispositifs de contrôle sanitaire en place au niveau des aéroports

Concernant la Guinée, un dispositif est en place à l'aéroport de Conakry et repose sur le renforcement du contrôle sanitaire aux points d'entrée pour les vols directs (contrôle température et traçabilité) :

- 2 prises de température à l'aéroport ;
- remise du questionnaire sanitaire à l'enregistrement ;
- 1 prise de température au niveau de la passerelle avant embarquement.

La France met à disposition depuis le 23/10/2014 des réservistes sanitaires de l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) au niveau de l'aéroport de Conakry pour la mise en place de ces procédures.

Les modalités de contrôle sanitaire pour les voyageurs de retour de la zone à risque sont définies dans l'arrêté du 5 novembre 2014 renforçant le contrôle sanitaire aux frontières pour prévenir l'introduction de MVE sur le territoire national.

Concernant la France, un dispositif à l'aéroport de Roissy Charles-de-Gaulle pour les vols directs en provenance de Conakry est également en place :

- Pendant le vol :
 - un message sanitaire sonore est diffusé par les Personnel Navigant Commercial (PNC) afin d'informer sur les mesures sanitaires en place à l'arrivée de l'avion ;
 - chaque passager remplit une fiche de traçabilité.
- A l'arrivée de l'avion :
 - un contrôle thermique par thermomètre infrarouge est effectué sur tous les passagers ;
 - un dépliant d'information est distribué, précisant la conduite à tenir en cas de survenue de symptôme (au 20/11/2014) ;



PJ 1 - Fiche
Voyageurs Ebola



PJ 2 - Fiche
Voyageurs Ebola

- les fiches de traçabilité sont récupérées.

De plus, un dispositif d'information des voyageurs est organisé comme suit dans les principaux aéroports points d'entrée du territoire :

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

- Affiches voyageurs au RETOUR d'un pays de la zone à risque (au 16/10/2014) en français et en anglais



3 - Fiche A4
voyageurs Ebol.

- Site d'information « conseils aux voyageurs » du MAE et site www.ebola.sante.gouv.fr, à consulter régulièrement ;
- Dispositif d'information à destination des professionnels présents sur les plateformes aéroportuaires : document d'information transmis le 21/10/14 à Roissy Charles-de-Gaulle.

Dispositifs de contrôle sanitaire en place au niveau des ports

Lorsqu'un navire arrivant dans un port français a effectué une escale moins de 21 jours auparavant dans une zone affectée, la procédure suivante s'applique :

- Information du Préfet *via* la capitainerie ;
- Transmission de la déclaration maritime de santé (DMS) à la capitainerie du port d'escale par le navire ;
- Dès connaissance du lieu d'accostage, la capitainerie informe le Préfet du site prévisible de stationnement du navire ;
- Déclenchement par le Préfet, lors de l'arrivée au port, de l'intervention d'une équipe sanitaire pour contrôle thermique de tout l'équipage au moyen de thermomètres sans contact ;
- Le contrôle thermique de l'ensemble de l'équipage et des éventuels passagers se fait à bord, en lien avec le capitaine, avant tout embarquement et tout débarquement :
 - **en l'absence de fièvre**, la libre pratique du navire est confirmée ;
 - **si présence d'un cas possible** : la procédure générale de prise en charge s'applique (cf. ci-dessus) ;
 - les mesures suivantes sont également appliquées :
 - suivi des personnes contacts à bord ;
 - immobilisation du navire au port dans l'attente de la confirmation ou l'exclusion du cas ;
 - désinfection de la cabine du cas suspect et des lieux qu'il a pu fréquenter, notamment les lieux de vie du navire ;
 - **si le cas est confirmé**, le Préfet peut décider le maintien de l'immobilisation de l'équipage et du navire à quai et organiser la sécurisation du site.
- Un document d'information à destination des professionnels présents dans les ports a également été diffusé, tout comme les affiches à destination des voyageurs.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

2.4 PRISE EN CHARGE D'UN CAS SUSPECT A MALADIE A VIRUS EBOLA DANS UN MOYEN DE TRANSPORT INTERNATIONAL

La conduite à tenir repose sur un dispositif de prise en charge du malade par les membres d'équipage, l'alerte des autorités et la prise en charge du malade jusqu'à son transfert vers un ESRH. Ces procédures nationales ont été diffusées à tous les acteurs locaux.

2.4.1 Aéronef

Conduite à tenir devant un cas suspect à bord



PJ 4 -
ure_avion_ma



PJ 5 - Fiche
sonnel aeropc

Devant tout cas suspect à bord d'un avion, il convient de :

- Mettre en place immédiatement les mesures de protection pour le PNC :
 - isoler le patient et lui faire porter un masque chirurgical ;
 - dans la mesure du possible, prise de température du patient ;
 - limiter les contacts avec le patient à un seul membre d'équipage si possible qui devra lui-même porter un masque chirurgical et des gants ;
 - mise en place des précautions standards d'hygiène ;
 - placer les déchets du patient dans un contenant approprié et les traiter selon les bonnes pratiques.
- Le commandant de bord alerte le plus rapidement possible l'aéroport de destination selon les canaux usuels afin que le passager malade soit pris en charge à son arrivée.
- Le SAMU est mis en contact avec le commandant de bord. Cet échange permet, dans la mesure du possible, au médecin du SAMU de déterminer si le cas est « suspect » ou « exclu ».

Conduite à tenir à l'arrivée de l'aéronef

Le malade est pris en charge par le Service Médical de l'Aéroport (SMA) et le SMUR de manière sécurisée (protection individuelle, cf. chapitre 5) et selon les procédures adaptées (cf. chapitre 4.1, paragraphe transport des cas possibles).

Les patients cas suspects sont rapidement classés en cas possibles ou exclus dans le cadre d'une expertise clinico-épidémiologique organisée par le SAMU-Centre 15 associant : clinicien auprès du patient, ARS, CIRE-InVS et infectiologue référent de l'établissement de référence.

Si le cas est classé en cas possible, la procédure de droit commun s'applique (cf. chapitre 4) :

- Information des passagers sur la situation et indication d'appeler le SAMU-Centre 15 en cas de survenue de symptômes, notamment en cas de fièvre ;
- Distribution des fiches de traçabilité des passagers par le PNC. Les fiches de traçabilité sont archivées par le gestionnaire de l'aérodrome.
- Suivre les procédures de nettoyage du constructeur et respecter les bonnes pratiques d'hygiène.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

2.4.2 Navire

Conduite à tenir devant un cas suspect à bord

Devant tout cas suspect à bord d'un navire, il convient de suivre la conduite à tenir élaborée par le Centre de Consultation Médicale Maritime (CCMM), disponible sur le lien (au 13/08/2014):

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/EBOLA-Recommandations-et-conduite.html>



PJ 6 -
ite_a_tenir_de

Les recommandations sont les suivantes :

- Informer systématiquement le commandant du navire ;
- Mettre en place immédiatement les mesures de protection :
 - Isoler le patient dans une cabine et lui faire porter un masque chirurgical en présence d'autres personnes ;
 - Limiter les intervenants auprès du patient au strict minimum nécessaire à sa prise en charge ;
- Protéger les intervenants :
 - mise en place des précautions standards d'hygiène ;
 - mise en place de précautions complémentaires de type « air » et « contact » avec mesures barrières renforcées ;
- S'abstenir de tout examen au contact du patient : laisser le thermomètre utilisé avec le patient ;
- Renseigner le « **QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CAS SUSPECTS** », dans la mesure du possible **en préalable** à la Consultation Télémédicale ;
- Appeler sans délai le CCMM pour **Consultation Télémédicale**. La téléconsultation et le questionnaire vont permettre au médecin CCMM, en liaison avec l'InVS :
 - de classer, dans la mesure du possible, le patient identifié comme « cas suspect » en : « cas possible » ou « cas exclu » ;
 - de définir les modalités de prise en charge du patient.

