



## Conduite à tenir devant un CAS SUSPECT de Fièvre Hémorragique Virale EBOLA

Centre de Consultation  
Médicale Maritime  
Dr M. Pujos, Dr J. Tabarly  
Date : 13/08/2014

### 1. Définition de « CAS SUSPECT »

- toute personne présentant une fièvre  $\geq 38,5$  °c
- dans un délai de 21 jours après son retour de la zone à risque

### 2. Définition de « Zone à risque » (au 05/08/2014)

- Sierra Leone
- Guinée Conakry
- Libéria
- Nigéria

Informations actualisées disponibles sur le site de l'Institut de veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr> ou de l'Organisation Mondiale de la Santé <http://www.who.in>

### 3. Découverte d'un « CAS SUSPECT » à bord

1. Informer systématiquement le commandant
2. Mettre en place immédiatement les mesures de protection :
  - Isoler le patient et lui faire porter un masque chirurgical.
  - 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 (**Annexe 1**)
    - S'abstenir de tout examen au contact du patient :
      - hormis la mesure de température déjà effectuée
      - laisser le thermomètre utilisé avec le patient
3. Renseigner le « **QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CAS SUSPECTS** » (**Annexe 2**)
  - dans la mesure du possible **en préalable** à la Consultation Télémédicale
  - puis l'envoyer par mail à [ccmm@chu-toulouse.fr](mailto:ccmm@chu-toulouse.fr)
4. 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 le patient identifié comme « cas suspect » en : « CAS POSSIBLE » ou « CAS EXCLU ».
  - de définir les modalités de prise en charge du patient.

Abréviations :

- APR Appareil de Protection Respiratoire
- DASRI Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
- EPI Equipements de Protection Individuelle
- InVS Institut National de Veille Sanitaire

**ANNEXE 1**  
**Précautions complémentaires de type « air » et « contact »**  
**avec mesures barrières renforcées**

<p><b>Mesures d'isolement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient isolé dans une cabine individuelle (à défaut, avec autres patients suspects regroupés dans une même chambre)</li> <li>- Toilettes dans la cabine réservées à l'usage unique du patient.</li> <li>- Éviter si possible la salle d'examen de l'infirmier</li> <li>- La dotation médicale doit rester impérativement en zone propre</li> <li>- Maintenir la porte de la chambre toujours fermée</li> </ul>
<p><b>Informations du statut infectieux du patient</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expliquer si possible les mesures au patient et à son entourage</li> <li>- Informer l'ensemble de l'équipage sur les mesures d'éviction</li> <li>- Signalisation sur la porte de la chambre d'isolement interdisant l'entrée</li> </ul>
<p><b>Emploi des EPI « patient »</b> - <b>« KIT PATIENT »</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Port d'un masque de type chirurgical lors de la présence d'un intervenant</li> <li>- Le masque doit alors être changé toutes les 3h ou avant si souillure</li> <li>- Pyjama et draps, si possible à usage unique, devant être éliminés dans le circuit DASRI (poche jaune)</li> </ul>
<p><b>Le Soignant</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un seul soignant doit avoir accès à la cabine d'isolement</li> <li>- Il s'agit de la personne responsable des soins à bord ou la personne désignée par lui</li> <li>- Vérification avec le responsable des soins de l'absence de plaie ou de lésions cutanées au niveau des zones potentiellement exposées (mains et visage)</li> </ul>
<p><b>Procédure soignant pour entrer dans la chambre</b> - <b>Chronologie d'habillage « KIT SOIGNANT »</b></p>	<p>Avant toute entrée dans la chambre, revêtir une tenue de protection :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiène des mains par friction avec une solution hydro alcoolique</li> <li>- Combinaison intégrale à manches longues avec coiffe (vérification de l'intégrité par un tiers)</li> <li>- Appareil de protection respiratoire de type FFP2 (masque « canard »)</li> <li>- Effectuer le test d'étanchéité (fit-check) : mettre le masque, obturer la surface filtrante avec les mains, inspirer et s'assurer que le masque vient alors se plaquer contre le visage.</li> <li>- Lunettes de protection couvrantes (branches à l'intérieure de la capuche)</li> <li>- Surbottes</li> <li>- Hygiène des mains par friction avec une solution hydro alcoolique</li> <li>- Doubles paires de gants en nitrile (2 épaisseurs de gants par main)</li> </ul>
<p><b>Gestion du linge</b></p>	<p>Le linge de corps du patient et les draps seront à éliminer suivant la filière DASRI (sac jaune)</p>

