

Avis

portant sur la conduite à tenir face à des patients suspects de fièvre hémorragique virale (FHV) dont la maladie à virus Ebola (MVE)

20 octobre 2021

1 Contexte de la saisine

Dans le contexte d'une alerte relative à la maladie à virus Ebola (MVE) en Côte d'Ivoire en août 2021, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été sollicité pour réactiver ses travaux dans le cadre de la saisine de la Direction générale de la santé (DGS) en date du 20 août 2019 (annexe 1).

Pour ce faire, le HCSP a réuni des experts membres ou non du HCSP (cf. composition du GT en annexe 2).

Le HCSP présente sous forme de fiche technique (annexe 3) la conduite à tenir face à des patients suspects de fièvre hémorragique virale (FHV) dont la maladie à virus Ebola (MVE).

2 Introduction

Tout cas de FHV dont la MVE présent sur le territoire français nécessite une intervention sans délai afin de mettre en place des mesures de prévention de la transmission pour les sujets contacts. En conséquence, il est nécessaire que tout patient suspect de FHV (dont MVE) fasse immédiatement l'objet d'une évaluation clinico-épidémiologique associant un trinôme : (i) le clinicien responsable de sa prise en charge (lui-même en lien avec l'équipe médicale concernée), (ii) un infectiologue référent REB (risque épidémique et biologique) de l'Établissement de Santé de Référence (ESR) de rattachement, (iii) et le Centre National de Référence (CNR) des FHV. Le SAMU-Centre 15 peut également être sollicité pour aider à la mise en relation des différents experts, puis amorcer la préparation à un éventuel transport du patient si classé « cas possible ».

S'agissant du ou des premier(s) cas, considérant (i) le risque sanitaire épidémique induit, (ii) la potentielle nécessité de prendre des mesures sans délai, (iii) la nécessité de maîtriser le risque médiatique dès la révélation de la suspicion, il semble nécessaire que la DGS propose les agences sanitaires à associer d'emblée au trio précédemment défini pour l'évaluation des cas (en particulier d'un premier cas) : un représentant de Santé publique France (SpF) en capacité de faire le lien avec la DGS et le ministère en charge de la santé et l'Agence Régionale de Santé (ARS) concernée.

À l'issue de cette évaluation, les patients répondant aux critères de définition d'un cas possible doivent bénéficier dans les meilleurs délais des prélèvements spécifiques à visée diagnostique et un signalement doit être fait immédiatement à l'ARS.

La question à résoudre sans délai est celle de l'orientation du patient et des prélèvements à visée diagnostique vers un ESR ou un ESRH (Établissement de Santé de Référence Habilité) pour la prise en charge des patients cas possibles de FHV.

Les conclusions des travaux et les décisions d'aval définissant les différents niveaux d'ESR pour la prise en charge des patients atteints d'infection REB n'étant pas à ce jour connus, il convient de se référer à la liste diffusée en 2015 [1]. Il apparaît essentiel, en termes opérationnels, de rendre publique au plus vite la liste des différents types d'ESR, leurs missions respectives, en précisant le cas échéant la nouvelle organisation nationale et territoriale qui en découlerait, car le parcours et les modalités du transport seront pour les autorités sanitaires et les acteurs opérationnels de la prise en charge du patient (infectiologue, SAMU, virologue, hygiéniste ...), dès la suspicion d'un cas, la question majeure à laquelle il faudra pouvoir apporter instantanément une réponse.

3 Définition des cas et diagnostic de FHV

L'objectif de cette fiche est de permettre la prise en compte du REB que représente une FHV chez un patient suspect dès les premières étapes de son entrée dans le système de santé afin de prévenir ou de réduire le risque d'une transmission secondaire vers la collectivité et/ou les personnels soignants.

Tout patient suspect de FHV doit immédiatement être isolé puis faire l'objet d'une évaluation clinico-épidémiologique associant le(s) clinicien(s) responsable(s) de la prise en charge du patient, un infectiologue référent REB et le CNR des FHV.

3.1 Définitions des cas

a) Patient suspect

Toute personne présentant, dans un délai de **21 jours** après son retour d'une zone de circulation de virus responsable(s) de FHV, un **tableau clinique évocateur de maladie à FHV** :

- Fièvre avec température $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- OU des symptômes de FHV, tels que diarrhée, vomissements, asthénie, anorexie, céphalées, myalgies, arthralgies, douleurs abdominales, odynophagie, saignements inexpliqués, hémorragies ;
- OU un décès inexpliqué [2,3].

b) Cas possible

Le classement du patient en cas possible est décidé après interrogatoire médical et examen clinique et à l'issue d'une conférence téléphonique associant : médecin en charge du patient, infectiologue référent REB, SAMU et CNR des FHV.

