

Fièvres Hémorragiques Virales (FHV) - Ebola

Repérer et prendre en charge un patient suspect en France

INFORMATION pour les soignants de 1^{ère} ligne

Les FHV, transmissibles par contact avec tous les fluides corporels, sont potentiellement graves. Contexte : **Epidémies / endémies de FHV en Afrique de l'Ouest et Centrale, Lassa restant la plus exportée, Ebola et Marburg étant responsables de résurgences fréquentes. Il est essentiel que soit organisé le recours rapide à l'expertise avec une application stricte des mesures de protection par les 1^{ers} soignants dès le 1^{er} contact d'un patient suspect avec le système de santé, tout en recherchant avec l'ESR les diagnostics alternatifs plus probables.**

Dépister

Patient suspect = signes cliniques (< 21 jours après exposition) ET exposition compatible

- ✓ Clinique :
 - fièvre >38°C de début brutal et / ou syndrome clinique compatible parmi :
 - asthénie, algies diffuses, céphalées, douleurs abdominales, conjonctivite, toux, dyspnée, douleur thoracique
 - après J5 : dysphagie, odynophagie, diarrhées, vomissements, syndrome hémorragique voire méningo-encéphalite ou encéphalopathie par troubles hydroélectrolytiques plus tardive
 - ▶ Autres causes de fièvre au retour d'Afrique : paludisme, infection bactérienne dont (méningococcie, salmonellose, leptospirose etc.) ou virale (grippe, hépatite, arbovirose comme fièvre jaune, dengue, Chikungunya, fièvre de la vallée du Rift etc.)
 - ✓ Exposition à risque (<21 jours) :
 - en zone d'alerte épidémique et zone endémique notamment milieu rural ;
 - contact avec tout fluide biologique de patient symptomatique suspect, possible, confirmé, guéri ou d'animal possiblement infecté.
- Ces diagnostics différentiels ne doivent pas faire oublier que des co-infections sont possibles, notamment paludisme et sepsis bactérien.

Protéger

- ✓ Dès la suspicion, niveaux d'exigence gradués selon le lieu de prise en charge du patient
- ▶ **Patient** : isolement en chambre individuelle par circuit dédié, friction hydroalcoolique, masque chirurgical.
- ▶ **Soignant** : prendre en charge en évitant tout contact direct avec le patient. Maintenir 1.5 m de distance de sécurité avec le patient. Expliquer au patient les raisons de son isolement et les mesures de protection qui vont être prises
- L'interrogatoire du patient pour préciser les symptômes et la fréquentation des zones à risque peut se faire par téléphone.
- [Lien du questionnaire patient Santé publique France.](#)

Recours à l'expertise : infectiologue référent REB / ARS + SAMU Centre 15 + CNR FHV pour classement de cas

Cf définition de cas HCSP 2022 - à télécharger en copiant/collant le lien suivant dans un navigateur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1228>

Prendre en charge en ES de première ligne – hors ESR



- ✓ **EPI adapté en Service d'Urgences** : pyjama à usage unique, surbottes, friction hydroalcoolique, double paire de gants non stériles manchettes longues, surblouse imperméable à manches longues ou casaque chirurgicale imperméable (NF EN 13795), cagoule, appareil de protection respiratoire de type FFP2 (fit-check), lunettes largement couvrantes
- ▶ **Evaluation clinique par médecin sénior** : recherche de signes de gravité, manifestations hémorragiques, défaillance hémodynamique, sepsis grave, signes neuropsychiques et recherche de comorbidités : grossesse, âge >65 ans, pathologies chroniques etc.
- ▶ **Ne réaliser aucun examen**, ni prélèvement biologique (y compris microbiologique) ni examen radiologique
- En l'absence de nécessité d'une thérapeutique urgente, ne réaliser aucun geste invasif (pas de VVP).
- En cas d'urgence ou de dégradation clinique, se concerter avec l'infectiologue référent REB de l'ESR afin de déterminer la nature et les modalités des traitements d'urgence (traitements symptomatiques et anti-infectieux d'épreuve : traitement antipaludique et/ou antibiothérapie probabiliste). Les gestes invasifs doivent, dans la mesure du possible, être réalisés à l'arrivée du SAMU, par du personnel formé et entraîné au port des EPI adaptés. Toutefois, si le patient est excréteur et que l'intervention du SAMU de l'ESR est susceptible d'être retardée en raison du délai de transport, un SAMU local pourra intervenir dans l'attente du transfert du patient, à condition que les personnels intervenants soient formés au port des EPI et à la réalisation des gestes invasifs dans ces conditions.
- ▶ **Organisation des soins** : médecin sénior formé et entraîné (pas d'étudiant), regrouper les soins pour limiter le risque d'exposition
- ▶ **Gestion des déchets de soins et effluents gélifiés** : filière DASRI avec désinfection par solution d'eau de Javel à 0.5% intérieur et extérieur du fût puis incinération
- ▶ **Identification précoce des personnes contact et co-exposées** : avec l'ARS pour les contacts / co-exposés communautaires et avec les équipes de prévention du risque infectieux et le service de santé au travail pour les contacts en milieu de soins

Alerter et orienter

- ▶ Dès suspicion de FHV validée par triade d'expertise, contact ARS et transfert par SAMU compétent vers l'ESR

