ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
CLIN CENTRAL

# Prise en charge d'un cas suspect de fièvre EBOLA dans un service d'accueil des urgences, un service d'accueil des urgences gynécologiques, une maternité, une consultation de maladies infectieuses

**Recommandations CLIN central 09/09/2014- Mise à jour 16/10/2014**

**Ce document propose une base commune de procédures de prise en charge d'un cas suspect ou d'un cas possible d'infection par le virus EBOLA dans un des hôpitaux de l'AP-HP. Ces procédures pourront être déclinées en fonction des spécificités de chaque site. Leur objectif est d'assurer une protection des personnels efficace, homogène et cohérente, et de limiter le risque de perte de chance pour les patients classés suspects. Ces procédures sont dans le droit fil des recommandations nationales, rappelées dans le Message d'Alerte Rapide Sanitaire du 02/09/2014:**

*« … Assurer la protection des professionnels de santé :*
*_ Appareil de protection respiratoire (APR) de type FFP2 ;*
*_ Lunettes largement couvrantes ;*
*_ 2 paires de gants en nitrile ;*
*_ Surblouse imperméable à manches longues, charlotte et sur-bottes imperméables ou combinaison intégrale. … »*
**Ce document sera mis à jour au fur et à mesure de l'évolution des recommandations nationales.**

## Le Clin Central propose d'appliquer les principes généraux suivants :

1- Repérer dès son arrivée à l'hôpital un patient suspect (cf. définition des cas InVS 02/10) : toute personne présentant une fièvre mesurée par un soignant supérieure à 38°C dans un délai de 21 jours après son retour de Guinée Conakry, Sierra Leone, Liberia, Nigeria ou République démocratique du Congo (Congo-Kinshasa) : province de l'Equateur (Nord-Ouest du pays).
2- Placer le patient en isolement en box ou chambre seule, porte fermée :
   .pour le patient : masque chirurgical, pyjama à usage unique
   .pour les soignants : précautions CONTACT et AIR, friction hydro-alcoolique
   - masque FFP2,
   - lunettes de sécurité couvrant largement les yeux,
   - double paire de gants en nitrile à manchettes,
   - casaque longue imperméable à manches longues (type casaque de bloc),
   - cagoule,
   - sur-bottes imperméables.
3- Regrouper les soins et limiter les personnels intervenant auprès du patient.
4- Prévenir le chef de service, l'EOH, la direction de l'hôpital.
5- Contacter le SAMU (tel : 15) pour classer le cas en lien avec l'ARS et l'InVS (cf. questionnaire InVS).
6- Ne réaliser aucun prélèvement biologique, y compris microbiologique, dans l'attente du classement du cas en possible ou exclu.
7- Regrouper les déchets dans un fût DASRI.
8- Pas d'utilisation des toilettes par le patient (bassin + sac à bassins).
9- Évaluer l'état clinique des accompagnants. En l'absence de symptômes, si les accompagnants restent avec le patient (en pédiatrie par exemple), ils portent un masque chirurgical.

## Si le cas est classé comme possible :

- organiser avec le SAMU le transport du patient vers un des hôpitaux référents : Bichat pour les adultes, Necker pour les enfants,
- éliminer les déchets et les liquides biologiques après les avoir gélifiés et désinfectés (Eau de javel, 0.5%), par la filière DASRI,
- réaliser un bionettoyage suivi d'une désinfection à l'Eau de javel des locaux et matériels,
- dresser la liste des personnels qui ont été en contact étroit et direct avec le patient (accueil, transport, soins…) ou ses liquides biologiques.

## Cas particuliers :

Dans certaines situations particulières et sur décision du médecin senior, il pourra être nécessaire de renforcer les tenues de protection :

**Dans l'attente du classement par l'InVS et de son transfert éventuel vers l'établissement de référence :**
- **si le cas suspect a des symptômes pouvant exposer le personnel à des liquides biologiques : vomissements, diarrhée ou saignements,**
- **ou qu'il nécessite une prise en charge urgente pouvant exposer aux liquides biologiques : accouchement, manœuvre de réanimation…**

**La tenue de protection sera renforcée :**
- **casque de protection avec visière,**
- **combinaison étanche de type 3B,**

**tout en conservant :**
- **sur-bottes imperméables**,
- **double paire de gants en nitrile,**
- **masque FFP2,**

**Il est essentiel que les personnels qui pourraient être amenés à revêtir une combinaison étanche de type 3B suivent une formation pour maitriser le retrait de celle-ci. En effet, le retrait de ce type de combinaison requiert le plus grand soin pour éviter tout contact entre l'extérieur de celle-ci, potentiellement souillé, et la peau ou les muqueuses du soignant. Par conséquence les personnels doivent impérativement être entrainés à l'habillage et au déshabillage.**

Il est conseillé de :
- disposer de kits contenant l'ensemble du matériel nécessaire à la prise en charge d'un patient suspect (questionnaire InVS permettant de classer les cas, matériel d'isolement, produits hydro-alcooliques, sacs à bassins type Carebag, sac et fût pour DASRI, eau de javel, gélifiant…) dans les services susceptibles d'accueillir ces patients,
- prévoir dans la chambre un termomètre, un téléphone pour communiquer avec le SAMU
- identifier la chambre ou box où sera dirigé un patient suspect,
- placer des affiches en français et anglais dans la salle d'accueil des urgences.