Lorsque le patient est classé « cas possible », différentes situations peuvent se présenter :

1- Un navire français ne ralliant pas la France et navigant sur d'autres mers ou affecté dans certaines mers du globe

Les recommandations et conduites à tenir à bord du navire du CCMM ci-dessus s'appliquent. Le Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage (CROSS), en lien avec le CCMM, engage les discussions avec les autorités locales concernées pour déterminer la procédure de prise en charge à mettre en place.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

2- Un navire battant pavillon français ou étranger arrivant dans un port français ou se trouvant à proximité des côtes françaises et à destination d'un port étranger

Soit le navire se trouve dans les limites administratives du port : dans ce cas, les conditions de prise en charge se font selon les modalités définies par la direction générale de la santé, dans le cadre général (cf. chapitre 4).

Soit le navire est en mer : dans ce cas, la procédure de prise en charge du cas possible ci-dessous s'applique (04/11/2014) :



PJ 7 -



PJ 8 - Fiche

ure_navire_mer Personnel Port El

- Soit le navire est dérouté de préférence vers un point d'entrée du territoire (art. D.3115-17-2 du Code de la Santé Publique (CSP)), lorsque le navire est à quai, le cas est alors pris en charge par le SAMU à bord dans la cabine d'isolement, puis il est transporté vers l'ESRH désigné par le SAMU ;
- Soit le patient présente des signes de gravité, le CCMM en lien avec le CROSS et le SAMU de Coordination Médicale Maritime (SCMM), engage alors les moyens les plus adaptés à la situation pour une prise en charge du malade par le SMUR Maritime à bord du navire en mer dans la cabine d'isolement, jusqu'à l'arrivée au port. Le patient est ensuite transporté vers l'ESR désigné par le SCMM.
- Dans ces deux cas de figure, il est nécessaire :
 - d'informer les passagers et les membres d'équipages ;
 - d'identifier et prendre en charge les personnes « contacts » ;
 - de procéder au nettoyage et à la désinfection du navire ;
 - de rejeter les eaux usées en mer après désinfection selon la réglementation internationale en vigueur.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

3 IDENTIFICATION D'UN CAS SUSPECT

Détection

Le dispositif de prise en charge des patients est basé sur le repérage précoce des cas suspects par les professionnels de santé, qui repose sur un système de déclaration au Centre-15. La définition de cas est élaborée par l'InVS. La dernière définition date du 19 janvier 2015 :

Un patient suspect est défini comme toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour de la zone à risque (Sierra Leone, Guinée Conakry, Libéria), une fièvre mesurée par un soignant supérieure ou égale à 38°C.



PJ 9 -
01_19_DefCas.

L'InVS met à jour régulièrement une définition de cas suspect :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Fievre-hemorragique-virale-FHV-a-virus-Ebola>

Appel au SAMU-Centre-15

La doctrine repose sur l'**appel systématique et direct au SAMU Centre-15** devant toute personne suspecte.

Le SAMU Centre-15 procède à l'évaluation de la personne pour confirmer si la personne répond bien à la définition de cas suspect ou non.

Si le patient est défini comme cas suspect, au cours de la régulation :

- 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 ;
 - Paires de gants en nitrile ;
 - Surblouse imperméable à manches longues, charlotte et sur-bottes imperméables ou combinaison intégrale.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

Classement

- Procéder au classement épidémiologique du patient (exclusion ou validation du cas possible sur critères cliniques et épidémiologiques) avant tout transfert, en limitant tout déplacement inutile du patient cas suspect (*cf. supra*) ;
- Si le patient est classé "possible" par l'ARS-CIRE en lien avec l'InVS : établir la liste de toute personne ayant été en contact physique avec le patient et la conserver en attendant la confirmation ou l'infirmité du cas pour mise en œuvre d'un suivi.

En dehors de ce cadre général, deux situations particulières peuvent apparaître et sont décrits ci-dessous (l'objectif étant de réintégrer le plus rapidement possible la procédure de droit commun : *i.e.* appel au SAMU Centre-15) :

Situation n°1 : le cas se trouve dans un lieu public ou un Etablissement Recevant du Public (ERP)

Trois cas de figure peuvent intervenir :

1 : La personne revient de la zone à risque, depuis plus de 21 jours :

Cette personne ne constitue pas un « cas suspect ». Il n'y a aucune mesure spécifique.

2 : La personne revient de la zone à risque, depuis moins de 21 jours et ne présente pas de fièvre ni de symptôme.

Cette personne ne constitue pas un « cas suspect ». Il lui est conseillé de surveiller sa température pendant 21 jours et d'appeler le SAMU-Centre 15, en cas d'apparition de symptômes. Il n'y a aucune autre mesure spécifique.

3 : La personne revient de la zone à risque, depuis moins de 21 jours **ET** présente une fièvre supérieure ou égale à 38°C.

Cette personne peut faire l'objet d'une suspicion de maladie à virus Ebola.

Il convient alors **de contacter le SAMU-Centre 15** pour classer le cas en lien associant l'ARS, l'InVS, le clinicien auprès du patient et l'infectiologue référent de l'établissement de référence.

Situation n°2 : le cas se trouve dans un établissement de santé

La conduite à tenir est détaillée dans l'instruction DGS-DGOS du 7 novembre 2014 :



PJ 10 -
Instruction DGS-DGOS

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

- Éviter tout contact physique non indispensable avec ce patient.
- Ne réaliser aucun prélèvement ni aucun geste invasif.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

- Limiter les personnels intervenant auprès du patient (uniquement personnels seniors) et se protéger (cf. chapitre 5).
- Placer le patient en isolement dans la pièce (ou chambre seule) prévue, porte fermée. Lui demander de revêtir un masque chirurgical et de réaliser une friction des mains avec un produit hydro-alcoolique. L'informer de la nécessité des mesures de protection devant être prises.
- Prévenir le médecin senior du service ; informer également l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) et la direction de l'établissement.
- **Contacteur le SAMU-Centre 15** (SAMU de l'établissement si l'établissement est siège de SAMU ou le SAMU territorialement compétent), afin de classer le cas en lien avec l'ARS, l'InVS, le clinicien auprès du patient et l'infectiologue référent de l'établissement de santé de référence.
- S'il s'avère nécessaire qu'un professionnel de santé rentre dans le lieu d'isolement pour une action indispensable auprès du patient, notamment des soins immédiats, les mesures de protection des professionnels de santé sont décrites au chapitre 5. **Dans le cas nécessitant des soins immédiats avec exposition aux fluides corporels**, il sera fait **appel au SAMU-Centre 15** qui mobilisera un SMUR équipé en conséquence pour assurer la prise en charge du patient.
- Regrouper les déchets dans un fût à Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI) identifié.
- En fonction de la configuration locale : pas d'utilisation des toilettes par le patient (bassin recouvert d'un sac à bassin, urinal avec sac à urinal, ou dispositifs à usage unique), ou accès possible aux cabinets d'aisance, sans chasse d'eau puis condamnation de ceux-ci pendant le temps de décontamination à l'eau de javel.
- Évaluer l'état clinique des accompagnants (recherche d'une symptomatologie évocatrice : fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$) : s'ils ne présentent pas de symptôme et qu'ils restent avec le patient (parents d'un enfant cas suspect par exemple), leur faire porter un masque chirurgical.

A l'issue du classement du cas :

- Si le patient est classé en cas possible, la prise en charge est décrite au chapitre 4 ;
- Le patient cas exclu est pris en charge dans des conditions habituelles.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

4 DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES CAS POSSIBLES ET CONFIRMES DE MALADIE A VIRUS EBOLA

Le cadre général de prise en charge d'un patient classé cas possible repose sur une régulation médicale au niveau du SAMU Centre-15 ainsi qu'une prise en charge et un transport par les SMUR vers un ESRH à prendre en charge un cas possible et confirmé de MVE.

Concernant la prise en charge des cas possibles et des cas confirmés, le dispositif français s'appuie sur les capacités disponibles dans les ESRH :

- prise en charge des patients dans des chambres à pression négative avec sas dans les services de maladies infectieuses (SMIT) ;
- mise en œuvre, le cas échéant, de mesures de réanimation pour les patients dont l'état le nécessite ;
- prise en charge par des professionnels formés et entraînés au port des équipements de protection individuelle (EPI) adaptés au risque.

4.1 PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE

Cette procédure repose sur la prise en charge initiale en médecine d'urgence, le classement du cas, le transport du cas possible jusqu'à sa prise en charge dans l'ESRH.

