



PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES APPELS POUR SUSPICION DE FIEVRE A VIRUS EBOLA (FVE)

Samu-Urgences de France (SUdF)
Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Septembre 2014

PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES APPELS POUR SUSPICION DE FIEVRE A VIRUS EBOLA (FVE)

1. Sommaire

1. Sommaire.....	2
2. Résumé	3
3. Procédure de prise en charge	3
3.1. QUALIFIER	3
3.2. AGIR.....	4
3.3. ORIENTER	5
4. ALGORITHMES	7
4.1. Algorithme de base	7
4.2. Algorithme « appel provenant d'un avion »	8
5. Références	9
6. Annexes	10
6.1. Annexe 1 – Contributeurs	10
6.2. Annexe 2 – Lexique	11

2. Résumé

L'actuelle épidémie de fièvre virale hémorragique à virus Ebola dans certains pays de l'Afrique de l'ouest et la probabilité, mais faible, d'importation de la maladie en France imposent la mise en place de procédures spécifiques de régulation médicale au niveau de Samu-Centre 15 et de prise en charge et de transport par les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Cette procédure fait suite au MARS 06.08.14-1 et à une demande de la Direction Générale de la Santé (DGS) au COREB (réseau de Coordination du Risque Epidémiologique et Biologique, et vient compléter les procédures déjà élaborées : (1) procédure SPIF-COREB : fièvre à virus Ebola (FVE) du 2 août 2014, (2) le transport du patient en isolement – Urgences 2012, chapitre 113, (3) avis du HCSP du 10 avril 2014 relatif à la conduite à tenir autour des cas suspects de fièvre hémorragique à virus Ebola.

3. Procédure de prise en charge

Cette procédure repose sur la démarche habituelle de prise en charge en médecine d'urgence :

- QUALIFIER la demande afin de définir le réel besoin de soins
- AGIR pour préserver la vie et/ou la fonction
- ORIENTER le patient, au bon moment, vers la filière de soins adaptée

3.1. QUALIFIER

3.1.1. **DEPISTER (4) définition InVS du 3 avril 2014**

Signes cliniques	+ Exposition < 21 jours
<p><u>Fièvre > 38°5</u></p> <p>Rechercher les signes cliniques évocateurs</p> <p><u>De la première phase de la maladie</u> Asthénie, anorexie, céphalées, algies</p>	<p><u>Retour de zone à risque</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Guinée Conakry✓ Libéria✓ Sierra Léone✓ Nigéria–

<p>diffuses, douleurs abdominales, thoraciques, conjonctivite, hépato-splénomégalie, toux, râles bronchiques.</p> <p><u>De la deuxième phase de la maladie</u> Diarrhées, vomissements, rash, odynophagie, hémorragies cutanéomuqueuses et viscérales</p> <p><u>Signes de gravité spécifiques</u> Manifestations hémorragiques, signes neuro-psychiques, hoquet rebelle.</p>	<p><u>Rechercher des facteurs de risque liés à l'exposition</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contact avec le sang ou un autre fluide corporel d'un patient infecté, ou suspecté d'être infecté par le virus Ebola, ✓ Contact direct avec une personne présentant un syndrome hémorragique ou avec le corps d'un défunt, dans la zone à risque ✓ Travail dans un laboratoire qui détient des souches de virus Ebola ou des animaux sauvages originaires de la zone d'épidémie ✓ Contact direct avec des animaux sauvages dans ou provenant de la zone à risque ✓ Rappports sexuels avec un cas d'Ebola confirmé, dans les 10 semaines suivant le début des symptômes du cas, ✓ Manipulation ou consommation de viande issue de la chasse crue ou peu cuite dans la zone à risque ✓ Prise en charge pour une autre pathologie ou visite dans un hôpital ayant reçu des patients infectés par le virus Ebola
--	---

3.1.2. **CLASSER**

Un cas suspect est défini par une fièvre > 38,5° et un retour de la zone d'épidémie depuis moins de 21 jours. Tout cas suspect doit faire l'objet d'une évaluation initiale par le médecin régulateur du Samu puis, si nécessaire en concertation avec l'ARS, l'InVs et l'infectiologue référent de l'ESR (selon les procédures locales).