## Annexes :

. Mode transmission du virus EBOLA - Protection des personnels
. Définition des cas InVS

## Mode de transmission du virus EBOLA

Le virus EBOLA se transmet par contact direct avec le sang ou les liquides biologiques d'un patient infecté, c'est à dire toutes les sécrétions d'un patient : les urines, les selles, les vomissements, la salive, les larmes, la sueur, le lait maternel, le sperme…
Le virus ne se transmet pas par voie aérienne mais peut se transmettre par l'intermédiaire de microgouttelettes émises lors de la toux ou lors de vomissement.

Un malade qui n'a pas de fièvre n'est pas contagieux. Le malade devient contagieux lorsque des symptômes apparaissent. Plus le malade est symptomatique, plus le virus est présent dans ses liquides biologiques et plus il est contagieux. La connaissance des moyens de transmission et de l'importance de la contagion en fonction des symptômes, permet de définir les mesures efficaces de protection des personnels.

## Protection des personnels

Les mesures de protection appliquées dans nos hôpitaux suivent les recommandations nationales et sont actualisées régulièrement. Elles sont mises en place en lien avec le service de santé au travail et l'équipe d'hygiène de chaque hôpital.
L'objectif est d'éviter tout contact entre la peau ou les muqueuses des soignants, et le malade et ses liquides biologiques.
L'expérience rapportée par les soignants au contact des malades lors de l'épidémie actuelle d'EBOLA [1, 2] , et les études réalisées au moment des épidémies de SRAS ayant touché des personnels soignants [3,4], montrent que 2 éléments sont essentiels pour éviter tout risque de contamination d'un soignant :

- porter une tenue de protection adaptée au risque et donc à l'état clinique du patient : la tenue recouvre l'ensemble du corps, ainsi que les muqueuses (bouche, yeux, narines).
- retirer la tenue de protection en évitant tout contact entre l'extérieur de cette tenue, potentiellement souillé, et la peau ou les muqueuses du soignant. Une formation des soignants est nécessaire pour maitriser parfaitement cette étape qui doit être réalisée en suivant un ordre précis.

## Quelles sont les tenues de protection recommandées ?

**Si le malade ne projette pas de liquide biologique (pas de vomissements), une casaque imperméable type casaque chirurgicale associée à des sur bottes imperméables, une cagoule, des lunettes de sécurité, un masque FFP2 et une double paire de gants permet d'éviter tout contact entre la peau et les muqueuses des soignants et le patient ou ses liquides biologiques.**
**Si il existe un risque d'exposition aux liquides biologiques (vomissements ou situation particulière type accouchement ou intubation), la casaque imperméable type casaque de bloc est remplacée par une combinaison de type 3B étanche aux liquides et aux agents biologiques, les lunettes sont remplacées par un casque avec visière.**

## Pourquoi ne pas porter systématiquement des combinaisons étanches ?

La combinaison présente l'avantage de recouvrir entièrement les jambes, la tête et le cou. Le visage est libre, il y est donc associé un casque avec visière. En revanche, son utilisation nécessite une formation et une pratique régulière par les personnels car le risque de se contaminer au moment du déshabillage a été démontré. De plus elle entraine une transpiration importante qui peut amener des gestes inappropriés à risque de contamination: réflexe pour s'essuyer le visage, réajuster le masque, buée sur les lunettes, … La combinaison doit donc être réservée aux situations exposant aux liquides biologiques et être utilisée par des personnels formés et entrainés à l'utilisation de ce matériel.

Références bibliographiques :

1. Fischer WA. Protecting Health Care Workers From Ebola: Personal Protective Equipment Is Critical but Is Not Enough. Ann Int med August 2014.

2. Wolz A. Face to Face with Ebola - An Emergency Care Center in Sierra Leone. N Engl J Med. 2014 Aug 27

3. Ofner-Agostini M. Cluster of cases of severe acute respiratory syndrome among Toronto healthcare workers after implementation of infection control precautions: a case series. Infect Control Hosp Epidemiol 2006 May;27(5):473–8.

4. Lau JTF. SARS transmission among hospital workers in Hong Kong. Emerg Infect Dis. 2004 Feb;10(2):280–6.

## Définition des cas InVS – Extrait Message d'Alerte Rapide Sanitaire - 03 octobre 2014

**Annexe n°1 : DEFINITION DE CAS DE L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS) AU 02 OCTOBRE 2014. SURVEILLANCE DES INFECTIONS A VIRUS EBOLA, FRANCE 2014.**

**Patient suspect**

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

* La zone à risque est définie au 02/10/14 comme les pays suivants :
- en Afrique de l'Ouest : Sierra Leone, Guinée Conakry, Libéria et Nigéria
- en République démocratique du Congo (« Congo-Kinshasa ») : province de l'Equateur (Nord-Ouest du pays).

Ces 2 épidémies sont distinctes.

**Cas possible**

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

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

Les expositions à risque sont définies de la manière suivante :

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

ou

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

**Si un patient ne peut pas être exclu au terme de l'investigation, il convient de réaliser une concertation (sous la forme d'une conférence téléphonique) associant le médecin en charge du cas au moment du signalement, l'infectiologue de l'établissement de référence, la Cire/InVS et l'ARS.**

**Cas confirmé**

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

**Cas exclu**

Un patient est exclu

- s'il ne remplit pas les critères pour être un cas suspect, ou

- s'il répond à la définition de cas suspect mais pas à celle de cas possible, ou

- si le diagnostic d'infection par le virus Ebola a été biologiquement écarté par le CNR

Page 4 sur 5

DIFFUSION RESTREINTE