Il peut s'appuyer sur les éléments suivants :

- **Patient suspect + notion d'exposition à risque :**

Toute personne présentant **un tableau clinique évocateur** tel que décrit au paragraphe précédent et rapportant, dans un délai de **21 jours** avant le début des symptômes, une exposition à risque établie (cf. liste en vigueur) ou, sur le territoire français uniquement, un contact direct sans port d'équipements de protection individuelle (EPI) avec un cas confirmé.

- **Patient suspect + triade fièvre - association de symptômes - manifestations hémorragiques**

Tout patient suspect présentant, dans un délai de **21 jours** après son retour d'une zone de circulation virale, les trois éléments cliniques suivants :

- Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- ET association de symptômes tels que diarrhée, vomissements, asthénie, anorexie, céphalées, myalgies, arthralgies, douleurs abdominales, odynophagie ;

- ET manifestations hémorragiques (digestive, gingivale, génitale, épistaxis, hémoptysie, hématomes, purpura, fausse couche spontanée, ...).

c) Cas particulier

Il peut être difficile d'effectuer le classement à un moment donné par manque d'éléments cliniques ou d'interrogatoire (dates de voyage ou circonstances d'exposition par exemple) ; le patient reste alors « patient suspect » avec les mesures de protection *ad hoc*, jusqu'à ce que l'exclusion ou le classement en cas possible puisse être réalisé.

Il est important de distinguer au sein des cas possibles, pour une prise en charge optimale sécurisée :

- les patients non-excréteurs (ne présentant pas de saignements, de vomissements ou de diarrhée) hospitalisés en service de médecine sont considérés à risque moindre de transmission.
- les patients excréteurs (présentant saignements, vomissements ou diarrhée), ou nécessitant une hospitalisation en réanimation (pour paludisme grave par exemple), doivent être considérés à risque élevé de transmission.

À l'issue de cette évaluation, les patients répondant aux critères de définition d'un cas possible doivent être isolés sans délai avec les mesures décrites puis prélevés dans les meilleurs délais pour les tests diagnostiques et signalés immédiatement à l'ARS.

d) Cas confirmé

Un cas confirmé est défini comme toute personne pour laquelle on dispose d'une confirmation biologique d'infection FHV validée par le CNR FHV.

3.2 Définitions des personnes « contact » et personnes co-exposées

Selon le dernier rapport de 2019 du HCSP sur les mesures non pharmaceutiques pour limiter la diffusion des maladies transmissibles [4] :

Une personne contact est une personne asymptomatique qui :

- a été en contact à risque sans mesure de protection avec un cas suspect, possible ou confirmé de maladie infectieuse avant le début d'une prise en charge efficace ;
- a voyagé dans le même avion, assis à un siège d'écart, dans toutes les directions d'un cas, suspect ou possible ou confirmé, ou a été exposée à des liquides biologiques pendant le voyage.

Une personne co-exposée est une personne asymptomatique qui a séjourné dans le même pays et/ou a été exposée aux mêmes sources qu'un patient cas possible ou confirmé de maladie infectieuse.

L'évaluation du risque de contamination peut être difficile lors de l'interrogatoire effectué par le premier soignant rencontré par la personne, et peut nécessiter une réévaluation clinique et épidémiologique. Cette évaluation est cependant à initier le plus précocement possible par ce premier clinicien.

4 Réponse à une situation de risque concernant les FHV

La réponse à une telle situation doit comprendre le classement du patient, tout en assurant sa prise en charge clinique sans retard et son orientation puis sa prise en charge en ESR s'il est classé cas possible.

4.1 Classement et orientation du patient

Le classement et l'orientation du patient reposent sur la mise en œuvre immédiate d'une conférence téléphonique associant dans la mesure du possible :

- le trio d'expertise précédemment décrit incluant le(s) clinicien(s) responsable(s) de la prise en charge du patient, un infectiologue référent REB de l'ESR de rattachement, et le CNR des FHV ;
- l'équipe médicale locale prenant en charge le patient ;
- le SAMU-Centre 15 ;
- des représentants de SpF et de l'ARS concernée.

Cette expertise permet le classement du patient en « cas suspect » ou « cas possible ».

