

FAQ webinaire FHCC et FHV

28.05.2026

1. FHCC

Pour les CH périphériques, comment organiser l'accueil de patients suspects avant transfert en CHU ?

Travailler les attendus opérationnels :

- box REB identifié et armable au SAU (ou chambre seule si patient déjà hospitalisé)
- EPI disponibles, au minimum Précautions renforcées REB selon procédure générique COREB
- connaître la procédure : appel infectiologue ES / ESR pour classement de cas
- si patient classé cas suspect, gérer le patient avec les EPI adaptés le temps de l'arrivée du SAMU pour transfert en ESR
- ne pas perfuser, ne pas faire de prélèvement biologique

C'est une maladie à transmission liée aux soins par contact sanguin mais dans l'histoire naturelle de la maladie la virémie est sur la phase d'invasion et quand le patient se dégrade il n'est plus censé être virémique ?

La virémie est très importante dans les phases précoces puis elle diminue fortement mais elle reste significative dans la phase hémorragique où le virus n'est plus la cause de la problématique du patient. Il y a toujours une virémie résiduelle et on peut se contaminer si on est en contact avec une grande quantité de sang.

Risque de transmission si contact avec du sang y compris sur peau saine (sans lésion) : faut-il débiter la ribavirine même en l'absence de lésion cutanée ?

Oui, selon cet article de 2017 dans le [New England Journal of Medicine](#), il n'y a pas de notion d'altération du revêtement cutané.

Le risque de tératogénicité de la ribavirine existe-t-il seulement chez la femme qui a été traitée ou également pour les hommes? (les hommes qui ont reçu de la ribavirine doivent-ils aussi se protéger pendant 6 mois?)

Oui pour toutes les personnes hommes ou femmes prenant de la ribavirine, il faut protéger les rapports sexuels car le risque est présent.

Y-a-t-il un intérêt de la ribavirine après J4 si la virémie est persistante ?

On ne sait pas (pas de marqueur viral analysé dans les quelques études rétrospectives).

Pour les laboratoires non équipés d'automates de routine (hématologie, biochimie, biologie courante...) dans leur P3, aucun prélèvement n'est autorisé ?

Pour les laboratoires répondant au [référentiel technique COREB 2025](#), il faut pouvoir faire marcher les automates 7J/7, 24h/24. Pour rappel, l'organisation mise en place pour la prise en charge des patients suspects d'infection par un agent de niveau 3 ou 4 prévoit une admission dans un ESR Régional ou National où seule la biologie délocalisée (en L3 ou au lit du malade) est autorisée. Si la suspicion est évoquée après plusieurs jours de

prise en charge "classique" dans un établissement non ESR, il est fort probable que soit organisé le transfert du patient dans un ESR. Les tubes seront alors gelés dans l'ES de départ.

Les laboratoires qui auraient techniqué des prélèvements avant la suspicion pourraient-ils avoir une conduite à tenir pour éviter de stopper toutes les chaînes ?

En effet, les patients transitent souvent par d'autres établissements car la suspicion REB arrive souvent dans un 2e temps. Dans les différentes séries anglaises, il n'y a pas eu de contaminations des personnels. On évitera donc de bloquer des établissements entiers en ne bloquant pas les chaînes.

Le CHU de Toulouse a mis en place des procédures pour permettre que l'information soit directement transmise des cliniciens au laboratoire lors d'une alerte suspicion de FHV. Aux HCL, si les examens sont faits en automates de routine hors L3 avant que l'alerte ait été signalée et en cas d'exposition du personnel de laboratoire, un recensement est fait par la médecine du travail et une autosurveillance de la température est demandée au personnel identifié comme ayant manipulé les tubes ouverts sans gants (consultation immédiate en cas de fièvre).

Pour les décès de cas probable, avez-vous prévu une confirmation par prélèvement sanguin ou salivaire ?

Le CHU de Toulouse n'a pas encore prévu cela, mais c'est un point important en effet. Il est possible de demander une autopsie à la famille. Si la famille refuse, il est possible de solliciter le préfet de la région pour prescrire les prélèvements nécessaires en vue de rechercher la cause du décès, considérant la suspicion de FHV non documentée et que ce décès pourrait résulter d'une maladie suspecte dont la protection de la santé publique exige la vérification.

2. Ebola

Quelles sont les recommandations de prise en charge d'un patient suspect dans un SAU d'un CH non ESR ?

Travailler les attendus opérationnels :

- box REB identifié et armable au SAU (ou chambre seule si patient déjà hospitalisé)
- EPI disponibles, au minimum Précautions renforcées REB selon procédure générique COREB
- connaître la procédure : appel infectiologue ES / ESR pour classement de cas
- si patient classé cas suspect, gérer le patient avec les EPI adaptés le temps de l'arrivée du SAMU pour transfert en ESR
- ne pas perfuser, ne pas faire de prélèvement biologique

La fièvre n'est donc pas indispensable dans la définition de cas de SpF ?

Pour Ebola Zaïre, un certain nombre de patients ne présentaient pas de fièvre donc en effet ce n'est pas indispensable. La décision collégiale (CNR, ARS, infectiologue REB de l'ESR) est d'autant plus importante dans les cas complexes.

Se dirige-t-on vers des règles d'isolement au retour en France chez des voyageurs asymptomatique au retour des trois provinces concernées ?

Non, si absence d'exposition à risque dans cette zone, dès leur arrivée sur le territoire, une auto-surveillance (prise de température 2 fois par jour) leur sera proposée. Une fiche précisant les symptômes à prendre en compte (signes cliniques évocateurs et/ou fièvre supérieure ou égale à 38°C) et la conduite à tenir en cas d'apparition de symptômes (isolement, appel du SAMU-Centre 15, ne pas se rendre aux urgences) leur sera transmise. L'ARS sera alors informée en cas d'apparition de symptômes et organisera les prélèvements et la prise en charge en ESR. L'ARS sera par ailleurs informée de la fin de suivi à J21.

A-t-on des informations si la souche Bundibugyo est très excrétante ? (fluides, sang, sueurs...)

Nous n'avons pas de données publiées mais les cliniciens sur place ne nous rapportent pas de différence clinique avec la souche Zaïre (même si cela est nouveau et pourrait évoluer).

Pour Mayotte, avec l'augmentation de réfugiés venant de la région des grands lacs, des conditions de vies insalubre, la difficulté d'accès à l'eau, etc doit-on s'inquiéter de patient "porteur" de virus avec un risque de résurgence ? Pour la migration le problème est-il aussi celui du risque de "trainée de poudre" avec cas secondaires occultés ?

La durée du parcours de migration entre la RDC et Mayotte peut être très variable mais rentre dans les délais d'incubation. Hors crise, le trajet pouvait se faire en 7/8 jours. Actuellement, cela peut être ralenti avec l'alerte épidémique en cours.

Le risque pour la France hors Mayotte est classé très faible et faible pour Mayotte mais les conséquences seraient plus importantes à Mayotte si une chaîne de transmission avait lieu. Santé publique France et l'ARS Mayotte sont en train de travailler autour du risque d'une chaîne de contamination pendant la période avant le soin si une personne atteinte du virus arrive de RDC à Mayotte. Le CH de Mayotte qui a une réelle culture de la gestion de risque avec une équipe soudée se prépare à différents scénarios en cas de confirmation de cas Ebola.

Les recommandations vont donc être adaptées pour prendre en compte le risque d'un patient qui serait détecté plus tardivement, ou avec beaucoup de contacts. Les méthodes d'identification de cas suspects sont aussi en train d'être travaillées car les voies d'entrées à Mayotte sont multiples. Une surveillance a été mise en place par des associations communautaires auprès des populations migrantes qui n'iraient pas vers les centres de soins classiques.

Alima pourrait faire parvenir assez de cubes et de personnes formées à les utiliser en RDC ?

Alima et MSF sont déployés et utilisent les cubes, parmi d'autres matériels, mais on peut mettre un seul patient dans chaque cube donc il faut réussir à trier.

Quelle est l'efficacité des kits diagnostics FHV sur la souche Bundibugyo ?

Les faux positifs étaient réalisés sur *GeneXpert* et le fabricant est en train de proposer des solutions alternatives. Le kit *Altona* marcherait, ainsi que le kit *Global Fever étendu* (pas le *Biothreat*). En France, la doctrine est d'envoyer les prélèvements au CNR FHV qui a une astreinte H24.