A l'issue de cette évaluation, le cas est classé de la manière suivante :

- Fièvre + exposition compatible = CAS POSSIBLE
- Forme clinique grave compatible + exposition incertaine = CAS POSSIBLE
- Fièvre sans exposition ni signe évocateur = CAS EXCLU

3.2. **AGIR**

3.2.1. **PROTEGER**

Dès l'appel pour suspicion de FVE, s'assurer de l'isolement au moins géographique, ainsi que si possible, du port de masque chirurgical pour le patient. Le soignant, si présent sur place, reste à distance. Tout abord du patient doit s'effectuer avec une tenue complète de protection.

3.2.1. ENGAGER

En cas de signe de détresse, engagement d'un Smur selon les critères habituels de régulation médicale. Les SMUR intervenant potentiels, connus de la régulation du SAMU départemental et du SAMU Zonal sont tous pourvus des tenues complètes de protection recommandées. **Limiter le nombre d'intervenants.**

3.3. ORIENTER

Les cas possibles sont systématiquement transférés, **par une UMH** (Unité Mobile Hospitalière) ou une ambulance prédéfinie, vers le service dédié de l'ESR. Ce transport sanitaire s'effectue en concertation entre le Samu-Centre 15 territorialement compétent et le Samu-Centre 15 de l'ESR.

3.3.1. TRANSPORT DU PATIENT « CAS POSSIBLE »

Transport par UMH ou ambulance prédéfinie en équipe minimum en fonction de l'état clinique du patient. Personnel informé et en accord avec la mission. Limiter les gestes invasifs dans la prise en charge, pas de voie veineuse périphérique si l'état du patient ne le justifie pas (risque d'AES + risques hémorragiques majeurs du patient FVE).

Soignants	Patients
Combinaison de protection couvrante et étanche (catégorie III type 4B minimum) Protection oculaire (lunettes couvrantes) et respiratoire (FFP2 avec ou sans valve) Gants nitrile (1 seule paire suffit à la protection mais le port d'une seconde paire peut faciliter la procédure de déshabillage)	Pyjama usage unique Masque chirurgical Solution hydro-alcoolique sur les mains

Consignes :

- apparenter l'ensemble « patient-brancard » à un environnement contaminé. Tout contact ne se fait qu'avec une tenue de protection et par un minimum de personnes
- faire le point du matériel nécessaire (disposer d'urinoirs à usage unique en cas de transport long par exemple) et retirer de l'ambulance tout matériel non indispensable à la mission
- l'équipe médicale (Médecin et Infirmier), en tenue complète de protection, n'a aucun contact avec l'extérieur. Elle ne touche pas les parois de l'ambulance et se fait ouvrir toutes les portes.
- Au moins un des ambulanciers reste en tenue habituelle de travail. Il assiste l'équipe (ouvre les portes, fournit le matériel, conduit le véhicule ...) mais n'a aucun contact avec l'ensemble « patient-brancard ».
- éliminer déchets et tenues dans un sac DASRI doublé. Les déchets sont pris en charge par l'ESR.
- port de protections pour le nettoyage de la cellule et du matériel (hypochlorite de sodium à 0,5%)

3.3.2. CAS PARTICULIER DU PATIENT TRES SYMPTOMATIQUE ET/OU « EXCRETANT* »

Ce patient est à fort risque de contamination de l'environnement. Si les délais de prise en charge le permettent, le transport de ce patient sera effectué par une équipe Smur dédiée de l'ESR, équipée de moyens de protection adaptés, si possible de type « housse de transport pour patients contaminés ». A cette fin, les experts de la Commission Moyens Opérationnels de l'EPRUS vont être saisis en urgence pour valider :

- les caractéristiques techniques des tenues et lunettes de protection étanches ainsi que des housses de transport pour patient contaminé à pression négative,
- La dotation initiale par SAMU départemental de ces tenues spécifiques de protection (10 par département),
- la dotation par ESR en housse de transport (1 housse par SAMU siège d'ESR);

(Une commande centralisée sera réalisée par l'EPRUS, afin de garantir pour chaque ESR un matériel homogène et validé par des experts.)