Pour un patient classé « cas possible », il convient de l'orienter vers l'ESR de rattachement, en s'assurant de la mise en place des mesures d'hygiène recommandées et du port des EPI par le personnel en charge de son transport et de son accueil.

4.2 La prise en charge du patient cas possible en ESR

4.2.1 Prélèvements

En ESR, chez un patient placé en isolement dans une chambre prévue à cet effet, les prélèvements biologiques de confirmation du diagnostic de FHV sont réalisés en chambre d'isolement prévue à cet effet et adressés au CNR FHV.

Il est nécessaire que les personnels respectent les mesures de protection individuelle et les consignes recommandées pour le transport des prélèvements et le traçage (triple emballage, étiquetage) [5].

D'autres prélèvements à visée diagnostique (paludisme par exemple) ou de prise en charge (bilan hématologique, biochimique ...) pourront être réalisés en fonction des possibilités de fonctionnement du laboratoire P3 de l'ESR, ou des possibilités de biologie délocalisée dans les conditions de sécurité recommandées.

4.2.2 Prise en charge thérapeutique

Le traitement du patient doit être instauré au plus tôt pour limiter toute perte de chance (d'autant plus que la prise en charge a pu être retardée par le délai lié au transfert en ESR).

4.2.2.1 Traitements non spécifiques de FHV

- **Traitement symptomatique immédiat et adapté aux signes de gravité :**
 - mesures d'hydratation et de rééquilibration hydro-électrolytique, antiémétiques, anti-diarrhéiques, antipyrétiques et antalgiques ;
 - mesures de réanimation si nécessaire ;
 - contre-indication des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et des anticoagulants.(se reporter aux Recommandations professionnelles multidisciplinaires opérationnelles (RPMO) 2019 [6]).
- **Traitement anti-infectieux probabiliste :**
 - antibiothérapie probabiliste et/ou traitement antipaludique selon les recommandations de l'OMS [7] et les RPMO 2019.

4.2.2.2 Traitement spécifique

Après réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) associant l'infectiologue REB de l'ESR, le CNR FHV, l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) :

- Prescription d'anticorps monoclonaux en concertation avec les experts REB et l'ANSM : Deux traitements sont désormais approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) dans le traitement de la MVE causée par la souche Ebola Zaïre chez les sujets adultes et pédiatriques :
 - le premier, homologué en octobre 2020, REGN-EB3 (Inmazeb®) est une combinaison de trois anticorps monoclonaux (atoltivimab/maftivimab, odesivimab) ;
 - le second, ansuvimab (Ebanga®), est un anticorps monoclonal homologué en décembre 2020.

Ces deux traitements, parentéraux en dose unique, ont été testés dans une étude randomisée et contrôlée en République démocratique du Congo (RDC) (2018-2020) [8]. Cette étude a inclus 681 sujets adultes et pédiatriques (y compris des nouveau-nés) infectés par la souche Ebola Zaïre, et comparait 3 traitements potentiels (REGN-EB3, ansuvimab [nommé Mab114] et remdesivir) à un traitement de référence (ZMapp). Les traitements par REGN-EB3 et ansuvimab ont été associés à une réduction statistiquement significative de la mortalité (taux de mortalité à J28 de 34% et 35%, respectivement) par rapport au traitement par ZMapp (taux de mortalité à J28 de 50%). Un bénéfice sur la survie des nourrissons nés de mères infectées a également été rapporté pour l'ansuvimab [9]. **L'efficacité de ces traitements sur les autres souches du virus Ebola n'a pas été évaluée.**

Le choix du traitement spécifique et les modalités de sa délivrance en urgence relèvent de la concertation entre l'infectiologue référent REB de l'ESR et l'ANSM.

4.3 Prise en charge des contacts (soignants et autres personnes contacts)

Concernant les sujets contacts, il convient de mettre en œuvre les actions suivantes :

- Établir la liste des sujets contacts à l'extérieur de l'hôpital. Cette démarche initiée par les premiers cliniciens en charge du patient sera ensuite confiée à l'ARS dont dépend l'établissement de santé ;
- Lister les soignants impliqués dans la prise en charge du patient suspect. Cette traçabilité sera centralisée par le service de santé au travail en lien avec le cadre de santé du service où est pris en charge le patient ;
- Discuter, en cas de MVE, d'une vaccination [10] spécifique pour les soignants et les éventuels cas contacts. La décision de vaccination relève d'une concertation pluridisciplinaire (infectiologue référent REB de l'ESR, ANSM, DGS, SpF) prenant en compte les risques et les bénéfices attendus en fonction de chaque situation¹.