La déclinaison opérationnelle de cette doctrine est formalisée dans la procédure SUDF/SFMU (septembre 2014) :



PJ 11 -
Procédure Ebola SUDF

Le cas « suspect » est classé comme « possible »

- Maintenir le patient en isolement et organiser son transport avec le SAMU-Centre 15 vers un ESRH. Informer le patient des raisons et modalités de ce transfert ;
- Dresser la liste des personnes en contact étroit et direct avec le patient (accueil, transport, soins...) ou ses liquides biologiques ;
- Eliminer les déchets et les liquides biologiques après les avoir gélifiés et désinfectés (eau de javel, 0.5%), par la filière DASRI d'incinération, ou bien les isoler pour les traiter en filière DASRI habituelle lorsque le cas est exclu ;
- Réaliser un bionettoyage suivi d'une désinfection à l'eau de Javel des locaux et matériels (voir annexe 2 protection des professionnels).

Transport des patients cas possibles

Les patients cas « possibles » sont systématiquement orientés vers des ESRH, établissements de santé de référence et préparés et équipés en conséquence pour la prise en charge de patients atteints de MVE (cf. liste des ESRH du 25 septembre 2014).

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes



PJ 12 - 2014

25 - ListingES

Le transport de ces patients est organisé vers l'un des **douze ESRH aptes à prendre en charge ces cas possibles de MVE** en concertation entre le SAMU-Centre 15 territorialement compétent et le SAMU de l'ESRH. En fonction des ressources opérationnelles, il est assuré par le SMUR **de l'un ou de l'autre** de ces SAMU.

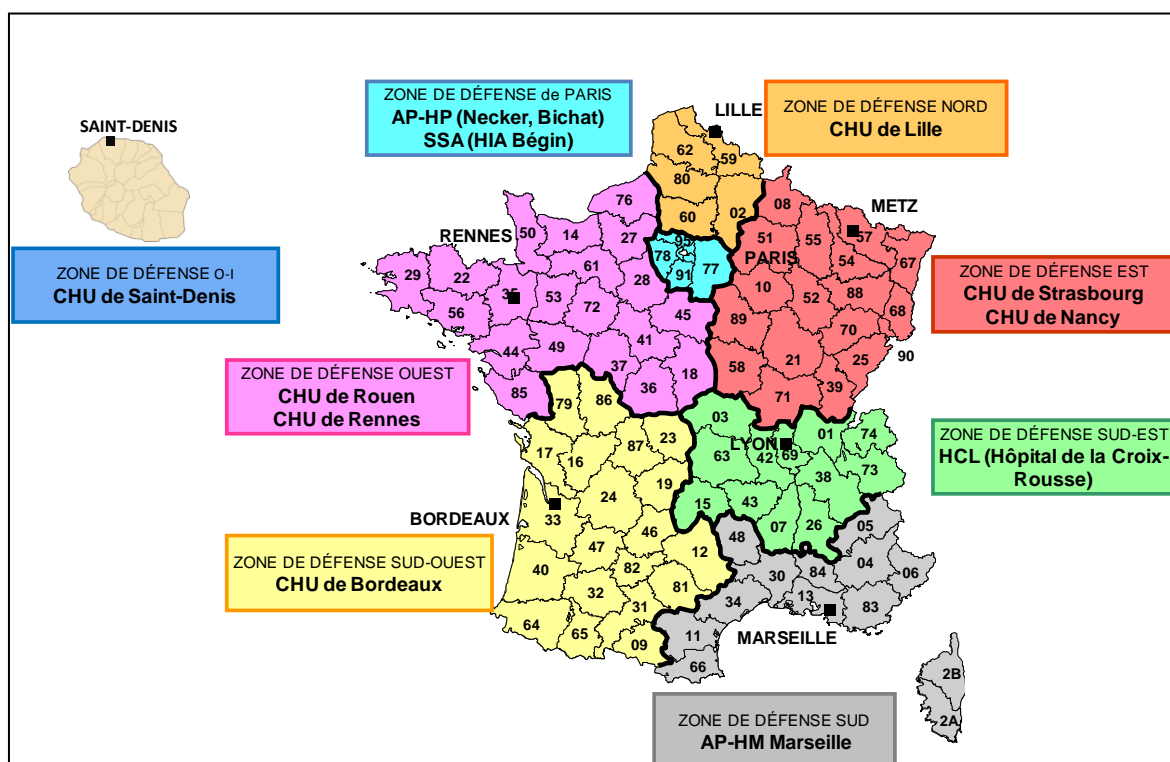
L'équipe du SMUR est habillée en tenues de protection de niveau élevé 3, compte tenu de la promiscuité avec le patient dans la cellule sanitaire et des soins éventuels à lui prodiguer (cf. Chapitre 5).

Pour le transport des patients cas possibles "excrétant", les ESRH disposent de housses sécurisées d'isolement, ayant pour but d'isoler le patient contaminé et d'assurer la protection du milieu extérieur (soignants et autres personnels, moyens de transport, environnement).

Afin de compléter la couverture territoriale, d'autres établissements sont équipés de ces housses (cf. tableau, chapitre 5.2.3).

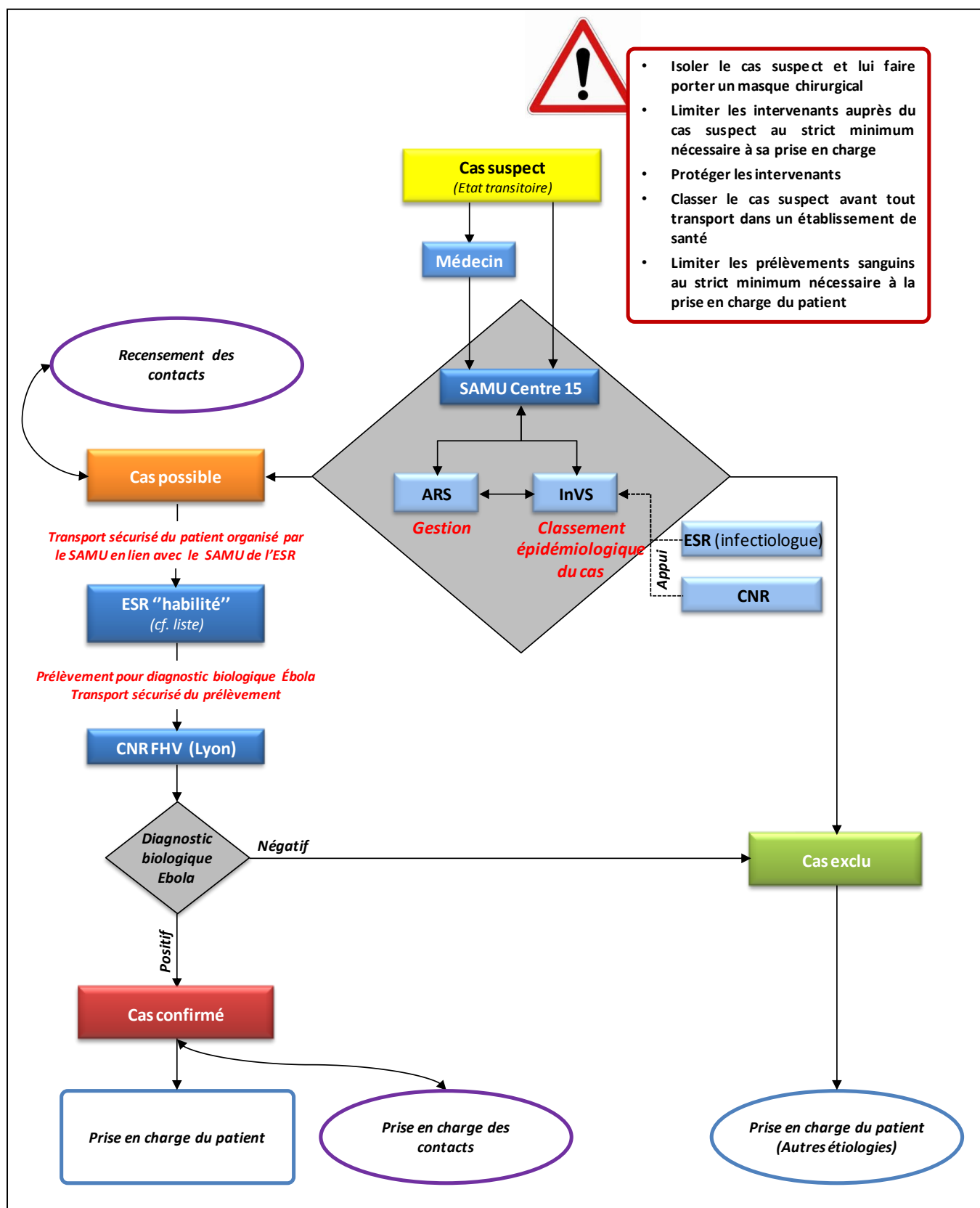
A noter, l'EPRUS dispose également de 2 caissons de transport en réserve, au niveau national.