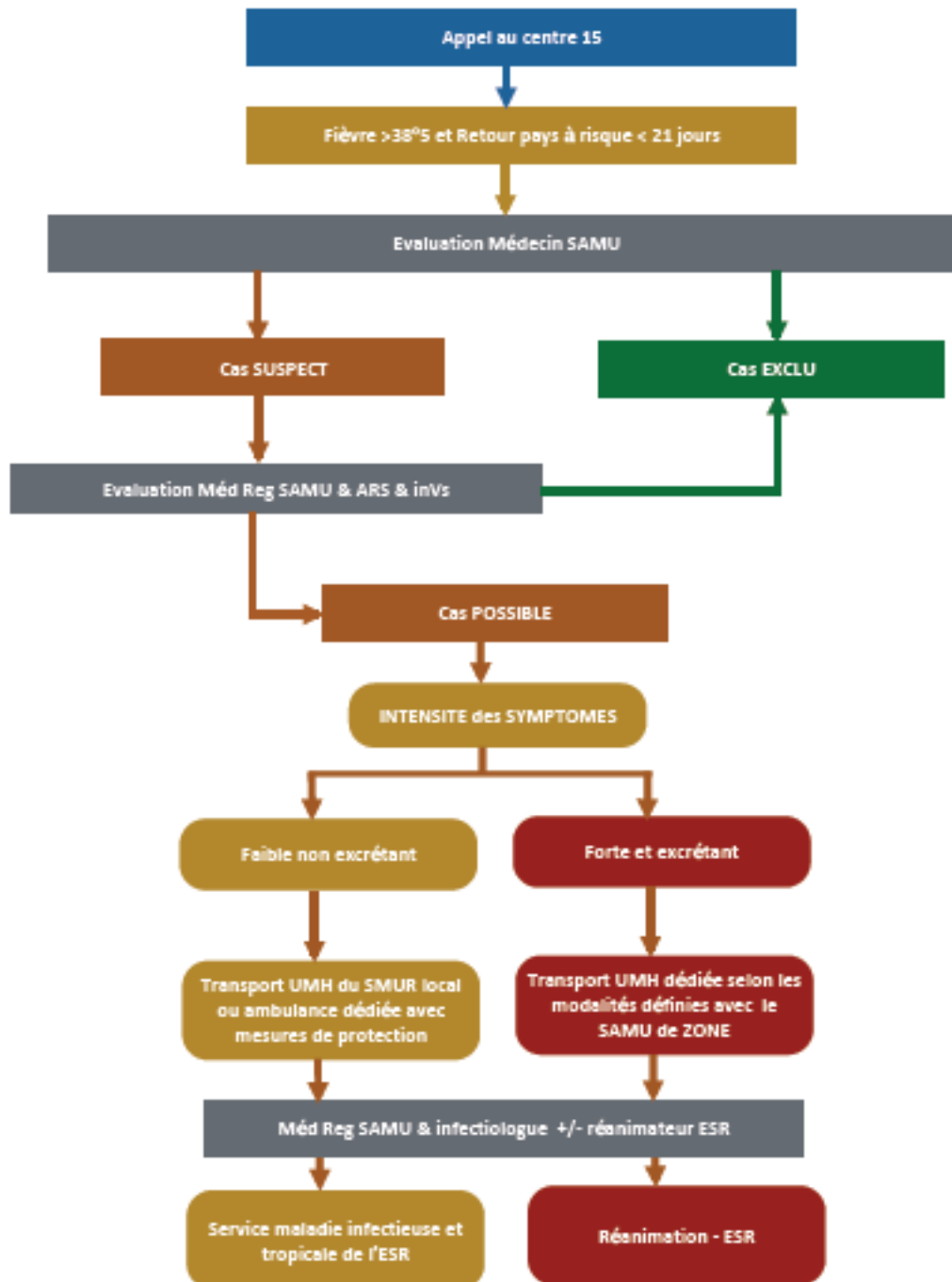
3.3.3. CAS PARTICULIER DU PATIENT DIAGNOSTIQUÉ ATTEINT DE FVH EBOLA

Le transport de ce patient doit être exceptionnel en dehors d'un possible rapatriement sanitaire. Ce transport inter hospitalier se fera après validation par le ministère de la santé (DGS-DUS) avec du matériel de protection spécialisé (CTMP2) stocké sur la plateforme PSM3 de l'EPRUS, au moyen d'équipes nationales dédiées de l'EPRUS

() : par patient « excréteur », on entend un patient présentant des diarrhées et/ou vomissements et/ou saignements.*