Le vaccin Ervebo® (rVSVΔG-ZEBOV-GP, vivant) est un vaccin vivant atténué recombinant constitué du virus de la stomatite vésiculaire (VSV) dans lequel le gène codant la glycoprotéine (GP) d'enveloppe du VSV a été substitué par celui codant pour la GP d'enveloppe du virus Ebola Zaïre (ZEBOV). L'utilisation d'un virus répliquatif comme vecteur viral vaccinal induit rapidement la production d'anticorps anti-GP d'enveloppe du virus Ebola après une seule injection. Dans le cadre de son AMM, le vaccin Ervebo® est indiqué pour l'immunisation active des personnes âgées de 18 ans et plus dans la prévention de la MVE due au virus Ebola Zaïre [11] .

¹ Actuellement, un seul centre de vaccination national en Île-de-France (HIA Bégin) est habilité.

Le vaccin Ervebo® étant un vaccin à virus vivant atténué, du virus vaccinal peut être présent dans les fluides biologiques (sang, urine, salive, sperme, sécrétions vaginales, humeur aqueuse, lait maternel, selles, sueur ...), principalement dans les 7 premiers jours post-vaccination. La transmission du virus vaccinal par contact personnel proche étant considérée comme théoriquement possible, les sujets vaccinés doivent éviter tout contact proche avec des personnes à haut risque (sujets immunodéprimés, femmes enceintes ou allaitantes, enfants de moins d'un an) et de les exposer à leur sang ou à leurs fluides corporels pendant au moins 6 semaines après la vaccination.

Pour rappel, selon l'EMA : des immunoglobulines (Ig), des transfusions de sang ou de plasma ne doivent pas être administrées en même temps qu'Ervebo®. L'administration d'immunoglobulines, des transfusions de sang ou de plasma 3 mois avant ou jusqu'à 1 mois après l'administration d'Ervebo peuvent interférer avec la réponse immunitaire attendue.

L'efficacité du vaccin a été étudiée dans le cadre d'une étude de phase 3 « V920-010 » (ou « Ebola Ça Suffit ! ») [12], contrôlée et randomisée par clusters (vaccination immédiate versus vaccination retardée ou absence de vaccination), réalisée en ouvert lors de l'épidémie de Guinée et Sierra Leone en 2015 chez 5 837 personnes selon une stratégie de « vaccination en anneaux ».

Cette étude a permis d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'une dose unique du vaccin rVSV-ZEBOV (2 x 10⁷ pfu) administré par voie intramusculaire.

L'efficacité vaccinale a été estimée à 100% (IC95% de 68,9-100) pour la vaccination immédiate.

Ces résultats ont été confirmés par l'étude observationnelle conduite en RDC par l'Institut national de la recherche de RDC et l'OMS entre le 1^{er} août 2018 et le 25 mars 2019 lors de l'épidémie ayant touché la province du Nord Kivu. Les personnes éligibles à la vaccination étaient les sujets ciblés par la « vaccination en anneaux » (personnes contacts et les contacts de contacts des cas de MVE déclarés ou suspectés) ainsi que les agents de santé et les intervenants de première ligne. L'efficacité du vaccin, évaluée sur la survenue d'une MVE au moins 10 jours après la vaccination, a été estimée à 97,5% (IC95% 92,4-99,1) chez les agents de santé et intervenants de première ligne et à 88,1% (IC95% [79,9-92,9]), quel que soit le délai d'apparition de la maladie. Ainsi, l'efficacité d'Ervebo® a été établie sur la période ≥ 10 jours et ≤ 31 jours après la vaccination.

La nécessité d'une dose de rappel n'a pas été établie. Une étude (PREPARE V920-013) évaluant l'immunogénicité d'une dose de rappel administrée 18 mois après la 1^{ère} dose est actuellement en cours.

L'application d'autres mesures de protection contre la MVE ne doit donc pas être interrompue.

Selon les modalités définies et détaillées par la Haute Autorité de santé (HAS) [7] et le HCSP dans son avis publié en 2018 [13], le vaccin Ervebo® peut être indiqué chez :

- les professionnels des ESR en contact direct avec un patient atteint de MVE ou ses produits biologiques (vaccination réactive) ;
- les professionnels exposés à des fluides contaminés en prophylaxie post-exposition ;
- les sujets contacts d'un cas de MVE confirmé (vaccination post-exposition). La vaccination devra alors être réalisée le plus précocement possible après l'exposition.