<p><b>Matériel dédié au patient laissé dans la chambre</b></p>	<p>Le thermomètre utilisé initialement ne doit servir qu'au patient, doit rester dans la chambre puis sera éliminé suivant la filière DASRI.</p>
<p><b>Gestion des fluides et des excréta en l'absence de toilettes dans la cabine d'isolement</b></p>	<p>Si utilisation d'un bassin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- protéger le bassin avec une poche poubelle jaune de dimension adaptée qui enveloppe l'intérieur du bassin, dans laquelle peuvent être insérés du papier toilette et de la poudre gélifiante</li> <li>- évacuer la poche fermée directement par le circuit des déchets DASRI</li> <li>- le nettoyer avec un détergent</li> <li>- rincer</li> <li>- désinfecter avec de l'eau de javel à 0,5% (dilution = 1 bouteille à 9,6% + 4,750 l d'eau froide)</li> </ul> <p>Le bassin sera dédié au patient et éliminé à la sortie du patient suivant la filière DASRI</p>
<p><b>Gestion des déchets</b></p>	<p>Pas de tri de déchets : tous matériels jetables ainsi que les EPI sont jetés dans les cartons doublés de poches jaunes (type Septibox®) et éliminés selon le circuit DASRI Ils seront laissés dans la chambre, sacs fermés</p>
<p><b>Dossier de soins</b></p>	<p>Laisser le dossier à l'extérieur de la cabine</p>
<p><b>Procédure soignant pour sortir de la chambre</b></p> <p><b>Chronologie de déshabillage</b></p>	<p>Séquence à respecter chronologiquement :</p> <p><b>Dans la chambre</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enlever les surbottes</li> <li>2. Enlever les gants</li> <li>3. Enlever les lunettes, les jeter même si elles sont à usage multiple</li> <li>4. Rouler la combinaison, l'intérieur sur l'extérieur</li> <li>5. Jeter la tenue dans les DASRI</li> <li>6. Réaliser une hygiène des mains par friction avec une solution hydro alcoolique</li> </ol> <p><b>Hors de la chambre</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enlever le masque</li> <li>2. Réaliser une hygiène des mains par friction avec une solution hydro alcoolique</li> </ol>
<p><b>Vaisselle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Préférer l'utilisation de vaisselle à usage unique</li> <li>- Éliminer dans les DASRI</li> </ul>

<b>Patient décédé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient sous double housse. Aucun soin de corps n'est autorisé.</li> <li>- Le corps doit être laissé dans la cabine d'isolement.</li> </ul>
<b>Entretien des locaux après départ du patient (en l'absence de nettoyage par une société spécialisée)</b>	<p>Aérer la chambre au minimum 15 min avant le bionettoyage</p> <p>Effectuer un bionettoyage approfondi de la chambre, avec un APR :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nettoyer les surfaces avec un détergent désinfectant</li> <li>- rincer</li> <li>- désinfecter avec de l'eau de javel à 0,5% (dilution = 1 bouteillon à 9,6% + 4,750 l d'eau froide)</li> </ul>

#### Complément de dotation réglementaire en matériel médical

	Désignation	Quantité	Remarques
<b>KIT PATIENT</b>	Masque chirurgical avec élastique	50	
	Pyjama à usage unique	10	Recommandé
	Drap à usage unique	10	Recommandé
	Urinal femme (Bassin)	1	