Cartographie des ESRH (25 septembre 2014) :



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

Le schéma de prise en charge est présenté ci-dessous (version du 2 septembre 2014):



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

4.2 EVACUATION SANITAIRE (EVASAN)

Le rapatriement sanitaire d'un patient à MVE, depuis la zone à risque peut concerner soit un ressortissant français, soit une demande au niveau international.

Une procédure opérationnelle a été réalisée par le Département des Urgences Sanitaires (DUS), en lien avec les partenaires interministériels et les agences sanitaires a défini les modalités de gestion d'une demande d'EVASAN depuis un pays de la zone à risque vers le territoire national.

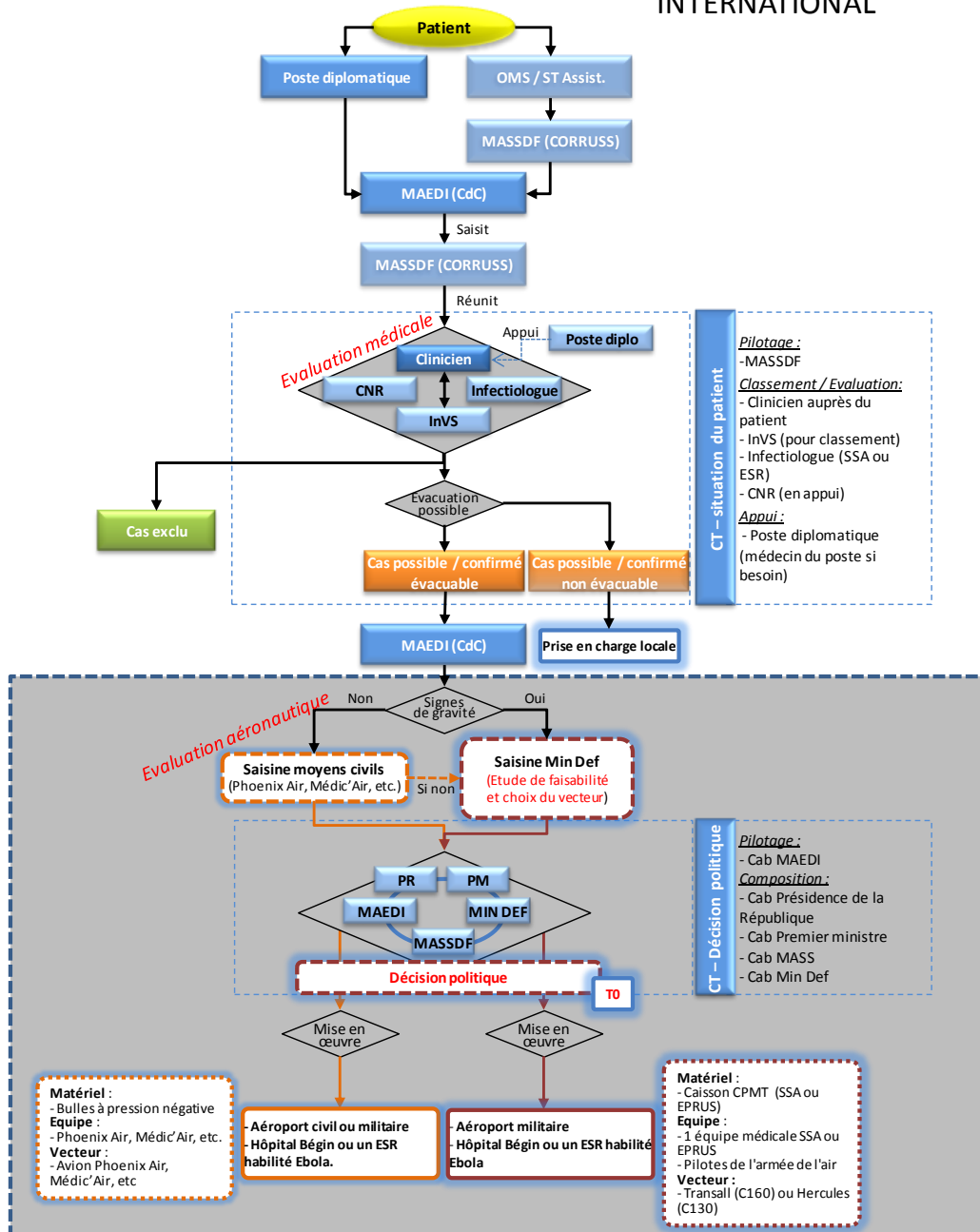


PJ 13 -
dure opérati

Cette procédure est présentée sous forme de schéma ci-dessous :

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

INTERNATIONAL



4.3 BIOLOGIE

Les enjeux portant sur la biologie sont les suivants :

- Concernant le diagnostic biologique, il s'agit de disposer d'un résultat le plus rapidement possible, à savoir :
 - levée de l'isolement ;
 - levée des contraintes en termes de prise en charge pour les soignants ;
- Concernant les analyses biologiques, il s'agit de réaliser le suivi du patient pendant son hospitalisation.

Cependant, quelques contraintes sont à noter :

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

- La manipulation des virus de classe 4, tels que le virus Ebola, est réservée aux laboratoires P4. Or, le seul laboratoire P4 en France ne dispose pas d'automates pour la biologie courante, ce qui a imposé de modifier la réglementation afin de permettre aux laboratoires L3 des ESRH de réaliser la biologie courante : ouverture à la réalisation des analyses dans un PSM3 ou à défaut dans un PSM2 ou en utilisant un automate au lit du malade ;
- Les installations et les équipements (tels que les PSM 3 dans les L3 des ESR, les automates pour la biochimie et l'hématologie) ont été renforcés.

4.3.1 Diagnostic biologique

Il s'agit de disposer de capacités opérationnelles dans toutes les zones de défense permettant de réaliser le diagnostic biologique viral d'Ebola :

- mise à disposition en métropole et déploiement de la PCR utilisant le kit Filovirus Screen RT-PCR RealStar de la société ALTONA (disposant du marquage CE) ;
- diagnostic dans les laboratoires de biologie médicale (LBM) des territoires Ultra marins (Réunion, Martinique et Guyane).

Le prélèvement pour le diagnostic biologique de MVE est effectué uniquement au niveau des ESRH. Le prélèvement est ensuite, soit transmis au Centre National de Référence (CNR) des fièvres hémorragiques virales de Lyon qui réalise le diagnostic et informe l'ESRH, soit réalisé par l'ESRH (en fonction du déploiement au sein de ces établissements). Le CNR est en capacité de fournir un résultat en 6 h (PCR seule) et en 12 h (PCR et sérologie associée) après réception des prélèvements et cela 24h/24 et 7j/7.