Dans la mesure du possible, la vaccination d'une équipe entière pourrait être étalée dans le temps.

En post-exposition immédiate en milieu de soins, peu de données sont disponibles, Quelques sujets ont reçu une dose de vaccin à la suite d'une exposition accidentelle par une piqûre d'aiguille. Le vaccin a été administré dans les 48 heures qui ont suivi l'exposition. Hormis quelques effets indésirables, notamment de la fièvre, dans les 12 heures suivant la vaccination, les sujets sont restés indemnes de la MVE. Seul le virus vaccinal a été détecté par PCR dans leur sang et les tests

spécifiques du virus Ebola sauvage sont restés négatifs.

Pour la vaccination post-exposition des sujets contacts à la suite de la déclaration d'un cas sur le territoire national, la vaccination devra être réalisée le plus précocement possible après l'exposition. Dans ces circonstances, l'utilisation du vaccin dans des populations faisant l'objet de précautions d'emploi, voire hors AMM (autorisation de mise sur le marché) en raison de données encore limitées (enfants, femmes enceintes et allaitantes, immunodéprimés) pourrait être envisagée au cas par cas compte tenu de la gravité de la maladie. Dans ce cas, la décision de vaccination fera suite à une concertation pluridisciplinaire prenant en compte les risques et les bénéfices attendus en fonction de chaque situation clinique.

La vaccination justifiera la mise en place d'un suivi rapproché de ces personnes (notamment pour le recueil des événements indésirables immédiats et retardés), ainsi qu'à l'arrêt de l'allaitement pour les femmes concernées.

Un dispositif spécifique de recueil et de suivi renforcé des effets indésirables immédiats et retardés est mis en place par l'ANSM.

5 Mesures de prévention et d'hygiène (cf. encadré en infra)

Pour tout patient suspect de FHV, la maîtrise du risque infectieux repose sur un strict respect des précautions standard (PS) d'hygiène, par l'ensemble des personnels dans les différentes structures d'accueil (ex. cabinet médical, ambulances, service d'accueil des urgences, secteur d'hospitalisation, radiologie etc.). Ces mesures d'hygiène sont complétées avec des mesures complémentaires renforcées par d'autres mesures de protection individuelle et de gestion du risque (circuit des excréta, des EPI, des prélèvements biologiques, etc.) en fonction du statut et de la définition du cas. Ces mesures d'hygiène doivent être strictement respectées avec une vigilance particulière vis-à-vis du risque d'accident exposant aux liquides biologiques (cf. synthèse 1 ci-dessous et logigramme en annexe 3).

Parmi l'ensemble des mesures incluses dans les PS, les EPI comprennent le port de gants, la protection du visage (masque/lunettes) et la protection de la tenue. Utilisés seuls ou en association, les EPI protègent les professionnels de santé du risque d'exposition à des microorganismes lors des contacts avec les muqueuses, la peau lésée et en cas de contact ou risque de contact/projection/aérosolisation de produits biologiques d'origine humaine. Ces EPI peuvent comprendre les combinaisons intégrales en cas de maladie à haut potentiel de transmission avec une mortalité élevée (cf. synthèse 2 ci-dessous).

S'agissant d'agents infectieux hautement pathogènes de type FHV, le port d'un appareil de protection respiratoire de type FFP2 (conforme à la norme EN 149) est recommandé, car il permet un meilleur ajustement au visage et limite donc le risque de contamination des muqueuses du nez et de la bouche. Le port de lunettes et de visière de protection est aussi recommandé.

La composition et le type d'EPI à utiliser (cf. synthèse 2 ci-dessous), en particulier le type de combinaison en termes de protection conférée, de surbotte et les dispositifs de protection faciale) sont fonction :

- **du statut clinique du patient :**
 - patient suspect ;
 - patient cas possible présentant de la fièvre voire des signes généraux mais non excréteur, c'est-à-dire cliniquement stable et ne présentant pas de diarrhée, de vomissement ou d'hémorragie et ne requérant pas de soins de réanimation ;
 - patient cas possible excréteur c'est à dire présentant vomissements, diarrhée, ou hémorragies ;
 - patient cas confirmé.

- **de son parcours de soins :**

- dans les différentes structures de soins ou d'accueil de patients : service ou structure d'accueil des urgences (SAU) médico-chirurgicales y compris obstétricales, service de maladies infectieuses et tropicales (SMIT), y compris les structures ambulatoires de conseils aux voyageurs, plateau médicotechnique d'urgence (bloc opératoire et en particulier le bloc obstétrical, patient nécessitant une intubation en urgence ...) ;
- lors du transport vers un ESR ;
- lors de la prise en charge en ESR.