	Urinal homme (Pistolet)	1	
<b>KIT SOIGNANT</b>	Combinaison intégrale étanche avec coiffe	50	type « TYVEK »
	Surbotte optima SB 720	100	50 paires
	Lunettes de protection	30	
	Gant nitrile à manchette longue 400 mm (taille 7,5 - 8,5)	100	50 paires de chaque taille
	Appareil de protection respiratoire de type FFP2	30	
<b>AUTRES</b>	Housse mortuaire	2	
	Sac d'emballage DASRI*	50	

	Carton d'emballage DASRI*	10	type Septibox®
	Eau de javel à 0,5% (Bouteillon de 250 ml)	20	diluer 1 bouteille à 9,6% + 4,750 L d'eau froide

**ANNEXE 2**  
**QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CAS SUSPECTS**

Date : / / 20

**1. MÉDECIN CCMM**

Dr	Institution : CCMM – SAMU 31
Tel : 05 34 39 33 33	Mail : <a href="mailto:cmm@chu-toulouse.fr">cmm@chu-toulouse.fr</a>

**2. NAVIRE**

Nom :	Tel Passerelle :
Pavillon : <input type="checkbox"/> France / <input type="checkbox"/> Autre :	Mail Commandant :
Type :	Fax :
Armement :	Tel contact armement :

Coordonnées GPS :	Position :
Port d'origine :	Date :
Port de destination :	Date ou délai :
<p>Escales réalisées par le Navire :</p> <p>1. Pays : - Port : - Date : - Durée Embarquement/débarquement de personnel <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>2. Pays : - Port : - Date : - Durée Embarquement/débarquement de personnel <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>3. Pays : - Port : - Date : - Durée Embarquement/débarquement de personnel <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	

### 3. PATIENT

NOM :	Prénom :
Date de naissance : / /	Nationalité : <input type="checkbox"/> Française / <input type="checkbox"/> Autre :
Numéro de téléphone :	Fonction à bord :
<p>Personne interrogée :</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Un membre de la famille ou de l'entourage</p> <p><input type="checkbox"/> Le médecin en charge</p> <p>Si le patient n'est pas la personne interrogée, quelle en est la raison ? (patient réanimé, barrière de la langue, patient mineur, etc...) :</p>	
<p><b>Antécédents :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun</p>	<p><b>Traitement en cours :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun</p>



#### 4. SYMPTOMES ET SIGNES CLINIQUES DU CAS SUSPECT

Date de début des signes : / / 20

<b>Hospitalisation</b>	Si OUI : - Date d'hospitalisation : / / 20 - Hôpital (Pays, Ville): - Service :
<input type="checkbox"/> OUI	
<input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> NSP	

Symptômes	OUI	NON	NSP		Date de début	Encore présent	
						OUI	NON
Fièvre >38,5°C (si oui, max °c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorragies (si oui, zone touchée : )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoquet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Détresse respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté déglutition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjonctivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encéphalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	//20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Examens biologiques</b> réalisés avant le signalement et résultats ?
<input type="checkbox"/> AUCUN
<input type="checkbox"/> OUI, précisez lesquels et les résultats :

<b>Traitement prophylactique contre le paludisme</b> pendant le séjour dans la zone à risque
--

<input type="checkbox"/> AUCUN
<input type="checkbox"/> OUI, nom de la molécule :

## 5. EXPOSITIONS À RISQUE

Date de retour/d'arrivée du cas suspect en France ? : / /20

Date de retour/d'arrivée du cas suspect à bord du navire ? : / /20

**Dates et lieux fréquentés au cours de 21 jours avant le début des signes :**

Lieu d'exposition	Date arrivée	Date de départ
<input type="checkbox"/> République de Guinée préciser districts, communes :	/ /20	/ /20
<input type="checkbox"/> Sierra Leone préciser districts, communes:	/ /20	/ /20
<input type="checkbox"/> Libéria préciser districts, communes :	/ /20	/ /20
<input type="checkbox"/> Nigéria préciser districts, communes :	/ /20	/ /20
<input type="checkbox"/> Autre pays préciser pays, districts, communes :	/ /20	/ /20