Le kit Filovirus Altona est en cours de déploiement dans les P3 de certains ESRH (cf. tableau ci-dessous). L'ESRH informe l'établissement d'origine des résultats positifs ou négatifs dans les plus brefs délais (appui du CNR dans l'interprétation des résultats) :

- Si le résultat du test est positif : une confirmation par le CNR est demandée. L'acheminement du prélèvement vers le CNR est réalisé en triple emballage, avec la fiche d'accompagnement dûment renseignée, via le transporteur agréé habituel de l'établissement.
- Si le résultat du test est négatif : la levée de l'isolement du cas possible en cas de résultat négatif dans la fenêtre 2j-10j après apparition des signes cliniques est réalisée.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

Région	Nom de l'établissement	Disponibilité PCR et réactif Altona	Particularités
Nord-Pas-de-Calais	CHU de Lille	Oui	
Bretagne	CHU de Rennes	Non	- Bichat en semaine (7h30-16h) - CIBU (en dehors)
Haute-Normandie	CHU de Rouen	Non	
Ile-de-France	Hôpital Necker (AP-HP) - enfants malades	Non	- Prise en charge par Bichat aux mêmes conditions
	Hôpital Bichat (AP-HP)	Oui	- lundi au vendredi 7h30-16h : kit Altona - soir à/ 16h : transfert prélèvements vers CIBU
	Hôpital d'instruction des armées Begin	Non	- semaine heures ouvrables : DGA (labo P4) - transfert prélèvements vers CIBU en dehors de ces créneaux
PACA	AP-HM (hôpital Nord)	Oui	
Rhône-Alpes	Groupement Hospitalier Nord Hôpital de la Croix-Rousse, SMIT	Non	- prélèvements transmis au CNR Lyon
Aquitaine	CHU de Bordeaux	Oui	
Alsace	CHU de Strasbourg	Non	- prélèvements transmis au CNR Lyon
Lorraine	CHU de Nancy	Non	
La Réunion	CH de La Réunion	Oui	
Mayotte	CH de Mayotte	Non	
Martinique	CH de Fort-de-France	Oui	
Guadeloupe	CH de Pointe-à-Pitre	?	
Guyane	CH de Cayenne	?	

La confirmation des résultats est réalisée par le CNR de Lyon.

4.3.2 Biologie courante

L'arrêté du 6 août 2014 co-signé DGS-DGT permet aux ESRH la réalisation de la biologie courante de patients confirmés de MVE.

Chaque ESRH dispose également des compétences en hygiène, en prévention des infections nosocomiales et en biologie, avec notamment un laboratoire de haute sécurité biologique (niveau 3) capable d'assurer après confirmation de la MVE, la biologie nécessaire à la prise en charge du patient. Un plan d'équipement des ESRH est en cours : PSM3, automates de biologie, équipements d'imagerie au lit du malade.

4.4 TRAITEMENTS

Les traitements médicamenteux spécifiques pour les patients cas confirmés, actuellement uniquement expérimentaux, sont centralisés par l'EPRUS. Leur disponibilité est coordonnée au

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

niveau mondial. L'ANSM accompagne l'ESRH dans sa stratégie thérapeutique avec l'aide d'un groupe d'experts.

Aucun médicament spécifique à ce jour dans le monde disposant d'une AMM.

Des arrêtés pris sur la base juridique du L3131-1 du CSP permettent l'utilisation en France de 5 médicaments expérimentaux chez les patients confirmés :

- TKM-100-802 développé par la société canadienne Tekmira (arrêté du 18 septembre 2014)
- Favipiravir, antiviral développé par la société japonaise Toyama Chemical (arrêté du 18 septembre 2014)
- ZMapp, produit biotechnologique (anticorps monoclonaux) développé par la société américaine Mapp Biopharmaceutical (arrêté du 18 septembre 2014)
- ZMabs, produit biotechnologique (Ac monoclonaux) (arrêté du 22 septembre 2014)
- Brincidofovir (arrêté du 31 octobre 2014).

Utilisation du Favipiravir :

Tableau de pré-positionnement de traitement de Favipiravir en France:

Région	Traitement Favipiravir
EPRUS	Stock de comprimés de Favipiravir
CNR Lyon	Pré-positionnement
La Réunion	Pré-positionnement
Martinique Fort-de-France	Pré-positionnement
CH Pointe-à-Pitre Guadeloupe	Pré-positionnement
Guyane	Pré-positionnement

- Rédaction par l'ANSM d'une notice d'information et d'un protocole d'utilisation pour Favipiravir ;
- procédure de mise à disposition d'un traitement Ebola : procédure validée par l'ANSM et l'EPRUS diffusée le 17 octobre aux ARSZ pour transmission aux ESR ;
- Arrêté du 4 décembre 2014 pris sur la base juridique du L3131-1 du CSP autorisant à titre dérogatoire, l'utilisation en France du Favipiravir pour des professionnels de santé exposés au virus Ebola. Ce médicament peut être utilisé lors d'une évacuation sanitaire, organisée par l'Etat, de personnels de santé en milieu de soins exposés au virus Ebola.

4.5 IDENTIFICATION ET SUIVI DES PERSONNES « CONTACT »

L'identification, l'évaluation du risque de contamination et le suivi des personnes « contact » et exposées visés dans l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) du 24 octobre 2014 ont pour finalité d'éviter l'installation d'une chaîne de transmission.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes



PJ 14 -
0141024_ebol

Définition de personnes « contact » : personne ayant eu un contact physique avec un cas possible ou confirmé, vivant ou mort, ou un contact direct avec ses fluides ou tissus biologiques (sang, urines, sperme, vomissures, diarrhée, sueur, salive, liquide amniotique...) à partir du début de la fièvre du cas confirmé, quel que soit le niveau de risque.

Classification par niveau de risque de transmission du virus Ebola :

Niveau de risque	Type de contact
Risque très faible	Contact fortuit et bref <u>sans équipement de protection individuel</u> et sans notion de soins avec une personne fébrile, ambulatoire (valide) et capable de s'occuper d'elle-même. Ex : sièges mitoyens dans les transports en commun (bus, métro), échanges de documents au bureau d'accueil à l'hôpital, etc.
Risque faible	Contact rapproché (moins d'un mètre), <u>sans équipement de protection individuel</u> , en milieu de soins ou en milieu communautaire, en face à face avec un patient fébrile mais valide. Ex : examen clinique avec prise de température et mesure de la pression sanguine
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> - Contact rapproché (moins d'un mètre) en face à face <u>sans équipement de protection individuel</u> avec un patient fébrile qui tousse ou vomit, saigne du nez ou présente de la diarrhée. Ex : médecin de 1^{er} recours, IDE, secouriste, membre de la famille - Relations sexuelles non protégées avec un cas confirmé d'infection à virus Ebola, jusqu'à 3 mois après la guérison - Contact direct avec du matériel souillé par des fluides biologiques d'un cas d'infection à Ebola Ex : technicien de laboratoire, personnel soignant, de nettoyage - Exposition transcutanée, AES ou exposition muqueuse au sang ou à un fluide corporel (y inclus des selles diarrhéiques ou des vomissures), à des tissus biologiques ou à des échantillons cliniques contaminés provenant d'un patient Ex : personnel soignant, de laboratoire - Participation à des rites funéraires avec une exposition directe au corps du défunt sans équipement de protections individuel adapté - Contact direct avec des chauves-souris, des primates, des rongeurs, morts ou vivants, provenant de la zone affectée, ou de la viande de brousse

La déclinaison opérationnelle de ce suivi est précisée dans l'instruction du 6 février 2015 précisant les modalités pratiques de réalisation du suivi des personnes « contact » et exposées d'un cas possible ou confirmé d'Ebola :



PJ 15 -
ction CORRUSS

4.5.1 Principes généraux du suivi

L'identification et le suivi des personnes contact sont basés sur les principes suivants :

- L'investigation autour des cas possibles et confirmés pour l'établissement de la liste des personnes « contact » (ARS et CIRE) ;

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

- L'évaluation de leur exposition (ARS / CIRE en lien avec l'infectiologue de l'ESRH) ;
- En fonction de cette évaluation, un suivi quotidien pendant 21 jours après le dernier contact à risque (ARS en lien avec la Cire).

De façon générale, si l'évaluation de l'exposition conclut à un **risque faible** ou un **risque élevé**, les personnes « contact » feront l'objet d'un suivi actif, dont les modalités sont décrites ci-après :

- une mesure de la température par la personne « contact » matin et soir ;
- un échange téléphonique quotidien avec la personne « contact » par le professionnel en charge du suivi.

Si l'évaluation de l'exposition conclue à un **risque très faible** ou une **absence de risque**, les personnes « contact » seront alors informées individuellement ou collectivement et feront l'objet d'une auto-surveillance de leurs symptômes jusqu'au 21^{ème} jour révolu.

4.5.2 Identification des personnes éligibles au dispositif de suivi

Personnes « contact » d'un cas possible ou confirmé d'infection à virus Ebola

Devant toute personne cas possible ou confirmé d'infection à virus Ebola une investigation est mise en œuvre pour identifier les personnes « contact » du cas. Les investigations sont menées en milieu communautaire et/ou en établissement de santé :

- Personnes « contact » communautaires : le suivi actif est effectué directement par l'ARS avec un appui de la Cire de la région concernée ;
- Personnes « contact » du secteur hospitalier : le suivi actif des professionnels hospitaliers est assuré par une cellule opérationnelle de suivi des personnes contacts (médecine du travail, équipe opérationnelle d'hygiène, SMIT de l'ESRH), sous l'autorité de la direction de l'établissement de santé et rend compte quotidiennement à l'ARS ;

Cas particulier des personnes victimes d'un accident d'exposition au sang (AES)/accident d'exposition au virus (AEV) : s'agissant d'une urgence médicale, une évaluation au cas par cas doit être réalisée par un infectiologue référent pour déterminer la conduite à tenir et organiser un suivi médical rapproché, en lien avec l'ESRH, selon l'avis du HCSP du 4 décembre 2014 :



PJ 16 -
0141204_AES_

Une infographie et une fiche d'information et de suivi destinées aux personnes « contact » sont disponibles sur demande et peuvent être distribués rapidement aux personnes concernées pour leur expliquer et faciliter le dispositif de prise en charge et de suivi.

Personnes de retour de la zone à risque et ayant pu avoir une exposition

Cette procédure concerne les professionnels de santé amenés à travailler dans ou à proximité des structures de soins dans la zone à risque, selon la définition de cas de l'InVS et de retour en France. Par extension, cette procédure s'applique :

- aux professionnels non soignants travaillant en zone à risque dans ou à proximité d'un centre de traitement Ebola (CTE) et de retour en France, notamment les personnels d'Organisations Non Gouvernementales (ONG), les journalistes, etc. ;



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

- à toute autre personne de retour en France depuis la zone à risque qui demande à bénéficier d'une évaluation d'exposition, lors de son retour en France, en vue d'un éventuel suivi.

Une note conjointe du ministère en charge de la santé et du MAEDI, relative aux modalités de signalement, a été diffusée à l'ensemble des ONG et organismes ou employeurs de professionnels, *via* le site Internet mis en place par la DGS (<https://ebosignea.sante.gouv.fr>), afin de disposer des coordonnées, dates et lieu du retour en France de ces personnes.



PJ 17 - note PJ 18 - annexe
EDI-Santé - Su note MAEDI-S:

La DGS transmet quotidiennement la liste des personnes inscrites aux ARS concernées pour qu'elles bénéficient, à leur retour, d'une évaluation de leur exposition à des cas confirmés de MVE, par l'infectiologue référent de l'ESRH avec l'appui de l'ARS et de la Cire. En cas de nécessité, une consultation individuelle avec l'infectiologue de l'ESRH ou, le cas échéant, avec un infectiologue du SMIT de proximité, sera organisée.

Suivant les conclusions de l'évaluation du risque, un suivi sera mis en place par l'ARS pour les professionnels le nécessitant.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

5 EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)

La doctrine prévoit d'assurer un niveau de protection en fonction de l'exposition des professionnels de santé susceptibles de prendre en charge un cas suspect, possible ou confirmé de maladie à virus Ebola et d'empêcher d'exposer la peau, les conjonctivites, les muqueuses des aux fluides corporels (sang, sécrétions, vomissures, diarrhée).

5.1 NIVEAU DE PROTECTION EN FONCTION DES DIFFERENTS CAS DE FIGURE

Pour tout patient cas suspect qui se présenterait fortuitement dans un établissement de santé, les mesures de protection des professionnels de santé concernés sont détaillées ci-après, selon les situations ci-après :

S'il est nécessaire d'entrer dans le local où est isolé le patient sans faire de soins directs, notamment pour le bionettoyage après le départ du patient :

Il convient alors de revêtir au minimum les protections suivantes, dites de précautions « contact » renforcées :

- Tenue professionnelle ou pyjama usage unique ;
- Solution hydro-alcoolique ;
- Masque FFP2 ;
- Lunettes de sécurité couvrant largement les yeux ;
- Cagoule ;
- Surbottes imperméables ;
- Paire de gants en nitrile ;
- Casaque longue imperméable à manches longues (type casaque de bloc) ;
- Seconde paire de gants nitrile à manchettes longues.

Si une prise en charge rapide du patient par un professionnel de santé est indispensable :

Il convient de limiter au maximum les gestes invasifs et le nombre de professionnels de santé ainsi que de revêtir la tenue de protection suivante :

- Tenue professionnelle ou pyjama usage unique ;
- Solution hydro-alcoolique ;
- Masque FFP2 ;
- Lunettes de sécurité couvrant largement les yeux ;
- Cagoule ;
- Surbottes imperméables ;
- Paire de gants en nitrile ;
- Combinaison intégrale de type 4B ;
- Seconde paire de gants nitrile à manchettes longues.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

Dans le cas nécessitant des soins immédiats avec exposition aux fluides corporels du patient :

Il convient de contacter le SAMU-Centre 15 qui mobilisera un SMUR équipé en conséquence avec un niveau de très haute protection, afin d'assurer la prise en charge du patient :

- Tenue professionnelle ou pyjama usage unique ;
- Solution hydro-alcoolique ;
- Masque FFP2 ;
- Lunettes de sécurité couvrant largement les yeux ;
- Cagoule ;
- Surbottes imperméables ;
- Paire de gants en nitrile ;
- Combinaison intégrale de type 3B ;
- Seconde paire de gants nitrile à manchettes longues.

5.2 PLAN NATIONAL DE DOTATION EN EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE

5.2.1 Renforcement de la dotation en Equipement de Protection Individuelle des Etablissements de Santé de Référence

Les ESR habilités à prendre en charge un cas de MVE ont été initialement dotés de 50 EPI de très haute protection (combinaisons type 3B) et d'une housse de transport à pression négative pour le SMUR (cf. Minsante n° 448). L'EPRUS a renforcé la dotation des ESRH en tenues complètes de très haute protection (3B) en décembre 2014 (cf. Minsante n°489).

Chaque ESR habilité à prendre en charge un cas de MVE de métropole et d'outre-mer dispose de **150 EPI complets**, soit 3 jours de prise en charge d'un patient cas confirmé. Les établissements de santé en outre-mer ont été dotés de 150 EPI complets en raison de leur positionnement géographique (CHU de Martinique, CHU de Pointe-à-Pitre, CH de Cayenne, CH de Mayotte).

5.2.2 Renforcement de la dotation en Equipement de Protection Individuelle des établissements de santé siège de SAMU

Afin d'optimiser la couverture territoriale de la prise en charge des patients cas suspects de MVE par le SAMU, d'autres SMUR peuvent participer au dispositif de prise en charge et de transport du patient vers l'ESRH désigné en complément du SMUR de l'établissement siège du SAMU.

Pour équiper ces SMUR, l'établissement siège du SAMU a été livré par l'EPRUS en 10 tenues complètes de très haute protection. Le nombre de tenues par établissement siège du SAMU a été déterminé sur la base du nombre de SMUR hors établissement siège du SAMU dans le département selon les modalités suivantes :

- ≥ 5 SMUR dans le département : 25 tenues complètes ;
- >2 et < 5 SMUR dans le département : 15 tenues complètes ;
- 1 ou 2 SMUR dans le département : 5 tenues complètes.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

5.2.3 Déploiement des housses de transport en pression négative

Les SMUR des 12 ESRH ont été dotés d'une housse de transport en pression négative afin de permettre le transport des patients cas possibles en phase d'excrétion virale importante.

En complément et en raison de leur situation géographique, les SMUR des établissements sièges de SAMU ont été également dotés en Corse, Martinique, Guadeloupe, Guyane, Mayotte.

Un stock de 2 housses est conservé au niveau national à l'EPRUS, en cas de nécessité de remplacer une housse contaminée après le transport d'un patient cas confirmé.

Les ARS de zone évaluent la couverture territoriale en housses de transport en pression négative afin de :

- de recenser les établissements de santé non ESRH de chaque zone ayant acquis ou en cours d'acquisition d'une housse de transport en pression négative ;
- d'évaluer la pertinence du maillage actuel de sites équipés dans chaque zone ;
- de proposer, le cas échéant, un plan d'équipement des SAMU/SMUR de CHU qui auraient vocation à disposer d'une housse de transport pour faciliter le transport des patients cas possibles en phase d'excrétion virale importante.

Livraison	Nombre de housse de transport en pression négative
EPRUS	2 (stock)
ESRH	12 (1 housse par ESRH)
SAMU 06	1
SAMU 21	1
SAMU 25	1
SAMU 29	1
SAMU 31	1
SAMU 37	1
SAMU 38	1
SAMU 42	1
SAMU 51	1
SAMU 64B	1
SAMU 76B	1
SAMU 78	1
SAMU 80	1
SAMU 83	1
SAMU 86	1
SAMU 92	1
SAMU 93	1
SAMU 94	1

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

6 GESTION DES DASRI, EXCRETA, FLUIDES BIOLOGIQUES ET AUTRES DECHETS PRODUITS DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE

De manière générale, les déchets générés par la prise en charge d'un patient « cas possible » ou « cas confirmé » doivent être inactivés et conditionnés dans des emballages primaires conformes à la norme NF, avant tout transport, puis incinérés.

6.1 GESTION DES DECHETS DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE

Que le cas soit en cours de diagnostic (cas « suspect » ou « possible ») ou « confirmé », les déchets générés par la prise en charge d'un patient, dans un établissement de santé, sont :

- inactivés et conditionnés ;
- et transportés et entreposés au sein de l'établissement, en attendant la confirmation du diagnostic.

Sont concernés par les présentes recommandations les déchets produits dans le cadre de la prise en charge d'un patient classé « cas confirmé » à savoir :

- Les DASRI solides, tels que définis à l'article R.1335-1 du CSP ;
- Les excréta et les fluides biologiques issus du patient ;
- Tous les équipements de protection individuelle (EPI) du personnel soignant utilisés pour la prise en charge du patient ;
- D'autres objets tels que des déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM) ou des effets personnels du patient, souillés ou potentiellement contaminés au sein de la chambre et qui ne peuvent pas être décontaminés.

Etape 1 : Inactivation et conditionnement des déchets

- Elle est assurée dans la chambre du patient ou dans le sas, uniquement par le personnel soignant chargé de la prise en charge du patient, afin de limiter les intervenants ;
- L'inactivation chimique ou thermique des déchets solides et l'inactivation chimique des excréta et fluides biologiques suivie d'une gélification sont réalisées.

Etape 2 : Transport des déchets au sein de l'établissement

- Il est assuré par du personnel soignant ou par un prestataire dûment formé au préalable ;
- Les déchets sont transportés dans des grands récipients pour vrac (GRV) ou grands emballages (GE) compatibles avec la filière d'incinération retenue, jusqu'à la zone d'entreposage dédiée aux DASRI au sein de l'établissement de santé.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

À l'issue du diagnostic :

- **Si le cas est exclu** : les déchets préalablement inactivés et conditionnés sont transportés et éliminés selon la réglementation en vigueur relative aux DASRI (incinération ou prétraitement) ;
- **Si le cas est confirmé** : les déchets inactivés et conditionnés sont transportés, pour élimination, vers une usine d'**incinération**, dans les conditions fixées aux étapes 3 et 4.

Etape 3 : Transport des déchets vers l'incinération

Quel que soit le mode de transport retenu (terrestre, maritime ou aérien), la traçabilité des déchets est renforcée au niveau du bordereau Cerfa.

Etape 4 : Incinération

Les déchets « Ebola » doivent être incinérés dans des installations autorisées à incinérer des DASRI.

Un document de conduite à tenir sur la gestion des DASRI, excréta, fluides biologiques et autres déchets produits dans la chambre du patient au sein d'un établissement de santé a été envoyé aux ARS et ARS de Zone, le 14/11/14 :



PJ 19 -
_cat_gestion_d

6.2 GESTION DES DECHETS HORS ETABLISSEMENTS DE SANTE

Actuellement, en pratique, les déchets Ebola produits en dehors des établissements de santé et dans des structures de soins sont orientés dans une filière DASRI.

Pour tous les autres établissements, les DASRI produits peuvent être collectés par le SAMU.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

7 NETTOYAGE ET DESINFECTION

L'OMS a publié sous forme de FAQ (12/08/2014), un certain nombre de recommandations relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

Les caractéristiques du virus Ebola suggèrent qu'il est vraisemblablement relativement fragile dans l'environnement. À ce jour, il n'existe aucune preuve de la transmission du virus Ebola par de l'eau de boisson potable contaminée par des selles ou de l'urine.

L'hygiène de base des mains est extrêmement importante. Elle consiste à se laver les mains avec une quantité suffisante d'eau propre et du savon ou à pratiquer une friction des mains avec une solution à base d'alcool. Pour être efficace, le lavage des mains doit durer au moins 40 à 60 secondes et la friction des mains, avec une solution à base d'alcool, 20 à 30 secondes.

Par ailleurs, un avis du HCSP a été rendu le 14 janvier 2015 relatif aux procédures de nettoyage et de désinfection des surfaces potentiellement contaminées par du virus Ebola.



PJ 20 - Avis
;P- Procédures

Le HCSP recommande :

- l'utilisation d'eau de Javel pour désinfecter les sols et les surfaces à une concentration de 0,5 % de chlore, en laissant agir 15 minutes, ou d'autres produits désinfectants revendiquant le niveau d'activité préconisé attestent leur activité virucide selon la norme NF EN 14476 (version de septembre 2013) dans les conditions d'utilisation recommandées, en particulier avec le temps de contact le plus long pour les virus testés ;
- une tenue de protection intégrale de type 4B pour les personnes chargées de nettoyer et de désinfecter l'environnement d'un cas possible ou confirmé de MVE ;
- les modalités suivantes pour l'entretien de l'environnement du patient en sa présence :
 - un nettoyage complet (déterSION puis rinçage non abondant) avec du matériel à usage unique, terminé par un séchage spontané ;
 - puis une désinfection à l'aide d'une solution d'hypochlorite de sodium à 0,5 % de chlore ou d'un autre produit conforme aux préconisations de cet avis ;
- L'acheminement de l'ensemble des déchets produits par les opérations de nettoyage et de désinfection vers la filière DASRI Ebola ;
- L'intervention d'une équipe formée, équipée et protégée de façon complète dans des lieux publics pour organiser la désinfection des locaux.

L'application complète et correcte de cette procédure permet de réutiliser les locaux ainsi traités.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

8 INFORMATION ET COMMUNICATION

Un dispositif d'information et de communication a été mis en place, en lien avec le Service d'Information du Gouvernement (SIG) et l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) et s'adresse à différentes cibles.

8.1 INFORMATION DES VOYAGEURS

Un dispositif d'information à destination des voyageurs a été mis en œuvre en lien avec nos différents partenaires : dossiers spécifiques sur les sites Internet, affiches aux principaux points d'entrée (ports et aéroports), distribution de dépliants d'information et de fiches de traçabilité simplifiées aux passagers des vols directs concernés.

Les professionnels des ports et des aéroports ont également fait l'objet d'une information spécifique sur la maladie à virus Ebola ainsi que sur les risques liés à leur profession.



PJ 21 -



PJ 22 -



PJ 23 -



PJ 24 -

_conseil_aux_v _conseil_aux_v _conseil_aux_v _conseil_aux_v

8.2 INFORMATION DES MIGRANTS

Un « questions-réponses » ainsi que des chroniques sonores ont été élaborés et diffusés sur les sites Internet et radio spécialisés pour informer et sensibiliser ces populations particulièrement concernées.

8.3 INFORMATION DU GRAND PUBLIC

Un dispositif complet et gradué d'information grand public a été élaboré afin d'être mis en œuvre en fonction de la situation épidémiologique et des attentes de l'opinion publique. Ce dispositif comprend la création d'une page Internet spécifique sur Ebola, l'activation (jusqu'au 28/01/2015) d'une plateforme téléphonique, l'organisation régulière de conférence de presse, la création d'infographies et leur déclinaison pour Twitter et Internet, la production de chroniques vidéos d'interview d'experts, etc.