Il est important de souligner la nécessité d'une stricte vigilance des professionnels de santé quant au respect des techniques d'habillage avant de rentrer dans la chambre mais surtout à celles de déshabillage après les soins auprès d'un cas confirmé de maladie à FHV, situation hautement à risque d'exposition pour les soignants. La présence d'un superviseur REB dans les situations de prise en charge de patient cas possible *a fortiori* cas confirmé est fortement recommandée.

Synthèse 1 - Mesure d'hygiène et EPI

- Patient : isolement en chambre individuelle, séparée du flux des patients de la structure de soins, hygiène des mains avec produit hydroalcoolique (PHA) et port d'un masque chirurgical.
- Soignants :
 - Si forme non excrétoire : protection du personnel par l'application des précautions standard et des précautions complémentaires de type « contact » et « air » (masque FFP2, surblouse étanche, couvrante ou avec tablier plastique, charlotte, simple paire de gants non stériles, lunettes si risque de projection) ; soins regroupés pour limiter le risque d'exposition.
 - Si forme excrétoire : masque FFP2 résistant aux projections, pyjama à usage unique, protection imperméable ou étanche couvrante, charlotte, double paire de gants nitrile non stériles, port de lunettes largement couvrantes, port d'une combinaison de protection (cf. synthèse 2 ci-dessous).
- Éviter la survenue d'accident d'exposition aux liquides biologiques : équipe dédiée, entraînée, travail en binôme, médecins et infirmier(e)s seniors (pas d'étudiant au contact).
- Gestion des déchets de soins et effluents gélifiés : filière spécifique avec incinération.
- Identification précoce des personnes contact avec l'ARS pour les contacts communautaires, et avec les hygiénistes pour les contacts en milieu de soins.

Synthèse 2 – Les combinaisons de protection

Les vêtements de protection considérés sont ceux amenés à être utilisés dans un contexte de prise en charge d'un patient infecté par un **agent pathogène du groupe 4 ou un agent émergent non classé, potentiellement hautement pathogène.**

Trois tableaux synthétisent les caractéristiques des vêtements de type 3B, 4B et PB-3B, recensés en se basant sur les normes en vigueur :

- Vêtements de protection contre les agents infectieux de type 3B : combinaisons intégrales avec capuche intégrée
- Vêtements de protection contre les agents infectieux de type 4B (conformité à la Norme NF EN 14126) : combinaisons intégrales avec capuche intégrée
- Vêtements de protection contre les agents infectieux de type PB 3B (conformité à la Norme NF EN 14126) : *Partial Body*

L'INRS a publié un document « **Vêtements de protection contre les risques infectieux. Aide au choix sur la base des caractéristiques normalisées** » qui donne des informations synthétiques pour la compréhension des caractéristiques essentielles des vêtements de protection contre les agents infectieux afin d'aider les personnes en charge du choix de ces vêtements (**fiche pratique ED 143** en accès libre sur le site www.inrs.fr).

Références

1. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Les établissements de santé de référence (ESR) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/les-etablissements-de-sante-de-referance-esr>
2. Clinical and epidemiological performance of WHO Ebola case definitions: a systematic review and meta-analysis - ScienceDirect [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309920301936?via%3Dihub>
3. Lehmann C, Kochanek M, Abdulla D, Becker S, Böll B, Bunte A, et al. Control measures following a case of imported Lassa fever from Togo, North Rhine Westphalia, Germany, 2016. Eurosurveillance [Internet]. 28 sept 2017 [cité 20 oct 2021];22(39):17. Disponible sur: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.39.17-00088>
4. HCSP. Indications des interventions non pharmaceutiques contre les maladies transmissibles [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2019 avr [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=717>
5. HCSP. Maladie à virus Ebola - Nettoyage et désinfection des surfaces [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2015 janv [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=478>
6. Mission COREB Nationale. Prise en charge thérapeutique d'un patient atteint de maladie avérée à virus Ebola (MVE) en France. Recommandation professionnelle multidisciplinaire opérationnelle (RPMO). 2019; Disponible sur: <https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/coreb/20190313-rpmo-tt-ebola-vf13mars19.pdf>
7. Organisation mondiale de la Santé. Prise en charge clinique des cas de fièvre hémorragique virale : guide de poche pour l'agent de santé de première ligne 2016 : guide d'urgence provisoire à adapter aux conditions d'exercice dans les différents pays [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272720>
8. Mulangu S, Dodd LE, Davey RT, Tshiani Mbaya O, Proschan M, Mukadi D, et al. A Randomized, Controlled Trial of Ebola Virus Disease Therapeutics. N Engl J Med [Internet]. 12 déc 2019 [cité 4 oct 2021];381(24):2293-303. Disponible sur: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1910993>
9. Lee A. Ansumimab: First Approval. Drugs [Internet]. avr 2021;81(5):595-8. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40265-021-01483-4>
10. HAS. Utilisation du vaccin contre la maladie à virus Ebola ERVEBO [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3159895/fr/utilisation-du-vaccin-contre-la-maladie-a-virus-ebola-ervebo
11. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0200 du 31/08/2018 [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=hU31U7y3yJTt5lw_rDRqFBqAan03mhLJC5z3cVMEAsc