**Le patient est-il un professionnel de santé ?**

<input type="checkbox"/> OUI	<i>Si OUI :</i>	<input type="checkbox"/> médecin ou infirmier, sage-femme, aide-soignant (paramédical)
<input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Biologiste/ technicien de laboratoire
<input type="checkbox"/> NSP		<input type="checkbox"/> Autre soignant ( brancardier, etc) :

**Prise en charge de/ contact direct avec patients avec un tableau clinique compatible avec une FHV ou de leurs échantillons cliniques ?**

- OUI
- NON
- NSP

**Le patient a-t-il été hospitalisé pour une autre affection dans les 21 jours précédant le début de ses symptômes dans un hôpital de la zone à risque où des cas d'infection ou de suspicion d'infection par le virus Ebola ont été pris en charge ?**

<input type="checkbox"/> OUI	<i>Si OUI :</i>	- Pour quel motif
<input type="checkbox"/> NON		- Dans quel hôpital et service
<input type="checkbox"/> NSP		- Dates d'hospitalisation : du au

**Le patient a-t-il rendu visite à quelqu'un dans un hôpital de la zone à risque où des cas d'infection ou de suspicion d'infection par le virus Ebola ont été pris en charge ?**

<input type="checkbox"/> OUI	<i>Si OUI :</i>	- Dans quel hôpital et service :
<input type="checkbox"/> NON		- Dates d'hospitalisation : du au
<input type="checkbox"/> NSP		- Motif d'hospitalisation de la personne visitée :

**Le patient a-t-il eu un contact direct ou indirect dans la zone à risque avec une personne malade en dehors du contexte de soins ? (contact direct, contact avec des vêtements ou du linge de la personne malade, partager le même toit)**

<input type="checkbox"/> OUI	<i>Si OUI :</i>	- Cette personne avait-elle un tableau clinique compatible avec une FHV
------------------------------	-----------------	---

<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui, préciser les symptômes : - Le diagnostic de FHV a été confirmé biologiquement chez cette personne? <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui - Date du dernier contact avec une personne infectée (ou suspectée d'infection) par FHV :
<input type="checkbox"/> NSP	

Participation à des funérailles dans la zone à risque ?	
<input type="checkbox"/> OUI <i>Si OUI :</i>	- Portage du corps du défunt ? : <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> NON	- Participation aux soins post-mortem ? : <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> NSP	- Participé à l'inhumation ? : <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui
	- Date des funérailles : / / 20
	- Lieu des funérailles : - Contexte du décès (brutale après maladies fébrile, compatible avec une FHV?) : <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui

Manipulation ou consommation de viande issue de la chasse dans la zone à risque ?	
<input type="checkbox"/> OUI <i>Si OUI :</i>	- Préciser la ou les espèces animales consommées
<input type="checkbox"/> NON	- Viande consommée crue ou peu cuite : <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> NSP	- Viande manipulée à mains nues : <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui

Contact direct avec des animaux sauvages (vivant ou mort, dans la zone à risque)	
<input type="checkbox"/> OUI <i>Si OUI :</i>	- Rongeurs : <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> NON	- Chauves-souris : <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> NSP	- Antilopes de la forêt : <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui
	- Singes ou autre primate non humain : <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui
	- Autre animal : <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NSP / <input type="checkbox"/> Oui, préciser
	- Date du dernier contact : - Lieu du dernier contact :

Rapports sexuels (protégés ou non) avec une personne atteinte de FHV ou guérie après un tableau clinique compatible d'une FHV, dans les 10 semaines après le début des signes de la personne	
<input type="checkbox"/> OUI	Remarques éventuelles :
<input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> NSP	

NE PAS REMPLIR cette partie sera à compléter après la téléconsultation médicale avec le CCMM	
<b>CLASSIFICATION DU CAS</b>	<input type="checkbox"/> CAS EXCLU <input type="checkbox"/> CAS POSSIBLE (la classification définitive du cas comme cas possible doit être validée avec le CNR FHV)
Après rendu des résultats CNR	
<b>CLASSIFICATION DÉFINITIVE DU CAS</b>	<input type="checkbox"/> CAS EXCLU <input type="checkbox"/> CAS CONFIRMÉ