Prendre en charge en ESR – SMIT/SAMU des ESR



- ✓ **Si patient excréteur** (diarrhées – vomissements – hémorragies, saignements aux points de ponction, hématomatose, mélaena, rectorragie, épistaxis, hémoptysie, etc.), **EPI adapté aux soins en ESR** : pyjama à usage unique, surbottes imperméables, friction hydroalcoolique, double paire de gants non stériles manchettes longues, combinaison imperméable type 3B (NF EN 14126), cagoule, appareil de protection respiratoire de type FFP2 (fit-check), lunettes largement couvrantes / heaume, tablier imperméable à usage unique si soins mouillants.
- ✓ **Si patient non excréteur**, pyjama à usage unique, surbottes, friction hydroalcoolique, double paire de gants non stériles manchettes longues, surblouse imperméable à manches longues ou casaque chirurgicale imperméable (NF EN 13795), cagoule, appareil de protection respiratoire de type FFP2 (fit-check), lunettes largement couvrantes
- ▶ Deux diagnostics différentiels doivent pouvoir être réalisés 7j/7 et 24h/24 en biologie délocalisée sécurisée (soit en LSB3 soit au lit du malade) pour aide au classement de cas de FHV : **paludisme et dengue**
- ▶ **Diagnostic virologique** : prélèvement en ESR puis envoi en triple emballage avec transporteur agréé (UN3373) au CNR FHV
- ▶ **Traitements spécifiques** : indications et modalités des anticorps/antiviraux selon le rapport HCSP du 17/03/2022
- ▶ Vaccination anti-Ebola à envisager uniquement si virus Ebola Zaïre, pour les soignants et cas contacts (<https://www.who.int/publications/item/WER-9927-355-362>)

Infectiologue référent à joindre : Nom :
CNR des FHV : 04 37 28 24 40 ou la nuit 07 87 94 76 47

tél.

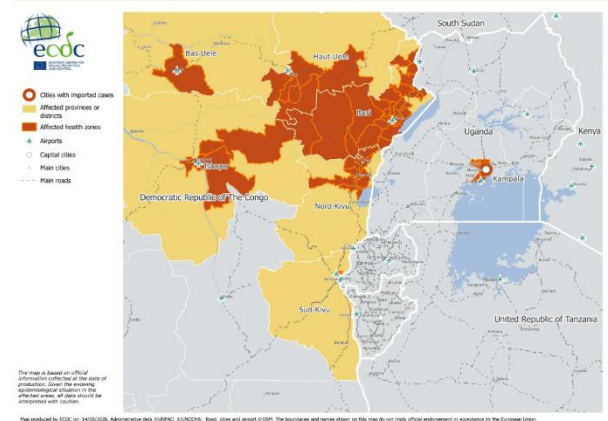
ARS, tél.

Ebola

Alerte en cours RDC et Ouganda : Mai 2026

- Le 16 mai 2026, **l'OMS a signalé la 17^{ème} épidémie de la maladie d'Ebola en République Démocratique du Congo. La souche Bundibugyo (BVD)** est une forme de maladie Ebola dont le taux de mortalité peut atteindre 50 %. Sur cette souche rare et découverte en 2007, nous ne savons pas encore si les traitements spécifiques et vaccins développés pour la souche Zaïre sont efficaces.
- Au 30 août, **6100 cas confirmés dont 2950 décès** (taux de létalité : 48%) ont été signalés en RDC.
- Au 21 juillet, **20 cas confirmés dont 2 décès** (taux de létalité : 10%) ont été signalés en Ouganda. Il n'y a pas de circulation active du virus en Ouganda.
- Un cas confirmé, importé de RDC, a été signalé en France. Le patient s'est rétabli et a quitté l'établissement de santé le 4 juillet après 2 PCR négatives. Aucune transmission secondaire n'a été identifiée parmi les cas contacts.

Areas affected by the ongoing Ebola disease outbreak



Sources : [OMS 1](#), [OMS 2](#), [ECDC](#)

Expositions à risque :

- Contact rapproché (moins d'un mètre) en face à face sans équipement de protection individuel avec un patient symptomatique (fièvre, toux, vomissement, diarrhée, saignement)
- Exposition transcutanée, accident d'exposition au sang (AES) ou à un fluide corporel (dont selles diarrhéiques ou des vomissements), à des tissus biologiques ou à des échantillons cliniques contaminés provenant d'un patient atteint.
- Contact avec du matériel souillé par des fluides biologiques d'un cas d'infection à Ebola.
- Relations sexuelles non protégées avec un cas confirmé d'infection à virus Ebola, jusqu'à 3 mois après la guérison
- Participation à des rites funéraires avec une exposition directe au corps du défunt sans équipement de protection individuel adapté
- Contact direct avec des chauves-souris, des primates, des rongeurs, morts ou vivants, provenant de la zone affectée, ou de la viande de brousse

Retour d'une zone d'endémie

- RDC : Ituri, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Haut-Uélé, Bas-Uélé, Tshopo.
- Ouganda

Questions clés pour les soignants de 1^{ère} ligne

Focus EBOLA - RDC / Ouganda (alerte en cours, depuis mai 2026)



1

Le patient revient-il de République démocratique du Congo (Ituri, Nord Kivu ou Sud Kivu, Haut-Uélé ou Bas-Uélé, Tshopo) ou d'Ouganda depuis moins de 21 jours ? **Si oui, demander dates de séjour**



2

Le patient présente-t-il depuis moins de 21 jours un ou des signes compatibles avec une FHV ?
fièvre > 38,0°C, asthénie, myalgies, arthralgies, céphalées, douleurs abdominales, diarrhées, vomissements, saignements inexpliqués

Si symptôme compatible dans les 21 jours de retour de zone à risque :

Contactez l'infectiologue référent via le centre 15 ou selon le circuit de l'établissement

Ressources Santé publique France :



- [Définition de cas et conduite à tenir](#)
- [Questionnaire d'évaluation des patients suspects d'infection à virus Ebola](#)
- [Liste des zones à risque](#)
- [Définition de cas et la conduite à tenir des personnes-contacts](#)

Contenu susceptible d'évoluer pour s'adapter à la situation épidémiologique