12. Henao-Restrepo AM, Camacho A, Longini IM, Watson CH, Edmunds WJ, Egger M, et al. Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine in preventing Ebola virus disease: final results from the Guinea ring vaccination, open-label, cluster-randomised trial (Ebola Ça Suffit!). The Lancet [Internet]. 4 févr 2017 [cité 4 oct 2021];389(10068):505-18. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32621-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32621-6/fulltext)
13. HCSP. Maladie à virus Ebola – stratégie vaccinale [Internet]. Rapport de l’HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2018 juin [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=676>

Annexe 1 – Saisine de la Direction générale de la santé en date du 20 août 2019

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

*Le Directeur général de la santé**Paris, le***20 AOÛT 2019,**

Nos réf : D-19-019859

Monsieur le Président,

Le 13 février 2019, je vous saisissais pour disposer d'une actualisation de vos recommandations relatives au virus Ebola suites aux différents travaux que vous avez engagés à ce sujet depuis 2014. Votre rapport est attendu pour le 30 novembre 2019.

Depuis le 18 avril 2019, séance inaugurale du groupe de travail transversal du HCSP « Sécurité des éléments et produits du corps humain » (Secproch), votre domaine d'expertise s'est élargi et me permet de pouvoir guider ma décision, notamment sur les dispositifs à mettre en place pour prévenir la transmission d'agents infectieux non dépistés en routine dans les produits sanguins, les greffons et les autres produits et éléments du corps humain utilisés à des fins thérapeutiques.

Aussi, il me semble nécessaire d'élargir ma saisine initiale en vous demandant d'intégrer cette problématique dans vos réflexions. A ma connaissance, l'EFS et l'ABM disposent d'ores et déjà d'un arsenal de mesures pour prévenir la transmission du virus Ebola, mais il apparaît nécessaire que ces dernières soient revues pour s'assurer qu'elles restent pertinentes au regard des nouvelles données scientifiques acquises et visent tous les produits et éléments du corps humain, y compris le lait maternel et les gamètes.

Mes services se tiennent à votre disposition pour apporter tous les compléments que vous jugerez utiles.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Jérôme SALOMON

Monsieur Franck CHAUVIN
Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TELEPHONE : 01 40 56 60 00 – WWW.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR

Annexe 2 - Composition du groupe de travail

Personnalités qualifiées :

Ludwig Serge AHO GLÉLÉ, Cs-3SP
Sylvain BAIZE, CNR FHV
France CAZENAVE-ROBLOT, Cs-MIME
Céline CAZORLA, Cs-MIME
Jean-Marc CHAPPLAIN, CHU Rennes, COREB
Christian CHIDIAC, Cs-MIME, pilote
Hélène COIGNARD, CHU Lyon, COREB
Bruno HOEN, Cs-MIME
Didier LEPELLETIER, Cs-3SP, copilote
Catherine LEPORT, CHU Bichat, COREB
Sophie MATHERON, Cs-MIME
Élisabeth NICAND, Cs-MIME
Bruno POZZETTO, Cs-MIME
Christian RABAUD, Cs-3SP
Christophe RAPP, Cs-MIME

Membres de droit :