Certains de ces outils n'ont pas été diffusés compte tenu de la situation épidémiologique.

8.4 INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Outre la création d'un dossier spécifique sur www.ebola.sante.gouv.fr, les professionnels de santé libéraux (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ...) ont été régulièrement informés de la situation et des modalités de prise en charge : DGS-Urgent, fiches d'information destinées aux professionnels de santé, etc.



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

8.5 COMMUNICATION SUR LES CAS SUSPECTS OU POSSIBLES

La doctrine actuelle du MASDF est de communiquer seulement sur les cas confirmés. Les questions des journalistes concernant les cas suspects ou possibles doivent faire l'objet d'une réponse en ce sens ou peuvent être renvoyées vers la MICOM, en cas de difficultés.



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des capacités de prise en charge de cas à MVE
établissements de santé

Annexe 2 : Documentation et procédures valides



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des capacités de prise en charge de cas à MVE établissements de santé

Zone de défense	Région	Type d'établissement	Nom de l'établissement	Disponibilité PCR et réactif Altona	EPI (3b)	Housse de transport
Nord	Nord-Pas-de-Calais	ESRH	CHU de Lille	Oui	150	- 1 housse de transport
Ouest	Bretagne	ESRH	CHU de Rennes	Non	150	- 1 housse de transport
	Haute-Normandie	ESRH	CHU de Rouen		150	- 1 housse de transport
Paris	Ile-de-France	ESRH	Hôpital Necker (AP-HP) - enfants malades	Non	150	
		ESRH	Hôpital Bichat (AP-HP)	Oui	150	- 1 housse de transport
		ESRH	Hôpital d'instruction des armées Begin	Non	50 (?)	- 1 housse de transport
Sud	PACA	ESRH	Hôpital Nord	oui	150	- 1 housse de transport
Sud-est	Rhône-Alpes	ESRH	Groupeement Hospitalier Nord. Hôpital de la Croix-Rousse Service des maladies infectieuses et tropicales	Non	150	- 1 housse de transport
Sud-ouest	Aquitaine	ESRH	CHU de Bordeaux	Oui	150	- 1 housse de transport
Est	Alsace	ESRH	CHU de Strasbourg	Non	150	- 1 housse de transport



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

	Lorraine	ESRH	CHU de Nancy		150	- 1 housse de transport
Océan Indien	La Réunion	ESRH	CH de La Réunion	Oui	150	- 1 housse de transport
	Mayotte	ES non ESRH	CH de Mayotte	Non	150	
Antilles	Martinique	ESRH	CH de Fort-de-France	Oui	150	- 1 housse de transport
	Guadeloupe	ES non ESRH	CH de Pointe-à-Pitre	?	150	- 1 housse de transport
Guyane	Guyane	ES non ESRH		?	150	- 1 housse de transport

Pour les DOM : 150 EPI complet pour des ES

SAMU : 10 tenues complètes + dotation complémentaire en vue d'une redistribution vers certains SMUR pour améliorer la couverture territoriale

EPRUS : 2 caissons de transports en stock.



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

Annexe 2 : Documentation et procédures valides

MARS

- **MARS n°5 du 2 septembre 2014** : Stratégie de prise en charge des « cas suspects » - Annexe n°2 (schéma procédure de prise en charge d'un cas suspect de MVE) - Annexe n°4 (procédure SPILF – COREB comment repérer et prendre en charge un patient suspect de MVE)
- **MARS n°6 du 3 octobre 2014** : Prise en charge classés « cas possibles » - Annexe n°2 (liste actualisée au 25 septembre 2014 des ESRH)
- **MARS n°7 du 6 octobre 2014** : Mobilisation des professionnels de santé au travers de la réserve sanitaire de l'EPRUS pour la lutte contre l'épidémie de MVE en Guinée
- **MARS n°9 du 14 novembre 2014** : Définition de cas de l'InVS au 14 novembre 2014, ajoutant le district de Bamako (Mali) dans la définition de la zone à risque.

MINSANTE

- **Minsante n°397** : sensibilisation et rappel des bonnes pratiques concernant le risque d'importation via un transport maritime (17 avril 2014)
- **Minsante n°419** : Recensement des capacités de prise en charge en réanimation (17 juillet 2014)
- **Minsante n°428** : Prévention de l'introduction du virus EBOLA sur le territoire national - Note concernant la prévention de l'introduction du virus EBOLA sur le territoire national (1^{er} août 2014)
- **Minsante n°448** : Acquisition d'équipements de protection individuelle par l'EPRUS - prise en charge Ebola (2 septembre 2014)
- **Minsante n°456** : liste des établissements disposant de capacités opérationnelles de prise en charge Ebola (26 septembre 2014)
- **Minsante n°462** : Renforcement et évaluation de la préparation du système de santé (15 octobre 2014)
- **Minsante n°466** : information et préparation des établissements de santé (24 octobre 2014)
- **Minsante n°472** : instruction DGOS/DIR/PF2/DGS/BOP/2014/165 du 4 novembre 2014 - préparation des établissements de santé (ES) non ESRH - accueil inopiné d'un patient cas suspect de MVE (7 novembre 2014)
- **Minsante n°473** : Ebola - Eléments et produits du corps humain (12 novembre 2014)
- **Minsante n°478** : Renforcement de la dotation des établissements de santé en EPI (21 novembre 2014)
- **Minsante n°480** : Mise à jour définition de cas (25 novembre 2014)
- **Minsante n°483** : instruction DGS/CORRUS/2014/326 du 21 novembre 2014 relative à la mise en place opérationnelle du suivi des personnes contact ou exposées d'un cas confirmé de MVE (3 décembre 2014) .
- **Minsante n°484** : Mise à jour des fiches ports et aéroports (12 décembre 2014).
- **Minsante n°485** : Mise en place du dispositif d'identification et de suivi des personnes exposées au virus Ebola amenées à travailler dans la zone à risque et de retour en France (18 décembre 2014).
- **Minsante n°489** : Procédure de réapprovisionnement en combinaisons 3b (30 décembre 2014).



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

- **Minsante n°2015_7** : Clôture des enquêtes SISAC Ebola (13 janvier 2015).
- **Minsante n°2015_9** : Nouvelle définition de cas InVS, enlevant le district de Bamako (Mali) dans la définition de la zone à risque (20 janvier 2015).

PROCEDURES – CONDUITES A TENIR

Avis HCSP

- Avis du HCSP relatif à la conduite à tenir concernant :
 - l'identification et le suivi des personnes contacts d'un cas possible ou confirmé de maladie à virus Ebola ;
 - les professionnels de santé exposés à un cas confirmé de maladie à virus Ebola (24 octobre 2014) ;
- Avis du HCSP relatif aux procédures de nettoyage et de désinfection des surfaces potentiellement contaminées par du virus Ebola (17 novembre 2014) ;
- Avis du HCSP relatif à la prise en charge des personnels de santé en milieu de soins, victimes d'un AES/AEV, à partir d'un patient index cas confirmé de MVE (4 décembre 2014).

Instructions

- Instruction conjointe relative à la conduite à tenir au regard du risque Ebola sur le territoire national du 11 octobre 2014 ;
- Instruction DGOS/DIR/PF2/DGS/BOP/2014/165 du 4 novembre 2014 - préparation des établissements de santé (ES) non ESRH - accueil inopiné d'un patient cas ;
- Instruction DGS/CORRUSS/2014/326 du 21 novembre 2014 relative à la mise en place opérationnelle du suivi des personnes contact ou exposées d'un cas confirmé de MVE ;
- Instruction DGS/CORRUSS/2015/40 du 6 février 2015 relative à la mise en place opérationnelle du suivi des personnes contacts ou exposées, d'un cas confirmé de maladie à virus Ebola (MVE).

Procédures

- procédure COREB ;
- procédure SFMU ;
- Procédure Aéronef (1^{er} octobre 2014) ;
- Procédure Navire (1^{er} octobre 2014) ;
- Procédure DASRI (13 novembre 2014).