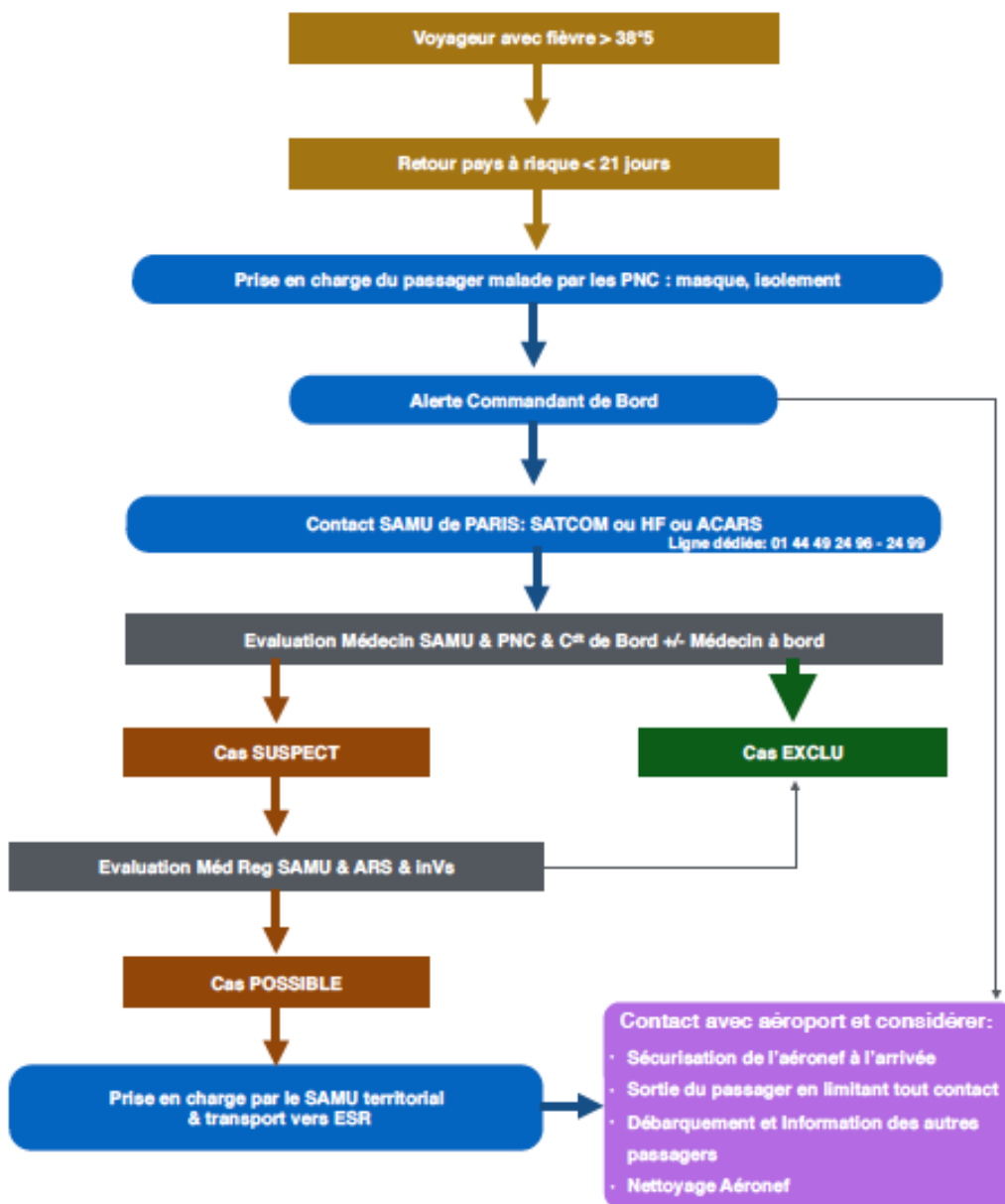
4. ALGORITHMES

4.1. Algorithme de base



4.2. Algorithme « appel provenant d'un avion »

Protocole d'intervention en cas de voyageur malade pendant le vol à destination de la France avec contact SAMU réalisable pendant le vol



5. Références

- (1) procédure SPIF-COREB : fièvre à virus Ebola (FVE). 2 août 2014
- (2) le transport du patient en isolement. M. DESTRUHAUT, T. MAUPIN. Urgences 2012, chapitre 113
- (3) avis du HCSP du 10 avril 2014 relatif à la conduite à tenir autour des cas suspects de fièvre hémorragique à virus Ebola. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=414>
- (4) définition InVS du 3 avril 2014. • [définition de cas de l'InVS](#)

6. Annexes

6.1. Annexe 1 – Contributeurs

Groupe de travail

Dr Frédéric BERTHIER, Dr François BRAUN, Pr Pierre CARLI, Pr Jean-Emmanuel De La COUSSAYE, Dr Jean-Bernard GERVAIS, Dr Patrick GOLDSTEIN, Pr Pierre Yves GUEUGNIAUD, Dr Jean-Sébastien MARX, Dr Michel NAHON, Dr Emgan QUERELLOU, Pr Christian RABAUD, Pr Jeannot SCHMIDT, Dr Louis SOULAT, Pr Karim TAZAROURTE

Groupe de relecture

Coordination : Dr François BRAUN

Les membres des **Conseils d'administration** de la SFMU et de Samu-Urgences de France

Société Française de Médecine d'Urgence

Pr Jeannot SCHMIDT

Pr Pierre Yves GUEUGNIAUD
Pr Dominique PATERON
Pr Françoise CARPENTIER
Dr Maurice RAPHAEL
Pr Frédéric ADNET
Dr Frédéric BERTHIER
Dr Jacques CHOUKROUN
Pr Dominique LEVRAUT
Pr Pierre Marie ROY
Dr Dominique SAVARY
Dr Louis SOULAT
Dr Pierre TABOULET
Pr Benoît VIVIEN

Samu-Urgences de France

Dr François BRAUN

Dr Marc GIROUD
Pr Paul PETIT
Pr Pierre CARLI
Pr Dominique PATERON
Dr Agnès RICARD HIBON
Pr Pierre Marie ROY
Pr Jean Emmanuel DE LA COUSSAYE
Dr Frédéric BERTHIER
Dr Louis SOULAT
Dr Catherine BERTRAND
Dr Karim BOUDENIA
Dr Jean François CIBIEN
Pr Marc FREYSZ
Dr Gilbert LECLERCQ
Pr Bernard NEMITZ
Dr Emgan QUERELLOU
Pr Bruno RIOU
Dr Karim TAZAROURTE
Dr Muriel VERGNE

6.2. Annexe 2 – Lexique

ARS	Agence Régionale de Santé
COREB	réseau de COordination du Risque Epidémiologique et Biologique
DASRI	Déchet d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DGS	Direction Générale de la Santé
DUS	Département des Urgences Sanitaires
EPRUS	Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
ESR	Etablissement de Santé de Référence
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
InVS	Institut national de Veille Sanitaire
MARS	Message d'Alerte Rapide Sanitaire
UMH	Unité Mobile Hospitalière
Samu	Service d'Aide Médicale Urgente
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
Smur	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPIF	Société de Pathologie Infectieuse de langue Française
SUDF	Samu-Urgences de France