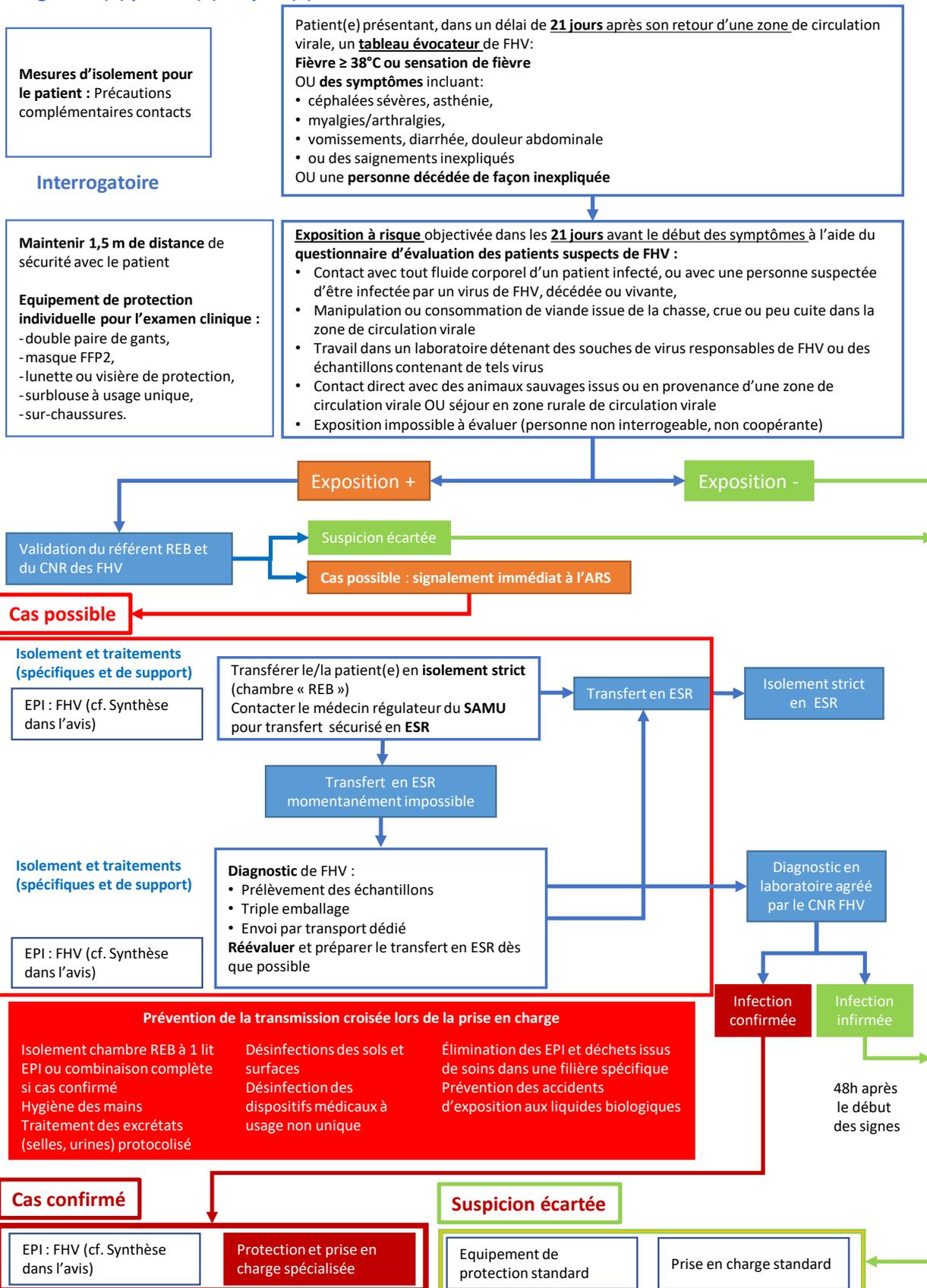
Céline CHARTIER, ANSM
Didier CHE, SpF
Alban DHANANI, ANSM
Fabien LAGARDE, ANSM
Harold NOËL, SpF

Secrétariat général du HCSP :

Marc DURAND, coordinateur scientifique
Ann PARIENTE-KHAYAT, coordinatrice de la Cs-3SP du HCSP

SUSPICION DE FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE (FHV) : CONDUITE A TENIR

Triage d'un(e) patient(e) suspect(e)



Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du HCSP. Aucun conflit d'intérêt identifié.

La CS-MIME a été consultée par vote électronique le 12 octobre 2021 : 16 membres qualifiés sur 21 membres qualifiés votant, aucun conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 15 votes pour, 1 abstention, 0 vote contre.

La CS-3SP a été consultée par vote électronique le 12 octobre 2021 : 15 membres qualifiés sur 18 membres qualifiés votant, aucun conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 14 votes pour, 1 abstention, 0 vote contre.

Le 20 octobre 2021

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP